FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA LINGKUNGAN TAHAN PANGAN DAN GIZI

(Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat

untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Nurlaela Lutfiana

NIM. 6450407024

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2013

Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Januari 2013

ABSTRAK

Nurlaela Lutfiana.
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gizi Buruk pada Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi (Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012).
VI+52 halaman+14 tabel+3 gambar+15 lampiran

Dalam penelitian ini yang dikaji adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada lingkungan tahan pangan dan gizi di Puskesmas Kendal I tahun 2012. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi, untuk mengetahui hubungan pola asuh, besar keluarga, dan konsumsi energi dan protein dengan kejadian gizi buruk pada lingkungan tahan pangan dan gizi

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian adalah *case control study* (kasus control). Populasi penelitian ini adalah ibu-ibu dari balita di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal sebanyak 940 responden. Sampel penelitian diambil secara *purposive sampling*. Sampel kasus yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal sebanyak 28. Sampel kontrol yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal sebanyak 28 responden.. Data yang digunakan adalah dokumentasi, angket, dan tes. Analisis data yang digunakan adalah uji *chi-square*.

Dari hasil analisis bivariat diperoleh variabel yang berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada lingkungan tahan pangan adalah pola asuh penyiapan makan balita {p=0,042 OR=3,45 (95% Cl=1,016-11,720)}, dan konsumsi energi dan protein {p=0,006 OR=4,889 (95% Cl=1,513-15,753)}, sedangkan variabel yang lainnya yaitu pola asuh psikososial (p=0,752 OR=1,22), dan besar keluarga (p=0,789 OR=0,867) dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan yang signifikan.

Kata kunci : Kejadian Gizi Buruk; Lingkungan; Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi, Aspek Tahan Pangan Dan Gizi.
Kepustakaan : 43 (1986-2011)

Public Health Sciences
Faculty of Sport Science
Semarang State University
January 2013

ABSTRACT

Nurlaela Lutfiana.
Factors Related to Poor Nutrition Phenomenon in Food and Nutrition's Security Environment (Case Studies in Kendal Health Center I 2012).
VI +52 pages+14 tables+3 images+15 attachments

This research examined the factors related to the incidence of malnutrition of food and nutrition in Kendal Health Center I 2012. The purposes of this research were to determine the nutritional status of children on food and nutrition, to determine the relationship among the parenting, family size, and energy and protein consumption and the incidence of malnutrition on the resistance of food and nutrition.

This research was an observational analytic study using a case control study (case control). The population of this study was 940 mothers of children under five in the work area in Kendal Health Center. The sample was taken by purposive sampling. The case sample were 28 mothers of toddlers with poor nutritional status in the working area Kendal health centers. The control sample were 28 mothers of toddlers with good nutritional status in the working area of Kendal health centers. The data used in this study was documentations, questionnaires and tests. The data was analyzed by chi-square test.

By using bivariate analyzes, the results was obtained that there was significant relationship between the incidence of malnutrition in the resistance of food, eating toddler parenting preparation {p = 0.042 OR = 3.45 (95% CI = 1.016 to 11.720)}, and the consumption of energy and protein {p = 0.006 OR = 4.889 (95% CI = 1.513 to 15.753)}, while the other variables those were parenting psychosocial (p = 0.752 OR = 1.22), and large families (p = 0.789 OR = 0.867) were no significant relationship.

Keywords : Malnutrition; Environment; Environment Resistant Food and Nutrition, Factors of Food and Nutrition's Security.
Bibliography : 43 (1986-2011)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Nurlaela Lutfiana, NIM : 6450407024, dengan judul "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gizi Buruk pada Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Kendal 1) ".

Pada hari : Selasa
Tanggal : 26 Februari 2013

Panitia Ujian,

Ketua Panitia,	Sekretaris,
Drs. H. Harry Pramono, M.Si	Irwan Budiono,S.KM, M.Kes
NIP. 19591019.198503.1.001	NIP. 19751217.200501.1.003

	Dewan Penguji	Tanggal persetujuan
Ketua Penguji	1. Mardiana, S.KM, M.Si NIP. 19800420 200501 2 003	6/3 2013
Anggota Penguji (Pembimbing I)	2. Dr. dr. Oktia Woro KH, M.Kes NIP. 19591001.198703.2.001	4/3 2013
Anggota Penguji (Pembimbing II)	3. Eko Farida, S.TP, M.Si NIP. 19790113.200912.2.003	5/3 2013

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

- ♥ Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan-urusan yang lain (Al Insyirah : 6 - 7).
- ♥ Tuntutlah ilmu tapi tidak melupakan ibadah dan kejarlah ibadah tapi tidak melupakan ilmu (Hasan Ali Basri).
- ♥ Jadikanlah sabar dan sholat sebagai pertolongan buatmu. Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar. (Q.S.Al Baqoroh : 153)

Persembahan :

- ♥ Abi dan Ummi tercinta atas kasih sayang, bimbingan dan doa yang telah diberikan.
- ♥ Kakak-kakakku tersayang.
- ♥ Eman Soekoco yang selalu memberikan motivasi.
- ♥ Keluarga Besarku.
- ♥ Teman-teman seperjuangan, untuk semangat dan kerjasamanya.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat hidayah-Nya dan Inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu tugas dan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Kesuksesan dalam menyelesaikan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Sudijono Sastroatmodjo, M.Si selaku Rektor Universitas Negeri Semarang.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
3. DR. dr. Hj. Oktia Woro KH, M.Kes selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES dan selaku pembimbing I.
4. Eko Farida, S.TP, M.Si Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES dan selaku pembimbing II.
5. Segenap Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Tata Usaha Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES yang telah dengan penuh kesabaran membantu dalam proses pembuatan skripsi ini.
6. Kepala Puskesmas Kendal I yang telah memberikan ijin penelitian sehingga terselesaikannya skripsi.
7. Koordinator gizi Puskesmas Kendal I dan Bidan-bidan Puskesmas yang telah memberikan bantuan dan pengarahan dalam penelitian sehingga terselesaikannya skripsi ini.
8. Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Kendal I atas ketersediaanya menjadi responden dalam pengambilan data penelitian ini.
9. Ibu-ibu kader posyandu atas segala bantuan yang diberikan.

10. Teman-teman seperjuangan IKM 2007 yang telah memberikan motivasi dan bantuannya.
11. Semua pihak yang telah memberi bantuan dan pengarahan sehingga terselesaikannya skripsi ini.

Mudah-mudahan semua bantuan baik moril maupun materiil yang telah diberikan kepada penulis dinilai oleh Allah SWT sebagai amal ibadah dan mudah-mudahan mendapatkan balasan yang setimpal.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna dan masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semarang, Januari 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
ABSTRAK ii
ABSTRACT iii
PERSETUJUAN iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR LAMPIRAN xi
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Penelitian 5
1.4 Manfaat Penelitian 5
1.5 Keaslian Penelitian 6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian 8
BAB II LANDASAN TEORI DAN HIPOTESIS 9
2.1 Landasan Teori 9
2.1.1 Gizi Buruk 9
2.1.2 Penilaian Status Gizi 13
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi 18
2.1.4 Masalah Gizi 22
2.1.5 Lingkungan 23
2.1.6 Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi 23
2.1.7 Faktor-faktor Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi 24
2.2 Kerangka Teori 27
BAB III METODE PENELITIAN 28
3.1 Kerangka Konsep 28
3.2 Variabel Penelitian 28

3.3 Hipotesis Penelitian 30
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 31
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian 34
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian 34
3.7 Sumber Data 37
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data 37
3.9 Prosedur Penelitian 39
3.10 Teknik Analisis Data 41
BAB IV HASIL PENELITIAN 43
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 43
4.2 Analisis Univariat 45
4.3 Analisis Bivariat 48
4.3.1 Hubungan antara Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi 48
4.3.2 Hubungan antara Penyiapan Makanan dengan Status Gizi 49
4.3.3 Hubungan antara Besar Keluarga dengan Status Gizi ... 50
4.3.4 Hubungan antara Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi 51
BAB V PEMBAHASAN 53
5.1 Pembahasan 53
5.1.1 Karakteristik Responden 53
5.1.2 Karakteristik Rumah Responden 53
5.1.3 Hubungan antara Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi 54
5.1.4 Hubungan antara Penyiapan Makanan dengan Status Gizi 55
5.1.5 Hubungan antara Besar Keluarga dengan Status Gizi ... 56
5.1.6 Hubungan antara Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi 57
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian 58
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 59
A. Simpulan 59
B. Saran 60
DAFTAR PUSTAKA 62
LAMPIRAN 65

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1 Penelitian yang Relevan 6
Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Menurut Waterlow 15
Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi Menurut WHO 15
Tabel 2.3 Kebaikan dan Kelemahan Indek Antropometri 16
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi 46
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Penyiapan Makan dengan Status Gizi 47
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Besar Keluarga dengan Status Gizi.. 47
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Status Gizi. 48
Tabel 4.6 Tabulasi Silang Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi 49
Tabel 4.7 Tabulasi Silang Penyiapan Makan dengan Status Gizi..... 50
Tabel 4.8 Tabulasi Silang Besar Keluarga dengan Status Gizi..... 51
Tabel 4.9 Tabulasi Silang Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi 52
Tabel 4.10 Tabulasi Silang Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi setelah Penggabungan sel..... 52

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... 65

Lampiran 2. Surat Perijinan Penelitian dari Fakultas 67

Lampiran 3. Surat Perijinan Penelitian dari BAPEDA, Kesbangpolinmas, Dinkes Kendal 68

Lampiran 4. Surat Keterangan telah melakukan penelitian 72

Lampiran 5. Daftar Sampel 73

Lampiran 6. Kuesioner Penjaringan dan Kuesioner Penelitian 75

Lampiran 7. Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas 85

Lampiran 8. Rekapitulasi Uji Validitas dan Uji Reliabilitas..... 87

Lampiran 9. Data Pengasuhan Psikososial 90

Lampiran 10. Data Penyiapan Makan 92

Lampiran 11. Data Besar Keluarga 95

Lampiran 12. Data Konsumsi Energi dan Protein 97

Lampiran 13. Data Status Gizi 99

Lampiran 14. Rekapitulasi Data Penelitian 101

Lampiran 15. Analisis data 103

Lampiran 16. Dokumentasi..... 111

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Keadaan gizi yang baik adalah syarat utama untuk mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Masalah gizi dapat terjadi disetiap fase kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan sampai dengan usia lanjut. Pada fase kedua kehidupan manusia, yaitu bayi dan balita, merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Apabila pada fase tersebut mengalami gangguan gizi maka akan bersifat permanen, tidak dapat dialihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Frida Turnip, 2008).

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan yang tersembunyi dan tingginya angka kematian bayi dan balita menunjukkan masalah kesehatan dan gizi di Indonesia cukup serius (Jaringan Informasi Pangan dan Gizi, 2005). Masalah gizi meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahan masalahnya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan pada keadaan kritis, masalah gizi yang muncul akibat kesalahan pangan di tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya (I Dewa Nyoman Supariasa, 2001).

Pada tahun 2005 terdapat sekitar 5 juta balita gizi kurang, 1,7 juta diantaranya menderita gizi buruk (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007). Masalah gizi semula dianggap sebagai masalah kesehatan yang hanya dapat ditanggulangi

dengan pengobatan medis atau kedokteran. Namun kemudian disadari bahwa gejala klinis gizi kurang atau gizi buruk yang banyak ditemukan dokter ternyata adalah tingkatan akhir yang sudah kritis dari serangkaian proses lain yang mendahuluinya (Soegeng dan Anne, 2009).

Kejadian gizi buruk sebenarnya dapat dicegah apabila akar masalah di masyarakat yang bersangkutan dapat dikenali, sehingga penanggulangan masalah gizi dapat dilakukan secara lebih mendasar melalui penanganan terhadap akar masalahnya. Satu hal perlu diingat adalah masalah gizi buruk tidak selamanya hanya ditemukan pada keluarga miskin atau yang tinggal di lingkungan yang rawan gizi. Dengan kata lain, di lingkungan rawan gizi juga dapat ditemukan bayi, balita, dan anak yang dalam keadaan gizi baik. Begitupun sebaliknya, tidak selamanya pada lingkungan yang tidak rawan gizi atau lingkungan yang baik selalu ditemukan bayi, balita, dan anak dengan keadaan gizi baik. Di lingkungan yang baik atau tidak rawan gizi pun dapat ditemukan permasalahan gizi buruk pada bayi, balita, dan anak (Frida Turnip, 2008).

