

## PEMBERIAN KAPSUL VITAMIN A PADA ANAK USIA 6-59 BULAN BERDASARKAN KARAKTERISTIK KELUARGA, IBU DAN ANAK DI INDONESIA

Nur Choliza Azri<sup>ID</sup>, Demsa Simbolon<sup>ID</sup>  
Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

### ARTICLE INFO

#### Article history

Submitted: 2022-02-10

Revised: 2022-08-18

Accepted: 2022-10-05

#### Keywords:

Vitamin A  
Socio-Economic  
Education  
Birth Weight  
Access to Health Services

#### Kata Kunci:

Vitamin A  
SosialEkonomi  
Pendidikan  
Berat Lahir  
Akses Pelayanan Kesehatan.

This is an open access  
article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)  
license:



### ABSTRACT

*Vitamin A is an essential nutrient for humans. Need of Vitamin A must be met from the outside. The coverage of vitamin A capsule administration in Indonesia has not yet reached the national target and WHO recommendations. This study aims to determine the determinants of giving vitamin A capsules to children aged 6-59 months in Indonesia. The study used a cross sectional design by conducting further analysis of the 2017 IDHS data. The research sample was 5,884 toddlers aged 6-59 months in Indonesia with the criteria for the last child born to women of childbearing age (WUS) aged 15-49 years. The independent variable was family characteristics, mother and child. The dependent variable is the administration of vitamin A capsules to children under five. The results of the study found that 77.4% of Indonesian toddlers received vitamin A capsules according to the recommendations. Toddlers from families with very poor socioeconomic status have a risk of 1.085 times (OR 1.085; 95% CI 0.875-1.344), unaffordable health access has a risk of 1.224 times (OR 1.224; 95% CI 1.077-1.391), mothers who do not attend school have a risk of 1.625 times (OR 1.625; 95% CI 1.028-2.656) and infant of LBW have a risk of 2.519 times (OR 2.519; 95% CI 2.041-3.109) did not receive vitamin A. Toddlers from very low socioeconomic families, did not access health services, mothers with low education and those born with low birth weight are given priority in giving vitamin A capsules to prevent of diseases caused by vitamin A deficiency.*

### ABSTRAK

Vitamin A merupakan salah satu zat gizi esensial bagi manusia. Kebutuhan vitamin A harus dipenuhi dari luar. Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Indonesia belum mencapai target nasional dan rekomendasi WHO. Tujuan penelitian untuk mengetahui determinan pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia. Desain penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan melakukan analisis lanjut Data SDKI 2017. Sampel penelitian sebanyak 5.884 anak usia 6-59 bulan di Indonesia dengan kriteria anak terakhir yang lahir dari Wanita Usia Subur (WUS) usia 15-49 tahun. Variabel independen adalah karakteristik keluarga, ibu, dan anak. Variabel dependen adalah pemberian kapsul vitamin A pada anak usia 6-59 bulan. Hasil Penelitian menemukan 77,4% balita Indonesia mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi. Balita dari keluarga dengan status sosial ekonomi sangat miskin berisiko 1,085 kali (OR 1,085; 95%CI 0,875-1,344), akses kesehatan tidak terjangkau berisiko 1,224 kali (OR 1,224; 95%CI 1,077-1,391), ibu tidak sekolah berisiko 1,625 kali (OR 1,625; 95%CI 1,028-2,656) dan bayi BBLR berisiko 2,519 kali (OR 2,519; 95%CI 2,041-3,109) tidak mendapat vitamin A. Balita dari keluarga sosial ekonomi sangat rendah, tidak akses pelayanan kesehatan, ibu berpendidikan rendah dan lahir dengan kondisi BBLR menjadi prioritas pemberian kapsul vitamin A untuk mencegah penyakit akibat kurang vitamin A.

#### ✉ Corresponding Author:

Demsa Simbolon  
Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Telp: 081398908917  
E-mail: [demsa\\_ui03@yahoo.com](mailto:demsa_ui03@yahoo.com)

## PENDAHULUAN

Vitamin A merupakan golongan vitamin esensial dibutuhkan tubuh manusia untuk mencegah kurang vitamin A, kesehatan mata dan meningkatkan daya tahan tubuh agar terhindar dari penyakit diare, campak, dan penyakit infeksi lainnya (Novarianti et al., 2021; Aghaji et al., 2019). Vitamin A termasuk zat gizi esensial bagi manusia yang tidak dapat dibuat oleh tubuh sehingga zat gizi ini harus dipenuhi dari luar (Wahyunita et al., 2019). Kurang vitamin A masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di berbagai negara, termasuk di Indonesia (Aghaji et al., 2019; Song et al., 2017; Ridwan, 2013; Kundu et al., 2021). Kepatuhan pemberian kapsul vitamin A pada balita sesuai dengan rekomendasi sesuai usia masih rendah. Strategi untuk penanggulangan masalah Kurang Vitamin A (KVA) melalui pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi usia 6–11 bulan dengan kapsul biru dengan kandungan vitamin A sebanyak 100.000 IU dengan frekuensi pemberian satu kali pada bulan Februari atau Agustus, dan pada anak usia 1–5 tahun diberikan kapsul warna merah yang mengandung vitamin A sebanyak 200.000 IU diberikan setiap bulan Februari dan Agustus (Kemkes RI, 2016; Aghaji et al., 2019; Simbolon et al., 2013).

