



**ANALISIS HUBUNGAN PENERAPAN KELUARGA
SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI
BALITA**

(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Ratnasari Riyayawati
6450406530

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2013**

ABSTRAK

Ratnasari Riyayawati.

Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati, 2013,
VI + 86 halaman + 16 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi tiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh tiap anggota keluarganya. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian menggunakan desain penelitian *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian adalah balita usia 6-59 bulan sebanyak 415 balita. Sampel berjumlah 44 balita. Instrumen penelitian ini adalah mikrotota, timbangan dacin, iodina test dan kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *Chi-Square*).

Hasil uji Chi-Square dengan taraf kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan (α) 0,05 diperoleh p value = 0,000, lebih kecil dari 0,05 (p value < 0,05) maka H_0 diterima.

Simpulannya adalah ada hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati. Saran yang diajukan kepada: (1) Pihak masyarakat, Untuk meningkatkan status gizi keluarga, maka harus mempertahankan dan meningkatkan penerapan perilaku keluarga sadar gizi; (2) Pihak Puskesmas, agar lebih mensosialisasikan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada masyarakat dan membekali kader tentang teknik promosi kesehatan yang efektif sesuai sasaran untuk memudahkan dalam penerapannya dalam upaya peningkatan gizi di wilayah tersebut; (3) dapat melakukan penelitian tidak hanya pada keluarga balita tetapi kepada seluruh keluarga serta menambah populasi yang lebih besar sehingga dapat diperoleh gambaran penerapan kadarzi pada berbagai karakteristik keluarga.

Kata Kunci: Keluarga Sadar Gizi, Status Gizi, Balita .

Kepustakaan: 38 (1986-2012)

ABSTRACT

Ratnasari Riyayawati.

Analysis of Application of Family Relationships Conscious Nutrition (Kadarzi) with Nutritional Status in the Work Area Gabus II Pati Public Health Centers, 2013

VI 86 pages + 16 table + 2 pictures + 13 attachments

Family Literacy Nutrition (KADARZI) are all members of the family that his family did behavioral nutrition balanced, able to recognize the problems of health and nutrition for each member of the family, and is able to take steps to address the nutritional problems encountered by each members family. The purpose of this research is application to determine the relationship of nutrition-conscious families with less nutritional status of children in Gabus II Pati Public Health Centers .

This research is quantitative research study design using a cross-sectional design. The population of children aged 6-59 months was 415 as a toddler. Sample was 44 toddlers. This research instrument is mikrotoa, steelyard, iodine test and questionnaires. Data analysis was performed using univariate and bivariate (using a Chi-Square test). Chi-Square test results with a level of 95% and a significance level (α) obtained 0.05 p value = 0.000, less than 0.05 (p value <0.05) then H_a is accepted.

The conclusion is there is a link implementation of nutrition-conscious families with nutritional status of children in health centers Pati Cork II. Suggestions are made to: (1) The community, for improving the nutritional status of the family, it must maintain and enhance the application of behavioral nutrition conscious family, (2) The health center, to better promote Family Literacy Nutrition (Kadarzi) on society and equip a cadre of engineering Effective health promotion objectives to facilitate the appropriate application in order to improve nutrition in the region, (3) to conduct research not only on the family of children but the whole family as well as adding a larger population so as to obtain information on various characteristics of the application kadarzi family.

Keywords: Implementation of Family Literacy Nutrition, Nutritional Status, Toddler.

Bibliography: 38 (1986-2012)

PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Ratnasari Riyayawati, NIM:6450406530, dengan judul "Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Balita (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati Tahun 2013)".

Pada hari : Kamis
Tanggal : 29 Agustus 2013

Panitian Ujian



Anggota Panitia,

Dr. Harry Pramono, M. Si
NIP. 19591019.198503.1.001

Sekretaris,

Sofwan Indarjo, S.KM., M. Kes
NIP. 19760719.200612.1.002

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

1. Eko Farida, S. TP., M. Si
NIP. 19790113.200912.2.003

5/9 - 2013

Anggota Peguji
(Pembimbing Utama)

2. Dr. dr. Hj. Oktia Woro K.H., M. Kes
NIP. 19591001.198703.2.001

9 Sept 2013

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)

3. Mardiana, S. KM., M. Si
NIP. 19800420.200501.2.003

11 Sept 2013

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- **Tugas kita bukanlah untuk berhasil. Tugas kita adalah untuk mencoba, karena didalam mencoba itulah kita menemukan dan belajar membangun kesempatan untuk berhasil (Mario Teguh)**
- **Kesuksesan memerlukan kejelian, kewaspadaan, selain keberanian. Ketika gagal mencapai apa yang kita inginkan, selalu hidupakan optimisme dan berfikir bahwa akan ada jalan lain yang tak kalah indah yang tengah Allah persiapkan untuk kita (Marry Riana)**
- **Orang-orang yang berhenti belajar akan menjadi pemilik masa lalu. Orang-orang yang masih terus belajar, akan menjadi pemilik masa depan.**
- **Man Jadda Wa Jada**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini Ananda persembahkan

untuk:

1. Ayah dan Ibu, sebagai wujud
Dharma Bakti Ananda.
2. Almamaterku Unnes.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “**Analisis Penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati Tahun 2013**” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai penyelesaian skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Tri Rustiadi, M.Kes., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. dr. Hj. Oktia Woro K.H., M.Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing I, Ibu Dr. dr. Hj. Oktia Woro K.H., M.Kes., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II, Ibu Mardiana, SKM. M.Si., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Seksi Jaringan Penelitian Kantor Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Pati, Bapak Paryadi, atas ijin penelitian.
6. Kepala Puskesmas Gabus II, Eni Aristiyani, S.KM.MM., atas ijin penelitian.

7. Ayahnda Suparji Hadi Suprpto dan Ibunda Dartik, atas do'a, pengorbanan, perhatian, kasih sayang, dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
8. Enam Saudara kandung saya (Dwi Sulistyarini, Tri Yulianto, Arip Priyatno, Iwan Pujianto, Fitri Erna Fatmawati dan Yanuri Wahyu Kristianto), atas do;a dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman IKM angkatan 2006 atas bantuan dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Teman Kost Santika, atas semangat dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Semua pihak yang terlibat, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, Agustus 2013

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat	7
1.5 Keaslian Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Keluarga Sadar Gizi.....	11
2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kadarzi	12
2.3 Sosialisai Kadarzi	15

2.4	Pembinaan Keluarga Sadar Gizi.....	16
2.5	Tujuan Pembinaan Kadarzi	16
2.6	Indikator Kadarzi	17
2.7	Perkembangan Anak Balita.....	21
2.8	Gizi Anak Balita	21
2.9	Gizi Salah (Malnutrition)	22
2.10	Penyebab Masalah Gizi.....	22
2.11	Penyakit Defisiensi Gizi	23
2.12	Kekurangan Energi Protein/Gizi Buruk.....	23
2.13	Klasifikasi KEP	24
2.14	Faktor yang Berhubungan dengan KEP (Gizi Buruk).....	25
2.15	Penilaian Status Gizi.....	30
2.16	Kerangka Teori.....	37
BAB III METODE PENELITIAN		38
3.1	Kerangka Konsep	38
3.2	Variabel Penelitian.....	38
3.3	Hipotesis Penelitian	40
3.4	Definisi Operasional	40
3.5	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	41
3.6	Populasi dan Sampel Penelitian	42
3.7	Sumber Data Penelitian.....	43
3.8	Instrumen Penelitian	43
3.9	Prosedur Penelitian	45
3.10	Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	45

BAB IV HASIL PENELITIAN	47
4.1 Deskripsi Data	47
4.2 Hasil Penelitian	50
BAB V PEMBAHASAN	54
5.1 Karakteristik Balita	54
5.2 Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita.....	57
5.3 Kelemahan Penelitian	60
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	61
6.1 Simpulan	61
6.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1: Keaslian Penelitian	7
Tabel 3.1: Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	40
Tabel 4.1: Distribusi Responden menurut Umur	47
Tabel 4.2: Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin.....	47
Tabel 4.3: Distribusi Responden menurut Pendidikan Ibu	49
Tabel 4.4: Distribusi Responden menurut Pekerjaan Ibu	49
Tabel 4.5: Distribusi Kebiasaan Makan Aneka Ragam Makanan	50
Tabel 4.6: Distribusi Menimbang Berat Badan secara Teratur.....	50
Tabel 4.7: Distribusi Penggunaan Garam Beryodium	51
Tabel 4.8: Distibusi Pemberian ASI Eksklusif	51
Tabel 4.9: Distribusi Pemberian Suplemen Gizi	52
Tabel 4.10: Distribusi Penerapan Keluarga Sadar Gizi	52
Tabel 4.11: Distribusi Status Gizi Balita	53
Tabel 4.12: Hasil Hubungan Pnerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita.....	53

DAFTAR GAMBAR

Halaman	
Gambar 2.3: Kerangka Teori	37
Gambar 3.1: Kerangka Konsep	38



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing	67
Lampiran 2 Surat Ijin Observasi dari Fakultas	69
Lampiran 3 Surat Ijin Pengambilan Data Awal dari Dinas Kesehatan.....	70
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	71
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari Litbang	72
Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	73
Lampiran 7 Kuesioner Penelitian	74
Lampiran 8 Rekapitulasi Data Responden	77
Lampiran 9 Rekapitulasi Data Status Gizi Balita.....	79
Lampiran 10 Rekapitulasi Data Keluarga Sadar Gizi.....	82
Lampiran 11 Hasil Analisis Univariat	84
Lampiran 12 Hasil Analisis Bivariat	88
Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian	90

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka mencapai Indonesia Sehat 2010, salah satu program yang dicanangkan pemerintah adalah keluarga sadar gizi (Kadarzi). Kadarzi adalah salah satu cara untuk membantu mengatasi masalah gizi di Indonesia (Litbang Depkes RI, 2001). Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes RI, 2007).

Keadaan gizi meliputi proses penyediaan dan penggunaan gizi untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan dan aktifitas. Kurang gizi dapat terjadi dari beberapa akibat, yaitu ketidak seimbangan asupan zat-zat gizi, faktor penyakit pencernaan, absorpsi dan penyakit infeksi (Waryana, 2010:8).

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat utama dalam mewujudkan sumber daya masyarakat yang berkualitas. Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes RI, 2007:4).

Gizi merupakan salah satu faktor penentu utama kualitas sumber daya manusia. Gizi buruk tidak hanya meningkatkan angka kesakitan dan kematian, tetapi juga menurunkan produktifitas, menghambat sel-sel pertumbuhan otak yang mengakibatkan kebodohan dan keterbelakangan. Terdapat kaitan yang sangat erat antara tingkat keadaan gizi dengan konsumsi makanan. Tingkat keadaan gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan gizi terpenuhi. Namun demikian, perlu diketahui bahwa keadaan gizi seseorang dalam satu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi gizi pada masa yang telah lampau bahkan jauh sebelum masa itu. Ini berarti gizi masa anak-anak memberi andil terhadap status gizi masa dewasa.

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Masalah gizi selain merupakan sindroma kemiskinan yang erat kaitannya dengan masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, juga menyangkut aspek pengetahuan dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat.

Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi tiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh tiap anggota keluarganya. Keluarga dikatakan kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan menimbang badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan (ASI

eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi sesuai anjuran (Depkes RI, 2007:5).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kadarzi adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, sarana dan prasarana, pelayanan kesehatan, serta keaktifan kader misalnya sosialisasi. Sosialisasi dalam penelitian ini adalah pendampingan keluarga menuju kadarzi. Pendampingan keluarga kadarzi adalah proses mendorong, menyemangati, membimbing dan memberikan kemudahan oleh kader pendamping kepada keluarga guna mengatasi masalah gizi yang dialami (Depkes RI, 2009:1).

Dampak kekurangan gizi yang paling ditakutkan adalah gagal tumbuh (*growth faltering*), terutama gagal tumbuh kembang otak (Sunita Almatsier, 2002). Anak yang menderita kekurangan gizi tidak saja menurun kecerdasan otaknya, tetapi menyimpan potensi terkena penyakit degeneratif ketika memasuki usia dewasa. Pasalnya, sejumlah organ tubuh penting, seperti jantung, paru-paru, ginjal dan pembuluh darah, bisa mengalami “penuaan dini”. Gizi buruk dalam jangka pendek menyebabkan kesakitan dan kematian karena kekurangan gizi membuat daya tahan tubuh berkurang. Menurut WHO, faktor gizi merupakan 54 % kontributor penyebab kematian.

Menurut data Survei Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2010 diketahui sebanyak 43,62% balita di Indonesia mengalami gizi buruk sedangkan tahun 2011 balita yang mengalami gizi buruk sebesar 40,41% (Direktorat Bina Gizi RI, 2012).

Berdasarkan kegiatan pembinaan gizi di Jawa Tengah tahun 2011 diperoleh hasil beberapa indikator Kadarzi yaitu balita yang ditimbang sebesar 79,2% dari target 80%, pemberian ASI eksklusif 57% dari target 80%, penggunaan garam beryodium sebesar 79,6% dari target 90% dan pemberian suplemen gizi sebesar 90,5% dari target 90% (Direktorat Bina Gizi, 2012). Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan mengakibatkan gizi kurang (Depkes RI, 2009). Kasus gizi buruk di Jawa Tengah tahun 2010 sebesar 3468 kasus dan pada tahun 2011 sudah menunjukkan penurunan sebesar 2505 kasus (Direktorat Bina Gizi, 2012).

Berdasarkan kegiatan surveilans program gizi di Kabupaten Pati tahun 2011 diperoleh hasil beberapa indikator Kadarzi yaitu balita yang ditimbang sebesar 79,2% dari target 80%, pemberian ASI eksklusif 57% dari target 80%, penggunaan garam beryodium sebesar 79,6% dari target 90% dan pemberian suplemen gizi sebesar 90,5% dari target 90%. Menurut laporan dinas kesehatan kota di Kabupaten Pati data yang diperoleh dari hasil penilaian status gizi (PSG) tahun 2011 didapatkan balita yang mengalami gizi buruk sebesar 7%. Data tentang BGM/D sebesar 0,64%. Status gizi buruk yang diukur dari BB/U sebesar 1,66% dan status gizi buruk yang diukur dari BB/TB sebesar 0,21% (Dinas Kesehatan Kabupaten Pati, Tahun 2011).

Berdasarkan data Kadarzi tahun 2011 di puskesmas Gabus II diperoleh hasil beberapa indikator Kadarzi masih dibawah target yaitu memberi ASI

eksklusif sebesar 6% dari target pencapaian 67%, pemberian suplemen gizi sebesar 78% dari target 82%, menimbang secara teratur sebesar 71,33% dari target 80%. Adapun indikator lain yang sudah mencapai target makan aneka ragam makanan sebesar 100%, menggunakan garam beryodium sebesar 85,33%, (Puskesmas Gabus II, 2011). Dari teori dan data-data yang diperoleh maka peneliti ini akan mengkaji tentang “**Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati**”.