Sekarang telah diketahui bahwa gejala klinis gizi kurang adalah akibat ketidakseimbangan yang lama antara manusia dan lingkungan hidupnya. Lingkungan hidup ini mencakup lingkungan alam, biologis, sosial budaya, maupun ekonomi. Masing-masing faktor tersebut mempunyai peran yang komplek dan berperan penting dalam etiologi penyakit gizi kurang (Soegeng dan Anne, 2009).

Lingkungan yang sehat adalah kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum, sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula (Hariza Adnani, 2011). Lingkungan tahan pangan dan gizi adalah kondisi dinamis di mana diperlukan pemantauan terhadap indikator kritis terhadap sumber daya, ketersediaan, dan akses terhadap pangan dan gizi di seluruh lapisan masyarat (Laporan akhir Badan Bimbingan Massal Ketahanan Pangan Provinsi Jateng dan LPPM-IPB, 2005).

Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan tumbuh kembang balita di posyandu, dilanjutkan dengan penentuan status gizi oleh bidan desa atau petugas kesehatan lainnya. Pendataan gizi buruk di Jawa Tengah didasarkan pada 2 kategori yaitu dengan indikator membandingkan BB/U dan kategori kedua adalah membandingkan BB/TB.

Berdasarkan hasil pemantauan kerawanan pangan dan gizi di wilayah kecamatan Jawa Tengah memberikan gambaran bahwa sebagian besar wilayah kecamatan di Jawa Tengah sudah terbebas dari rawan pangan dan gizi. Dari 573 kecamatan yang di Jawa Tengah, sebesar 546 kecamatan sudah bebas dari rawan gizi. Kabupaten Kendal menduduki peringkat 4 (0,03%) daerah bebas rawan gizi atau bisa dikatakan daerah yang tahan pangan dan gizi. Kecamatan kota Kendal selama tiga tahun terakhir mengalami kenaikan angka kejadian gizi buruk yang signifikan yaitu pada tahun 2009 terdapat 15 kasus gizi buruk, tahun 2010 terdapat 16 kasus gizi buruk, dan pada tahun 2011 terdapat 64 kasus gizi buruk. Berdasarkan hasil pemantauan status gizi di Kabupaten Kendal oleh Dinas

Kesehatan Kabupaten Kendal pada bulan September 2011 menunjukkan jumlah balita yang mengalami gizi buruk sebanyak 556 balita (12,21%) dan 601 balita gizi kurang (13,50%) dari 4.551 balita yang ditimbang (Laporan Bulanan Puskesmas Dinkes Kab. Kendal). Kondisi tersebut tersebar di 20 kecamatan di Kabupaten Kendal, dan Kecamatan Kendal merupakan kecamatan yang memiliki keadaan gizi buruk balita tertinggi yaitu 64 balita (11,51%), meskipun Kecamatan Kendal mempunyai lingkungan baik dan merupakan daerah perkotaan.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka peneliti bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Gizi Buruk Balita pada Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi (Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)”.

1.2 RUMUSAH MASALAH

Dari uraian di atas, maka rumusan masalah yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi di lingkungan tahan pangan dan gizi?
2. Apakah tingkat konsumsi energi dan protein berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada balita di lingkungan tahan pangan dan gizi?
3. Apakah besarnya jumlah keluarga berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada balita di lingkungan tahan pangan dan gizi?
4. Apakah pola asuh berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada balita di lingkungan tahan pangan dan gizi?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk menganalisis status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi di lingkungan tahan pangan dan gizi.
2. Untuk mengetahui hubungan tingkat konsumsi energi dan protein, besarnya jumlah keluarga, dan pola asuh dengan kejadian gizi buruk balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.
3. Untuk mengetahui hubungan besarnya jumlah keluarga dengan kejadian gizi buruk balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.
4. Untuk mengetahui hubungan pola asuh dengan kejadian gizi buruk balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada lingkungan tahan pangan dan gizi agar ibu-ibu atau pengasuh balita dapat mencegah kejadian gizi buruk pada balita yang diasuh.

1.4.2 Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang faktor – faktor gizi buruk balita pada lingkungan yang tahan pangan dan gizi.

1.4.3 Bagi Pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagi Puskesmas Kendal dan Dinas Kesehatan Kota Kendal mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi untuk membuat kebijakan dalam rangka meningkatkan status kesehatan ibu dan balita.

1.4.4 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah penelitian tentang gizi, terutama mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi, sehingga dapat mengembangkan ilmu kesehatan masyarakat.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1. Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian Ini

No.	Judul/Peneliti/Tahun/Tempat	Rancangan	Variabel	Hasil penelitian
1.	Pengaruh Ibu Yang Bekerja Terhadap Status Gizi Anak Balita Di Kelurahan Mangunjiwan Kabupaten Demak Tahun 2005/ Cindar Bumi/2005 /Demak	*Cross sectional*	Variabel bebas: status pekerjaan ibu. Variabel terikat : status gizi balita.	Ibu yang bekerja akan mempengaruhi pola pemberian makan terhadap anak balitanya. Ada hubungan positif antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak balita.
2.	Perbedaan Status Gizi Ditinjau Dari Pendapatan Orang Tua Pada Murid TK Hj. Isriati dan TK Satria Tama Kota Semarang/ Dhian Tri Ratna/2005/Kota Semarang	*Cross sectional*		Ada perbedaan yang signifikan antara status gizi dari kelompok pendapatan tinggi (murid TK Hj. Isriati) dengan status gizi dari kelompok pendapatan rendah (TK Satria Tama).

No.	Judul/Peneliti/Tahun/Tempat	Rancangan	Variabel	Hasil penelitian
3.	Hubungan Antara Pendapatan Keluarga Dan Pola Asuh Gizi Dengan Status Gizi Anak Balita Di Betokan Demak/ Ninik Asri Rokhana/2005/ Demak	Metode survei dengan pendekatan *cross sectional*	Variabel bebas : pendapatan keluarga. Variabel terikat : status gizi anak balita.	Tidak ada hubungan antara pendapatan tinggi dan rendah dengan status gizi balita.
4.	Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Dan Pola Makan Balita Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni di Kabupaten Pekalongan/ Lailatul Munawaroh/2006/Pekalongan	Survei analitik dengan rancangan *case control*	Variabel bebas : tingkat pengetahuan gizi ibu, pola makan balita. Variabel terikat:status gizi balita.	Ada hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dan pola makan balita dengan status gizi balita.
5	Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Petani Di Desa Purwojati Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo/Dewi Andarwati/2007/Wonosobo	*Cross sectional*	Variabel bebas : pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu, tingkat pendidikan ibu, besarnya keluarga, status pekerjaan ibu, pantangan makan balita, tingkat konsumsi energi dan protein. Variabel terikat : status gizi balita.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita antara lain: pendapatan keluarga (p = 0,002), RP=11,200, 95% CI=1,575-79,649), tingkat pengetahuan ibu (p= 0,001, RP=11,897, 95% CI=1,672-84,658), tingkat konsumsi energi (p= 0,0001, RP=22,500, 95% CI= 5,720-88,501), tingkat konsumsi protein (p= 0,0001, RP=18,000, 95% CI=5,993- 54,059). Faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan status gizi balita antara lain: tingkat pendidikan ibu (p= 0,128), besarnya keluarga (p=0,168), dan status pekerjaan ibu (p= 0,470).

6.	Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Buruh Tani Di Desa Situwangi Kecamatan Rakit Kabupaten Banjarnega Tahun 2010/ Sri Khayati/2010/ Banjarnegara	Analitik, *cross sectional*	Variabel bebas : tingkat pendidikan ibu, tingkat pengetahuan gizi ibu, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, kepemilikan lahan atau tanah pertanian, pemanfaatan lahan pekarangan, penyakit infeksi, tingkat konsumsi energi dan protein. Variabel terikat : status gizi balita pada keluarga buruh tani.	Faktor yang berhubungan dengan status gizi yaitu tingkat pendidikan ibu (p *value* = 0,030), tingkat pengetahuan ibu (p *value* = 0,017), pendapatan keluarga (p *value* = 0,008), jumlah anggota keluarga (p *value* = 0,001), penyakit infeksi (p *value* = 0,003), tingkat konsumsi energi (p *value* = 0,005), tingkat konsumsi protein (p *value* = 0,015). Faktor yang tidak berhubungan yaitu status pekerjaan ibu (p *value* = 0,234), kepemilikan lahan atau tanah pertanian (p *value* = 1,000), dan pemanfaatan lahan pekarangan (p *value* = 0,739).

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita khusus pada lingkungan tahan pangan dan gizi belum pernah dilakukan.

1.6 Ruang Lingkup

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini mulai dilaksanakan pada bulan Desember 2011.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk penelitian di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya tentang masalah gizi tentang gizi buruk.

BAB II
LANDASAN TEORI

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Gizi Buruk

Di Indonesia kelompok anak balita menunjukkan prevalensi paling tinggi untuk menderita KKP (Kekurangan Kalori Protein) dan defisiensi vitamin Aserta anemia defisiensi gizi fe. Kelompok umur ini sulit dijangkau oleh berbagai upaya kegiatan perbaikan gizi dan kesehatan lainnya, karena tidak dapat datang sendiri ke tempat pelayanan kesehatan gizi dan kesehatan (Agus Krisno, 2009).

Secara umum status gizi dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

a. Kecukupan Gizi (Gizi Seimbang)

Dalam hal ini asupan gizi, seimbang dengan kebutuhan gizi seseorang yang bersangkutan.

b. Gizi Kurang

Gizi kurang merupakan keadaan tidak sehat yang timbul karena tidak cukup makan, dengan demikian konsumsi energi dan protein kurang selama jangka waktu tertentu.

c. Gizi Lebih

Keadaan patologis (tidak sehat) yang disebabkan kebanyakan makan (Agus Krisno, 2009).

Penyakit gangguan gizi banyak ditemui pada masyarakat golongan rentan, yaitu golongan yang mudah sekali menderita akibat kekurangan gizi dan juga kekurangan makanan (*dificiency*) misalnya kwashiorkor, busung lapar, marasmus, beri-beri dan lain-lain. Kegemukan (*obesity*), kelebihan berat badan (*over weight*) merupakan tanda gizi salah yang berdasarkan kelebihan dalam makanan (Agus Krisno, 2009).

Keadaan penyakit kekurangan gizi terbagi menjadi dua kelas, yaitu kelas pertama, penyakit kurang gizi primer, contohnya pada kekurangan zat gizi esensial spesifik, seperti kekurangan vitamin C maka penderita mengalami gejala scurvy, kelas yang kedua yaitu penyakit kurang gizi sekunder, contohnya penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan absorpsi zat gizi atau gangguan metabolisme zat gizi (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2007).

Penyakit-penyakit atau gangguan kesehatan akibat kekurangan atau kelebihan gizi dan merupakan masalah kesehatan masyarakat antara lain adalah:

1. Penyakit KKP (Kurang Kalori / KEP)

   Kurang kalori protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak mencukupi angka kecukupan gizi. Pada pemerikasaan klinis, penderita KKP akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

   a. Marasmus

1) Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
2) Wajah seperti orang tua.
3) Cengeng, rewel.
4) Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada.
5) Sering disertai diare kronik atau konstipasi/ susah buang air besar, serta penyakit kronik.
6) Tekanan darah, detak jantung, dan pernafasan berkurang.

b. Kwashiorkor

1) Oedema umumnya diseluruh tubuh dan terutama pada kaki (*dorsum pedis*).
2) Wajahnya membulat dan sembab
3) Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak-anak berbaring terus-menerus.
4) Perubahan status mental: cengeng, rewel, kadang apatis.
5) Anak sering menolak segala jenis makanan (*anoreksia*).
6) Pembesaran hati.
7) Sering disertai infeksi, anemia, dan diare/mencret.
8) Rambut berwarna kusam dan mudah dicabut.
9) Gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*)
10) Pandangan mata anak tampak sayu.

c. Marasmus-kwashiorkor

Tanda-tanda marasmus-kwashiorkor adalah gangguan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwashiorkor.