WHO melaporkan sebanyak 6-7 juta kasus buta senja setiap tahun pada balita, sekitar 10% diantaranya balita mengalami kerusakan kornea (World Health Organization, 2011). Pada penderita kerusakan kornea ini 60% meninggal dalam waktu satu tahun (Wahyunita et al., 2019). Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Indonesia pada tahun 2019 pada balita usia 6-59 bulan hanya 76,68%, angka ini belum mencapai target nasional, yaitu 100% balita harus mendapat kapsul vitamin A. Provinsi dengan persentase tertinggi cakupan pemberian kapsul vitamin A adalah DI Yogyakarta (100%), sedangkan yang terendah adalah Papua (31,97%) (Kemkes RI, 2020). Laporan Riskedas tahun 2018 menunjukkan sebanyak 14,6% anak balita dengan kadar serum retinol < 20µg/dl, dan cakupan kapsul vitamin A secara nasional pada anak usia 6-59 bulan hanya sebesar 53,5% sesuai standar, 28,8% tidak sesuai standar, dan terdapat 17,6% anak tidak pernah mendapat kapsul Vitamin A (Kemkes RI, 2018). Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Indonesia hampir sama dengan di India (56%) (Kundu et al., 2021), dan lebih rendah dibandingkan di Ethiopia Selatan (75%) (Kassa et al., 2020). Asupan Vitamin A yang rendah akan mengakibatkan kurang vitamin A (KVA) (Song et al., 2017).

Insiden KVA pada balita keluarga miskin di perkotaan Indonesia meningkat. Selain itu, di beberapa provinsi, menunjukkan hampir sepuluh juta balita menderita kurang vitamin A, 60.000 balita di antaranya mengalami bercak bitot yang terancam buta (Yustina et al., 2013). Faktor risiko KVA akibat konsumsi Vitamin A yang rendah, proses penyerapan di dalam usus halus terganggu, proses penyimpanan di hati terganggu, dan adanya gangguan proses konversi provitamin A menjadi Vitamin A (Ridwan, 2013). Faktor sosial ekonomi, dan pemberian ASI tidak eksklusif juga menjadi faktor risiko penyebab KVA (Aghaji et al., 2019; Kundu et al., 2021). Dampak dari KVA menjadi dasar perlunya program pemberian kapsul vitamin A. Program pemberian kapsul vitamin A untuk mencapai target penurunan angka kesakitan dan angka kematian anak sekitar 30-50% (Yustina et al., 2013). Namun program pemberian kapsul vitamin A belum optimal, karena belum mencapai target nasional (Kemkes RI, 2016). Perlu upaya pencegahan KVA sejak dini, terutama di daerah pedesaan (Song et al., 2017). Upaya pencegahan KVA dapat dilakukan melalui integrasi Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dalam program pemberian kapsul vitamin A, pelayanan KB dan pemberian MP-ASI yang tepat (Koroma et al., 2020).

Kegagalan capaian program pemberian kapsul vitamin A bersifat multifaktor, diantaranya karakteristik ibu seperti status kawin, umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan tentang tempat pelayanan kesehatan, dan akses keluarga ke pelayanan kesehatan (Ridwan, 2013; Adriani, 2019). Penelitian lain menjelaskan bahwa penyebab rendahnya cakupan konsumsi kapsul Vitamin A adalah tingkat pengetahuan ibu yang rendah akibat pendidikan yang rendah, usia ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, ketersediaan sumber informasi vitamin A, serta beberapa pengaruh sosio-kultural di masyarakat (Maulana, 2018). Meskipun program pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi sudah berjalan dan cakupannya meningkat namun proporsi balita yang tidak terjangkau program pemberian kapsul vitamin A relatif cukup besar sehingga kemungkinan masih terjadi risiko kurang vitamin A (Ridwan, 2013). Perlu penelitian lebih lanjut faktor penyebab kegagalan pencapaian target pemberian kapsul vitamin A secara nasional. Saat ini sangat terbatas penelitian yang bersifat nasional untuk menjelaskan pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia berdasarkan karakteristik

keluarga, ibu dan anak. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi rekomendasi upaya intervensi yang perlu dilakukan untuk mencapai target cakupan pemberian kapsul vitamin A pada balita.