1.2 Rumusan Masalah

Kasus gizi buruk di Jawa Tengah sebesar 0,10%, sedangkan kasus gizi buruk di Kabupaten Pati sebesar 7%. Ini menunjukkan bahwa kasus gizi buruk di Pati masih cukup tinggi. Data Kadarzi di Kabupaten Pati sebesar 59,31%. Dari data Kadarzi Kabupaten Pati terdapat 4 Puskesmas yang penerapan keluarga sadar gizinya masih di bawah target yaitu Puskesmas Gabus II sebesar 38,6% dari target 80%, Puskesmas Juwana sebesar 40,6% dari target 80%, Puskesmas Tlogowungu sebesar 45,9% dari target 80%, dan Puskesmas Tambakromo sebesar 73,5% dari target 80%. Dampak kekurangan gizi yang paling ditakutkan adalah gagal tumbuh (*growth faltering*), terutama gagal tumbuh kembang otak. Anak yang menderita kekurangan gizi tidak saja menurun kecerdasan otaknya, tetapi menyimpan potensi terkena penyakit degeneratif ketika memasuki usia dewasa. Dari uraian di atas, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Adakah Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

- 1) Bagaimanakah penerapan Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Gabus II kabupaten Pati?
- 2) Bagaimanakah status gizi di wilayah kerja Puskesmas Gabus II kabupaten Pati?
- 3) Bagaimanakah hubungan penerapan kadarzi dengan status gizi di wilayah kerja Puskesmas Gabus II kabupaten Pati?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk mengetahui penerapan Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.
- 2) Untuk mengetahui status gizi di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.
- 3) Untuk mengetahui hubungan penerapan Kadarzi dengan status gizi di wilayah kerja Puskesmas Pati Gabus II Kabupaten Pati.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Masyarakat

Manfaat hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan mengenai masalah kesehatan bagi masyarakat khususnya ibu-ibu tentang pentingnya penanganan yang tepat agar balita tidak menderita gizi buruk.

1.4.2 Petugas Gizi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengelola program gizi khususnya sebagai bahan pertimbangan dalam perencanaan program penanggulangan gizi buruk.

1.4.3 Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman dalam menganalisis secara ilmiah suatu permasalahan dengan mengaplikasikan dengan teori-teori yang ada dan teori-teori yang diperoleh selama mengikuti perkuliahan di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Penulis	Judul Penelitian	Tempat Peneliti an	Jenis Peneliti an	Hasil
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Yeti Nurmayati	Implementasi Program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga (Studi Kasus Tentang	Kelurahan Betet Kediri tahun 2008	Kualitatif deskriptif	Hasil analisis data digunakan untuk memaknai fenomena penelitian dan memberikan arah penarikan kesimpulan. Kesimpulan dari hasil penelitian ini

Implementasi Program Kadarzi Di Kelurahan Betet Kota Kediri) 2008.

1) proses implementasi kadarzi oleh petugas kesehatan dengan cara training, posyandu, radio, televisi, PKK, dan konseling di pustu, 2) implementasi kadarzi oleh masyarakat menunjukkan bahwa hanya sebagian masyarakat yang sudah melaksanakan program kadarzi, 3) faktor pendukung masyarakat sudah kadarzi: faktor ekonomi yang mapan, kebiasaan/kepercayaan dan adanya kegiatan posyandu, 4) kendala masyarakat belum kadarzi: pendidikan dan ekonomi rendah, kurang tenaga penyuluh, tidak konsisten terhadap program, waktu sosialisasi, efek negatif media massa, 5) tingkat kategori keluarga sejahtera yang sudah kadarzi paling banyak dari keluarga sejahtera I.

2.	Esti Anggarini Fitrianingtyas	Perbedaan Pengetahuan tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum	Desa Sumberarjo Kecamatan Jaken	<i>Quasy experiment</i> dengan rancang	Berdasarkan data hasil penelitian, diperoleh hasil analisis bivariat dengan nilai p value
----	-------------------------------	---	---------------------------------	--	---

dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati	Kabupaten Pati tahun 2011	an pre and posttest design with control group	0,0001 yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan tentang KADARZI sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.
--	---------------------------	---	---

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati belum pernah dilakukan.
2. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu adalah variabel bebas yaitu penerapan keluarga sadar gizi dan variabel terikat adalah status gizi.
3. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu rancangan penelitian yang dilakukan dengan mengamati subyek dengan pendekatan suatu saat atau subyek di observasi hanya sekali saja pada saat penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Gabus II kabupaten Pati.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada tahun 2012.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Ilmu gizi kesehatan masyarakat yang meneliti tentang analisis hubungan penerapan Kadarzi dengan status gizi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

2.1.1.1. Pengertian Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dapat di definisikan sebagai keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi tiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh tiap anggota keluarganya (Depkes RI,2007:5).

Kadarzi merupakan suatu gerakan yang terkait dengan program kesehatan keluarga dan gizi (KKG). Disebut Kadarzi, jika sikap dan perilaku keluarga dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi yang sebaik-baiknya yang tercermin dari pada konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bermutu gizi seimbang. Dalam keluarga sadar gizi sedikitnya ada seorang anggota keluarga yang dengan sadar bersedia melakukan perubahan kearah keluarga yang berperilaku baik dan benar. Bisa seorang ayah, ibu, anak atau siapapun yang terhimpun dalam keluarga itu (Depkes RI, 2002).

Terdapat lima indikator yang sudah disepakati, yaitu sebagai berikut:

- 1) Keluarga biasa mengkonsumsi aneka ragam makanan
- 2) Keluaraga selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil
- 3) Keluarga hanya menggunakan garam beryodium untuk memasak

makanannya

- 4) Keluarga memberi dukungan pada ibu melahirkan untuk memberikan ASI eksklusif
- 5) Minum suplemen gizi sesuai anjuran.

2.1.1.2. Faktor-Faktor yang Mempengarui Kadarzi

2.1.1.2.1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya dan sebagainya (Soetjningsih, 1995:10).

2.1.1.2.2. Status Pekerjaan

Salah satu dampak negative keikutsertaan ibu-ibu pada kegiatan di luar rumah adalah terlantarnya anak, terutama bagi anak balita. Padahal pada masa depan kesehatan anak dipengaruhi oleh penhasuhan dan keadaan gizi sejak usia bayi. Usia bayi sampai anak umur 5 tahun merupakan usia penting, karena pada masa tersebut anak belum dapat mencukupi kebutuhannya sendiri dan tergantung pada pengasuh. Nafsu makan anak tidak saja dipengaruhi oleh rasa lapar, melainkan pula emosi. Anak yang merasakan tidak mendapat kasih sayang ibunya dapat kehilangan nafsu makan dan akan terganggu pertumbuhannya. Ibu/pengasuh harus tahu mengenai anak dan perasaannya terhadap makanan (Solihin Pudjiadi, 2000:32).

2.1.1.2.3. Pendapatan Keluarga

Tingkat pendapatan dapat menentukan pola makan. Orang dengan tingkat ekonomi rendah biasanya akan membelanjakan sebagian pendapatannya untuk makanan, sedangkan orang dengan tingkat ekonomi tinggi akan berkurang belanja untuk makanan (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI, 2009:190).

Pendapatan merupakan faktor yang paling penting menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi perubahan konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam kuantitas dan kualitas pangan yang dibeli.

2.1.1.2.4. Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasaan dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:143).

Pentingnya pengetahuan gizi terhadap konsumsi didasari atas tiga kenyataan yaitu: (1) status gizi yang cukup adalah penting untuk kesehatan dan kesejahteraan; (2) setiap orang hanya akan cukup gizi yang diperlukan jika makanan yang dimakan mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, pemeliharaan dan energi; (3) ilmu gizi

memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi (Suhardjo, 2003:25).

Pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan pendidikan yang tinggi akan memungkinkan balitanya mendapatkan kesempatan untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Membesarkan anak sehat tidak cukup dengan naluri kasih sayang belaka, namun seorang ibu perlu pengetahuan serta kemampuan dalam mengasuh anak. Pengetahuan tidak hanya melalui pendidikan formal, namun juga informal dari orang lain seperti sosialisasi dan penyuluhan, dari media masa atau hasil pengalaman orang lain.

Masalah gizi selain merupakan sindroma kemiskinan yang kaitannya dengan masalah ketahanan pangan ditingkat rumah tangga juga menyangkut aspek pengetahuan dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat. Pengetahuan sangat penting dalam menentukan bertindak atau tidaknya seseorang dalam perilaku sadar gizi yang pada akhirnya akan sangat mempengaruhi status kesehatan anggota keluarganya.

2.1.1.2.5. Keaktifan Kader

Faktor-faktor yang mempengaruhi kadarzi adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana, serta keaktifan kader misalnya sosialisasi. Sosialisasi dalam penelitian ini adalah pendampingan keluarga menuju kadarzi. Pendampingan keluarga kadarzi adalah proses mendorong, menyemangati, membimbing dan memberikan kemudahan oleh kader pendamping kepada keluarga guna mengatasi masalah gizi yang dialami (Depkes RI, 2007:1).

Kader di Indonesia merupakan sosok insan yang menarik perhatian khalayak. Kesederhanaannya dan asalnya yang dari masyarakat setempat, telah membuat kader begitu dekat dengan masyarakat membuat alih pengetahuan dan olah keterampilan dari kader pada tetangganya yang demikian mudah (Wiku Adisasmito, 2007:200).

Tugas kader dalam penyelenggaraan posyandu adalah:

1. Memberi tahu hari dan jam buka posyandu kepada para ibu pengguna posyandu (ibu hamil, ibu yang mempunyai bayi, dan balita serta ibu usia subur) sebelum hari buka posyandu.
2. Menyiapkan peralatan untuk penyelenggaraan posyandu sebelum posyandu dimulai seperti timbangan, buku catatan, KMS, dan lainnya.
3. Melakukan pendaftaran bayi, balita, ibu hamil, dan ibu usia subur yang hadir di Posyandu.
4. Melakukan penimbangan bayi dan balita.
5. Mencatat hasil penimbangan dalam KMS.
6. Melakukan penyuluhan kelompok kepada ibu-ibu dimeja IV dengan isi penyuluhan sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.
7. Melakukan penyuluhan kelompok kepada ibu-ibu sebelum di meja I (satu) atau setelah meja V (kalau diperlukan).
8. Menyiapkan dan membagikan makanan tambahan untuk bayi dan balita.
9. Melakukan kunjungan rumah.

2.1.1.3. Sosialisasi Kadarzi

Secara umum, sosialisasi merupakan salah satu bentuk pengendalian sosial

yang berlangsung dimasyarakat. Sosialisasi juga berfungsi sebagai proses "Pewarisan Nilai Budaya" atau proses belajar yang berlangsung dari satu generasi ke generasi lainnya, dari kelompok ke kelompok lainnya (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:92).

Sosialisasi di sini berarti menanamkan perilaku-perilaku kadarzi pada ibu rumah tangga sehingga dapat diciptakan keluarga yang sadar akan gizi. Sosialisasi kadarzi ini dapat dilakukan dengan cara pendampingan keluarga menuju kadarzi.

2.1.1.4. Pembinaan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Pendampingan keluarga sadar gizi adalah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga agar terwujud keluarga yang sadar gizi. Upaya meningkatkan kemampuan keluarga itu dilakukan dengan penyuluhan, demo, diskusi, dan pelatihan.

2.1.1.5. Tujuan Pembinaan Keluarga sadar Gizi (Kadarzi)

Tujuan pembinaan keluarga sadar gizi (Kadarzi) adalah:

- 1) Menimbang balita ke posyandu secara berkala.
- 2) Mampu mengenali tanda-tanda sederhana keadaan kelainan gizi (gizi kurang dan gizi lebih)
- 3) Mampu menerapkan susunan hidangan yang baik dan benar, sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS).
- 4) Mampu mencegah dan mengatasi kejadian, atau mencari rujukan manakala terjadi kelainan gizi didalam keluarga.
- 5) Menghasilkan makanan melalui pekarangan.

2.1.1.6. Indikator Keluarga Sadar Gizi

Indikator Kadarzi digunakan untuk mengukur tingkat sadar gizi keluarga. Menurut Depkes RI, 2007 ada 5 indikator Kadarzi yang juga terdapat dalam 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang yang meliputi:

2.1.1.6.1. Keluarga Bisa mengkonsumsi Aneka Ragam Makanan

Selama ini tidak ada satu pun jenis makanan yang mengandung lengkap semua zat gizi, yang mampu membuat seseorang untuk hidup sehat, tumbuh kembang dan produktif. Oleh karena itu, setiap orang perlu mengkonsumsi aneka ragam makanan kecuali bayi umur 0 sampai 6 bulan yang cukup sehat hanya dengan memperoleh ASI (Air Susu Ibu) saja.

Makanan yang beranekaragam dijamin dapat memberikan manfaat yang besar terhadap kesehatan. Sebab zat gizi tertentu, yang tidak terkandung dalam satu jenis bahan makanan, akan dilengkapi oleh zat gizi serupa dari bahan makanan yang lain. Demikian juga sebaliknya, masing-masing bahan makanan dalam susunan aneka ragam menu seimbang akan saling melengkapi. Kesimpulannya, makan hidangan yang beraneka ragam dapat menjamin terpenuhinya kecukupan sumber zat tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur bagi kebutuhan gizi seseorang.

2.1.1.6.2. Keluarga Selalu Memantau Kesehatan dan Pertumbuhan Anggotanya, Khususnya Balita dan Bumil

Pemantauan status gizi balita bisa dilakukan dengan menimbang balita di rumah atau ditimbang di posyandu atau di tempat lain setiap bulan atau sekurangnya 2 bulan sekali. Sedangkan pemantauan status gizi ibu hamil bisa

dipantau dengan menimbang dirumah atau ditempat lain, diukur tinggi dan berat badan, dihitung Indeks Massa Tubuh (IMT).

2.1.1.6.3. Keluarga Hanya Menggunakan Garam Beryodium untuk Memasak Makanannya

Garam beryodium yang dikonsumsi setiap hari bermanfaat untuk mencegah timbulnya gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). GAKY dapat menghambat perkembangan tingkat kecerdasan pada anak, penyakit gondok endemik, dan kretin.

Garam mengandung natrium. Kelebihan konsumsi natrium dapat memicu timbulnya penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan pencetus terjadinya stroke, yaitu pecahnya pembuluh darah otak. Stroke merupakan penyebab kematian pada orang dewasa di atas 40 tahun. Sedangkan penyakit darah tinggi membawa resiko timbulnya penyakit jantung pada kelompok orang dewasa. Karena itu dianjurkan untuk mengkonsumsi garam tidak lebih dari 6 gram atau satu sendok teh setiap harinya.

2.1.1.6.4. Keluarga memberi dukungan pada ibu melahirkan untuk memberikan ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) mampu memenuhi gizi bayi untuk tumbuh kembang dan menjadi sehat sampai ia berumur 6 bulan. Kolostrum, yakni ASI yang keluar pada hari-hari pertama, agar diberikan kepada bayi.

Setelah bayi berumur 6 bulan, ASI saja tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu, setelah lewat umur 6 bulan, bayi perlu mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan

kepada bayi secara bertahap sesuai dengan penambahan umur, pertumbuhan badan, dan perkembangan kecerdasannya.

Walaupun demikian, pemberian ASI tetap dilanjutkan sampai anak berumur 24 bulan. Manfaatnya adalah untuk membantu tumbuh kembang anak, mempertahankan dan meningkatkan daya tahan tubuh anak terhadap penyakit infeksi, serta mengakrabkan jalinan kasih sayang ibu dan anaknya secara timbale balik.

Meningat betapa besarnya manfaat ASI dalam proses tumbuh kembang anak, maka setiap ibu diharapkan mampu menyediakan ASI yang cukup untuk anaknya, baik jumlah maupun mutunya. Oleh karena itu, secara khusus setiap ibu perlu memperhatikan jumlah dan mutu gizi makannya selama hamil dan menyusui.