2. Penyakit kegemukan (obesitas)

Obesitas adalah kelebihan berat badan sebagai akibat dari penimbunan lemak tubuh yang berlebihan. Seseorang yang memiliki berat badan 20% lebih tinggi dari nilai tengah kisaran berat badannya yang normal dianggap mengalami obesitas. Adapun penggolongan obesitas ada tiga kelompok, yaitu:

a. Obesitas ringan: kelebihan berat badan 20-40%
b. Obesitas sedang: kelebihan berat badan 41-100%
c. Obesitas berat: kelebihan berat badan > 100%

(Hariza Adnani, 2011)

Menurut departemen gizi dan kesehatan masyarakat (2007), kwashiorkor (kekurangan protein) adalah istilah pertama dari afrika, artinya sindroma perkembangan anak di mana anak tersebut disapih tidak mendapatkan ASI sesudah 1 tahun karena menanti kelahiran bayi berikutnya. Makanan pengganti ASI sebagian besar terdiri dari pati atau air gula, tetapi kurang protein baik kualitas dan kuantitasnya. Sedangkan marasmus adalah suatu keadaan kekurangan protein dan kilokalori yang kronis. Karakteristik dari marasmus adalah berat badan sangat rendah.

2.1.2 Penilaian Status Gizi

Untuk mengetahui status gizi, yaitu ada tidaknya malnutrisi pada individu atau masyarakat diperlukan Penilaian Status Gizi (PSG). Definisi dari PSG adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atas individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Metode dalam PSG dibagi dalam tiga kelompok. Kelompok pertama, metode secara langsung yang terdiri dari penilaian dengan melihat tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik, dan pengukuran antropometri. Kelompok kedua, penilaian dengan melihat statistik kesehatan yang biasa disebut PSG tidak langsung karena tidak menilai individu secara langsung. Kelompok ketiga, penilaian dengan melihat variabel ekologi (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat UI, 2010).

Secara tidak langsung status gizi masyarakat dapat diketahui berdasarkan penilaian terhadap data kuantitatif maupun kualitatif konsumsi pangan. Informasi tentang konsumsi pangan dapat diperoleh melalui survei yang akan menghasilkan data kuantitatif (jumlah dan jenis pangan) dan kualitatif (frekuensi makan dan cara mengolah makanan). Penentuan status gizi dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu secara biokimia, dietetika, klinik, dan antropometri (cara yang paling umum dan mudah digunakan untuk mengukur status gizi di lapangan). Indeks antropometri yang dapat digunakan adalah berat badan per umur (BB/U), Tinggi Badan per Umur (TB/U), Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB), (Depkes RI, 2005).

Waterlow membedakan antara penyakit KEP yang terjadi akut dan kronis. Indikator yang digunakan meliputi BB/TB untuk mencerminkan gangguan gizi yang akut dan menyebabkan *wasting* (kurus-kering), TB/U merupakan akibat kekurangan gizi yang berlangsung sangat lama. Akibat anak menjadi pendek untuk umurnya. Klasifikasi menurut Waterlow digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Menurut Waterlow

Kategori	**TB/U**	**BB/TB**
Gizi lebih	>95 %	>90 %
Gizi baik	90-95%	80-90%
Gizi kurang	85-90%	70-80%
Gizi buruk	<85%	<70%

Sumber: Supariasa, 2011

Klasifikasi menurut WHO pada dasarnya cara penggolongan indeks sama dengan cara waterlow. Indikator yang digunakan meliputi BB/TB, BB/U dan TB/U. Standar yang digunakan adalah NHCS (*National Center for Health Statistic*, USA). Klasifikasi status gizi menurut WHO digambarkan dalam tabel berikut:

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi Menurut WHO

BB/TB	**BB/U**	**TB/U**	**Status Gizi**
Normal	Rendah	Rendah	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Kurang
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, kurang
Rendah	Normal	Tinggi	Kurang

Tinggi	Tinggi	Rendah	Lebih, obesitas
Tinggi	Tinggi	Normal	Lebih, tidak obesitas
Tinggi	Normal	Rendah	Lebih, pernah kurang

Sumber: Supariasa, 2011

Tabel 2.3. Kebaikan dan Kelemahan Indeks Antropometri

Indeks	Kebaikan	Kelemahan
BB/U	a. Baik untuk status gizi akut/kronis b. Berat badan dapat berfluktuasi c. Sangat sensitif terhadap perubahan kecil	Umur sering sulit di-taksir.
TB/U	a. Baik untuk menilai gizi masa lampau b. Ukuran panjang dapat dibuat sendiri c. Murah dan mudah dibawa	a. Tinggi badan tidak cepat baik bahkan mungkin turun b. Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri c. Ketetapan umur sulit
BB/TB	a. Tidak memerlukan data umur b. Dapat membedakan proporsi badan	a. Membutuhkan 2 macam alat ukur b. Pengukuran relatif lebih lama c. Membutuhkan 2 orang untuk melakukannya

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI No:920/Menkes/SK/VIII/2002

Menurut Etika Proverawati dan Erna Kusuma Wati (2010), penilaian status gizi dibagi menjadi dua yaitu penilaian status gizi secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari:

1. Antropometri

Ditinjau dari sudut pandang gizi, antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh

dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi, yang terlihat pada pola pertumbuhan fisik, proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh.

2. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode untuk melihat status gizi masyarakat berdasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi dibandingkan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical survey),* dimana semua dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik, yaitu tanda (*sign)* dan gejala (*symptom)* atau riwayat penyakit.

3. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh, seperti darah, urin, tinja, dan beberapa jaringan tubuh seperti otot dan hati. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali

dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

4. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik. Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

Untuk penilaian gizi secara tidak langsung terdiri dari:

1. Survei konsumsi makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Data yang dikumpulkan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu.

2. Statistika Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian, serta data-data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

3. Faktor Ekologi

Bengoa mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan

lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi, seperti iklim, tanah, irigasi, dan lain-lain. Pengukuran ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutirsi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

Sedangkan parameter yang cocok digunakan untuk balita adalah berat badan per umur (BB/U), tinggi badan per umur (TB/U), berat badan per tinggi badan (BB/TB), dan lingkar kepala serta survei konsumsi makanan dengan menggunakan *food recall* 24 jam yang diberikan pada yang mengasuh balita. Lingkar kepala digunakan untuk memberikan gambaran tentang perkembangan otak. Kurang gizi ini akan berpengaruh pada perkembangan fisik dan mental anak (Etika Proverawati dan Erna Kusuma Wati, 2010).

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Soekirman (2000), faktor penyebab kurang gizi atau yang mempengaruhi status gizi seseorang adalah :

1. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapatkan makanan cukup baik, tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makan tidak cukup baik, maka daya tahan tubuhnya akan melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi yang dapat

mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi. Pada kenyataannya keduanya baik makanan dan penyakit infeksi secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi.

2. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (Hariza Adnina, 2011).

Secara medik, indikator yang dapat digunakan untuk menyatakan masalah gizi adalah indikator antropometri (ukurannya adalah berat dan tinggi badan yang dibandingkan dengan standar), indikator hematologi (ukurannya adalah kadar hemoglobin dalam darah), dan sebagainya.

Di luar aspek medik, masalah gizi dapat diakibatkan oleh kemiskinan, sosial budaya, kurangnya pengetahuan dan pengertian, pengadaan dan distribusi pangan, dan bencana alam (Khumaidi, 1994).

1. Masalah gizi karena kemiskinan indikatornya taraf ekonomi keluarga dan ukuran yang dipakai adalah garis kemiskinan.
2. Masalah gizi karena sosial budaya indikatornya adalah stabilitas keluarga dengan ukuran frekuensi nikah-cerai-rujuk, anak-anak yang dilahirkan di lingkungan keluarga yang tidak stabil akan sangat rentan terhadap penyakit gizi-kurang. Juga indikator demografi yang meliputi susunan dan pola kegiatan penduduk.

3. Masalah gizi karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan di bidang memasak, konsumsi anak, keragaman bahan, dan keragaman jenis masakan yang mempengaruhi kejiwaan, misalnya kebosanan.
4. Masalah gizi karena pengadaan dan distribusi pangan, indikator pengadaan pangan (*food supply)* yang biasanya diperhitungkan dalam bentuk neraca bahan pangan, diterjemahkan ke dalam nilai gizi dan dibandingkan dengan nilai rata-rata kecukupan penduduk.

Gizi merupakan salah satu kehidupan manusia yang erat kaitannya dengan kualitas fisik maupun mental manusia. Keadaan gizi meliputi proses penyediaan dan penggunaan gizi untuk pertumbuhan, perkembangan, dan pemeliharaan serta aktivitas. Keadaan kurang gizi dapat terjadi akibat ketidakseimbangan asupan zat-zat gizi, faktor penyakit pencernaan, absorbsi, dan penyakit infeksi.

Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa masalah gizi di Indonesia masih didominasi oleh kekurangan zat gizi yang disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya adalah tingkat sosial ekonomi keluarga (Depkes, 2002). Krisis ekonomi yang melanda sejak 1997, telah menambah jumlah keluarga miskin dengan daya beli yang rendah, sehingga memberikan dampak terhadap penurunan kualitas hidup keluarga dan meningkatkan jumlah anak-anak yang kekurangan gizi.

Selain ketersediaan pangan, masalah gizi juga dipengaruhi oleh faktor perilaku ibu, dukungan keluarga, dan petugas kesehatan. Menurut Green (1980), masalah perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu faktor yang mempermudah (*predisposing factors*) mencakup: pengetahuan, sikap, presepsi,

nilai-nilai dan norma dalam masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan; faktor pendorong (*enabling factors*) meliputi ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, dimana fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, dan faktor ketiga berupa faktor penguat (*reinforcing factors*) meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, dan juga sikap, perilaku, dan ketrampilan petugas kesehatan.

Menurut Achmad Djaeni (2009), penyebab langsung dari gizi kurang adalah konsumsi kalori dan protein yang kurang. Sebab tidak langsung ada beberapa yang dominan, yaitu ekonomi negara yang kurang, pendidikan umum dan pendidikan gizi yang rendah, produksi pangan yang tidak mencukupi, kondisi *hygiene* yang kurang baik, dan jumlah anak yang terlalu banyak. Sebab antara adalah pekerjaan yang rendah, penghasilan yang kurang, paska panen, sistem perdagangan, dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata.

Menurut Soegeng santoso dan Anne (2009), masalah gizi yang terjadi pada anak bisa dikaitkan dengan masalah makan anak. Ada beberapa pendapat mengenai penyebab kesulitan mana anak, menurut Palmer dan Horn antara lain adalah kelainan neuro-motorik, kelainan kongenital, kelainan gigi-geligi, penyakit infeksi menahun, defisiensi nutrien, dan psikologik. Untuk faktor kelainan psikologik disebabkan oleh kekeliruan orang tua dalam hal mengatur makan anaknya. Ada orang tua yang bersikap terlalu melindungi dan ada orang tua yang terlalu memaksakan anaknya makan terlalu banyak melebihi keperluan anaknya. Juga

apabila anak jauh dari ibunya, dapat terjadi tidak ada nafsu makan. Perasaan takut berlebih pada makanan juga dapat mengakibatkan anak tidak mau makan.

2.1.4 Masalah Gizi

Masalah gizi terbagi menjadi masalah gizi makro dan mikro. Masalah gizi makro adalah masalah yang terutama disebabkan oleh kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein (KEP). Bila terjadi pada anak balita akan mengakibatkan marasmus, kwashiorkor, atau marasmik-kwashiorkor, dan selanjutnya akan menyebabkan gangguan pertumbuhan pada anak usia sekolah. Gejala klinis kwashiorkor melipui odema menyeluruh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis), wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerahan seperti rambut jagung dan mudah dicabut tanpa rasa sakit serta rontok, perubahan status mental, apatis dan rewel, perubahan hati, otot mengecil, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas, sering disertai penyakit akut, anemia dan diare.