## **METODE**

### **Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan analisis data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. Rancangan penelitian menggunakan jenis *cross sectional* (BPS et al., 2018).

### **Lokasi dan Waktu Penelitian**

SDKI dilakukan di 34 provinsi di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan tahun 2017. Data balita yang data adalah balita yang lahir tahun 2013-2017.

### **Populasi dan Sampel**

Unit sampling dalam penelitian adalah ibu dan anak yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusif. Unit analisis adalah seluruh anak yang lahir hidup dari wanita usia subur usia (WUS) 15-49 tahun. Total WUS dalam data SDKI tahun 2017 sebanyak 49.627 jiwa. Kemudian diseleksi WUS yang pernah melahirkan sebanyak 34.199 jiwa, dipilih WUS yang melahirkan anak 5 tahun terakhir sebelum survei, sebanyak 17.263 anak, kemudian diambil sampel anak terakhir usia 6-59 bulan. Jumlah sampel penelitian sebanyak 5.884 balita.

### **Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data SDKI menggunakan kuesioner terstruktur dengan metode wawancara terhadap sampel ibu balita yang telah melalui uji coba oleh Badan Pusat Statistik. Variabel independen terdiri dari karakteristik keluarga (status sosial ekonomi, tempat tinggal, akses layanan kesehatan), karakteristik ibu (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu), dan karakteristik anak (jenis kelamin, umur dan berat lahir anak). Status sosial ekonomi dikelompokkan dalam 4 kategori yaitu sangat miskin, miskin, menengah, kaya, dan sangat kaya. Tempat tinggal dikategorikan perkotaan dan pedesaan. Akses layanan kesehatan dikelompokkan menjadi terjangkau dan tidak terjangkau. Pendidikan ibu dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu pendidikan tinggi, menengah dan pendidikan dasar. Pekerjaan ibu meliputi bekerja dan tidak bekerja. Umur ibu dengan 3 kategori yaitu kurang dari 20 tahun, antara 20-35 tahun, dan lebih dari 35 tahun. Jenis kelamin dengan kategori laki-laki atau perempuan. Umur anak dengan 3 kategori yaitu 6-11 bulan, 12-23 bulan, dan 24-59 bulan. Serta berat lahir anak meliputi normal dan BBLR. Variabel dependen yaitu pemberian kapsul vitamin A dikelompokkan menjadi mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi dan kapsul vitamin A tidak sesuai rekomendasi. Pemberian kapsul vitamin A sesuai rekomendasi jika anak menerima vitamin A selama 6 bulan sesuai dengan kebutuhan usia balita 6-11 bulan kapsul biru, 12-59 bulan kapsul merah.

### **Pengolahan dan Analisis Data**

Pengolahan data dimulai dengan pemeriksaan data, kemudian dilanjutkan dengan editing data untuk mendapatkan data bersih yaitu data lengkap, konsisten, relevansi, dan dapat dibaca dengan baik. Berikutnya dilakukan pembersihan terhadap data yang hilang (*missing data*) dan *outlier* sehingga tidak digunakan dalam analisis. Tahap selanjutnya koding data, tiap data dilakukan pengkodean ulang (*recoding*) untuk memudahkan keperluan analisa statistik. Tahap akhir adalah pembersihan data dengan kegiatan pengecekan kembali pada data yang sudah dicoding untuk menghindari kesalahan. Analisis data menggunakan analisis univariat dengan ukuran proporsi, Analisis bivariat untuk menguji homogenitas varians variabel independen dan seleksi variabel untuk analisis multivariat menggunakan uji *regresi logistic multivariat*.

### **Pertimbangan Etik**

Pertimbangan etik pelaksanaan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 diperoleh dari Institutional Review Board ICF (*International Classification Of Functioning*) dengan Nomor Proyek ICF 132989.0.00. Penelitian ini mendapat persetujuan etik (*Ethical Clearance*) dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu dengan Nomor KEPK.M/014/05/2021.

**HASIL PENELITIAN**

Pemberian kapsul vitamin A pada tabel 1 menunjukkan bahwa balita usia 6-59 bulan di Indonesia 77,4% telah mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi.

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita di Indonesia

<b>Pemberian Kapsul Vitamin A</b>	<b>Frekuensi (n=5.884)</b>	<b>Persentase(%)</b>
Sesuai Rekomendasi	4.557	77,4
Tidak Sesuai Rekomendasi	1.327	22,6

Sumber : SDKI, 2022

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

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga, ibu dan balita di Indonesia

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

Sumber : SDKI, 2022

Hasil pada Tabel 3 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi pemberian kapsul vitamin A berdasarkan daerah tempat tinggal, umur ibu, pekerjaan ibu, dan jenis kelamin A. Semakin rendah sosial ekonomi keluarga semakin tinggi pemberian kapsul vitamin A tidak sesuai rekomendasi, semakin terjangkau keluarga pada pelayanan kesehatan semakin banyak balita yang mendapat vitamin A, semakin tinggi pendidikan ibu semakin banyak yang memberikan vitamin A pada balitanya, bayi lahir normal hampir seluruhnya (94,1%) mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi.