Pada ibu bekerja, karenan biasanya masa cuti hanya berlangsung selama 3 bulan sementara keinginan untuk memberikan ASI eksklusif begitu besar, ASI dapat diperah. Ada ibu yang dapat mengeluarkan sampai 2 cangkir (400-500 ml), atau lebih walaupun setelah bayi selesai menyusui. Tetapi meskipun hanya satu cangkir (200 ml) sudah bisa untuk pemberian 2 kali @ 100 ml. ASI juga dapat diperah menggunakan pompa payudara yang manual, menggunakan baterai, atau pompa listrik. ASI perah disimpan dalam wadah atau botol steril. Sebaiknya botol tersebut terbuat dari kaca dan harus tertutup rapat. ASI perah dapat dibiarkan dalam suhu kamar (kurang lebih 19-25° C) selama kurang lebih 6-8 jam, bila masih kolostrum (suhu awal atau susu yang pertama kali keluar pada 1-7 hari setelah melahirkan) bisa sampai 12 jam. Di dalam lemari pendingin (susu 4° C)

selama 24-48 jam dan di dalam lemari pembeku (suhu -4°C) dapat bertahan 2 minggu sampai 4 bulan. ASI yang disimpan dalam lemari pendingin atau pembeku tidak boleh ditaruh didekat pintu. Apabila disimpan dalam *deep freezer* (-18°C), ASI dapat tahan sampai 6 bulan. Perlu diperhatikan bahwa suhu tempat penyimpanan harus stabil.

2.1.1.6.5. Konsumsi Suplemen Gizi sesuai Anjuran

Konsumsi suplemen gizi yang dianjurkan oleh Departemen Kesehatan RI (2007) yaitu kapsul vitamin A dosis tinggi (kapsul biru untuk bayi usia 6-11 bulan, kapsul merah untuk balita usia 12 – 59 bulan).

Pada bayi dan balita kapsul vitamin A berguna untuk kesehatan mata, terutama pada proses penglihatan dimana vitamin A berperan dalam membantu proses adaptasi dari tempat yang terang ke tempat yang gelap. Kekurangan vitamin A mengakibatkan kelainan dalam penglihatan karena terjadinya proses metaplasia sel-sel epitel, sehingga kelenjar-kelenjar tidak memproduksi cairan yang dapat menyebabkan terjadinya kekeringan pada mata, yang disebut *xerosis konjunktiva*. Bila kondisi ini terus berlanjut akan terbentuk bercak bitot (*bitot spot*) dan berujung pada kebutaan (Depkes RI, 2007). Berdasarkan Depkes RI (2008) salah satu cakupan kunjungan bayi 6 – 11 bulan dan cakupan pelayanan anak balita 12 – 59 bulan pada pelayanan kesehatan dasar yang termuat dalam standar pelayanan minimal yaitu pemberian kapsul Vitamin A dosis tinggi, 100.000 IU (biru) untuk bayi dan atau 200.000 IU (merah) untuk balita sebanyak 2 buah pertahun.

2.1.2. Perkembangan Anak Balita

Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah masa balita. Karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada masa balita ini perkembangan kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian juga dibentuk pada masa ini. Dalam perkembangannya anak terdapat masa kritis, dimana diperlukan rangsangan/stimulasi yang berguna agar potensi berkembang, sehingga perlu mendapat perhatian. Perkembangan psiko-sosial sangat dipengaruhi lingkungan dan interaksi antar anak dengan orang tuanya/orang dewasa lainnya. Perkembangan anak akan optimal bila interaksi sosial diusahakan sesuai dengan kebutuhan anak pada berbagai tahap perkembangannya, bahkan sejak bayi masih di dalam kandungan (Soetjiningsih, 1995:29).

2.1.3. Gizi Anak Balita

Ada perbedaan individual, biasanya semakin besar anak akan semakin banyak makannya dibanding anak yang lebih kecil ukuran tubuhnya dan anak aktif makan akan lebih banyak daripada anak pendiam. Meskipun anak umumnya makan makanan yang sama dengan orang dewasa, mereka tidak dapat dan tidak membutuhkan jumlah makanan yang sama dengan orang dewasa. Karakteristik pertumbuhan dan perkembangan selama masa anak-anak adalah laju pertumbuhan yang menurun secara drastis pada usia satu tahun dan berkelanjutan secara tidak teratur selama anak-anak (Erna Francin Paath, dkk, 2005:6).

2.1.4. Gizi Salah (Malnutrition)

Salah gizi adalah keadaan patologi tidak sehat yang disebabkan oleh makanan yang kurang atau berlebihan dalam satu makanan atau lebih zat gizi esensial dalam waktu lama (Suhardjo, 1986:15).

Ada 4 bentuk malnutrisi yaitu:

- 1) Under Nutrition atau kekurangan konsumsi pangan secara relatif
- 2) Specific Defisiensi atau kekurangan zat gizi tertentu
- 3) Over Nutrition atau kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu
- 4) Imbalance disebabkan disproporsi zat gizi (I Dewa Nyoman Supriasa, 2002:18).

2.1.4.2.1. Penyebab Masalah Gizi

Pada tingkat individu, keadaan gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan mengakibatkan gizi kurang.

Di tingkat keluarga dan masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh:

- 1) Kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan bagi anggotanya baik jumlah maupun jenis sesuai kebutuhan gizinya.
- 2) Pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam hal:
 - 1) Memilih, mengolah dan membagi makanan antar anggota keluarga sesuai dengan kebutuhan gizinya
 - 2) Memberikan perhatian dan kasih sayang dalam mengasuh anak

- 3) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan gizi yang tersedia, terjangkau dan memadai (Posyandu, Pos Kesehatan Desa, Puskesmas dll)
- 3) Tersedianya pelayanan kesehatan dan gizi yang terjangkau dan berkualitas
- 4) Kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan (Depkes RI, 2007:8).

2.1.4.2.2. Penyakit Defisiensi Gizi

Penyakit-penyakit gizi di Indonesia terutama tergolong dalam kelompok penyakit defisiensi. Penyakit gizi lebih dan penyakit keracunan pangan belum dianggap sebagai bahaya nasional. Sesuai dengan masalah gizi masyarakat yang telah dikemukakan terlebih dahulu, maka keempat penyakit defisiensi gizi yang dianggap sudah mencapai kegawatan nasional karena kerugian yang ditimbulkannya terhadap pembangunan manusia secara nasional adalah (1) penyakit kekurangan kalori dan protein, (2) penyakit defisiensi vitamin A, (3) penyakit defisiensi Iodium, (4) penyakit anemia defisiensi zat besi (Soengeng Santoso, dkk, 2009:74).

2.1.4.2.1. Kurang Energi Protein (KEP)/ Gizi Buruk

Kekurangan energi protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:131).

Penyakit KEP merupakan penyakit gangguan gizi yang penting bagi Indonesia maupun bagi Negara-negara yang sedang berkembang di Asia, Afrika,

Amerika Tengah dan Amerika Selatan. Prevalensi tertinggi terdapat pada anak-anak dibawah 5 tahun (balita), ibu yang sedang mengandung dan menyusui. Pada penyakit KEP ditemukan berbagai macam keadaan patologis disebabkan oleh kekurangan energi maupun protein dalam proporsi yang bermacam-macam (Solihin Pudjadi, 2000:95).

2.1.4.2.1.1. Klasifikasi KEP

2.1.4.2.1.1.1. Marasmus

Marasmus adalah penyakit KEP dengan kekurangan energi sebagai penyebab dominan. Gambaran penderita marasmus dapat terwakili dalam istilah “tulang berbalut kulit” jaringan lemak bawah kulit (nyaris) lenyap, otot mengecil. Berat badan penderita marasmus biasanya 60% dari berat badan yang seharusnya sementara pasien anak mengalami kemunduran pertumbuhan longitudinal. Kulit kering, tipis, tidak lentur, serta mudah berkerut. Rambut tipis, jarang, kering tanpa kilap normal dan mudah dicabut tanpa menyisakan rasa sakit. Penderita kelihatan apatis dan nafsu makan penderita hilang sama sekali (Arisman, 2007:103).

2.1.4.2.1.1.2 Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah penyakit KEP dengan kekurangan protein sebagai penyebab dominan. Kwashiorkor berasal dari bahasa Ga di Afrika Barat yang berarti “penyakit yang diderita oleh anak-anak terlantar” (Soegeng Santoso, dkk, 2009:74).

Tanda yang khas pada penyakit ini adalah berupa pembengkakan yang jika

ditekan melekek, tidak sakit dan lunak yang biasanya terjadi di kaki, tangan atau anggota tubuh yang lainya. Pada daerah oedema atau bengkak tidak jarang muncul lesi (luka) kulit. Jaringan bawah kulit masih baik, namun jaringan otot nampak mengecil. Perut tampak menonjol karena penegangan lambung dan usus yang terpuntir. Karena adanya pembengkakan, maka penurunan berat badan tidak terjadi, namun pertumbuhan tinggi terhambat, lingkaran kepala mengalami penurunan. Akibat kekurangan protein anak-anak menjadi rendah kualitas otak dan fisiknya (Arisman, 2007:104).

2.1.4.2.1.2. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan KEP (Gizi Buruk)

2.1.4.2.1.2.1 Konsumsi Zat Gizi

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap penyimpanan zat gizi dalam tubuh, penyimpanan ini berpengaruh terhadap fungsi faal dan biologis. Tingkat pertumbuhan yang baik dan kemampuan imunologi yang memadai akan menghasilkan tingkat kesehatan yang baik pula. Sebaliknya pertumbuhan badan yang terhambat biasanya kurang kemampuan imunologinya yang dapat mengakibatkan kematian (Suhardjo, 2003:7).

2.1.4.2.1.2.2 Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi. Mekanisme patologisnya dapat bermacam-macam, yaitu:

- 1) Penurunan asupan zat gizi, akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit.
- 2) Peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat penyakit diare, mual, muntah dan perdarahan yang terus-menerus.

- 3) Meningkatkan kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit dan parasit yang terdapat dalam tubuh.

Penyakit infeksi dalam derajat manapun dapat memperburuk keadaan gizi. Malnutrisi, walaupun masih ringan mempunyai pengaruh negatif terhadap daya tahan tubuh. Malnutrisi disertai infeksi, pada umumnya mempunyai konsekuensi yang lebih besar daripada sendiri-sendiri (Solohin Pudjiadi, 2000:14). Kaitan infeksi penyakit dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik dan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang kurang dapat mempermudah seseorang terkena penyakit infeksi (Supariasa, 2001).

2.1.4.2.1.2.3. Pendidikan Ibu

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena dengan pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya dan sebagainya (Soetjingsih, 1995:10).

Pendidikan merupakan salah satu tolok ukur yang paling bermanfaat untuk yang menentukan status sosial ekonomi dan mempunyai tingkat ketepatan yang cukup baik. Pendidikan formal ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktek nutrisi bertambah baik (Mulyono Joyomartono, 2004:98).

2.1.4.2.1.2.4. Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi

Pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan pendidikan yang tinggi akan memungkinkan balitanya mendapatkan kesempatan untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Membesarkan anak sehat tidak cukup dengan naluri kasih sayang belaka, namun seorang ibu perlu pengetahuan serta kemampuan dalam pengasuhan anak. Pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal, namun juga informal dari orang lain seperti sosialisasi dan penyuluhan, dari media masa atau hasil pengalaman orang lain.

Pengatahuan gizi memang mempunyai peran penting di dalam penggunaan pangan yang tepat, sehingga dapat tercapai keadaan dan status gizi yang baik. Tingkat pengetahuan menentukan perilaku konsumsi pangan, salah satunya mengenai pendidikan gizi. Pendidikan gizi berusaha menambah pengetahuan dan perbaikan kebiasaan konsumsi pangan (Suhardjo, 2003:97).

2.1.4.2.1.2.5. Status Pekerjaan Ibu

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia status pekerjaan adalah mata pencaharia, apa yang dijadikan pokok kehidupan sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Peningkatan kedudukan wanita dan tersedianya peluang yang sama di bidang pendidikan, latihan dan pekerjaan yang akan memberi kontribusi yang berarti dalam perkembangan sosial ekonomi nasional khususnya dalam hal ini keluarga. Keluarga mempunyai tanggung jawab utama atas perawatan dan perlindungan anak sejak bayi hingga dewasa (Soetjingsih, 1995:156).

Salah satu dampak negatif keikutsertaan ibu-ibu pada kegiatan diluar

rumah adalah terlantarnya anak, terutama bagi anak balita. Padahal pada masa depankesehatan anak dipengaruhi oleh pengasuhan dan keadaan gizi sejak usia bayi. Usia bayi sampai anak umur lima tahun merupakan usia penting, karena pada masa tersebut anak belum dapat mencukupi kebutuhannya sendiri dan tergantung pada pengasuh. Nafsu makan anak tidak saja dipengaruhi oleh rasa lapar, melainkan pula emosi. Anak yang merasakan tidak mendapat kasih sayang ibunya dapat kehilangan nafsu makan dan akan terganggu pertumbuhannya. Ibu atau pengasuh harus tahu mengenai anak dan perasaannya terhadap makanan (Solohin Pudjiadi, 2000:32).

2.1.4.2.1.2.6. Pendapatan Keluarga

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia pendapatan keluarga adalah hasil usaha atau usaha dari anggota keluarga. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang skunder (Soetjiningsih 1995:10).

2.1.4.2.1.2.7. Jumlah Anggota Keluarga

Penelitian atas beberapa keluarga miskin di wilayah Asia, Afrika, dan Amerika Latin menunjukkan bahwa anak-anak dalam keluarga yang jumlah anggotanya besar, akan beresiko besar menghadapi gizi kurang. Selain itu distribusi pangan yang dikonsumsi dalam suatu keluarga sering tidak merata, yaitu jumlah makanan yang sesuai dengan tingkat kebutuhannya menurut umur dan keadaan fisik serta jenis kelaminnya. Zat gizi yang diperlukan oleh anak-anak dan anggota keluarga yang masih muda pada umumnya lebih tinggi dari kebutuhan orang dewasa bila dinyatakan dalam satuan berat badan (Achmad Djaeni S,

2002:24).

2.1.4.2.1.2.8 Pemberian ASI dan Lama Pemberian ASI

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi, ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh bayi dalam jumlah yang cukup untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan yang optimal pada bulan-bulan pertama. Pemberian ASI eksklusif dapat memperlambat angka kematian bayi dan meningkatkan status gizi masyarakat menuju tercapainya kualitas sumber daya manusia yang memadai. Asam lemak esensial dalam ASI bermanfaat untuk pertumbuhan otak, sehingga merupakan dasar perkembangan kecerdasan bayi dikemudian hari. Bayi yang diberi susu selain ASI, mempunyai resiko 17 kali lebih besar kemungkinan terkena ISPA dibanding bayi yang mendapatkan ASI (Hadi Siswanto, 2010:133).

Telah diketahui sejak lama bahwa bayi yang disusui oleh ibunya lebih terjaga dari penyakit infeksi terutama diare dan mempunyai kemungkinan hidup lebih baik dibandingkan dengan bayi yang tidak diberi ASI maupun bayi yang diberi susu formula. Perbedaan tersebut disebabkan oleh hal-hal berikut:

- 1) ASI lebih bersih karena langsung diminum dari tubuh ibu
- 2) *Immunoglobulin A* (Ig A) terdapat banyak dalam kolesterum dan lebih sedikit dalam ASI.
- 3) *Laktoferin* gunanya mengikat zat besi
- 4) *Lasozim* yang berguna untuk menghancurkan bakteri-bakteri berbahaya serta melindungi dari serangan virus
- 5) Mengandung banyak sel darah putih
- 6) Mengandung *bifidus*, karbohidrat yang mengandung nitrogen yang diperlukan

untuk pertumbuhan seorang bayi yang diberi ASI.