Gejala klinis marasmus antara lain tubuh tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng, rewel, kulit keriput, jaringan subkutis sangat sedikit, perut cekung, sering disertai penyakit infeksi kronis dan diare atau susah buang air.

Gejala klinis marasmik-kwashiorkor meliputi gabungan gejala klinis antara kwashiorkor dengan marasmus, dengan BB/U <60% baku median WHO-NCHS disertai oedema yang tidak mencolok.

2.1.5 Lingkungan

Bagi manusia, lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitarnya, baik berupa benda hidup, benda mati, benda nyata ataupun benda abstrak, termasuk manusia lainnya, serta suasana yang terbentuk karena terjadinya interaksi diantara elemen-elemen di alam tersebut (Juli Soemirat, 2002).

Sekarang telah diketahui bahwa gejala klinis gizi kurang adalah akibat ketidakseimbangan yang lama antara manusia dan lingkungan hidupnya. Lingkungan hidup ini mencakup lingkungan alam, biologis, sosial budaya, maupun ekonomi. Masing-masing faktor tersebut mempunyai peran yang kompleks dan berperan penting dalam etiologi penyakit gizi kurang (Soegeng dan Anne, 2009).

2.1.6 Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi

Menurut Hendrik L. Blume (1981) yang dikutip oleh Departemen Kesehatan RI (1993), derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu faktor lingkungan, faktor perilaku masyarakat, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor keturunan.

Faktor lingkungan mempunyai pengaruh yang paling dominan terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Ini telah dibuktikan oleh beberapa hasil penelitian dan pengamatan. Faktor lingkungan (fisik, biologis, dan sosial) mempunyai kaitan erat dalam faktor perilaku.

Lingkungan yang sehat atau kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum, sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula (Hariza Adnani, 2011). Pengertian

kesehatan lingkungan menurut WHO adalah ilmu dan keterampilan yang memusatkan perhatiannya pada usahan pengendalian semua faktor yang ada pada lingkungan fisik manusia yang diperkirakan menimbulkan atau akan menimbulkan hal-hal yang merugikan perkembangan fisiknya, kesehatan, maupun kelangsungan hidupnya.

Lingkungan tahan pangan dan gizi adalah kondisi dinamis dimana diperlukan pemantauan terhadap indikator kritis terhadap sumber daya, ketersediaan dan akses terhadap pangan dan gizi di seluruh lapisan masyarakat. Ketahanan pangan dan gizi global, nasional, regional, lokal rumah tangga, dan individual merupakan rangkaian sistem hierarki, ketersediaan pada tingkat lebih tinggi merupakan syarat keharusan bagi ketersidaan di tingkat yang lebih rendah. Prinsip atau kaidah yang berlaku secara universal adalah bahwa mencegah terjadinya kerawanan pangan dan gizi adalah lebih utama dan lebih baik daripada menganggulangi setelah terjadi kondisi kerawanan pangan dan gizi. Indikator yang telah digunakan dalam menentukan kerawanan pangan dan gizi adalah indeks ketersediaan pangan, indeks infrastruktur, indeks gabungan akses pangan dan pendapatan, indeks penyerapan pangan, indeks gabungan kerentanan pangan, dan indeks gabungan kerawanan pangan dan gizi, serta indikator lain yang digunakan dalan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (Laporan akhir Badan Bimbingan Massal Ketahanan Pangan Prov Jateng dan LPPM-IPB, 2005).

2.1.7 Faktor-faktor lingkungan tahan pangan dan gizi

Badan Bimas Ketahanan Pangan (BBKP) pusat bekerjasama dengan *World Food program* mengembangan *Food Insecurity atlas* (Peta Kerawanan Pangan). Peta ini dibuat untuk mengkategorikan wilayah menurut tingkat kerawanan ketahanan pangan dan gizinya. Empat aspek pemetaan dalam konsep ini, yaitu ketersediaan pangan, akses terhadap pangan dan pendapatan, pemanfaatan (penyerapan) pangan, dan kerentanan pangan (Laporan akhir Badan Bimbingan Massal Ketahanan Pangan Prov Jateng dan LPPM-IPB, 2005).

Dalam sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG) terdapat 3 indikator pengamatan, yaitu luas kerusakan lahan (sawah), tingkat kemiskinan dan prevalensi status gizi kurang, akan tetapi dalam pembuatan peta kerawanan pangan dan gizi, SKPG membutuhkan 17 indikator, yaitu :

a. Ketersediaan, mencakup:
    1) Produksi netto padi
    2) Produksi netto jagung
    3) Ketersediaan untuk konsumsi normatif
b. Akses terhadap pangan
    1) Presentase penduduk miskin
    2) Presentase kepala rumah tangga bekerja kurang dari 15 jam/minggu
    3) Presentase kepala rumah tangga tidak tamat pendidikan dasar
    4) Presentase rumah tangga yang tidak memiliki akses listrik
    5) Panjang jalan
c. Pemanfaatan/penyerapan pangan

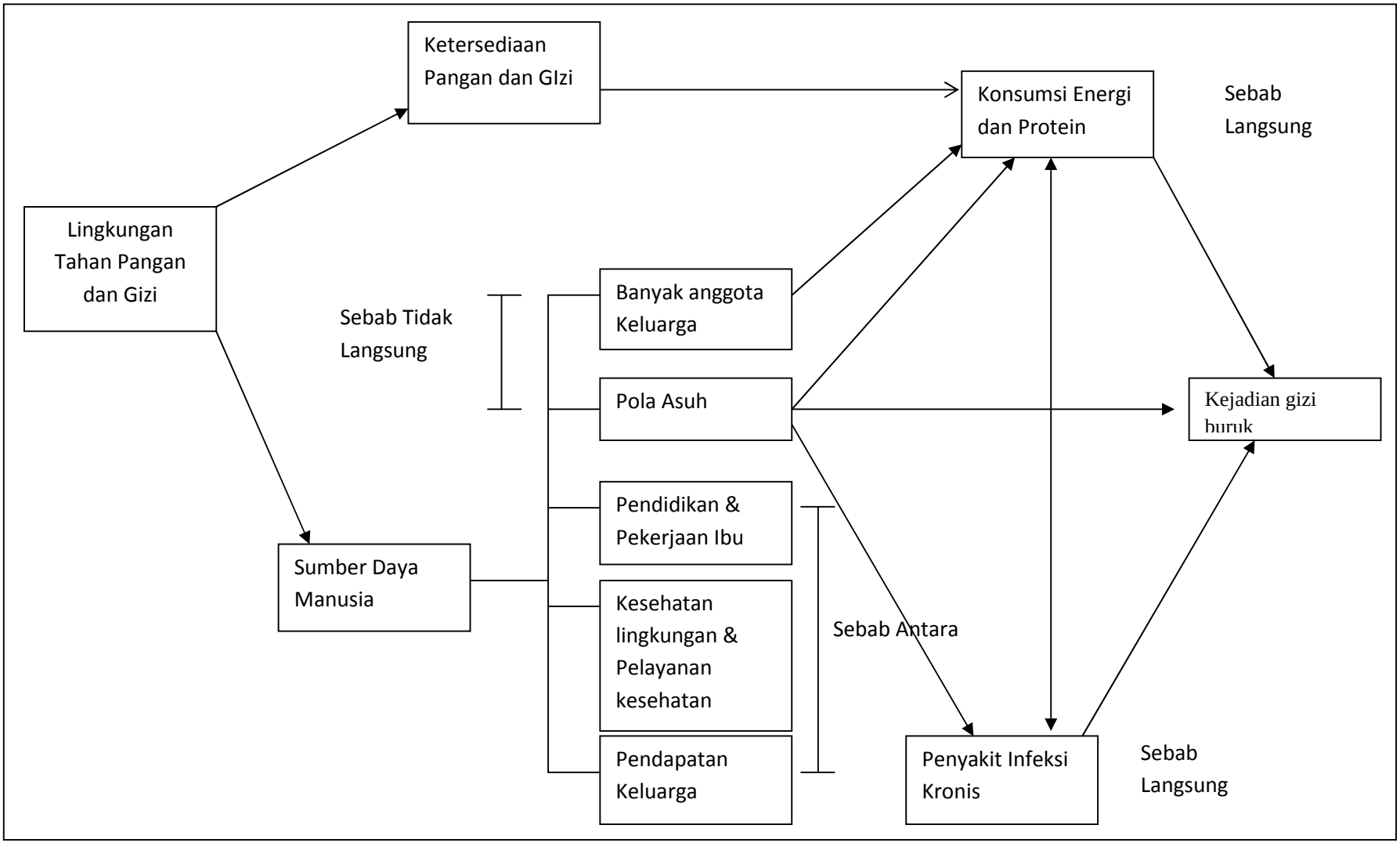
1) Presentase rumah tangga yang tinggak >5 km dari fasilitas kesehatan
2) Populasi per Dokter
3) Presentase anak yang tidak diimunisasi
4) Presentase rumah tangga yang tidak memiliki akses air bersih
5) Angka harapan hidup waktu lahir
6) Perempuan buta huruf

d. Kerentanan pangan

1) Fluktuasi curah hujan
2) Daerah berhutan
3) Daerah yang rusak

(Laporan akhir Badan Bimbingan Massal Ketahanan Pangan Prov Jateng dan LPPM-IPB, 2005)

2.2 KERANGKA TEORI

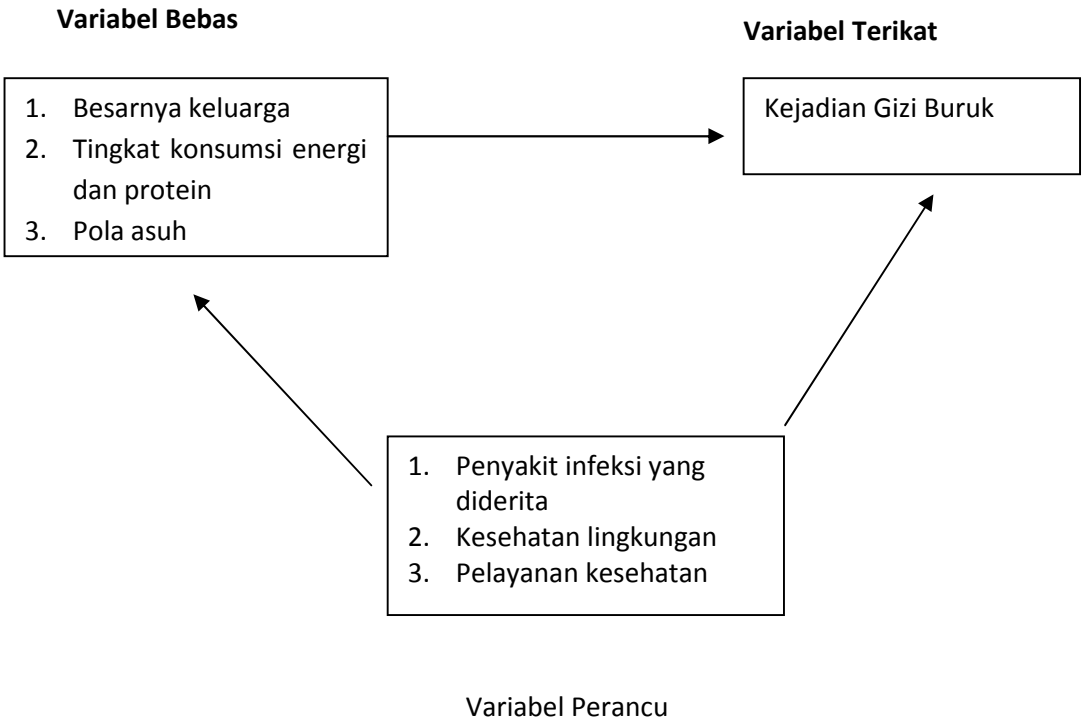


Sumber :Achmad Djaeni (2009), Soekirman (2000)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah besarnya keluarga, tingkat konsumsi energi dan protein, dan pola asuh.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian gizi buruk.