**Tabel 3.** Karakteristik Keluarga, Ibu dan Balita dengan Pemberian Vitamin A

Karakteristik	Pemberian Kapsul Vitamin A				Total	<i>p-value</i>
	Sesuai Rekomendasi		Tidak Sesuai Rekomendasi			
	n	%	N	%		
<b>Sosial Ekonomi Keluarga</b>						
Sangat kaya	733	16,1	228	17,2	961	16,3
Kaya	845	18,5	159	12,0	1.004	17,1
Menengah	821	18,0	255	19,2	1.076	18,3
Miskin	984	21,6	238	17,9	1.222	20,8
Sangat miskin	1.174	25,8	447	33,7	1.621	27,5
<b>Daerah tempat Tinggal</b>						
Perkotaan	2.334	51,2	690	52	3.024	51,4
Pedesaan	2.223	48,8	637	48	2.860	48,6
<b>Akses layanan kesehatan</b>						
Terjangkau	2.895	63,5	763	57,5	3.658	62,2
Tidak terjangkau	1.661	36,5	564	42,5	2.225	37,8
<b>Umur Ibu</b>						
< 20 tahun	76	1,7	31	2,3	107	1,8
20- 35 tahun	3.055	67,0	891	67,1	3.946	67,1
>35 tahun	1.426	31,3	405	30,5	1.831	31,1
<b>Pendidikan Ibu</b>						
Tinggi	783	17,2	270	20,3	1.053	17,9
Menengah	2.618	57,5	651	49,1	3.269	55,6
Dasar	1.113	24,4	406	27,2	1.474	25,1
Tidak sekolah	43	0,9	45	3,4	88	1,5
<b>Pekerjaan Ibu</b>						
Bekerja	2.487	54,7	742	56	3.229	55
Tidak bekerja	2.063	45,3	584	44	2.647	45
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	2.335	51,2	675	50,9	3.010	51,2
Perempuan	2.222	48,8	652	49,1	2.874	48,8
<b>Berat lahir anak</b>						
Normal ( $\geq 2500$ gram)	4.290	94,1	1.129	85,1	5.419	92,1
BBLR ( $< 2500$ gram)	267	5,9	198	14,9	465	7,9

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

Sumber : SDKI, 2022

Model statistik pada Tabel 4 menunjukkan bahwa pemberian kapsul vitamin A pada balita di Indonesia dipengaruhi oleh status sosial ekonomi keluarga, akses keluarga ke pelayanan kesehatan, pendidikan ibu dan berat lahir anak. Keluarga yang memiliki status sosial sangat miskin berisiko 1,085 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan dengan keluarga sangat kaya. Keluarga dengan akses layanan kesehatan tidak terjangkau lebih berisiko 1,224 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan keluarga dengan akses layanan terjangkau. Ibu yang tidak sekolah berisiko 1,652 kali tidak diberikan



vitamin A dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi. Anak dengan BBLR (<2500gr) berisiko 2,519 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan anak dengan normal (>2500gr).

**Tabel 4.** Determinan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita di Indonesia

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

Sumber : SDKI, 2022

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa balita usia 6-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi sebesar 77,4%. Angka ini tergolong cukup baik dibandingkan dengan negara berkembang lainnya, namun jika dibandingkan dengan target capaian program pemberian kapsul vitamin A pada balita yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, capaian pemberian kapsul vitamin A secara nasional belum mencapai target (86%) (Cahyaningrum & Setyanti, 2017). Sedangkan menurut Survei Kesehatan Keluarga Nasional pada tahun 2015–2016 mengungkapkan bahwa sekitar 60% anak-anak usia 6–59 bulan menerima suplementasi Vitamin A dan 44% anak-anak berusia 6-23 tahun telah mengambil makanan yang diperkaya Vitamin A. Cakupan ini bervariasi dengan berbagai karakteristik sosial ekonomi dan demografi, dengan demikian, cakupan pemberian kapsul vitamin A penuh, yaitu 2 dosis pemberian kapsul vitamin A per anak per tahun, telah meningkat dari 25% pada tahun 2006 menjadi 63% pada tahun 2012. Sedangkan hasil penelitian di negara berkembang seperti Ethiopia menunjukkan cakupan pemberian kapsul vitamin A sebesar 83,1% (Ridwan, 2014).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Etiopia Selatan tahun 2016 bahwa cakupan kumulatif pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan sebesar 75%, dimana angka ini masih di bawah rekomendasi WHO dan target nasional tingkat minimum cakupan pemberian kapsul vitamin A sebesar 80%. Dibandingkan Ethiopia, India dan negara bagian lainnya, kondisi Indonesia lebih baik. Data DHS Ethiopia tahun 2016 menunjukkan hanya 45% balita menerima vitamin A, dimana angka ini mengalami penurunan dibandingkan data tahun 2011 (56%) (Kassa et al., 2020). Dari 15 negara bagian, 6 negara melaporkan cakupan pemberian kapsul vitamin A di atas 80%, termasuk Bihar, Gujarat, Madhya Pradesh, Odisha, Rajasthan dan Tamil Nadu. Cakupan pemberian kapsul vitamin A yang rendah terjadi di beberapa negara, seperti Afrika Selatan (42%), Ghana (23%), Kenya (32%), Timor Leste (40%), dan Zimbabwe (32%) (Kundu et al., 2021).

Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemberian Vitamin A. Di Ethiopia pemberian kapsul vitamin A didistribusikan melalui tiga strategi: *Enhanced Outreach Strategy (EOS)*, Hari Kesehatan Masyarakat dan Program Penyuluhan Kesehatan rutin. Namun strategi tersebut belum maksimal mengatasi masalah kurang vitamin A. Data tahun 2012 dilaporkan 38% anak usia 6-71

bulan memiliki kadar vitamin A serum yang rendah dan 1,7% memiliki bintik bitot (Kassa et al., 2020). Di India, hanya 56% anak usia 6–59 bulan yang menerima cakupan pemberian kapsul vitamin A dua dosis. Temuan di Ghana, berdasarkan laporan kesehatan Ghana menunjukkan bahwa cakupan vitamin A suplementasi adalah 80%, sehingga hanya 20% anak-anak tidak akan menerima vitamin A suplemen pada tahun sebelumnya. Upaya yang dilakukan di Ghana untuk memerangi kekurangan vitamin A dengan mendistribusikan vitamin Vitamin A untuk setiap anak usia 6 hingga 59 bulan setiap 6 bulan (Kundu et al., 2021). Upaya pencegahan kebutaan di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1967. Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutuhan (UKM/PK) diintegrasikan dengan kegiatan pokok Puskesmas. Upaya pencegahan Kurang Vitamin A (KVA) dengan penyebarluasan informasi dan program terpadu mengenai vitamin A. Pemberian kapsul vitamin A sesuai dengan rekomendasi usia. Pada bayi usia 6-11 bulan, kapsul vitamin A diberikan dengan frekuensi satu kali dengan dosis 100.000 IU. Pada anak usia 12-59 bulan, kapsul vitamin A diberikan setiap 6 bulan sekali dengan dosis 200.000 IU (Wahyunita et al., 2019).

Balita yang mengalami kurang vitamin A berisiko mengalami kesakitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, pneumonia, radang paru-paru, dan berisiko mengalami kematian. Dampak sangat serius akibat KVA adalah buta senja dan *Xerophthalmia* termasuk kerusakan kornea dan kebutaan, mata menjadi kering karena keringnya selaput lendir dan selaput bening mata. Jika mata kering terus berlanjut akan menyebabkan penebalan selaput lendir, berlipat-lipat, berkerut, dan tampak bercak putih seperti busa sabun (bercak Bitot). Kemudian selaput bening mata akan mengalami perlukaan dan akhirnya bisa mengakibatkan kebutaan permanen yang tidak bisa dipulihkan lagi, tanda-tanda KVA terlihat bila simpanan tubuh habis terpakai. KVA merupakan kekurangan primer akibat kurang konsumsi vitamin A atau kekurangan sekunder akibat adanya gangguan penyerapan dan penggunaan vitamin A dalam tubuh, kebutuhan vitamin A yang meningkat ataupun karena gangguan pada konversi karoten menjadi vitamin A (Cahyaningrum & Setyanti, 2017). KVA dapat dicegah dengan memperhatikan pola makan setiap hari seperti mengonsumsi bahan makanan yang banyak mengandung vitamin A yang umumnya terdapat pada bahan hewani seperti kuning telur, daging, hati, susu, ikan, telur, dan keju. Bahan makanan nabati yang mengandung provitamin A yang dikenal sebagai beta karoten, misalnya pepaya, tomat, wortel, ubi jalar, waluh dan sayur-sayuran hijau. Semakin hijau daun semakin tinggi kadar karotennya (Permana et al., 2018).