2.1.4.2.1.2.9 Pemberian MP-ASI

Bayi yang masuk bulan ke lima harus lebih diperhatikan. Kejadian gangguan gizi terutama KEP sudah mulai ditemukan dalam kelompok ini. Beberapa penyebab yang mendorong terjadinya gangguan gizi tersebut antara lain jumlah ASI yang dihasilkan oleh ibu sudah tidak mencukupi kebutuhan bayi akan zat gizi, tetapi hal ini tidak disadari oleh ibu, karena keteledoran itulah bayi dapat menderita gizi kurang. Dari hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada bayi dan anak disebabkan karena kebiasaan pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat. Keadaan ini memerlukan penanganan tidak hanya dengan penyediaan pangan tetapi juga pendekatan yang lebih komunikatif sesuai dengan tingkat pendidikan dan kemampuan masyarakat.

Makanan pendamping ASI diberikan kepada bayi setelah bayi usia 6 bulan. Tujuan pemberian MP-ASI adalah untuk menanggulangi dan mencegah terjadinya gizi buruk, dan gizi kurg sekaligus mempertahankan status gizi baik pada bayi dan anak 12 bulan (Hadi Siswanto, 2010:138).

2.1.5. Penilaian Status Gizi

2.1.5.1 Penilaian Status Gizi Secara Langsung

2.1.5.1.1 Antropometri

Antropometri berasal dari kata anthropos dan metros. Anthropos artinya tubuh dan metros artinya ukuran. Secara umum antropometri adalah ukuran tubuh manusia dipandang dari sudut pandang gizi, dan antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari

berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

Antropometri digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidak seimbangan antara asupan energi dan protein yang terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air tubuh (I Dewa Nyoman Supriasa, 2002:36).

Beberapa keunggulan dan kelemahan antropometri, sebagai berikut :

1) Keunggulan Antropometri

- 1) Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar
- 2) Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat sudah dapat melakukan pengukuran antropometri
- 3) Alat murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat
- 4) Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi dimasa lampau
- 5) Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang dan gizi buruk, karena sudah ada ambang batas yang jelas
- 6) Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari suatu generasi berikutnya
- 7) Metode antropometri gizi dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi

2) Kelemahan Antropometri

- 1) Tidak sensitif

- 2) Metode ini dapat mendeteksi status gizi dalam waktu yang singkat
- 3) Faktor diluar gizi (penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitifitas pengukuran antropometri
- 4) Kesalahan yang terjadi saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas dalam pengukuran antropometri gizi
- 5) Kesalahan ini terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, analisis dan asumsi keliru
- 6) Sumber kesalahan karena berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalan alat atau alat tidak ditera, dan kesulitan pengukuran (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:37).

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran panggul dan lemak di bawah kulit (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:38).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan sebagai dasar penilaian status gizi yaitu:

- 1) Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh dan antropometri yang sangat labil, berdasarkan karakteristik tersebut maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi seseorang saat itu. Pada keadaan normal, berat badan berkembang mengikuti penambahan umur.

2) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relative kurang sensitive terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur.

3) Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan linier dengan tinggi badan dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu.

Dari berbagai jenis-jenis indeks tersebut, untuk menginterpretasikannya dibutuhkan ambang batas, penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para Ahli Gizi. Ambang batas dapat disajikan kedalam 3 cara yaitu, persen terhadap median, persentil dan standar deviasi unit.

1. Persen Terhadap Median

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Dalam antropometri gizi median sama dengan persentil 50.

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Menggunakan Persen Terhadap Median

Status Gizi	Antropometri		
	BB/U	TB/U	BB/TB
1	2	3	4
Gizi Baik	> 80%	> 90%	> 90%
Gizi Sedang	71%-80%	81%-90%	81%-90%
Gizi Kurang	61-70%	71%-80%	71%-80%
Gizi Buruk	≤ 60%	≤ 70%	≤ 70%

Sumber : I Dewa Nyoman Supariasa, 2002

2. Persentil

Para pakar merasa kurang puas dengan menggunakan persen terhadap median, akhirnya mereka memilih cara persentil. Persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada di bawahnya. *National Center for Health Statistics* (NCHS) merekomendasikan persentil ke 50 sebagai batas gizi baik dan kurang, serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002).

3. Standar Deviasi Unit (SD)

Standar deviasi unit disebut juga Z-skor. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan (Supariasa dkk 2001). Rumus perhitungan Z – Skor :

$$Z - \text{Skor} = \frac{\text{Nilai Individu Subjek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujuk}}$$

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi Menggunakan Z-Skor

Status Gizi	Indeks BB/U, TB/U, BB/TB
1	2
Gizi Lebih	$\geq + 2 \text{ SD}$
Gizi Baik	$\geq - 2 \text{ SD}$ dan $< + 2 \text{ SD}$
Gizi Kurang	$\geq -3 \text{ SD}$ dan $< - 2 \text{ SD}$
Gizi Buruk	$< - 3 \text{ SD}$

Sumber: Soekirman, 2002.

4) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat di jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (I

Dewa Nyoman Supariasa, 2002:19).

5) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh, antara lain: darah, urin, tinja, dan hati. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:19).

6) Biofisik

Metode dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dalam jaringan. Umumnya digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik, dengan adaptasi gelap (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:20).

2.1.5.2 Penilaian Status Gizi Secara tidak Langsung

2.1.5.2.1 Survei Konsumsi Makanan

Metode dengan melihat jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi, untuk memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu.

2.1.5.2.2 Statistik Vital

Metode ini menganalisis data statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

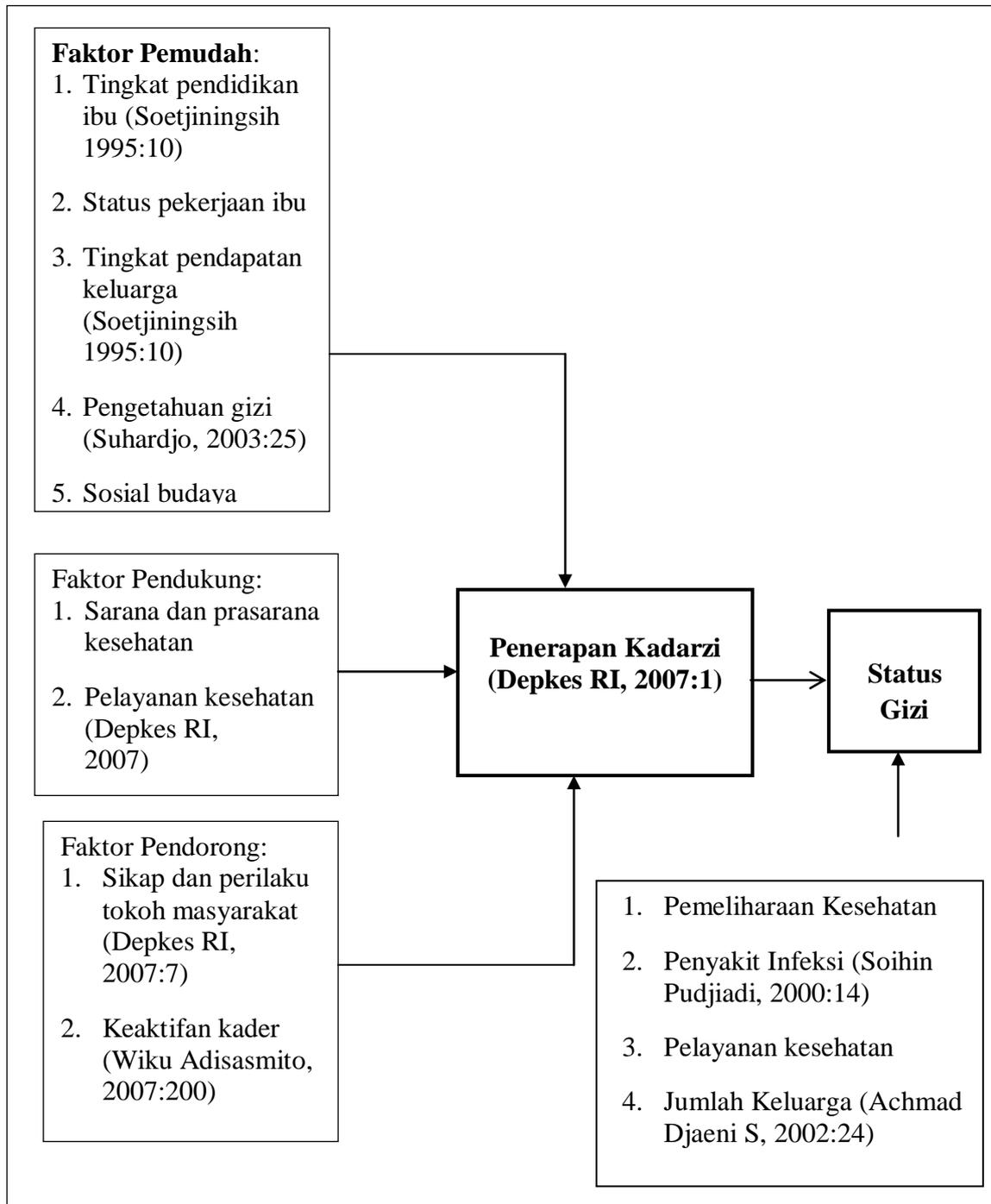
2.1.5.2.3 Faktor Ekologi

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui

penyebab malnutrisi pada suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:22).



2.2. KERANGKA TEORI

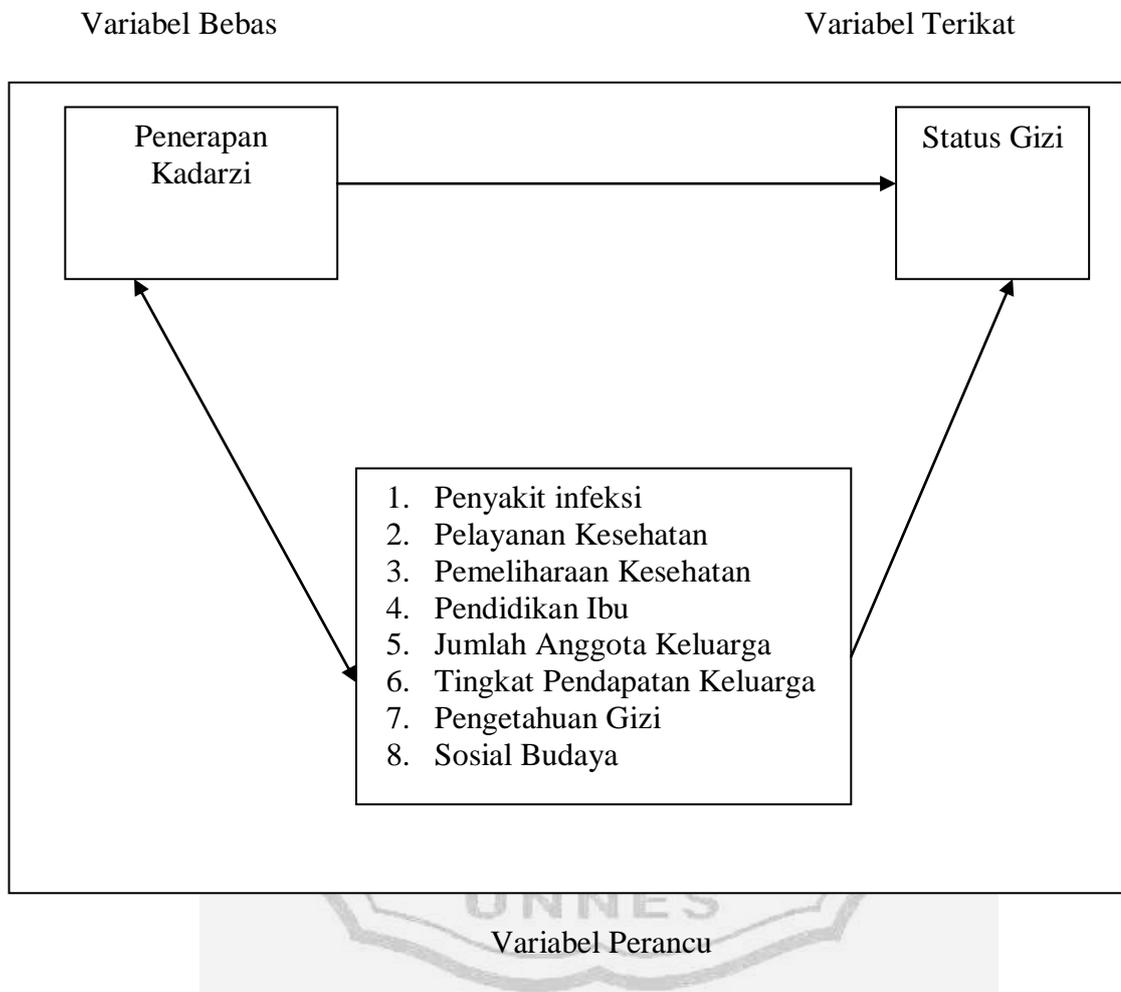


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Suma'mur P.K, 1996

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain atau dapat dikatakan variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:70).

Variabel dalam penelitian ini adalah

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (*Independent Variable*) adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah penerapan Kadarzi.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat (*Dependent Variable*) adalah variabel akibat. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi.

3.4.3 Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah (1) penyakit infeksi; (2) pelayanan kesehatan; (3) pemeliharaan kesehatan; (4) pendidikan ibu; (5) jumlah anggota keluarga; (6) pendapatan keluarga; (7) pengetahuan gizi; (8) sosial budaya. Variabel penyakit infeksi dikendalikan dengan memilih balita dengan kondisi tubuh yang sehat (1 bulan terakhir tidak menderita penyakit infeksi, misalnya ISPA, diare, TBC). Variabel pelayanan kesehatan dikendalikan dengan memilih responden yang menggunakan Puskesmas Gabus II sebagai tempat pelayanan kesehatan. Variabel pemeliharaan kesehatan dikendalikan dengan menilai aktif tidaknya responden terhadap puskesmas. Variabel tingkat pengetahuan gizi ibu dikendalikan dengan memilih responden yang tingkat pengetahuannya kurang. Variabel tingkat pendapatan ibu dikendalikan dengan memilih responden yang tingkat pendapatannya kurang dari UMR. Variabel tingkat pendidikan ibu dikendalikan dengan memilih responden yang tingkat pendidikannya minimal SMP. Variabel jumlah anggota keluarga dikendalikan dengan memilih responden yang memiliki 1 balita. Variabel sosial budaya dikendalikan dengan memilih responden yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.

3.3 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan penerapan perilaku keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Gabus II kabupaten Pati.

3.4 Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala/Kategori	Alat Ukur	Teknik Pengukuran
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Variabel Bebas: Penerapan Kadarzi	Adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang yang mencakup lima indikator.	Ordinal: <ul style="list-style-type: none"> • Baik: bila setiap hari makan lauk hewani dan buah (selain makanan pokok) • Belum baik: bila tidak setiap hari makan lauk hewani dan buah 	Kuesioner	Wawancara: Menanyakan kepada responden tentang konsumsi lauk hewani dan buah selama 2 hari terakhir
		1. Makan Beraneka Ragam makanan yaitu balita mengkonsumsi makanan pokok, sayur, lauk pauk dan buah setiap hari.	Ordinal : <ul style="list-style-type: none"> • Baik: bila balita ditimbang berat badannya ≥ 4 kali berturut-turut dalam 6 bulan terakhir • Belum baik: bila balita ditimbang berat badannya < 4 kali berturut-turut dalam 6 bulan terakhir. 	Kuesioner	Wawancara: Menanyakan kepada responden tentang frekuensi menimbang balitanya selama 6 bulan terakhir.
		2. Menimbang berat badan secara teratur yaitu balita ditimbang berat badannya setiap bulannya.	Ordinal : <ul style="list-style-type: none"> • Baik: garam berubah warna menjadi ungu beryodium (Oppm) • Belum baik :garam tidak berubah warna tidak beryodium (30ppm) 	Kuesioner dan yodina tes	Wawancara dan menguji garam yang digunakan keluarga dengan tes yodium.
		3. Menggunakan garam beryodium yaitu keluarga yang menggunakan garam beryodium untuk memasak setiap hari.			