3.2.3 Variabel Perancu

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah penyakit yang diderita, kesehatan lingkungan, dan pelayanan kesehatan. Variabel perancu dikendalikan dengan menyamakan variabel perancu menjadi homogen. Variabel perancu dalam penelitian ini antara lain:

1. Penyakit infeksi diderita, dikendalikan dengan memilih sampel yang tidak menderita penyakit infeksi kronis atau menahun yang menyebabkan gizi kurang pada waktu pelaksanaan penelitian.
2. Pengendalian dari kesehatan lingkungan adalah memilih karakteristik yang relatif sama yaitu rumah yang mendekati standar rumah sehat menurut kepmenkes Nomor : 829/Menkes/SK/VII/1999. Standarnya yaitu:
   1. Bahan Bangunan
      a. Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan zat-zat yang dapat membahayakan kesehatan.
      b. Tidak terbuat dari bahan yang dapat menjadi tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen.
   2. Komponen dan penataan ruang rumah

      Komponen rumah harus memenuhi persyaratan fisik dan biologis sebagai berikut:

      a. Lantai kedap air dan mudah dibersihkan
      b. Dinding. Bahan dinding yang paling baik adalah bahan yang tahan api, yaitu dinding dari batu.
      c. Langit-langit harus mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan

d. Bumbung rumah yang memiliki tinggi 10 meter atau lebih harus dilengkapi dengan penangkal petir.

e. Ruang di dalam rumah harus ditata agar berfungsi sebagai ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan, ruang tidur, ruang dapur, ruang mandi dan ruang bermain anak.

f. Ruang dapur harus dilengkapi dengan sarana pembuangan asap.

g. Pencahayaan

Pencahayaan alam atau buatan langsung atau tidak langsung dapat menerangi seluruh bagian ruangan minimal intensitasnya 60 lux dan tidak menyilaukan.

4. Ventilasi

Luas penghawaan atau ventilasi a1amiah yang permanen minimal 10% dari luas lantai.

5. Limbah

a. Limbah cair berasal dari rumah, tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau dan tidak mencemari permukaan tanah.

b. Limbah padat harus dikelola agar tidak menimbulkan bau, tidak menyebabkan pencemaran terhadap permukaan tanah dan air tanah.

3. Pengendalian dari pelayanan kesehatan adalah memilih ibu yang rumahnya terjangkau dari tempat pelayanan kesehatan (posyandu, bidan desa, dan atau dokter praktek). Dapat dilihat dari hasil wawancara dengan kuesioner penjaringan.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Menurut Soekidjo Notoadmojo (2002 : 72), hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut berdasarkan kajian teoritis yang berhubungan dengan pokok permasalahan. Hipotesis penelitian yang diajukan adalah besarnya keluarga, tingkat konsumsi energi dan protein, serta pola asuh berhubungan dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Kendal di Kabupaten Kendal.

3.4 DEFINISI OPERASONAL DAN SKALA PENGUKURAN

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur & Teknik Pengukuran	Skala Ukur	Kategori dan Kriteria Penilaian
1.	Variabel Bebas:				
	1. Besarnya keluarga	Jumlah orang yang berada dalam satu rumah dan menjadi tanggungan keluarga tersebut.	Kuesioner, wawancara	Ordinal	a) Keluarga kecil, jika jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang b) Keluarga besar, jika jumlah anggota keluarga > 4 orang (Siti Madanijah dan Nina Triana, 2007)
	2. Tingkat konsumsi energi dan protein	Jumlah energi dan protein yang dikonsumsi oleh balita dalam sehari	*Food recall* 3x24 jam dan wawancara	Ordinal	a) Sedikit, jika skor < 80% dari kebutuhan energi dan protein

					seharusnya. b) Cukup, jika skor 80%-100% dari kebutuhan energi dan protein seharusnya. c) Banyak, jika skor > 100% dari kebutuhan energi dan protein seharusnya. (Laksmi Widajanti, 2009
3.	Pola asuh	Cara menjaga, merawat dan membimbing menuju pertumbuhan dan perkembangan dengan memberikan pendidikan makan dan perhatian kepada mereka yang diasuh.			
a.	Pengasuhan psikososial	Perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatanya dengan anak, menjaga, merawat, dan memberi kasih	Kuesioner tertutup	Ordinal	a. Baik, jika skor >55% b. Kurang baik, jika skor <55% (Anas Sudijono, 2011)

		sayang, bermain dengan anak, dan kegiatan yang lain untuk menuju sebuah kedekatan emosional antara ibu dan anak.			
	b. Penyiapan Makanan	Perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal penyiapan dan memberikan makanan balita meliputi pengaturan menu makan balita, penyajian dan penyimpanan makanan balita, kebiasaan membeli makan balita di luar.	Kuesioner tertutup	Ordinal	a. Baik, jika skor >55% b. Kurang baik, jika skor <55% (Anas Sudijono, 2011)
2	Variabel Terikat : status gizi balita	Keadaan gizi balita yang diukur dengan menggunakan indeks berat badan menurut tinggi badan	Pengukuran dengan dacin atau timbangan balita dan pita meteran tinggi badan, serta wawancara	Ordinal	a) Buruk, jika mempunyai indeks ≤90% dari nilai median BB/TB WHO NCHS 2005 b) Baik, jika

			mempunyai indeks >90% dari nilai median BB/TB WHO NCHS 2005 (Hariza Adnani, 2011)

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian adalah *case control study* (kasus control), karena penelitian ini merupakan satu-satunya cara yang relatif murah, mudah, dan cepat. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas yaitu besarnya keluarga, tingkat konsumsi energi dan protein, serta pola asuh, sedangkan variabel terikatnya adalah status gizi balita.

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiono, 2004). Dalam penelitian ini populasi yang diambil adalah ibu-ibu dari balita di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal sebanyak 940 responden, untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi buruk pada balita.

3.6.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan subyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Soekidjo Notoadmojo, 2002). Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel kasus yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal dan sampel kontrol yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal.

3.6.2.1 Sampel Kasus

Sampel kasus yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Pertimbangan yang diambil oleh peneliti adalah memilih sampel yang sesuai dengan pengendalian variabel perancu, yaitu :

1. Sampel yang tidak menderita penyakit infeksi kronis atau menahun yang menyebabkan gizi kurang pada waktu pelaksanaan penelitian.
2. Memilih karakteristik yang relatif sama yaitu rumah yang mendekati standar rumah sehat menurut Kepmenkes nomor : 829/Menkes/SK/VII/1999.
3. Memilih ibu yang rumahnya terjangkau dari tempat pelayanan kesehatan (posyandu, bidan desa, dan atau dokter praktek).

Besar Sampel dalam penelitian ini diperoleh berdasarkan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\sim/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\sim/2} P(1-P)}$$

(Sugiarto dkk, 2001)

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

$Z^2_{1-\sim/2}$ = Tingkat kemaknaan yang dikendaki 1,96 yang sesuai dengan derajat kemaknaan 95%.

P = Estimasi proporsi populasi, proporsi untuk sifat tertentu yang diperkirakan terjadi pada populasi. Apabila tidak diketahui proporsi atau sifat tertentu tersebut, maka p=0,5

d = Tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki

$$n = \frac{Z^2_{1-\sim/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\sim/2} P(1-P)}$$

$$n = \frac{(1.96)0.5(1-0.5)64}{(0.1)^2(940-1) + (1.96)0.5(1-0.5)}$$

n = 28

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel minimal untuk ibu-ibu dari balita dapat diperoleh sebesar 28 responden.

3.6.2.2 Sampel Kontrol

Sampel kontrol yaitu ibu-ibu dari balita dengan status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Kendal Kabupaten Kendal sebanyak 28 responden. Kelompok kontrol diambil dari tetangga kelompok kasus yang memenuhi syarat untuk menjadi sampel kontrol, hal ini untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data dan jika mengambil banyak faktor yang harus disamakan dapat menyebabkan kesulitan untuk mendapat kontrol (Sastroasmono dan Ismael, 1995).

Jumlah total sampel adalah jumlah sampel kasus ditambah jumlah sampel kontrol, sehingga jumlah sampel keseluruhan adalah 56 responden.

3.7 SUMBER DATA

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh melalui wawancara kepada responden berdasarkan kuesioner yang telah disediakan, bukan dari sumber pustaka yang ada. Pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara. Wawancara dilakukan dengan menanyakan mengenai konsumsi energi dan protein, banyaknya anggota keluarga, dan pola asuh.

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 bulanan Puskesmas Kendal, profil Dinas Kesehatan

Kabupaten Kendal, laporan-laporan lain yang terkait, dan buku-buku referensi.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat untuk mengumpulkan data dari suatu penelitian (Soekidjo Notoadmodjo, 2002 : 48). Berdasarkan kerangka konsep kemudian disusun instrumen untuk mengumpulkan data. Alat ukur yang digunakan dalam hal ini yaitu kuesioner, *food recall*, dacin atau timbangan balita, microtoa atau meteran tinggi badan.

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal yang diketahui (Suhasimi Arikunto, 2006 : 151).

Kuesioner digunakan sebagai panduan wawancara untuk mengumpulkan data dari subyek penelitian atau responden berupa:

a. Identitas responden, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan tetap, nama balita, jenis kelamin balita, berat badan, tinggi badan balita, dan data anggota keluarga untuk memudahkan dalam penelitian.
b. Pengetahuan pola asuh gizi balita berupa soal-soal melalui kuesioner. Kuesioner yang diberikan merupakan kuesioner tertutup, jawaban yang benar diberi nilai 1 dan salah diberi 0, untuk mendapatkan skor dilakukan dengan rumus:

$$\text{Soal} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah pertanyaan}} \times 100\%$$

Kemudian hasil dari perhitungan prosentase ini akan diurutkan menurut skala ordinal menjadi 2 (dua) katergori, yaitu:

- Baik : >55%
- Kurang Baik : <55%

(Anas Sudijono, 2011)

c. *Food recall* adalah alat pengukuran konsumsi makanan untuk individu. Prinsip *food recall* 24 jam dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode waktu 24 jam yang lalu.

d. Dacin adalah alat pengukuran untuk mengetahui berat badan balita.

e. Microtoa/pita meteran adalah alat pengukuran untuk mengetahui tinggi badan balita.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini meliputi:

1. Wawancara

   Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2002:102), wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana penelliti mendapatkan keterangan secara langsung dari seseorang sasaran penelitian (responden). Wawancara ini dilakukan untuk mendapatkan data mengenai besar keluarga, tingkat konsumsi energi dan protein, serta pola asuh.

2. Dokumentasi

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

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dengan langkah dan prosedur sebagai berikut:

3.9.1 Tahap Persiapan

Adapun hal-hal yang dilakukan dalam tahap persiapan adalah :

1. Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan penyusunan proposal, mengurus perijinan.
2. Menyiapkan instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini.
3. Menentukan waktu penelitian.

3.9.2 Tahap Penelitian

Pada tahap ini peneliti melakukan pengambilan data penelitian yang berupa data primer dengan cara melakukan wawancara kepada responden dengan menggunakan formulir *recall* 24 jam dan kuesioner yang telah disediakan. Selanjutnya data yang telah diperoleh akan dianalisis.

3.9.3 Tahap Paska Penelitian

Setelah proses penelitian selesai kemudian dilakukan analisis data untuk mendapatkan hasil dari proses pengambilan data yang telah dilakukan dan diperoleh untuk melengkapi data pendukung yang diperlukan.

Langkah-langkah pengolahan data dalam penelitian ini adalah:

1. *Editing*

Langkah ini bertujuan untuk meneliti kelengkapan, kejelasan dan konsistensi, serta kesinambungan data. Data yang tekumpul kemudian diedit di lapangan.

2. *Coding*

Memberi kode angka pada atribut variabel untuk memudahkan analisis data. Mengklasifikasikan dan memberi kode pada data yang telah diedit.