Pemberian kapsul vitamin A pada balita di Indonesia berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi keluarga. Keluarga dengan status sosial ekonomi sangat miskin berisiko 1,085 kali untuk memberikan vitamin A kurang dibandingkan dengan keluarga status sosial ekonomi sangat kaya. Status sosial ekonomi lainnya tidak berbeda risiko dengan keluarga status sosial ekonomi sangat kaya, namun kecenderungan menunjukkan semakin rendah status sosial ekonomi keluarga, semakin tinggi risiko balita tidak mendapat kapsul vitamin A sesuai rekomendasi. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian di Bangladesh menyatakan pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan dengan status sosial ekonomi sangat miskin memiliki risiko 2,16 kali dan miskin berisiko 2,63 kali pemberian kapsul vitamin A tidak sesuai rekomendasi dibandingkan sosial ekonomi kaya (Mostafa et al., 2019). Sejalan dengan penelitian di Bangladesh menyatakan status sosial ekonomi sangat miskin berisiko 1,45 kali pemberian kapsul vitamin A sesuai rekomendasi dibandingkan dengan sosial ekonomi kaya (Srivastava & Kumar, 2021). Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa anak dari keluarga dengan indeks kekayaan tertinggi lebih cenderung diberikan vitamin A pada usia balita dan makanan yang mengandung banyak vitamin A sebesar 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan anak dari ibu dengan indeks kekayaan rendah. Pendapatan keluarga yang memadai akan berhubungan dengan perilaku keluarga untuk akses ke pelayanan kesehatan yang memadai, termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak (Adriani, 2019).

Akses layanan kesehatan berhubungan dengan pemberian kapsul vitamin A di Indonesia. Keluarga dengan akses tidak terjangkau berisiko 1,224 kali lebih mungkin dengan tidak diberikan vitamin A dibandingkan dengan diberikan vitamin A. Hasil penelitian di Bangladesh menyatakan balita yang tidak pernah ke klinik dokter berisiko mengalami kurang vitamin A dan dengan mendatangi posyandu balita lebih berpeluang mendapat kapsul vitamin A. Perbedaan ini mungkin terjadi karena keterbatasan biaya dan pengetahuan ibu yang lebih rendah tentang pemberian kapsul vitamin A pada balita (Mostafa et al., 2019). Hasil penelitian di Kenya menyatakan risiko kurang diberikan vitamin A pada balita karena ketidaktahuan lokasi klinik dokter dan ibu yang mendatangi

rumah sakit lebih mungkin untuk memenuhi pemberian frekuensi vitamin A pada balita (Srivastava & Kumar, 2021).

Hasil penelitian di Indonesia menemukan bahwa faktor risiko pemberian kapsul vitamin tidak sesuai rekomendasi adalah tidak pernah ke posyandu, balita yang tidak pernah ke posyandu berisiko 1,735 kali tidak mendapat kapsul vitamin A dibandingkan yang teratur ke posyandu. Demikian juga orang tua yang tidak tahu lokasi posyandu berisiko 1,267 kali untuk tidak mendapatkan kapsul vitamin A bagi balita. Hubungan ini menunjukkan bahwa akses layanan kesehatan yang memadai akan menunjang perilaku kesadaran anggota keluarga untuk pergi ke pelayanan kesehatan terdekat melakukan pemeriksaan terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita dan mendapatkan kapsul vitamin A (Novarianti et al., 2021).

Pendidikan ibu berhubungan dengan pemberian kapsul vitamin A. Ibu yang tidak sekolah berisiko 1,652 kali pemberian kapsul vitamin A tidak sesuai rekomendasi dibandingkan dengan ibu pendidikan tinggi. Sejalan dengan hasil penelitian di Tanzania menemukan bahwa anak dari ibu tidak bersekolah berisiko hampir 2 kali untuk tidak memberikan kapsul vitamin A sesuai rekomendasi dibandingkan dengan ibu pendidikan menengah (Wu et al., 2019). Diperkuat dalam hasil penelitian di Ethiopia menyatakan pemberian kapsul vitamin A dengan ibu yang tidak berpendidikan memiliki 1,48 kali lebih berisiko dibandingkan dengan ibu tingkat pendidikan menengah (Kassa et al., 2020). Hasil penelitian di Afrika menyatakan ibu dengan pendidikan rendah 1,43 kali lebih berisiko dengan ibu tingkat pendidikan sekunder/tinggi (Berde et al., 2019).

Ibu dengan pendidikan tinggi cenderung membawa anaknya untuk ke layanan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang pendidikan SD dan tidak masuk sekolah. Hal ini bisa dimungkinkan karena ibu memiliki kemampuan untuk memahami informasi dan mengetahui pentingnya vitamin A pada masa pertumbuhan dan perkembangan usia balita. Pengetahuan ibu yang baik akan mempermudah ibu memahami pentingnya kegiatan Posyandu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi balitanya. Ibu berpengetahuan baik dapat lebih memelihara tingkat kesehatannya dari pada ibu yang berpengetahuan kurang (Ridwan, 2014).