Lanjutan Tabel 3.1

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		4. Memberikan ASI Eksklusif Yaitu Ibu Yang Memberikan ASI Saja Kepada Balita Sejak Lahir Sampai Usia 6 Bulan.	Ordinal: <ul style="list-style-type: none"> • Baik : bila balita hanya diberikan ASI saja sampai ≥ 6 bulan • Belum baik : bila balita diberikan ASI saja sampai usia < 6 bulan 	Kuesioner	Wawancara : dengan menanyakan kepada responden berapa frekuensi pemberian ASI Eksklusif.
		5. Memberikan Suplemen Gizi Berupa Kapsul Vitamin A Warna Biru Untuk Bayi Usia 6-11 Bulan Pada Bulan Februari atau Agustus, dan kapsul vitamin A warna merah untuk balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus	Ordinal : <ul style="list-style-type: none"> • Baik : bila mendapat kapsul vitamin A warna biru untuk bayi usia 6-11 bulan pada bulan Februari atau bulan Agustus, dan kapsul Vitamin A warna merah untuk balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus • Belum baik : bila balita tidak mendapat kapsul Vitamin A warna biru/ merah (Kepmenkes RI, 2007) 	Kuesioner	Wawancara : dengan menanyakan kepada responden tentang pemberian suplemen gizi Berupa Kapsul vitamin A warna biru dan merah
2.	Variabel Terikat: Status Gizi Balita	Adalah keadaan gizi balita yang dinilai dengan pengukuran berat badan dan tinggi badan menggunakan WHO-NCHS dengan skor Z menurut BB/TB (Supriasa, 2001).	Ordinal: <ul style="list-style-type: none"> • gizi normal (-2 SD - +2 SD) • gizi kurang (< -2 SD) • gizi lebih ($> +2$ SD) (Depkes RI, 2002)	Kuesioner, Timbangan Dacin dan Mikrotoa	Wawancara dengan menanyakan kepada responden mengenai berat badan dan tinggi badan balitanya

3.1 Jenis Dan Rancangan Penelitian

Jenis dan rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian menggunakan desain penelitian *Cross*

Sectional, yaitu rancangan penelitian yang dilakukan dengan mengamati subyek dengan pendekatan suatu saat atau subyek di observasi hanya sekali saja pada saat penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:168).

3.2 Populasi Dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita usia 6-59 bulan yang ditimbang sampai dengan bulan Agustus 2012 di wilayah kerja puskesmas Gabus II kabupaten Pati sebanyak 415 balita.

3.6.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi penelitian ini (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:79). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling* dari populasi balita yang ditimbang yang terdapat di wilayah kerja puskesmas Gabus II kabupaten Pati dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = total populasi

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = derajat kepercayaan (95%), yaitu 1,96

P = proporsi (50%), yaitu 0,5

d = presisi (10%), yaitu 0,1 (Stanley Lameshow, 1997:54)

$$n = \frac{1,96 \times 0,5 \times (1 - 0,5) \times 415}{0,01 \times (415 - 1) + 1,96 \times 0,5(1 - 0,5)}$$

$$= \frac{203,35}{4,14 + 0,49}$$

$$= \frac{203,35}{4,63}$$

= 43,92 = 44 responden

Jadi jumlah sampel minimal yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 44 responden penelitian. Responden dalam penelitian ini adalah ibu dari balita usia 6-59 bulan yang ditimbang yang terdapat di wilayah kerja puskesmas Gabus II kabupaten Pati.

3.3 Sumber Data

3.7.1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh melalui wawancara kepada responden berdasarkan kuesioner yang telah disediakan, bukan dari sumber pustaka yang telah ada. Pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara. Wawancara dilakukan dengan menanyakan mengenai pengetahuan gizi yang berkaitan dengan lima indikator kadarzi. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang penerapan indikator kadarzi dan formulir kebiasaan makan keluarga.

3.7.2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan keperluan penelitian. Data sekunder diperoleh dari data laporan puskesmas Gabus II, profil dinas kesehatan kabupaten Pati, laporan-laporan lain yang terkait dan buku-buku referensi.

3.4 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Suharsimi Arikunto, 2006:160). Menurut Soekidjo Notoatmodjo, 2002:48), instrumen penelitian adalah seperangkat alat yang digunakan untuk mengumpulkan data.

3.8.1.1. Mikrotoa

Mikrotoa yang digunakan mempunyai ketelitian 0,1 cm.

3.8.1.2. Timbangan dacin

Timbangan dacin yang digunakan mempunyai kapasitas 25 kg dengan ketelitian 0,1 kg

3.8.1.3. Kuesioner Responden

Kuesioner digunakan pada saat wawancara langsung dengan responden untuk mendapatkan data tentang pendidikan, pengetahuan gizi, dan pendapatan keluarga. Kuesioner diukur berdasarkan pada jawaban responden terhadap pertanyaan yang telah disediakan.

3.8.1.4. Iodina Test

Iodina test digunakan untuk mengetahui kandungan yodium pada garam. Cara menggunakan iodina test yaitu meneteskan garam dapur dengan cairan iodina, maka akan terlihat perubahan warna garam putih menjadi biru keunguan pada garam beryodium. Semakin tua warnanya, semakin baik mutu garam beryodium.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini meliputi:

3.8.2.1. Wawancara

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2002, 102), wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan

keterangan secara langsung dari seseorang sasaran penelitian (responden). Wawancara ini dilakukan untuk mendapatkan data mengenai penerapan indikator kadarzi (kebiasaan makan makanan beraneka ragam, penggunaan garam beryodium, pemberian ASI eksklusif serta menimbang berat badan secara teratur) dan formulir kebiasaan makan keluarga.

3.8.2.2. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan untuk memperoleh gambaran umum tempat penelitian seperti keadaan demografi.

3.5 Prosedur Penelitian

3.9.1 Awal Penelitian

1. Meminta ijin dan koordinasi dengan pihak puskesmas kepala desa tentang tujuan dan prosedur pelaksanaan penelitian.
2. Penentuan sampel.

3.9.2 Penelitian

1. Mendatangi responden dengan melakukan wawancara tentang kebiasaan makan keluarga.
2. Pengisian kuesioner tentang perilaku penerapan Kadarzi oleh peneliti dengan wawancara kepada responden.

3.9.3 Akhir penelitian

1. Pemantauan hasil penelitian
2. Analisis data

3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1. Teknik Pengolahan Data

Data yang diperoleh dalam penelitian kemudian diolah dan dianalisis

menggunakan komputer. Dalam pengolahan data-data penelitian dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Editing

Editing dilakukan untuk meneliti kembali setiap daftar pertanyaan yang telah diisi. Editing meliputi kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian, dan konsistensi dari setiap jawaban.

2. Koding

Koding dilakukan untuk mengklasifikasikan jawaban dari para responden kedalam kategori-kategori dengan memberikan kode pada setiap jawaban responden.

3. Entry

Entry yaitu data yang telah dikode tersebut kemudian dimasukkan ke dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah.

3.10.2. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik sebagai berikut:

3.10.2.1. Analisis Univariat

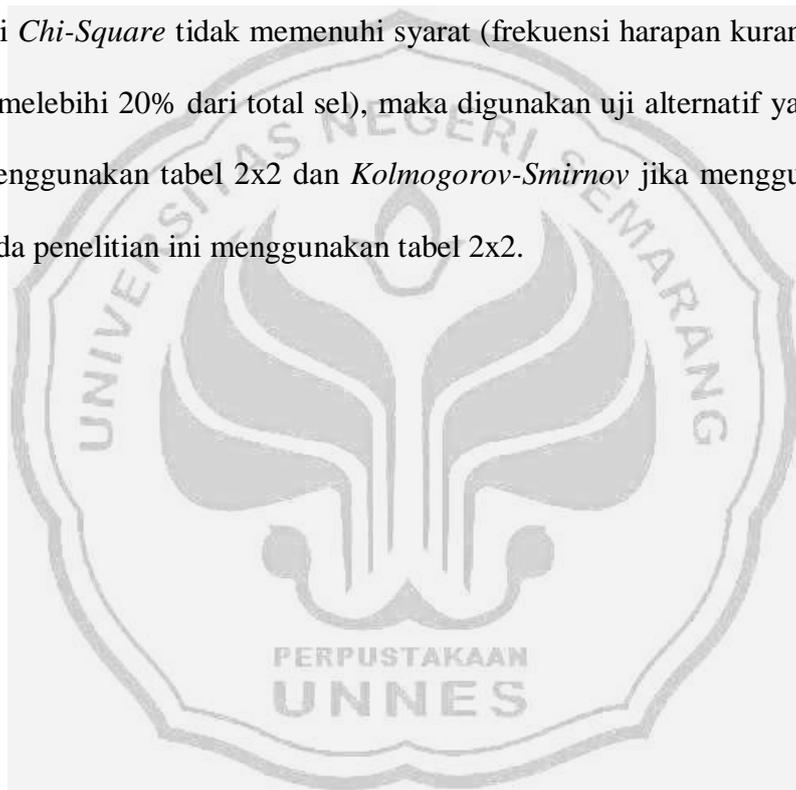
Dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel, yaitu variabel bebas (penerapan kadarzi) maupun variabel terikat (status gizi). Analisis ini berupa distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel

3.10.2.2. Analisis Bivariat

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188). Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel beba dan variabel terikat agar dapat menentukan tingkat

hubungan antara variabel tersebut. Didalam penelitian ini digunakan uji statistik dengan uji *Chi-Square* dengan bantuan *SPSS for Windows*. Uji *Chi-Square* digunakan karena skala pengukuran variabel dalam penelitian ini adalah skala pengukuran kategorik dan termasuk uji non parametrik. Adapun syarat uji *Chi-Square* adalah tidak sel yang nilai observednya bernilai nol, sel merupakan nilai *expected* <5 maksimal 20% dari jumlah sel.

Bila uji *Chi-Square* tidak memenuhi syarat (frekuensi harapan kurang dari 5 tidak boleh melebihi 20% dari total sel), maka digunakan uji alternatif yaitu uji *Fisher* jika menggunakan tabel 2x2 dan *Kolmogorov-Smirnov* jika menggunakan tabel BxK. Pada penelitian ini menggunakan tabel 2x2.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Data

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan, diperoleh karakteristik responden yang meliputi deskripsi responden menurut umur, jenis kelamin, pendidikan ibu dan status pekerjaan ibu.

4.1.1.1 Karakteristik responden

4.1.1.1 Distribusi Sampel menurut Umur

Berdasarkan hasil penelitian dengan 44 sampel diketahui bahwa umur sampel adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Sampel menurut Umur

No	Umur	Jumlah	Prosentase (%)
1	6-24 bulan	11	25
2	25-43 bulan	23	52,3
3	44-59 bulan	10	22,7
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa kelompok sampel sebagian besar pada usia 25-43 bulan sebanyak 23 (52,3%), dan yang paling sedikit pada usia 44-59 bulan sebanyak 10 (22,7%).

4.1.1.2 Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian dengan 44 sampel diketahui bahwa jenis kelamin sampel adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Sampel menurut Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1	Laki-laki	24	54,5
2	Perempuan	20	45,5
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa frekuensi terbesar sampel berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 24 balita (54,5%), sedangkan sampel berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 balita (45,5%).

4.1.1.3 Distribusi Responden menurut Pendidikan Ibu

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa pendidikan ibu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Responden menurut Pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Perguruan Tinggi	1	2,2
2	SMA	16	36,4
3	SMP	27	61,4
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan informasi bahwa kelompok responden terbanyak memiliki pendidikan tingkat SMP sebanyak 27 orang (61,4%), dan kelompok responden paling sedikit adalah tingkat perguruan tinggi yaitu sebanyak 1 orang (2,2%).

4.1.1.4 Distribusi Responden menurut Pekerjaan Ibu

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa pekerjaan atau mata pencaharian ibu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Responden menurut Pekerjaan

No	Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Buruh	8	18,2
2	Ibu Rumah Tangga	18	40,9
3	Pedagang	12	27,3
4	Swasta	6	13,6
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh informasi bahwa responden dengan jumlah terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga yaitu .18 orang (40,9%),

sedangkan yang paling sedikit dengan pekerjaan sebagai swasta yaitu 6 orang (13,6%).

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Indikator Penerapan Keluarga Sadar Gizi

4.2.1.1.1 Makan Aneka Ragam Makanan

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat aneka ragam makanan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Kebiasaan Makan Aneka Ragam Makanan

No	Makan Aneka Ragam Makanan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	28	63,6
2	Belum baik	16	36,4
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa tingkat penerapan keluarga sadar gizi menurut indikator makan aneka ragam makanan yang baik sebesar 28 balita (63,6%), dan yang belum baik sebesar 16 balita (36,4%).

4.2.1.1.2 Menimbang Berat Badan secara Teratur

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat menimbang berat badan secara teratur adalah sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Menimbang Berat Badan secara Teratur

No	Menimbang Berat Badan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	23	52,3
2	Belum baik	21	47,7
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui bahwa balita yang ditimbang berat badan secara teratur sebesar 23 balita (52,3%), dan yang belum teratur sebesar 21 balita (47,7%).

4.2.1.1.3 Menggunakan Garam Beryodium

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat penggunaan garam beryodium adalah sebagai berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Penggunaan Garam Beryodium

No	Garam yodium	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	26	59,1
2	Belum baik	18	40,9
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa balita yang menggunakan garam beryodium sebesar 26 balita (59,1%), dan yang belum menggunakan garam beryodium sebesar 18 balita (40,9%).

4.2.1.1.4 Pemberian Asi Eksklusif

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat pemberian ASI eksklusif adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Pemberian ASI Eksklusif

No	Asi Eksklusif	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	20	45,5
2	Belum baik	24	54,5
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa balita yang diberikan ASI eksklusif sebesar 20 balita (45,5%), dan yang tidak diberikan ASI eksklusif sebesar 24 balita (54,5%).

4.2.1.1.5 Memberikan Suplemen Gizi

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat pemberian suplemen gizi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.9 Distribusi Pemberian Suplemen Gizi

No	Suplemen Gizi Kapsul Vit.A	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	44	100
2	Belum Baik	-	-
Jumlah		44	100,0

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa balita yang diberikan suplemen gizi kapsul vitamin A warna merah, biru maupun merah dan biru sebesar 44 balita (100%).

4.2.1.1.6 Penerapan Keluarga Sadar Gizi

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa tingkat penerapan keluarga sadar gizi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Penerapan Keluarga Sadar Gizi

No	Penerapan Kadarzi	Jumlah	Prosentase (%)
1	Baik	21	47,7
2	Belum Baik	23	52,3
Jumlah		44	100,0

Berdasarkan tabel 4.10 dapat diketahui bahwa tingkat penerapan keluarga sadar gizi yang baik sebesar 21 balita (47,7%), dan tingkat penerapan keluarga sadar gizi yang belum baik sebesar 23 balita (52,3%).

4.2.1.2 Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil penimbangan dan penilaian status gizi balita diketahui bahwa status gizi balita adalah sebagai berikut:

Tabel 4.11 Distribusi Status Gizi Balita

No	Status Gizi Balita	Jumlah	Prosentase (%)
1	Normal	18	40,9
2	Kurus	26	59,1
	Jumlah	44	100,0

Berdasarkan tabel 4.11 dapat diketahui bahwa sebagian besar balita dalam kategori kurus yaitu sebesar 26 balita (59,1%), sedangkan yang paling sedikit dalam kategori normal sebesar 18 balita (40,9%).