3. Entri data

Adalah kegiatan memasukkan data ke dalam media komputer agar diperoleh data memasukkan yang siap diolah.

4. Tabulasi data

Pada tahap ini data dikelompokkan ke dalam tabel tertentu menurut sifa-sifat yang dimilikinya, sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah data terkumpul, diolah, maka perlu disajikan yaitu dengan menyusun data ke dalam tabel, sehingga menjadi jelas sifat-sifat yang dimiliki masing-masing variabel.

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data merupakan bagian terpenting dari suatu penelitian. Hasil penelitian ini diolah terlebih dahulu, setelah semua data terkumpul, langkah selanjutnya adalah menganalisis data sehingga data tersebut dapat ditarik menjadi suatu kesimpulan. Adapun data analisis dengan menggunakan bantuan program komputer meliputi :

3.10.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, yang menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel (Soekidjo Notoadmodjo, 2002 : 188). Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel dan narasi, untuk menganalisis besarnya proporsi hasil masing-masing penggunaan metode. Analisis ini bermanfaat untuk melihat apakah data layak untuk dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data sudah optimal.

3.10.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Soekidjo Notoadmodjo, 2002 : 188). Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat, yang dilakukan secara statistik dengan menggunakan uji *chi-square* pada derajat kepercayaan 95%. Jika uji *chi-square* tidak memenuhi syarat, maka menggunakan uji alternatif yaitu uji *fisher* tabel 2x2, uji *kolmogorov-smirnov* tabel 2xk, atau penggabungan sel selain 2x2 dan 2xk.

BAB IV
HASIL PENELITIAN

4.1. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

Wilayah Kecamatan Kendal merupakan dataran rendah dengan ketinggian 0 - 4 meter di atas permukaan laut. Kecamatan kota Kendal tidak memiliki banyak lahan kosong. Luas wilayah Kecamatan Kendal adalah 27.49 km^2, terdiri dari tanah sawah 14,94 km^2, tanah pekarangan 5.15 km^2, tanah tegalan 0,82 km^2, tambak dan kolam 4,05 km^2, serta lain - lain 2,53 km^2.

Kecamatan kota Kendal merupakan daerah perkotaan atau dapat dikatakan ibu kota kabupaten Kendal. Daerah ini mempunyai kemudahan dalam akses komunikasi, transportasi, baik transportasi dalam kota ataupun transpotasi luar kota,dan akses distribusi bahan pangan, sayuran dan lain-lain juga sangat mudah. Masyarakat kecamatan kota Kendal sangat terbuka untuk pendatang baru. Responden atau masyarakat juga sangat mudah diajak untuk kerjasama sehingga memudahkan dalam penelitian. Hal ini dimungkinkan karena kader posyandu dan bidan desa sangat dekat dengan masyarakat sehingga masyarakat mengetahui akan adanya penelitian ini terlebih dahulu.

Kader posyandu yang aktiv di tiap-tiap posyandu sangat sedikit, paling banyak ada 4 orang. Dan fasilitas perlengkapan di tiap-tiap posyandu tidak maksimal atau memadai. Hanya ada alat timbangan untuk bayi dan balita. Untuk pengukuran tinggi badan atau microtoa tidak ada. Microtoa hanya ada di posyandu di perumahan elite yang masyarakatya adalah pejabat atau

pengusaha. Kader posyandu sudah meminta bantuan kepada puskesmas, minimal untuk 1 desa ada 1 microtoa yang dapat digunakan secara bergilir akan tetapi belum bisa dipenuhi permintaan tersebut dari puskesmas.

Cakupan kerja puskesmas Kendal 1 ada 11 desa, yaitu langenharho, kebondalem, kalibuntu, trompo, candiroto, sukodono, jotang, sijeruk, tunggulrejo, jetis, bugangin. Dari 11 desa tersebut peneliti mengambil desa kebondalem dan bugangin sebagai fokus kerja penelitian, karenadesa kebondalem adalah daerah yang memiliki angka kejadian gizi buruk paling banyak dan desa bugangin adalah daerah yang memiliki angka kejadian gizi buruk paling sedikit.

Kecamatan kota Kendal merupakan lingkungan tahan pangan dan gizi karena kecamatan kota Kendal memiliki aspek-aspek lingkungan tahan pangan. Aspek-aspeknya yaitu memiliki ketersediaan pangan yang cukup baik ditingkat rumah tangga ataupun ditingkat masyarakat, akses terhadap pangan dan pendapatan sangat baik, memaksimalkan pemanfaatan (penyerapan) pangan, serta tidak memiliki kerentanan pangan atau dapat dikatakan sangat tahan pangan.

Untuk konsumsi energi dan protein masyarakat kecamatan kota Kendal dalam hal kuantitas sangat baik, akan tetapi untuk kualitas masih kurang. Mereka mengkonsumsi banyak makanan akan tetapi untuk nilai gizi belum mencukupi kebutuhan ataupun melebihi kebutuhan, hal ini sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan perorangan. Anak balita cenderung

lebih banyak mengkonsumsi makanan jajanan yang rendah zat gizi daripada makanan di rumah.

Sarana dan prasarana di Kecamatan Kota Kendal sudah cukup memadai, baik prasarana peribadatan, pendidikan, kesehatan, maupun prasarana fisik lainnya. Sarana kesehatan di Kecamatan Kota Kendal adalah dokter 28 orang, mantri kesehatan 26 orang, bidan 38 orang, dukun bayi 20 orang, juru sunat 4 orang, Rumah Sakit Umum (RSU) 1 buah, puskesmas 2 buah, puskesmas pembantu 5 buah, dokter umum 16 orang, dokter gigi 2 orang, rumah bersalin 6 buah.

4.2. ANALISIS UNIVARIAT

Analisis univariat menggambarkan distribusi frekuensi dari tiap variabel-variabel penelitian yang berhubungan dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Kendal. Beberapa variabel yang dianalisis dalam penelitian ini meliputi pengasuhan psikososial, penyiapan makanan, konsumsi energi dan protein.

4.2.1 Pola Asuh

4.2.1.1 Pengasuhan Psikososial

Hasil penelitian terhadap 56 responden, diperoleh distribusi frekuensi pengasuhan psikososial responden sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Pengasuhan Psikososial

No.	Pengasuhan Psikososial	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Kurang	14	25,0
2.	Baik	42	75,0
	Jumlah Responden	56	100,0

Berdasarkan tabel 4.1, responden yang memiliki pengasuhan psikososial kurang sebanyak 14 orang (25%), dan pengasuhan psikososial baik sebanyak 42 orang (75%).

4.2.1.2 Penyiapan Makanan

Hasil penelitian terhadap 56 responden, diperoleh distribusi frekuensi penyiapan makanan responden sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Penyiapan Makanan

No.	Penyiapan Makanan	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Kurang	17	30,4
3.	Baik	39	69,6
	Jumlah Responden	56	100,0

Berdasarkan tabel 4.2, responden yang memiliki penyiapan makanan kurang sebanyak 17 orang (30,4%), dan penyiapan makanan baik sebanyak 39 orang (69,6%).

4.2.2 Besar Keluarga

Hasil penelitian terhadap 56 responden, diperoleh distribusi besar keluarga responden sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Besar Keluarga

No.	Penyiapan Makanan	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Kecil	29	51,8
3.	Besar	27	48,2
	Jumlah Responden	56	100,0

Berdasarkan tabel 4.3, responden yang memiliki besar keluarga kecil (≤4 orang) sebanyak 29 orang (51,8%), dan keluarga besar (>4 orang) sebanyak 27 orang (48,2%).

4.2.3 Konsumsi Energi dan Protein

Hasil penelitian terhadap 56 responden, diperoleh distribusi besar keluarga responden sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Konsumsi Energi dan Protein

No.	Penyiapan Makanan	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Sedikit	22	39,3
2.	Cukup	12	21,4
3.	Banyak	22	39,3
	Jumlah Responden	56	100,0

Berdasarkan tabel 4.4, responden yang mengkonsumsi energi protein sedikit sebanyak 22 orang (29,3%), yang mengkonsumsi energi dan protein cukup sebanyak 12 orang (21,4%), dan yang mengkonsumsi energi dan protein banyak sebanyak 22 orang (39,3%).

4.2.4 Status Gizi Responden

Hasil penelitian terhadap 56 responden, diperoleh distribusi status gizi responden sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Status Gizi Responden

No.	Status Gizi	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Buruk	28	50,0
2.	Baik	28	50,0
	Jumlah Responden	56	100,0

Berdasarkan tabel 4.5, responden yang memiliki status gizi buruk sebanyak 28 orang (50,0%), dan memiliki status gizi baik sebanyak 28 orang (50,0%).

4.3. ANALISIS BIVARIAT

Analisis bivariat merupakan analisis terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidak ada hubungan antara variabel bebas (pola asuh, besar keluarga, serta konsumsi energi dan protein) dengan variabel terikat (status gizi balita). Uji yang digunakan adalah uji *chi-square*, dikarenakan jenis skala variabelnya adalah kategorikal tidak berpasangan. Jika syarat untuk uji *chi-square* tidak terpenuhi, digunakan uji *Fisher's Exact* untuk tabel 2x2 dan penggabungan sel sebagai langkah alternatif uji *chi-square* (Sopiyudin Dahlan, 2004:135).

4.3.1 Hubungan antara Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi

Berdasarkan pengujian hubungan pengasuhan psikososial dengan status gizi, diperoleh hasil seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Tabulasi Silang Pengasuhan Psikososial dengan Status Gizi

Pengasuhan Psikososial	Distribusi responden						*p-value*	OR
	Kasus		kontrol		Jumlah			
	f	%	f	%	f	%		
Kurang	7	25	6	21,4	13	23,2	0,752	1,22
Baik	21	75	22	78,6	43	76,3		
Jumlah	28	100	28	100	56	100		

Keterangan :

a. Responden kasus adalah responden dengan status gizi buruk.
b. Responden kontrol adalah responden dengan status gizi baik.

Dari hasil tabulasi silang di atas, maka dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 7 orang (25%) diantaranya mempunyai pengasuhan psikososial yang kurang dan 21 orang (75%) mempunyai pengasuhan psikososial yang baik. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi

baik, 6 orang (21,4%) diantaranya mempunyai pengasuhan psikososial yang kurang dan 22 orang (78,6%) mempunyai pengasuhan psikososial yang baik.

Berdasarkan tabel 4.6 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengasuhan psikososial dengan status gizi balita. Hal ini dilihat dari uji *chi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,752. Oleh karena *p value*> 0,05, maka Ho diterima yang berarti tidak ada hubungan antara pengasuhan psikososial dengan status gizi.

4.3.2 Hubungan antara Penyiapan Makan dengan Status Gizi

Berdasarkan pengujian hubungan penyiapan makan dengan status gizi, diperoleh hasil seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.7 Tabulasi Silang Penyiapan Makan dengan Status Gizi

Penyiapan Makan	Distribusi responden						*p-value*	OR
	Kasus		Kasus		Jumlah			
	f	%	f	%	f	%		
Kurang	12	42,9	5	17,9	17	30,4	0,042	3,45
Baik	16	57,1	23	82,1	39	69,6		
Jumlah	28	100	28	100	56	100		

Keterangan :

a. Responden kasus adalah responden dengan status gizi buruk.
b. Responden kontrol adalah responden dengan status gizi baik.

Dari hasil tabulasi silang di atas, maka dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 12 orang (42,9%) diantaranya mempunyai penyiapan makan yang kurang dan 16 orang (57,1%) mempunyai penyiapan makan yang baik. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 5 orang (17,9%) diantaranya mempunyai penyiapan makan yang kurang dan 23 orang (82,1%) mempunyai penyiapan makan yang baik.

Berdasarkan tabel 4.7 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara penyiapan makan dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi. Hal ini dilihat dari uji *chi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,042. Oleh karena *p value* <0,05, maka Ho ditolak yang berarti ada hubungan antara penyiapan makan dengan status gizi. Nilai OR sebesar 3,45 dengan IK 95% 1,016 – 11,72. Artinya responden dengan pola penyiapan makan yang kurang mempunyai kemungkinan 3,45 kali untuk mempunyai status gizi buruk dibandingkan dengan responden dengan pola penyiapan makan yang baik.