Berat badan lahir anak ada hubungan dengan pemberian vitamin A. Bayi lahir BBLR berisiko 2,519 kali pemberian kapsul vitamin A tidak sesuai rekomendasi dibandingkan dengan anak lahir berat badan normal. Sementara pada bayi BBLR membutuhkan vitamin A yang optimal untuk mencegah *bronchopulmonary dysplasia* (Shenai, 1999). Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan di Nairobi, Kenya menyatakan ada hubungan antara konsumsi pemberian kapsul vitamin A pada balita dengan berat badan lahir anak. Anak dengan berat badan lahir rendah sangat berisiko terkena penyakit defisiensi vitamin A (Kimwele & Ochola, 2017). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Uganda, cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak dengan berat badan lahir normal (58,8%) hampir sama dengan anak BBLR (53,8%) (Mokori et al., 2017).

Perlu penelitian lebih lanjut hubungan berat lahir bayi dengan pemberian vitamin A. Kemungkinan hubungan ini dapat dijelaskan dari faktor motivasi ibu dalam perawatan bayi BBLR. Ibu dengan anak riwayat BBLR tidak membawa anaknya ke posyandu pada bulan vitamin A. Hasil beberapa penelitian membuktikan bahwa anak BBLR berisiko mengalami masalah gizi, seperti gizi kurang, stunting. Akibat kondisi anak yang mengalami gangguan pertumbuhan berpengaruh pada motivasi ibu melakukan kunjungan posyandu. Hasil penelitian Riawati (2019) menemukan 66% anak dengan status gizi buruk dan kurang tidak teratur dalam kunjungan posyandu. Ibu yang tidak melakukan kunjungan posyandu secara teratur sebagai penyebab anak tidak mendapat kapsul vitamin A pada bulan Februari dan Agustus (Aghaji et al., 2019; Riawati & Sari, 2019). Perlu upaya promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pemberian kapsul vitamin A kepada bayi dan balita (Wu et al., 2019).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Prevalensi pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia belum mencapai target nasional. Ditemukan hubungan yang signifikan secara statistik dari faktor status sosial ekonomi, akses layanan kesehatan, pendidikan ibu, dan berat lahir anak dengan pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia. Berat lahir anak sebagai faktor dominan yang berhubungan dengan pemberian kapsul vitamin A sesuai rekomendasi.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Adriani, P. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Vitamin A pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kandai Kota Kendari. *Jurnal SMART Kebidanan*, 6(1), 20. <https://doi.org/10.34310/sjkb.v6i1.234>
- Aghaji, A. E., Duke, R., & Aghaji, U. C. W. (2019). Inequitable Coverage of Vitamin A Supplementation in Nigeria and Implications For Childhood Blindness. *BMC Public Health*, 19(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6413-1>
- Berde, A. S., Bester, P., & Kruger, I. M. (2019). Coverage and Factors Associated with Vitamin A Supplementation among Children Aged 6–59 Months in Twenty-Three Sub-Saharan African Countries. *Public Health Nutrition*, 22(10), 1770–1776. <https://doi.org/10.1017/S1368980018004056>
- BPS, BKKBN, & Kemenkes RI. (2018). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. In *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. [https://doi.org/0910383107](https://doi.org/0910383107[pii]r10.1073/pnas.0910383107)
- Cahyaningrum, F., & Setyanti, P. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin A dengan Kepatuhan Ibu Memberikan Kapsul Vitamin A pada Balita Usia 12 – 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Kota Semarang. *Jurnal Ilmiah Maternal*, 2(1), 1–6. [https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal\\_ilmiah\\_maternal/article/view/570](https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal_ilmiah_maternal/article/view/570)
- Kassa, G., Mesfin, A., & Gebremedhin, S. (2020). Uptake of Routine Vitamin A Supplementation for Children in Humbo District, Southern Ethiopia: Community-Based Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 20(1), 1500. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09617-1>
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Petunjuk Teknis Pelaksanaan Bulan Kapsul Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan dan Crash Program Campak. In *Jakarta*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kimwele, A., & Ochola, S. (2017). Complementary Feeding and the Nutritional Status of Children 6–23 Months Attending Kahawa West Public Health Center, Nairobi. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(02), 17–26. <https://doi.org/10.9790/1959-0602061726>
- Koroma, A. S., Conteh, S. G., Bah, M., Kamara, H. I., Turay, M., Kandeh, A., Macauley, A., Allieu, H., A. Kargbo, A., Sonnie, M., & Hodges, M. H. (2020). Routine Vitamin A Supplementation And Other High Impact Interventions In Sierra Leone. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4), 1–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.13041>
- Kundu, S., Rai, B., & Shukla, A. (2021). Prevalence and Determinants of Vitamin A Deficiency among Children In India: Findings From A National Cross-Sectional Survey. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 11(April), 100768. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100768>
- Maulana, N. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Cakupan Imunisasi Vitamin A. *Jurnal Aceh Medika*, 2(2), 224–232. <http://jurnal.abulyatama.ac.id/index.php/acehmedika/article/view/120>
- Mokori, A., Schonfeldt, H., & Hendriks, S. L. (2017). Child factors associated with complementary feeding practices in Uganda. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 30(1), 7–14. <https://doi.org/10.1080/16070658.2016.1225887>
- Mostafa, I., Islam, S. F., Mondal, P., Faruque, A. S. G., Ahmed, T., & Hossain, M. I. (2019). Factors Affecting Low Coverage of the Vitamin A Supplementation Program Among Young Children Admitted in An Urban Diarrheal Treatment Facility in Bangladesh. *Global Health Action*, 12(1), 1588513. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1588513>
- Novarianti, W., Syukri, M., Izhar, M. D., Ridwan, M., & Faisal, F. (2021). Status Gizi dan Pemberian Kapsul Vitamin A sebagai Faktor Risiko Pneumonia Balita Usia 18-59 Bulan. *Jurnal Bidan Cerdas*, 3(2), 47–54. <https://doi.org/10.33860/jbc.v3i2.418>
- Permana, Y. E., Santoso, E., & Dewi, C. (2018). Implementasi Metode Dempster-Shafer untuk Diagnosa Defisiensi (Kekurangan) Vitamin pada Tubuh Manusia. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 2(3), 1194–1203. <https://j-ptiik.ub.ac.id/index.php/j-ptiik/article/view/1166>
- Riawati, D., & Sari, A. N. (2019). Analisis Faktor Keteraturan Kunjungan Posyandu Balita dan Status

- Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan/Umur. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(1), 137. <https://doi.org/10.36419/jkebin.v10i1.252>
- Ridwan, E. (2013). Vitamin A Supplementation Coverage in Relationship to Household Characteristics and Access to Health Care Among Children Under Five Years Old in Indonesia Data Analyzed of Baseline Health Research 2010. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(1), 1–9. <http://r2kn.litbang.kemkes.go.id:8080/handle/123456789/81947>
- Ridwan, E. (2014). Kapsul Vitamin A dan Morbiditas Anak Balita: Analisis Data Riskesdas 2007. *GIZI INDONESIA*, 35(1), 64–72. <https://doi.org/10.36457/gizindo.v35i1.123>
- Shenai, J. P. (1999). Vitamin A Supplementation in Very Low Birth Weight Neonates: Rationale and Evidence. *Pediatrics*, 104(6), 1369–1374. <https://doi.org/10.1542/peds.104.6.1369>
- Simbolon, D., Chalidyanto, D., & Ernawati. (2013). Determinants of Performance Maternal and Child Health Services the Government Hospital in Indonesia (Data Analysis of Health Facilities Research 2011). *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 02(04), 202–214. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/3204>
- Song, P., Wang, J., Wei, W., Chang, X., Wang, M., & An, L. (2017). The Prevalence of Vitamin A Deficiency in Chinese Children: A Systematic Review and Bayesian Meta-Analysis. *Nutrients*, 9(12), 1285. <https://doi.org/10.3390/nu9121285>
- Srivastava, S., & Kumar, S. (2021). Does Socio-Economic Inequality Exist in Micro-Nutrients Supplementation among Children Aged 6–59 Months in India? Evidence From National Family Health Survey 2005–06 And 2015–16. *BMC Public Health*, 21(1), 545. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10601-6>
- Wahyunita, V. D., Sulatriningsih, K., & Harahap, I. Z. (2019). Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Vitamin A pada Balita Di Kelurahan Ciriung Cibinong Kabupaten Bogor. *Quality : Jurnal Kesehatan*, 13(2), 50–53. <https://doi.org/10.36082/qjk.v13i2.88>
- World Health Organization. (2011). *Guideline: Vitamin A Supplementation in Infants and Children 6-59 Months of Age*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501767>
- Wu, D. C. N., Corbett, K., Horton, S., Saleh, N., & Mosha, T. C. E. (2019). Effectiveness of Social Marketing in Improving Knowledge, Attitudes and Practice Of Consumption of Vitamin A-Fortified Oil In Tanzania. *Public Health Nutrition*, 22(3), 466–475. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003373>
- Yustina, Fatimah, & Kadir, A. (2013). Memberikan Vitamin A Pada Balita di Wilayah Puskesmas Cempaeparepare Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan*, 2(3), 1–8. <http://www.ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/426>