4.2.2 Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah Puskesmas Gabus II tahun 2013 diperoleh analisis bivariat analisis hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi pada balita. Pada kelompok dengan penerapan keluarga sadar gizi baik, status gizi yang normal sebanyak 15 balita (71,4%) dan status gizi kurus sebanyak 6 balita (28,6%). Pada kelompok dengan penerapan keluarga sadar gizi belum baik, status gizi normal sebanyak 3 balita (13%) dan status gizi balita kurus sebanyak 20 balita (87%).

Tabel 4.12 Hasil Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi

Penerapan Kadarzi	Status Gizi Balita				Jumlah		P value
	Normal		Kurus				
	n	%	N	%	N	%	
Baik	15	71,4	6	28,6	21	100	0,000
Belum Baik	3	13,0	20	87,0	23	100	
Jumlah	18	40,9	26	59,1	44	100	

Berdasarkan tabel 4.12 diketahui dari 21 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik, terdapat 15 (71,4%) balita yang status gizinya normal, dan 6 (28,6%) balita yang status gizinya kurus. Sedangkan, dari 23 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik, terdapat

3 (13,0%) balita yang status gizinya normal, dan 20 (87,0%) balita yang status gizinya kurus.

Berdasarkan uji statistik menggunakan uji *Chi Square* (χ^2) dan dengan taraf kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan (α) 0,05 diperoleh *p-value* = 0,000, lebih kecil dari 0,05 (*p value* < 0,05) maka H_a diterima. Jadi dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita.



BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Balita

5.1.1 Penerapan Keluarga Sadar Gizi

Penerapan kesehatan merupakan tindakan-tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya misalnya keberhasilan suatu keluarga dalam mencapai Keluarga Sadar Gizi (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:57).

Berdasarkan hasil penelitian, indikator kadarzi yang paling banyak dilakukan oleh responden adalah pemberian suplemen sesuai anjuran kapsul vitamin A sebanyak 44 balita (100%). Hal ini terlihat dari semua reponden sudah memberikan kapsul vitamin A kepada balitanya. Perilaku kader yang mengantar kapsul vitamin A untuk anak balita yang tidak datang ke posyandu pada bulan Februari dan Agustus merupakan faktor penguat konsumsi suplemen sesuai anjuran.

Indikator Kadarzi yang sudah banyak dilakukan setelah indikator konsumsi suplemen sesuai anjuran yaitu makan aneka ragam makanan sebanyak 28 balita (63,6%). Hal ini disebabkan karena sebagian besar reponden sudah memberikan aneka ragam makanan pada balitanya seperti makanan pokok (nasi), sayur, lauk hewani dan buah-buahan. Mengonsumsi makan beranekaragam makanan sangat baik untuk melengkapi zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Akibat tidak mengonsumsi anekaragam makanan akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada balita (Depkes, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan masih rendahnya penerapan ibu dalam menggunakan garam beryodium 59,1%. Hal ini disebabkan karena responden masih banyak yang belum mengetahui manfaat kandungan garam beryodium. Mineral yodium yang terdapat dalam garam sangat penting bagi pertumbuhan.

Indikator yang belum banyak dilakukan responden adalah penerapan ibu dalam menimbang balitanya ke posyandu secara teratur. Hal ini dapat dilihat selama 6 bulan terakhir frekuensi ibu yang menimbang balitanya minimal 4 kali sebanyak 23 responden (52,3%). Hal ini disebabkan karena responden masih enggan untuk membawa balitanya ke posyandu. Selain itu, perilaku menimbang anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keadaan anak yang tidak memungkinkan dibawa ke posyandu (sakit) dan kesibukan keluarga. Penimbangan anak secara teratur setiap bulan dilakukan untuk mengetahui gangguan pertumbuhan yang tadinya tidak dapat diamati, yang dapat disebabkan oleh kekurangan makan, sakit yang berulang, atau ketidaktahuan tentang makanan anak (Soetjiningsih, 1998:51).

Indikator yang paling sedikit dilakukan responden adalah pemberian ASI eksklusif sebesar 20 responden (45,5%). Hal ini disebabkan karena responden yang sudah memberikan susu formula sejak anak lahir.

5.1.2 Status Gizi Balita

Dari hasil penelitian, didapatkan 26 balita (59,1%) termasuk dalam kategori kurus. Berdasarkan data dari Riskesdas (2010), di Propinsi Jawa Tengah balita dalam kategori kurus sebanyak 7,8%. Hasil ini menunjukkan bahwa

prevalensi balita dalam kategori kurus di wilayah Puskesmas Gabus II masih tinggi, namun tidak ada subyek yang termasuk dalam kategori sangat kurus. Gizi berpengaruh dalam pertumbuhan dan perkembangan balita. Anak balita berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan dewasa. Selain itu, balita juga belum dapat mengurus dirinya sendiri termasuk dalam memilih makanannya sehingga diperlukan peran perilaku orang tua.

5.2 Hubungan antara Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian yang dilakukan pada responden di wilayah puskesmas Gabus II tahun 2013, berdasarkan hasil perhitungan uji *chi square* (x^2) antara penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita diperoleh *p-value* dengan nilai 0,000 lebih kecil dari 0,05, sehingga H_a diterima yang artinya ada hubungan yang signifikan antara penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita. Hal ini dapat diartikan bahwa semakin baik ibu menerapkan perilaku keluarga sadar gizi maka semakin baik pula status gizi balitanya. Oleh karena itu, status gizi balita yang rendah salah satunya dapat disebabkan oleh ibu, yang mengurus dan merawat anaknya, tidak memiliki perilaku Kadarzi yang baik. Perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus. Perilaku kesehatan merupakan tindakan-tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya misalnya keberhasilan keluarga dalam mencapai keluarga sadar gizi (Soekidjo Notoatmodjo, 2003). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Angelica Gabriel yang menyatakan bahwa Perilaku Kadarzi ibu yang baik berkorelasi dengan status gizi balita yang baik, sedangkan PHBS responden tidak

memiliki hubungan yang nyata dengan status gizi balita. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Irma Aryati Octaviani (2012) yang menyatakan ada hubungan antara perilaku Kadarzi dengan status gizi balita namun tidak ditemukan hubungan pengetahuan ibu tentang Kadarzi dengan status gizi balita.

Dari 23 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik dengan status gizi balita dengan kategori normal sebanyak 3 balita (13%). Pada responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik dengan status gizi balita dengan kategori kurus sebanyak 20 balita (87%). Sedangkan dari 21 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik yang status gizi balita dengan kategori normal sebesar 15 balita (71,4%). Pada responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik yang status gizi balitanya dengan kategori kurus sebesar 6 balita (28,6%). Hal ini dikarenakan responden yang masih susah untuk menimbang berat badan balitanya secara rutin ke posyandu atau puskesmas. Perilaku menimbang balita dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keadaan balita yang tidak memungkinkan dibawa ke posyandu karena sakit dan kesibukan keluarga. Penimbangan balita secara teratur setiap bulan dilakukan untuk mengetahui gangguan pertumbuhan yang tadinya tidak dapat diamati, yang dapat disebabkan oleh kekurangan makan, sakit yang berulang, atau ketidaktahuan tentang makanan anak (Soetjiningsih, 1998:51). Selain itu juga dikarenakan masih kurangnya pengetahuan responden tentang penerapan keluarga sadar gizi seperti menggunakan garam beryodium dan memberikan ASI eksklusif. Salah satu indikator keberhasilan penerapan keluarga sadar gizi adalah memberikan ASI eksklusif sejak bayi lahir sampai berusia enam

bulan. Sebagian responden tidak menerapkan hal ini. Pemberian ASI eksklusif selama kurang dari enam bulan dapat menjadi salah satu faktor penyebab tingkat konsumsi balita yang masih rendah karena penyapihan yang terlalu dini sehingga apabila dibiarkan dalam waktu yang relatif lama akan mempengaruhi status gizinya yaitu dapat menyebabkan kurang gizi (Waryana, 2010).

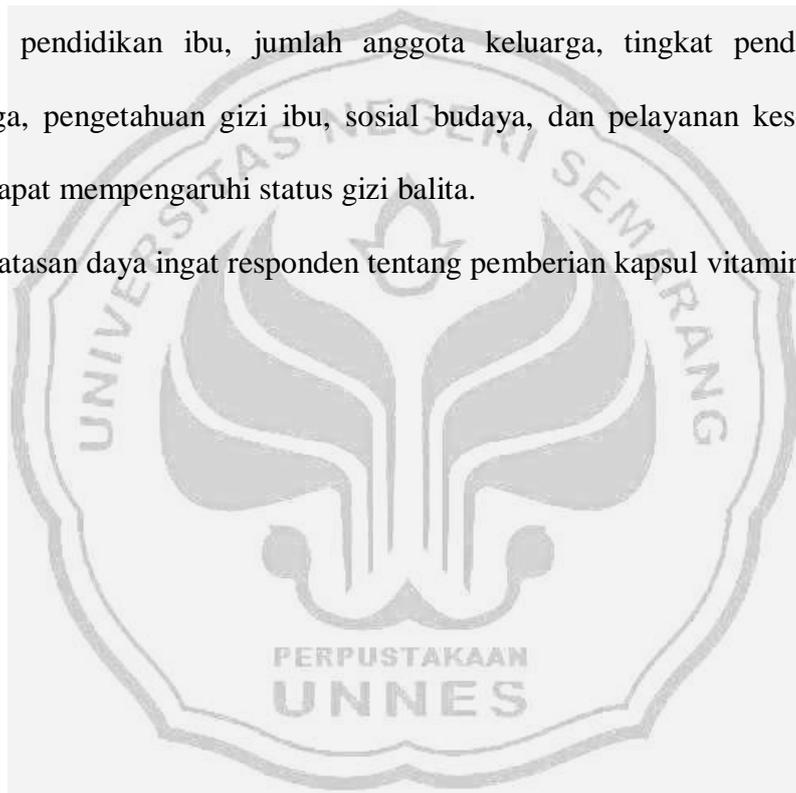
Penggunaan garam beryodium dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan yodium setiap anggota keluarga, terutama balita yang masih dalam proses pertumbuhan. Yodium dalam tubuh diperlukan untuk memproduksi hormon tiroksin. Tiroksin sangat penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik dan mental anak. Rendahnya kadar hormon tiroid dalam aliran darah yang disebabkan oleh kekurangan yodium dapat menyebabkan penghambatan pertumbuhan serta perkembangan manusia (Arisman, 2007). Status gizi dengan indeks BB/TB merupakan indikator masalah gizi akut sebagai akibat keadaan yang berlangsung cukup lama. Dampak dari penerapan keluarga sadar gizi mempunyai kecenderungan mempengaruhi status gizi balita dalam jangka waktu yang panjang (Depkes RI, 2009). Perilaku sadar gizi yang baik dalam rumah tangga balita dengan indikator kadarzi berhubungan langsung dengan pemantauan berat badan sebagai indikasi dini terjadinya perubahan status gizi yang cepat. Beberapa rangkaian analisis tentang hubungan penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita dapat mempertegas apa yang dikemukakan Minarto (2009) bahwa keluarga sadar gizi merupakan penyederhanaan dari PUGS yang valid dan reliabel serta dapat diaplikasikan dalam rangka menanggulangi masalah

gizi pada balita. Perilaku ibu yang sadar akan gizi dapat menjadi cara bagi ibu untuk mengatasi masalah gizi sehingga dapat meningkatkan status gizi balita.

5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Adapun keterbatasan kelemahan dan hambatan yang dihadapi peneliti dalam melakukan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini tidak mengkaji penyakit infeksi, pemeliharaan keehatan, tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, sosial budaya, dan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi status gizi balita.
2. Keterbatasan daya ingat responden tentang pemberian kapsul vitamin A.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Adapun simpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati tahun 2013.

6.2 Saran

1. Bagi Masyarakat

Untuk meningkatkan status gizi keluarga, maka harus mempertahankan dan meningkatkan penerapan perilaku keluarga sadar gizi seperti menambah aneka ragam makanan. Makanan sehat dan bergizi tidak hanya didapatkan dari makanan yang mahal, tetapi dari makanan yang murah banyak mengandung zat gizi. Selain itu juga, diharapkan masyarakat rutin membawa balitanya ke posyandu setiap bulan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan gizi balitanya.

2. Bagi Puskesmas

Diharapkan agar lebih mensosialisasikan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada masyarakat dan membekali kader tentang teknik promosi kesehatan yang efektif sesuai sasaran untuk memudahkan dalam penerapannya dalam upaya peningkatan gizi di wilayah tersebut.

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian tidak hanya pada keluarga balita tetapi kepada seluruh keluarga serta menambah populasi

yang lebih besar sehingga dapat diperoleh gambaran penerapan kadarzi pada berbagai karakteristik keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Djaeni S, 2002, *Ilmu Gizi Untuk Profesi dan Mahasiswa*, Jakarta: Dian Rakyat.
- Angelica Gabriel, 2008, *Perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) serta Hidup Bersih dan Sehat dengan Status Gizi Balita di Desa Cikaawang Bogor*, Skripsi.
- Arisman, 2007, *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002, *Panduan Umum Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI)*, Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.
- , 2007, *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju KADARZI*, Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta.
- , 2008, *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2007*, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- , 2009, *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*, Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta.
- , 2011, *Riset Kesehatan Dasar 2010*, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI, 2009, *Keluarga Mandiri Sadar Gizi*, Jakarta: FKUI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten, 2011, *Penentuan Status Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pati Tahun 2011*.
- Direktorat Bina Gizi, 2012, *Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi tahun 2011*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Erna Francin Paath, 2005, *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*, Jakarta: EGC.
- Esti Anggarini Fitrianingtyas, 2011, *Perbedaan Pengetahuan tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati*, Skripsi.
- Hadi Siswanto, 2010, *Pendidikan Anak Usia Dini*, Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- I Dewa Nyoman Supriasa, 2002, *Penilaian Status Gizi*, Jakarta: EGC.

- Irma Aryati Oktaviani, 2010, *Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Ibu Buruh Pabrik tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Pagersari Ungaran Kabupaten Semarang*, Artikel Penelitian: Universitas Diponegoro.
- Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2010, *Pedoman Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I*, Semarang: UNNES.
- Kepmenkes RI, 2007, *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Minarto, 2009, *Keluarga Sadar Gizi Solusi Atasi Masalah Gizi*, didownload dari http://www.promosikesehatan.com/2_act=news&id=489.
- Mulyono Joyomartono, 2004, *Pengantar Antropologi Kesehatan*, Semarang: UNNES Press.
- Profil Kesehatan Puskesmas Gabus II, 2011, *Profil Kesehatan Puskesmas Gabus II Tahun 2011*.
- Soegeng Santoso, 2009, *Kesehatan Dan Gizi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- , 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- , 2005, *Promosi Kesehatan "Teori dan Aplikasi"*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- , 2007, *Kesehatan Masyarakat "Ilmu dan Seni"*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Soekirman, 2002, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*, Jakarta: Dirjen Pendidikan Tinggi
- Soetjningsih, 1998, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC.
- Solihin Pudjiadi, 2000, *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*, Jakarta: FKUI.
- Stanley Lameshow, 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: UGM Press.
- Suhardjo, 1986, *Pangan, Gizi dan Pertanian*, Jakarta: Bumi Aksara.
- , 2003, *Perencanaan Pangan dan Gizi*, Jakarta: Bumi Aksara.

Suharsimi Arikunto, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: Rineka Cipta.

Sunita Almatsier, 2002, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Jakarta:PT. Gramedia Pustaka Utama.

Waryana, 2010, *Gizi Reproduksi*, Yogyakarta:Pustaka Rihama.

Wiku Adisasmita, 2007, *Sistem Kesehatan*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Yayuk Farida dkk, 2004, *Pengantar Pangan dan Gizi*, Jakarta: Penebar Swadaya.