4.3.3 Hubungan antara Besar Keluarga dengan Status Gizi

Berdasarkan pengujian hubungan besar keluarga dengan status gizi, diperoleh hasil seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Tabulasi Silang besar keluarga dengan Status Gizi

Besar keluarga	Distribusi responden						*p-value*	OR
	Kasus		kontrol		Jumlah			
	f	%	f	%	f	%		
Kecil	14	50	15	53,6	29	51,8	0,789	0,867
Besar	14	50	13	46,4	27	48,2		
Jumlah	28	100	28	100	56	100		

Keterangan :

a. Responden kasus adalah responden dengan status gizi buruk.
b. Responden kontrol adalah responden dengan status gizi baik.

Dari hasil tabulasi silang di atas, maka dapat diketahui bahwa dari hasil tabulasi silang di atas, maka dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 14 orang (50%) diantaranya merupakan keluarga kecil dan 14 orang (50%) merupakan keluarga besar. Dari 28 responden yang

mempunyai status gizi baik, 15 orang (53,6%) diantaranya merupakan keluarga kecil dan 13 orang (46,1%) mempunyai merupakan keluarga besar.

Berdasarkan tabel 4.8 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara besar keluarga dengan status gizi balita. Hal ini dilihat dari uji *chi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,789. Oleh karena *p value*> 0,05, maka Ho diterima yang berarti tidak ada hubungan antara besar keluarga dengan status gizi.

4.3.4 Hubungan antara Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi

Berdasarkan pengujian hubungan konsumsi energi dan protein dengan status gizi, diperoleh hasil seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.9 Tabulasi Silang Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi

Konsumsi energi dan protein	Distribusi responden					
	Kasus		Kontrol		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%
Sedikit	16	57,1	6	21,4	22	39,3
Cukup	5	17,9	7	25	12	21,4
Banyak	7	25	15	53,6	22	39,3
Jumlah	28	100	28	100	56	100

Keterangan :

a. Responden kasus adalah responden dengan status gizi buruk.
b. Responden kontrol adalah responden dengan status gizi baik.

Tabel 4.10 Tabulasi Silang Konsumsi Energi dan Protein dengan Status Gizi setelah penggabungan sel

Konsumsi energi dan protein	Distribusi responden						*p-value*	OR
	Kasus		Kontrol		Jumlah			
	f	%	f	%	f	%		
Sedikit	16	57,1	6	21,4	22	39,3		
Cukup dan banyak	12	42,9	22	78,6	34	60,7	0,006	4,889
Jumlah	28	100	28	100	56	100		

Dari hasil tabulasi silang di atas, maka dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 16 orang (57,1%) diantaranya mengkonsumsi energi dan protein yang sedikit, dan 12 orang (42,9%) mengkonsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 6 orang (21,4%) diantaranya mengkonsumsi energi dan protein yang sedikit, dan 22 orang (78,6%) mengkonsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak.

Berdasarkan tabel 4.10 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara konsumsi energi dan protein dengan status balita. Hal ini dilihat dari uji *chi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,006. Oleh karena *p value*< 0,05, maka Ho ditolak yang berarti ada hubungan antara konsumsi energi dan protein dengan status gizi. Nilai OR sebesar 4,889 dengan IK 95% 1,513 – 15,793. Artinya responden dengan konsumsi energi dan protein yang sedikit mempunyai kemungkinan 4,889 kali untuk mempunyai status gizi buruk dibandingkan dengan responden dengan konsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik ibu sebagai obyek dalam penelitian ini merupakan keluarga yang berada dalam lingkungan tahan pangan dan gizi serta merupakan wilayah perkotaan. Tingkat pendidikan ibu berada pada tingkat dasar (45,0%) dan diikuti tingkat menengah (55,0%). Jenis perkerjaan ibu 91,2% merupakan ibu rumah tangga. Dan semua ibu dalam lingkungan tahan pangan dan gizi menggunakan pelayanan kesehatan yang formal dan terjamin, yaitu, puskesmas, rumah sakit dan bidan desa setempat, karena tempat pelayanan kesehatan sangat terjangkau dari rumah-rumah masyarakat.

5.1.2 Karakteristik Rumah Responden

Rumah sehat adalah rumah sebagai tempat tinggal yang memenuhi ketetapan atau ketentuan teknis kesehatan yang wajib dipenuhi dalam rangka melindungi penghuni rumah dari bahaya atau gangguan kesehatan sehingga memungkinkan penghuni memperoleh derajat kesehatan yang optimal (KEP. Menkimpraswil, 2002). Unsur-unsur yang perlu diperhatikan untuk memenuhi rumah sehat adalah : Bahan bangunan : langit-langit, lantai, dinding, atap genteng. ventilasi, cahaya : cahaya alamiah dan cahaya buatan, pembuangan sampah, pembuangan air limbah. Untuk hasil dari

pengamatan yang dilakukan oleh peneliti terhadap karakteristik rumah responden yaitu lantai rumah responden kedap air yaitu sudah menggunakan lantai keramik, dinding rumah tidak mudah terbakar, yaitu menggunakan batu bata, langit-langit tidak ada pembatas sejenis eternit atau plavon sehingga langit-langit sulit untuk dibersihkan, ventilasi rumah mempunyai luas 10% dari luas lantai, jendela rumah mempunyai luas 1/6 luas lantai, tempat pembuangan sampah berada di halaman depan rumah dan jauh dari sumber air keluarga. Selokan merupakan selokan tertutup dan tidak mudah menyerap air limbah dan tidak menimbulkan bau karena selokan berada dibawah rumah.

5.1.3 Hubungan Pola Asuh Psikososial Dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh psikososial dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi. Hal ini dilihat dari uji c*hi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,752 (*p value* > 0,05).

Menurut Ali Khomsan (2002 :14) pola asuh adalah praktik dari rumah tangga yang diwajibkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan untuk keterjangkauan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan. Pola pengasuhan psikososial anak berupa sikap perlakuan ibu dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, menjaga kesehatan dan kebersihan, dan memberikan kasih sayang.

Ibu yang bekerja tidak mempunyai banyak waktu untuk menyiapkan makanan serta menyebabkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang, sehingga

hal ini dapat mempengaruhi baik status gizi, pola asuh, maupun perkembangan pada balita. Sebaliknya seorang ibu yang tidak bekerja dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya (Soetjiningsih, 1995: 9).

Dari hasil penelitian, maka dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 7 orang (25%) diantaranya mempunyai pengasuhan psikososial yang kurang dan 21 orang (75%) mempunyai pengasuhan psikososial yang baik. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 6 orang (21,4%) diantaranya mempunyai pengasuhan psikososial yang kurang dan 22 orang (78,6%) mempunyai pengasuhan psikososial yang baik. Peranan pengasuhan psikososial tarhadap status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi terbukti tidak berhubungan. Pola asuh balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi dalam hal perilaku orang tua memberikan perhatian, kasih sayang, perawatan, dan perlindungan, tidak mempengaruhi tingkat status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.

5.1.4 Hubungan Pola asuh Penyiapan Makan Dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola asuh penyiapan makan dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi. Hal ini dilihat dari uji c*hi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,042 (*p value* < 0,05).

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Santoso (2004: 98) bahwa tujuan memberi makan pada anak adalah untuk memenuhi kebutuhan zat gizi yang cukup dalam kelangsungan hidupnya, pemulihan kesehatan yang sudah sakit, untuk aktivitas, pertumbuhan dan perkembangan. Dengan penyiapan dan

pemberian makan, maka anak juga dididik agar dapat menerima, menyukai, memilih makanan yang baik serta menentukan jumlah makanan yang cukup dan bermutu.

Dalam Khomsan (2004: 13) disebutkan bahwa anak mengalami kekurangan gizi karena kurangnya makanan di tingkat rumah tangga, cara pemberian makanan yang kurang baik, maupun karena anak tidak mau makan. Anak dapat menolak bila makanan yang disajikan tidak memenuhi selera mereka. Oleh karena itu, orang tua harus berlaku demokratis untuk menghidangkan makanan yang menjadi kegemaran si anak.

Dari hasil penelitian, dapat diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 12 orang (42,9%) diantaranya mempunyai penyiapan makan yang kurang dan 16 orang (57,1%) mempunyai penyiapan makan yang baik. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 5 orang (17,9%) diantaranya mempunyai penyiapan makan yang kurang dan 23 orang (82,1%) mempunyai penyiapan makan yang baik. Pola penyiapan makan yang kurang mempunyai kemungkinan 3,45 kali untuk mempunyai status gizi buruk dibandingkan dengan responden dengan pola penyiapan makan yang baik.

5.1.5 Hubungan Besar Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara besar keluarga dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi. Hal ini dilihat dari uji c*hi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,789 (*p value* >0,05).

Menurut Bengoa yang merupakan kutipan dari Jellife, 1966, malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil yang saling mempengaruhi (*multiple overlapping*). Menurut Jellife, faktor ekologi yang berhubungan dengan penyebab masalah gizi dibagi enam kelompok, yaitu keadaan infeksi, konsumsi makanan, pengaruh budaya, sosial ekonomi, produksi pangan, serta kesehatan dan pendidikan. Untuk keadaan keluarga mulai dari besar atau jumlah anggota keluarga, hubungan dan jarak kelahiran masuk ke dalam kelompok faktor sosial ekonomi (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002:177).

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 14 orang (50%) diantaranya merupakan keluarga kecil dan 14 orang (50%) merupakan keluarga besar. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 15 orang (53,6%) diantaranya merupakan keluarga kecil dan 13 orang (46,1%) mempunyai merupakan keluarga besar. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Jellife, 1966.

5.1.6 Hubungan Konsumsi Energi dan Protein Dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi energi dan protein dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi. Hal ini dilihat dari uji c*hi-square* dimana nilai *p value* yang diperoleh sebesar 0,006 (*p value* < 0,05). Asupan makanan merupakan penyebab langsung terhadap status gizi anak balita (I Dewa Nyoman Supariasa, 2002 : 12). Penelitian Kartika *et al* (2000), tentang pola makan anak usia 6-18 bulan, ditemukan 80% anak pada keluarga miskin mempunyai pola makan yang tidak lengkap, sehingga menyebabkan status gizi tidak baik.

Dan dari hasil penelitian, diketahui bahwa dari 28 responden yang mempunyai status gizi buruk, 16 orang (57,1%) diantaranya mengkonsumsi energi dan protein yang sedikit, dan 12 orang (42,9%) mengkonsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak. Dari 28 responden yang mempunyai status gizi baik, 6 orang (21,4%) diantaranya mengkonsumsi energi dan protein yang sedikit, dan 22 orang (78,6%) mengkonsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak. Responden dengan konsumsi energi dan protein yang sedikit mempunyai kemungkinan 4,889 kali untuk mempunyai status gizi buruk dibandingkan dengan responden dengan konsumsi energi dan protein yang cukup dan banyak. Sehingga berdasarkan hasil penelitian konsumsi energi dan protein mempunyai hubungan dengan status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

Dalam melakukan penelitian, peneliti menemukan hambatan yang pertama yaitu responden tidak jujur menjawab. Pengendaliannya dengan memberikan penjelasan bahwa jawaban responden terjaga kerahasiaannya. Hambatan selanjutnya dalam penelitian yaitu, tempat penelitian yang sangat luas wilayahnya. Pengendaliannya peneliti menambah waktu untuk menyelesaikan penelitian.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan setelah dilakukan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan, yaitu:

a. Kecamatan kota Kendal memiliki aspek-aspek lingkungan tahan pangan.
b. Tingkat pendidikan ibu berada pada tingkat dasar (45,0%) dan diikuti tingkat menengah (55,0%). Jenis perkerjaan ibu 91,2% merupakan ibu rumah tangga. Semua ibu menggunakan pelayanan kesehatan yang formal dan terjamin.
c. Karakteristik rumah responden yaitu lantai rumah responden kedap air yaitu sudah menggunakan lantai keramik, dinding rumah tidak mudah terbakar, yaitu menggunakan batu bata, langit-langit tidak ada pembatas sejenis eternit atau plavon sehingga langit-langit sulit untuk dibersihkan, ventilasi rumah mempunyai luas 10% dari luas lantai, jendela rumah mempunyai luas 1/6 luas lantai, tempat pembuangan sampah berada di halaman depan rumah dan jauh dari sumber air keluarga. Selokan merupakan selokan tertutup dan tidak mudah menyerap air limbah dan tidak menimbulkan bau karena selokan berada dibawah rumah.

d. Tidak ada hubungan antara pola asuh, dan besar keluarga dengan status gizi anak balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi di wilayah kerja Puskesmas Kendal 1 Kabupaten Kendal.

e. Konsumsi energi dan protein sangat mempengaruhi status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi ini terlihat dari hasil penelitian.