Yeti Nurmayati, 2008, *Implementasi Program Kadarzi dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga (Studi Kasus di Kelurahan Betet Kota Kediri)*, Skripsi.



LAMPIRAN



Lampiran 1



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024) 8508107
 Fax. 024-8508107, E-mail : fik – unnes-smg. @ Telkom.net

KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor : 4803/HK.1.21/2010
Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2010/2011

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat :

1. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
2. SK Rektor UNNES No. 162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
3. Undang-undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)

Memperhatikan : Usul Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Tanggal, 10 Nopember 2010

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada :

1. Nama : dr. Oktia Woro KH, M.Kes.
 NIP : 195910011987032001
 Pangkat/Golongan : Pembina Tk. I / IV-b
 Jabatan Akademik : Lektor Kepala
 Mata Kuliah : Fisiologi
 Sebagai Pembimbing I

2. Nama : Mardiana, S.KM., M.Si
 NIP : 198004202005012003
 Pangkat/Golongan : Penata Muda, III/a
 Jabatan : Asisten Ahli
 Mata Kuliah : Amdal
 Sebagai Pembimbing II

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama : RATNASARI RIYAYAWATI
 NIM : 6450406530
 Jurusan/Prodi : Ilmu kesehatan Masyarakat
 Topik/Judul : " Gizi"

Lanjutan lampiran 1

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.



DITETAPKAN DI : SEMARANG
TANGGAL : 28 Februari 2011

Dibantu Dekan Bidang Akademi

Drs. Said Junaidi, M.Kes
NIP. 19690715 199403 1 001

Tembusan

1. Dekan FIK UNNES
2. Ketua Jurusan IKM
3. Dosen Pembimbing
4. Peringgal

No. Dokumen FM-03-ARD-24

Lampiran 2



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024) 8058007
 Fax. 024-8058007, E-mail : fik – unnes-smg. @ Telkom.net

Nomor : 5136/UN37.1.6/PP / 2012 6 September 2012
 Hal : Permohonan ijin observasi

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pati
 di Pati

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian program studi, dengan ini kami mohon untuk mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : RATNASARI RIYAYAWATI
 NIM : 6450406530
 Prodi/ SMT : Ilmu Kesehatan Masyarakat/13

Diperkenankan mengadakan observasi / pengambilan data ditempat yang bapak /Ibu pimpin guna mempersiapkan pelaksanaan pembuatan proposal skripsi.

Demikian permohonan kami. Atas terkabulnya permohonan ini, kami ucapkan terima kasih.



Tri Rustiadi, M.Kes
 NIP. 19641023.199002.1.001

Tembusan :
 1. Dekan FIK UNNES
 2. Ketua Jur. IKM
 3. Arsip

No Dokumen FM-01-AKD-03

Lampiran 3



**PEMERINTAH KABUPATEN PATI
DINAS KESEHATAN
Jl. Diponegoro No. 153 PATI**

Pati, 12 September 2012

Nomor : 070 / 1702 / 2012

Lampiran :

Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Kepada Yth :

Kepala Puskesmas Gabus II

Di

Tempat

Berdasarkan surat dari Universitas Negeri Semarang Fakultas Ilmu Keolahragaan Nomor : 5136/UN37.1.6/PP/ 2012 Tanggal 6 September 2012 Perihal tersebut pada pokok surat, maka dapat kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan yang bersangkutan :

Nama : Ratnasari Riyyawati

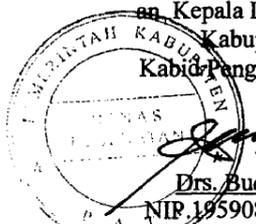
NIM : 6450406530

Untuk pengambilan data guna pembuatan proposal skripsi di Puskesmas Gabus II Kab. Pati Tahun 2012.”

Untuk itu diharapkan agar mahasiswa saudara dapat mentaati peraturan yang ada di tempat praktek tersebut.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pati
Kabid. Pengembangan SDK



Drs. Budiyo. MM
NIP.195908 198603 1 013

Tenbusan Kepada Yth :

1. Direktur Universitas Negeri Semarang Fakultas Ilmu Keolahragaan
2. Arsip

Lampiran 4



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024) 8058007
Fax. 024-8058007, E-mail : fik – unnes-smg. @ Telkom.net

Nomor : 2648/UN37.1.6/PL.1/ 2013
Hal : Ijin Penelitian

Yth. Bupati Pati
Up. Kepala Kantor Penelitian dan Pengembangan Kab. Pati
di Pati

Dengan hormat,
Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk penyusunan skripsi/Tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama : RATNASARI RIYAYAWATI
NIM : 6450406530
Program/semester : Strata I /14

Untuk mengadakan penelitian dengan judul :

"ANALISIS HUBUNGAN PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI BALITA (studi kasus di wilayah Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati) "

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Semarang, 26 Juli 2013

a.n. Dekan
Pembantu Dekan Bidang Akademik,



Drs. Tri Rustiadi, M.Kes
NIP. 19641023.199002.1.001

Tembusan :
1. Dekan FIK UNNES
2. Ketua Jur. IKM
3. Arsip

No. Dokumen FM-05-AKD-24

Lampiran 5



**PEMERINTAH KABUPATEN PATI
KANTOR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**

Jalan Panglima Sudirman Nomor 26 Kode Pos 59113 P A T I

Telp (0295) 381127

http :// www.litbangpatikab.go.id

Fax (0295) 386014

e-mail : sekretariat@litbang.patikab.go.id

**SURAT REKOMENDASI
PENELITIAN / RESEARCH / KEGIATAN SEJENISNYA**

Nomor: R / 070 / 300 / 2013

- I. DASAR HUKUM** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah.
2. Peraturan Bupati Pati Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pati.
- II. MENUNJUK SURAT DARI** : Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Unnes Semarang
Nomor : 2648/UN37.1.6/PL.1/2013
Tanggal : 26 Juli 2013
Perihal : Izin Penelitian
- III. Kepala Kantor Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Pati menyatakan **TIDAK KEBERATAN** atas pelaksanaan penelitian / *research* / kegiatan sejenisnya dalam wilayah Kabupaten Pati yang akan dilaksanakan oleh :**
1. Nama : **RATNASARI RIYAYAWATI**
 2. Alamat : Desa Sarirejo RT 03/RW 02 Kec Pati Kab Pati
 3. Pekerjaan : Mahasiswa bermaksud melaksanakan : penelitian untuk menyusun skripsi dengan judul:

"ANALISIS HUBUNGAN PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI BALITA (STUDI KASUS DI WILAYAH PUSKESMAS GABUS II KABUPATEN PATI)"
 4. Penanggung Jawab : Drs Tri Rustiadi, M.Kes.
 5. Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati.
- IV. Dengan ketentuan sebagai berikut :**
- a. Yang bersangkutan wajib menaati tata tertib dan norma-norma yang berlaku di daerah setempat.
 - b. Sebelum melaksanakan kegiatan yang bersangkutan harus terlebih dahulu melaporkan diri kepada Kepala Wilayah / Desa setempat.
 - c. Setelah selesai melaksanakan penelitian **wajib** menyerahkan hasilnya 1 eksemplar kepada Kepala Kantor Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Pati.
- V. Surat Rekomendasi ini berlaku dari : tanggal 31 Juli 2013 s.d. 9 September 2013.**

TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Bupati Pati (sebagai laporan);
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab Pati;
3. Kepala UPT Puskesmas Gabus II;
4. Kepala Desa.....
Kec Gabus Kaab Pati.

Dikeluarkan di : P A T I
Pada Tanggal : 31 Juli 2013

An. BUPATI PATI
KEPALA KANTOR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KABUPATEN PATI



P. RYADI
Penata Tingkat I
NIP.19690303 199803 1 005

Lampiran 6

**DINAS KESEHATAN KABUPATEN PATI****UPT PUSKESMAS GABUS II**

JL. RAYA PATI-KAYEN KM 10 PATI

SURAT - KETERANGAN

No. 440/ 269 /2013

Berdasarkan surat dari Kepala Kantor Penelitian dan Pembangunan Kabupaten Pati tanggal 31 Juli 2013, nomor : R/070/300/2013 perihal Surat Rekomendasi Penelitian/ Research. Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

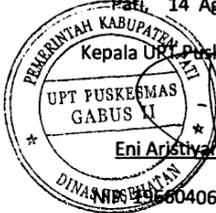
N a m a : ENI ARISTİYANI, SKM.MM
NIP. : 19660406 198703 2 011
Pangkat /Golongan : Penata Tk.I (III/d)
Jabatan : Kepala UPT Puskesmas Gabus II

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : RATNASARI RIYAYAWATI
Alamat : Desa Sarirejo RT.03/RW.02 Kec. Pati Kab. Pati
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Ilmu Keolahragaan Unnes Semarang

Yang bersangkutan benar-benar telah melaksanakan penelitian untuk menyusun skripsi dengan judul " ANALISIS HUBUNGAN PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI BALITA (STUDI KASUS DI WILAYAH PUSKESMAS GABUS II KABUPATEN PATI)" mulai tanggal 1 Agustus s/d 12 Agustus 2013.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pati, 14 Agustus 2013
 Kepala UPT Puskesmas Gabus II

 Eni Aristiyani, SKM.MM
 19660406 198703 2 011

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS HUBUNGAN PENERAPAN KELUARGA SADAR
GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI BALITA DI
PUSKESMAS GABUS II KABUPATEN PATI

Petunjuk pengisian kuesioner:

1. Pertanyaan pada kuesioner ditujukan langsung kepada responden
2. Jawaban diisi oleh pewawancara dengan menanyakan langsung kepada responden
3. Jawablah pertanyaan ini dengan benar dan sejujur-jujurnya

Tanggal survei :

Nomor Responden :

I. DAFTAR IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Umur :

3. Alamat :

4. Pekerjaan

1 = Buruh/ Petani 2 = Pedagang 3 = PNS

4 = lainnya (sebutkan)

5. Pendidikan Ibu

1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SMP

5 = Tamat SMA 6 = Tamat Perguruan Tinggi

II. DATA ANTROPOMETRI BALITA

1. Nama :

2. Tanggal lahir :

3. Umur : Bln

4. Jenis Kelamin : *1 = Laki-laki 2 = Perempuan*

5. Berat Badan : Kg

6. Tinggi Badan/Panjang Badan : Cm

III. DATA PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI

1. Selain makanan pokok (nasi dll), apakah anak (nama Balita) sudah diberikan lauk hewani?

1 = Ya 2 = Tidak

2. Bagaimana frekuensi balita ini mengkonsumsi lauk hewani ?

1= Setiap hari/minggu 2= 4-6 hari/minggu 3= 2-3 hari/minggu 4= tidak pernah

3. Apakah anak (nama balita) sudah diberikan buah-buahan?

1 = Ya 2 = Tidak

4. Bagaimana frekuensi balita ini mengkonsumsi buah-buahan?

1= Setiap hari/minggu 2= 4-6 hari/minggu 3= 2-3 hari/minggu 4= tidak pernah

5. Apa jenis garam yang digunakan dalam rumah tangga ini?

1.= Garam bata 2= Garam curah 3= Garam halus

6. Mengapa anda membeli jenis garam tersebut?

1= Karena mengandung Yodium 2= Karena ada di Pasaran Yodium dalam garam

Mintalah kepada responden untuk mengambil contoh garam dari dapurnya yang digunakan untuk memasak setiap hari; bila garam bata harus dihaluskan dahulu; bila garam halus, diambil bagian tengahnya. Lakukan pemeriksaan dengan meneteskan satu-dua tetes *Yodina test* kedalam garam. Amati perubahan warna pada garam dan catat:

1. Biru/ungu (\pm seperti pada contoh di label botol)

2. Tidak ada perubahan warna

3. Tidak dilakukan pemeriksaan

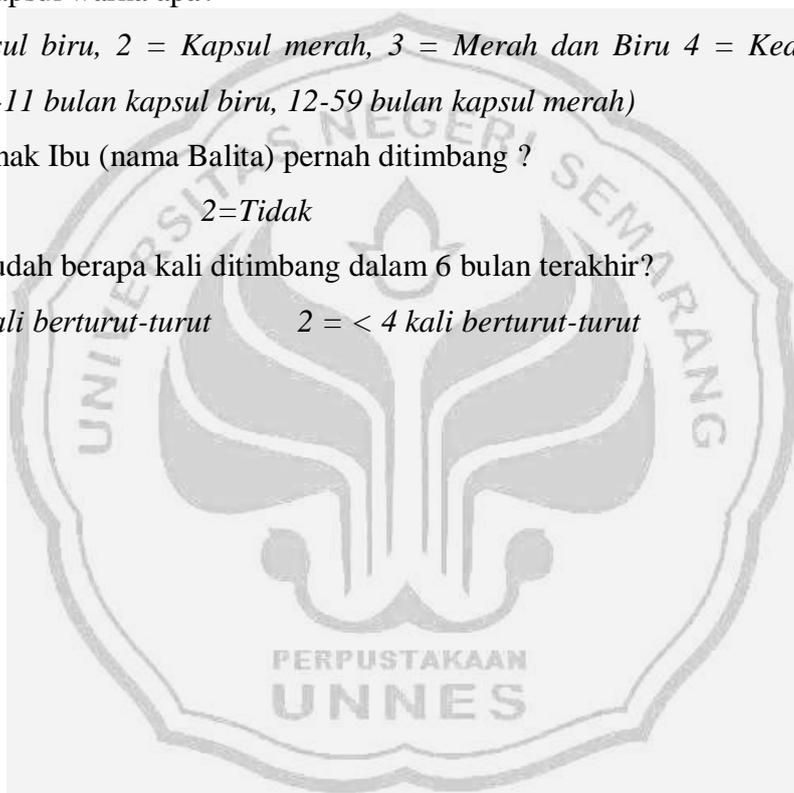
4. Tidak ada garam

7. Apakah sampai saat ini anak (nama Balita) masih mendapat ASI?

1 = Ya 2 = Tidak

Jika ya, langsung ke No. 9

8. Jika tidak, mengapa anak (nama Balita) tidak diberikan ASI lagi ?
*1 = Ibu sakit 2 = Air Susu Tidak Keluar 3 = Anak tidak mau
4 = Ibu sibuk bekerja 5= lain-lain.....*
9. Jika ya, sampai usia berapa Anda memberikan ASI saja?
1 = ≥ 6 bulan 2 = < 6 bulan
10. Apakah anak Ibu (nama Balita) pernah mendapat kapsul Vitamin A?
1 = Ya 2 = Tidak
11. Jika ya, kapsul warna apa?
*1 = Kapsul biru, 2 = Kapsul merah, 3 = Merah dan Biru 4 = Keduanya
Merah (6-11 bulan kapsul biru, 12-59 bulan kapsul merah)*
12. Apakah anak Ibu (nama Balita) pernah ditimbang ?
1= Ya 2=Tidak
13. Jika ya, sudah berapa kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir?
1 = ≥ 4 kali berturut-turut 2 = < 4 kali berturut-turut



Lampiran 8

DAFTAR REKAPITULASI DATA RESPONDEN

NO	NAMA RESPONDEN	NAMA BALITA	ALAMAT	UMUR (TH)	PEKERJAAN	PENDIDIKAN
1	RENI SUTRIANA	YAZID MUHAMMAD Z.	KARABAN RT 2 RW 3	34	SWASTA	PERGURUAN TINGGI
2	SRIKANDI	DEWI RETNO R.	KARABAN RT 2 RW 3	40	IBU RUMAH TANGGA	SMP
3	SANTOSO	SULTHON KHAFID S.	KARABAN RT 2 RW 3	34	BURUH	SMP
4	SITI AISAH	REVAN	KARABAN RT 4 RW 3	30	PEDAGANG	SMP
5	SRI PUJIATI	AFIKA RAMADHAN	KARABAN RT 2 RW 3	29	PEDAGANG	SMA
6	MARTINI	PUTRI AULIA P.	KARABAN RT 4 RW 3	30	BURUH	SMP
7	FANI	RIZKY MAULANA	KARABAN RT 3 RW 3	28	IBU RUMAH TANGGA	SMA
8	SITI MUSROFAH	PRASTYO MUKTI	KARABAN RT 5 RW 3	32	PEDAGANG	SMP
9	PUJI ASTUTI	NUR AHMAD A.	KARABAN RT 4 RW 3	33	PEDAGANG	SMP
10	MUNIRAH	TATA	KARABAN RT 1 RW 4	30	BURUH	SMA
11	SITI FATONAH	PANJI	KARABAN RT 3 RW 4	34	IBU RUMAH TANGGA	SMP
12	SAIDAH	ZAHRA NOVA A.	KARABAN RT 1 RW 4	31	IBU RUMAH TANGGA	SMP
13	RETNONINGSIH	IRVANA PUTRA	KARABAN RT 1 RW 4	29	PEDAGANG	SMA
14	MUSRIPAH	ANGGI	KARABAN RT 3 RW 4	27	IBU RUMAH TANGGA	SMP
15	PUJI	M. ZAKY FUAD	KARABAN RT 4 RW 5	25	SWASTA	SMA
16	JUNINGSIH	SABILA RIZKY	KARABAN RT 8 RW 5	32	IBU RUMAH TANGGA	SMP
17	LIKAH	DICKY MAULANA	KARABAN RT 6 RW 5	27	SWASTA	SMP
18	SRI SUNARSIH	AUREL CAHYA K.	KARABAN RT 7 RW 5	33	PEDAGANG	SMA
19	TINI	M. WAHYU H.	KARABAN RT 4 RW 5	30	IBU RUMAH TANGGA	SMP
20	SUPARTI	BAGUS AHMADUN	KOSEKAN RT 4 RW 2	34	PEDAGANG	SMP

21	SOLEKAH	LINA	KOSEKAN RT 4 RW 2	30	BURUH	SMA
22	RUSTIANI	ADY FARROS	KOSEKAN RT 2 RW 3	32	SWASTA	SMA
23	KARMINI	BERLIANA	TLOGOAYU RT 4 RW 1	26	PEDAGANG	SMP
24	RETNO PINASTI	RIFKY RAMADHAN	TLOGOAYU RT 4 RW 1	29	IBU RUMAH TANGGA	SMP
25	MARYATI	BIMATIAN FAHMI	TLOGOAYU RT 5 RW 1	35	IBU RUMAH TANGGA	SMP
26	ASIH JAYANTI	APRILIA NUR KHASANAH	TLOGOAYU RT 5 RW 1	33	PEDAGANG	SMA
27	KUSMANINGSIH	SAHWA	TLOGOAYU RT 2 RW 2	31	IBU RUMAH TANGGA	SMP
28	RUKANI	NIDAN	TLOGOAYU RT 2 RW 2	30	IBU RUMAH TANGGA	SMP
29	SRI AMINAH	RAFA	TLOGOAYU RT 4 RW 1	28	PEDAGANG	SMP
30	MURWATI	NESYA DWI W.	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	29	BURUH	SMA
31	ENDAH	ZAHRA ALINTA N.	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	31	IBU RUMAH TANGGA	SMA
32	RIANTINI	NOOR WAHYUDI	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	32	SWASTA	SMA
33	ENDANG	RIZKY ZAEDAN R.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 2	31	PEDAGANG	SMP
34	LESTARI	KAILA NOVITA S.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 2	30	IBU RUMAH TANGGA	SMP
35	NUR CAHYANI	AZA QURROTA	BOGOTANJUNG RT 4 RW 2	29	BURUH	SMP
36	SUNARTI	JONA AILSA R.	BOGOTANJUNG RT 4 RW 2	28	IBU RUMAH TANGGA	SMA
37	SRI MUNARTI	REHAN FAHRUL N.	BOGOTANJUNG RT 1 RW 4	34	IBU RUMAH TANGGA	SMP
38	SURYANI	DAVI ARDIKA R	BOGOTANJUNG RT 2 RW 4	33	IBU RUMAH TANGGA	SMP
39	NURJANAH	APRILIA NURUL L.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 4	30	BURUH	SMP
40	SITI SUNDARI	SALMA K.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 4	31	BURUH	SMA
41	KISWANINGSIH	VICKY ADI M	BOGOTANJUNG RT 1 RW 5	33	SWASTA	SMA
42	TRI PUJIATI	RAFA AZRIL	BOGOTANJUNG RT 1 RW 5	35	PEDAGANG	SMP
43	DWI CAHYANTI	LUCKI F	BOGOTANJUNG RT 3 RW 5	33	IBU RUMAH TANGGA	SMP
44	RUKMINI	LARASATI	BOGOTANJUNG RT 3 RW 5	31	IBU RUMAH TANGGA	SMA

Lampiran 9

DAFTAR REKAPITULASI STATUS GIZI BALITA

NO	NAMA BALLITA	ALAMAT	UMUR (BULAN)	JENIS KELAMIN	BB (KG)	TB (CM)	STATUS GIZI
1	YAZID MUHAMMAD Z.	KARABAN RT 2 RW 3	13	LAKI-LAKI	9,5	71	NORMAL
2	DEWI RETNO R.	KARABAN RT 2 RW 3	15	PEREMPUAN	11	75	NORMAL
3	SULTON KHAFID S.	KARABAN RT 2 RW 3	27	LAKI-LAKI	12	73	NORMAL
4	REVAN	KARABAN RT 4 RW 3	40	LAKI-LAKI	13,5	103	KURUS
5	AFIKA RAMADHAN	KARABAN RT 2 RW 3	12	PEREMPUAN	7,3	63	NORMAL
6	PUTRI AULIA P.	KARABAN RT 4 RW 3	32	PEREMPUAN	7,3	73	KURUS
7	RIZKY MAULANA	KARABAN RT 3 RW 3	34	LAKI-LAKI	10	89	KURUS
8	PRASTYO MUKTI	KARABAN RT 5 RW 3	26	LAKI-LAKI	7	70	KURUS
9	NUR AHMAD A.	KARABAN RT 4 RW 3	28	LAKI-LAKI	10	85	NORMAL
10	TATA	KARABAN RT 1 RW 4	48	PEREMPUAN	16	100	NORMAL
11	PANJI	KARABAN RT 3 RW 4	27	LAKI-LAKI	10	85	NORMAL
12	ZAHRA NOVA A.	KARABAN RT 1 RW 4	33	PEREMPUAN	10,2	94	KURUS
13	IRVANA PUTRA	KARABAN RT 1 RW 4	23	LAKI-LAKI	10	86	NORMAL
14	ANGGI	KARABAN RT 3 RW 4	36	PEREMPUAN	10,5	90	KURUS
15	M. ZAKY FUAD	KARABAN RT 4 RW 5	20	LAKI-LAKI	9,7	87	KURUS
16	SABILA RIZKY	KARABAN RT 8 RW 5	14	PEREMPUAN	11	75	NORMAL

17	DICKY MAULANA	KARABAN RT 6 RW 5	43	LAKI-LAKI	17	86	NORMAL
18	AUREL CAHYA K.	KARABAN RT 7 RW 5	13	PEREMPUAN	7,5	83	NORMAL
19	M. WAHYU H.	KARABAN RT 4 RW 5	15	LAKI-LAKI	9,5	70	NORMAL
20	BAGUS AHMADUN	KOSEKAN RT 4 RW 2	47	LAKI-LAKI	12	90	NORMAL
21	LINA	KOSEKAN RT 4 RW 2	31	PEREMPUAN	14,7	95	NORMAL
22	ADY FARROS	KOSEKAN RT 2 RW 3	26	LAKI-LAKI	6,9	70	KURUS
23	BERLIANA	TLOGOAYU RT 4 RW 1	57	PEREMPUAN	11	95	KURUS
24	RIFKY RAMADHAN	TLOGOAYU RT 4 RW 1	35	LAKI-LAKI	10	89	KURUS
25	BIMATIAN FAHMI	TLOGOAYU RT 5 RW 1	30	LAKI-LAKI	10	85	KURUS
26	APRILIA NUR K.	TLOGOAYU RT 5 RW 1	28	PEREMPUAN	8,3	83	KURUS
27	SAHWA	TLOGOAYU RT 2 RW 2	17	PEREMPUAN	7,7	78	KURUS
28	NIDAN	TLOGOAYU RT 2 RW 2	21	LAKI-LAKI	10,7	90	KURUS
29	RAFA	TLOGOAYU RT 4 RW 1	20	LAKI-LAKI	9,7	87	KURUS
30	NESYA DWI W.	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	51	PEREMPUAN	15,2	111	KURUS
31	ZAHRA ALINTA N.	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	54	PEREMPUAN	14,5	89,5	NORMAL
32	NOOR WAHYUDI	BOGOTANJUNG RT 3 RW 2	49	LAKI-LAKI	13	103	KURUS
33	RIZKY ZAEDAN R.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 2	48	LAKI-LAKI	14,7	108,5	KURUS
34	KAILA NOVITA S.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 2	46	PEREMPUAN	13	103,5	KURUS
35	AZA QURROTA	BOGOTANJUNG RT 4 RW 2	47	PEREMPUAN	12,8	101	KURUS
36	JONA AILSA R.	BOGOTANJUNG RT 4 RW 2	46	PEREMPUAN	21,8	109	KURUS
37	REHAN FAHRUL N.	BOGOTANJUNG RT 1 RW 4	40	LAKI-LAKI	13,5	103	KURUS
38	DAVI ARDIKA R	BOGOTANJUNG RT 2 RW 4	42	LAKI-LAKI	13,8	102	NORMAL
39	APRILIA NURUL L.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 4	39	PEREMPUAN	11,2	97	KURUS
40	SALMA K.	BOGOTANJUNG RT 5 RW 4	37	PEREMPUAN	11,2	94	KURUS
41	VICKY ADI M	BOGOTANJUNG RT 1 RW 5	35	LAKI-LAKI	12,9	98	NORMAL

42	RAFA AZRIL	BOGOTANJUNG RT 1 RW 5	27	LAKI-LAKI	10,5	90	KURUS
43	LUCKI F	BOGOTANJUNG RT 3 RW 5	27	LAKI-LAKI	10,5	89	KURUS
44	LARASATI	BOGOTANJUNG RT 3 RW 5	25	PEREMPUAN	10,5	89	NORMAL



Lampiran 10

REKAPITULASI DATA KADARZI

NO	NAMA BALITA	USIA (BLN)	INDIKATOR PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI					KETERANGAN KADARZI
			MAKAN ANEKA RAGAM	TIMBANG BB	GARAM YODIUM	ASI EKSKLUSIF	SUPLEMEN GIZI	
1	YAZID MUHAMMAD Z.	13	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
2	DEWI RETNO R.	15	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
3	SULTHON KHAFID S.	27	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
4	REVAN	40	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
5	AFIKA RAMADHAN	12	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
6	PUTRI AULIA P.	32	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
7	RIZKY MAULANA	34	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
8	PRASTYO MUKTI	26	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
9	NUR AHMAD A.	28	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
10	TATA	48	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
11	PANJI	27	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
12	ZAHRA NOVA A.	33	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
13	IRVANA PUTRA	23	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
14	ANGGI	36	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
15	M. ZAKY FUAD	20	BELUM BAIK	BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
16	SABILA RIZKY	14	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
17	DICKY MAULANA	43	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
18	AUREL CAHYA K.	13	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
19	M. WAHYU H.	15	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK

20	BAGUS AHMADUN	47	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
21	LINA	31	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
22	ADY FARROS	26	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
23	BERLIANA	57	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
24	RIFKY RAMADHAN	35	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
25	BIMATIAN FAHMI	30	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
26	APRILIA NUR K.	28	BELUM BAIK	BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
27	SAHWA	17	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
28	NIDAN	21	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
29	RAFA	20	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
30	NESYA DWI W.	51	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
31	ZAHRA ALINTA N.	54	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
32	NOOR WAHYUDI	49	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
33	RIZKY ZAEDAN R.	48	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
34	KAILA NOVITA S.	46	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
35	AZA QURROTA	47	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
36	JONA AILSA R.	46	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
37	REHAN FAHRUL N.	40	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
38	DAVI ARDIKA R	42	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
39	APRILIA NURUL L.	39	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
40	SALMA K.	37	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
41	VICKY ADI M	35	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK
42	RAFA AZRIL	27	BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
43	LUCKI F	27	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BELUM BAIK	BAIK	BELUM BAIK
44	LARASATI	25	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK

HASIL ANALISIS UNIVARIAT**Frequency Table****pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BURUH	8	18.2	18.2	18.2
	IRT	18	40.9	40.9	59.1
	PEDAGANG	12	27.3	27.3	86.4
	SWASTA	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	1	2.3	2.3	2.3
	SMA	16	36.4	36.4	38.6
	SMP	27	61.4	61.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-24 bulan	11	25.0	25.0	25.0
	25-43 bulan	23	52.3	52.3	77.3
	44-59 bulan	10	22.7	22.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Lanjutan Lampiran 11

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	24	54.5	54.5	54.5
perempuan	20	45.5	45.5	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Makan aneka ragam**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	28	63.6	63.6	63.6
belum baik	16	36.4	36.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Timbang berat badan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	23	52.3	52.3	52.3
belum baik	21	47.7	47.7	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Lanjutan Lampiran 11

Garam yodium

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	26	59.1	59.1	59.1
belum baik	18	40.9	40.9	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Asi eksklusif**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	20	45.5	45.5	45.5
belum baik	24	54.5	54.5	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Suplemen gizi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	44	100.0	100.0	100.0

Lanjutan Lampiran 11

Kadarzi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	21	47.7	47.7	47.7
belum baik	23	52.3	52.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Statusgizi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	18	40.9	40.9	40.9
kurus	26	59.1	59.1	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Lampiran 12

HASIL ANALISIS BIVARIAT

Tabulasi Silang Penerapan Kadarzi dengan Status Gizi Balita

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kadarzi * statusgizi	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

kadarzi * statusgizi Crosstabulation

		statusgizi		Total
		normal	kurus	
kadarzi baik	Count	15	6	21
	Expected Count	8.6	12.4	21.0
	% within kadarzi	71.4%	28.6%	100.0%
	% within statusgizi	83.3%	23.1%	47.7%
	% of Total	34.1%	13.6%	47.7%
belum baik	Count	3	20	23
	Expected Count	9.4	13.6	23.0
	% within kadarzi	13.0%	87.0%	100.0%
	% within statusgizi	16.7%	76.9%	52.3%
	% of Total	6.8%	45.5%	52.3%
Total	Count	18	26	44
	Expected Count	18.0	26.0	44.0
	% within kadarzi	40.9%	59.1%	100.0%
	% within statusgizi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	40.9%	59.1%	100.0%

Lanjutan Lampiran 12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.480 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.159	1	.000		
Likelihood Ratio	16.595	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.128	1	.000		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kadarzi (baik / belum baik)	16.667	3.576	77.675
For cohort statusgizi = normal	5.476	1.842	16.277
For cohort statusgizi = kurus	.329	.164	.658
N of Valid Cases	44		

Lampiran 13

DOKUMENTASI PENELITIAN



Tempat Penelitian



Ijin Penelitian

Lanjutan lampiran 13



Wawancara dengan Responden



Wawancara dengan Responden

Lanjutan Lampiran 13



Wawancara dengan Responden



Wawancara dengan Responden

Lanjutan Lampiran 12



Test Yodium



Hasil Test Yodium