6.2 SARAN

Saran yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

6.2.1 Bagi Responden (Ibu)

a. Menganjurkan kepada ibu untuk memperhatikan pola asuh gizi anak, antara lain dengan rutin membawa balita pada kegiatan posyandu.

b. Menambah pengetahuan ibu melalui media cetak, media elektronik dan konsultasi dengan kader setempat agar dapat meningkatkan konsumsi energi dan protein yang sesuai dengan angka kecukupan gizi untuk anak balitanya, dan bagaimana dapat meningkatkan nafsu makan anak balitanya.

6.2.2 Bagi Kader Posyandu

Harus lebih berperan aktif saat kegiatan posyandu berlangsung agar masyarakat lebih termotivasi untuk mengikuti kegiatan posyandu tersebut.

6.2.3 Bagi UPTD Puskesmas Kendal 1

a. Pengawasan kegiatan posyandu dan pengembangan program posyandu harus lebih sering disosialisasikan dengan masyarakat agar kegiatan posyandu mendapatkan tanggapan positif dari

masyarakat dan program-program pemerintah dapat tercapai dengan maksimal.

b. Inventarisasi microtoa di setiap posyandu yang ada atau minimal 1 microtoa untuk 1 kelurahan untuk pengukuran tinggi badan balita yang berkunjung di posyandu. Karena penentuan status gizi balita menggunakan standar BB/TB.

DAFTAR PUSTAKA

Achmad Djaeni. 2000. *Ilmu Gizi Jilid I*. Jakarta. Dian Rakyat.

Agoes Dina Sulistijani dan Maria Poppy Herlianty. 2003. *Menjaga Kesehatan Bayi dan Balita*. Jakarta. Puspa Swara.

Agus Krisno Budiyanto. 2009. *Dasar-dasar Ilmu Gizi.* Malang: UMM Press.

Albiner Siagian. 2010. *Epidemiologi Gizi*. Jakarta: Erlangga.

Almatsier Sunita. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Arisman M.B. 2004. *Gizi Dalam Daur Hidup*. Jakarta : EGC

Atikah dan Erna. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan Masyarakat.* Yogjakarta: Nuha Medika.

Azwar Asrul. 1998. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Anas Sudijono. 2011. *Pengantar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta : Rajawali Pers.

Carpenter KJ. 2003. *A Short History at Nutritional Sciences*: Jurnal Gizi Volume I No. 133 (1785-1885) hlm (638-645)

Cheryl Rosenfeld. 2006. *Konsumsi Makanan Mempengaruhi Jenis Kelamin Anak Balita*, Jakarta. Agung Sentosa

Child Survival Collaboration and Resources Group. 2003. *Positive Deviance & Health, Suatu Pendekatan Perubahan Perilaku & Pos Gizi.* Diterjemahkan oleh PCI-Indonesia. Jakarta : 2004.

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI. 2010. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*.

Dinas Kesehatan Kota Kendal. 2008. *Profil Kesehatan Kota Kendal.*

----------. 2009. *Profil Kesehatan Kota Kendal.*

Elly Nurachman. 2001. *Nutrisi dalam Keperawatan*. Jakarta : Sagung Seto

Frisda Turrnip. 2008. *Pengaruh "Positive Deviance" Pada Ibu dari Keluarga Miskin Terhadap Status Gizi Anak Usia 12-24 Bulan di Kecamatan Sidakalang Kabupaten Dairi Tahun 2007*. Tesis : Universitas Sumatra Utara.

Hariza Adnani. 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Yogjakarta: Nuha Medika.

I Dewa Nyoman S. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC

----------. 2001. *Penilaian Status Gizi.* Jakarta: EGC.

JIPG. 2005. *Gizi Baik Modal Kehidupan Manusia*. Jaringan Informasi Pangan dan Gizi, Volume XII, No. 2. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat.

Juli Soemirat. 2002. *Kesehatan Lingkungan.* Yogjakarta: Gajah Mada University Press.

J. Supadi, 2002. *Analisis Faktor-faktor Pola Asuh Gizi Ibu dengan Status Gizi Anak Umur 0-36 Bulan di Puskesmas Wonosalam II Kabupaten Demak.* Tesis : Unversitas Diponegoro.

Kartasa Poetra. 2002. *Ilmu Gizi*. Jakarta : Rineka Cipta

----------. 2010. *Ilmu Gizi (Korelasi Gizi , Kesehatan dan Produktivitas Kerja).* Jakarta: PT Rineka Cipta.

Laura J Harper. 1986. *Pangan, Gizi, dan Pertanian*. Jakarta : UI Press

Moch. Agus Krisna Budiyanto. 2001. *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Malang. UMM Press.

Moh. Shochib. 2000. *Pola Asuh Orang Tua dalam membantu anak mengembangkan disiplin diri.* Jakarta. Rineka Cipta.

Maulana Putu Hadi Alindi, 2011. Hubungan Pola Asuh Gizi Ibu Terhadap Status Gizi Anak Balita Di Posyandu Cempaka 1 Rt.05 Rw.02 Desa Pasirtalaga

Kecamatan Telagasari Kabupaten Karawang Jawa Barat. Skripsi : Universitas Pembangunan Nasional“Veteran” Jakarta.

Sjahmen Moehji. 2003. *Ilmu Gizi Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta. Penerbit Papas Sinar Sinanti.

Soegeng dan Anne. 2009. *Kesehatan dan Gizi*, Jakarta: PT Rineka Cipta.

Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.

Soekidjo Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta. Penerbit Rineka Cipta.

Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.

Sugiyono, 2004, *Statistik Untuk Penelitian*, Bandung. CV. Alfabeta.

Suhardjo HR. 2003. *Perencanaan Pangan dan Gizi.* Institut Pertanian Bogor. Penerbit Bumi Aksara.

Suhardjo. 1992. *Prinsip-prinsip Ilmu Gizi.* Yogjakarta: Kanisius.

----------. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi.* Jakarta: Bumi Aksara.

----------. 2003. *Perencanaan Pangan dan Gizi.* Jakarta: Bumi Aksara.

Suharsimi Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktek).* Jakarta: Rineka Cipta.

Siti Madanijah dan Nina Triana. 2007. *Hubungan Antara Status Gizi Masa Lalu Anak dan Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Kejadian Tuberkulosis Pada Murid Taman Kanak-kanak.* Jurnal Gizi dan Pangan. Volume 2, No 1, Maret 2007hlm. 29-41.

Unit Pelaksana Teknis Dinas Puskesmas Telagasari. 2009. *Data Tahunan Puskesmas Tahun 2009*. Karawang

Yayuk Farida Baliwati, Ali Khomsan, dan C. Meti Dwiriani. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta. Penebar Swadaya.

LAMPIRAN

Lampiran 1

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

K E P U T U S A N
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor : 1505/HK.1.21/2013
Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP TAHUN AKADEMIK 2012/2013

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 tenteng 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, 1 Jnuari 2013

M E M U T U S K A N

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 : Eko Farida, S.TP., M.Si
   NIP : 197901132009122003
   Pangkat/Golongan : Penata Muda Tk.I, III/b
   Jabatan : Asisten Ahli
   Sebagai Pembimbing II

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama : NURLAELA LUTFIANA
NIM : 6450407024
Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : "faktor-faktor yang berhubungan dengan gizi buruk pada lingkungan tahan pangan dan gizi"

KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

DITETAPKAN DI : SEMARANG
PADA TANGGAL : 15 Januari 2013
a.n. DEKAN
Pembantu Dekan Bidang Akademik,

Drs. Tri Rustiadi, M.Kes
NIP. 19641023.19902.1.001

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

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

Nomo r : 5190/UN37.1.6/PL.1/ 2012
H a l : Ijin Penelitian

Yth. Kepala BAPPEDA KENDAL

di Kendal

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

N a m a : NURLAELA LUTFIANA
N I M : 6450407024
Program/semester : Strata I /11

Untuk mengadakan penelitian dengan judul :

" FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA LINGKUNGAN TAHAN PANGAN DAN GIZI (STUDI KASUS DI PUSKESMAS KENDAL I TAHUN 2012)"

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Semarang, 10 September 2012
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 3

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
Alamat : Jl Soekarno Hatta No. 191 Kendal ☎ (0294) 381225 Kendal

Kendal , 10 September 2012

Nomor : 070 /1459/Bppd
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberitahuan tentang Pelaksanaan Penelitian
An. Nurlaela Lutfiana

Kepada Yth :
Sdr. Ka. Dinas Kesehatan
Kab. Kendal

di

TEMPAT

Dengan hormat.

Menunjuk Peraturan Bupati Kendal Nomor 10 Tahun 2006 tanggal 29 Maret 2006 perihal Pelayanan Rekomendasi Penelitian dan surat rekomendasi penelitian yang kami keluarkan tanggal 10 September 2012 No. 070/ 1459 R/Bppd (terlampir), maka bersama ini kami hadapkan petugas peneliti tersebut.

Diharapkan Saudara bisa memberikan pengertian dan kemudian bimbingan serta bantuan seperlunya.

Atas perhatian saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. BUPATI KENDAL
Kepala Bappeda Kab.Kendal
Ub. Kasubid. Penelitian dan Pengembangan

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL BAPPEDA

Ali Musyafak, S.Sos
Penata Tk I
NIP. 19620205 198603 1 015

Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Bupati Kendal (sebagai laporan);
2. Yang bersangkutan;
3. Pertinggal.

PEMERINTA H KABUPATEN KENDAL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Alamat : Jl Soekarno Hatta No. 191 Kendal ☎ (0294) 381225 Kendal

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN

NOMOR : 070 /١٤٥٩ R / Bppd

I DASAR : Peraturan Bupati Kendal Nomor 10 Tahun 2006 tanggal 29 Maret 2006 tentang Pelayanan Rekomendasi Penelitian.

II MEMBACA : Surat dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kendal Nomor : 070/1227/ IX/2012, Tanggal 10 September 2012.

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Kendal bertindak atas nama Bupati Kendal menyatakan tidak keberatan atas pelaksanaan penelitian dalam Wilayah Kabupaten Kendal yang dilaksanakan oleh:

1	Nama	: **Nurlaela Lutfiana**
2	Pekerjaan	: Mahasiswa UNNES Semarang
3	Alamat	: Kampus Sekaran Gunungpati Semarang
4	Penanggung jawab	: Drs. Tri Rustiadi, M.Kes
5	Maksud / Tujuan	: Mengadakan Penelitian dengan Judul " **Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gizi Buruk Pada Lingkungan Tahan Pangan Dan Gizi (Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)**"
6	Lokasi	: Kabupaten Kendal

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

a. Pelaksanaan penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah

b. Sebelum pelaksanaan penelitian langsung kepada masyarakat, maka harus terlebih dahulu melaporkan kepada penguasa Wilayah / Desa / Kelurahan setempat.

c. Setelah penelitian selesai agar memberitahukan dan menyampaikan hasilnya kepada BAPPEDA Kabupaten Kendal

III Surat ijin penelitian ini berlaku dari tanggal 10 september 2012 s/d 10 Desember 2012

Dikeluarkan di : K E N D A L
Pada tanggal : 10 September 2012

a.n. BUPATI KENDAL
Kepala Bappeda Kab.Kendal
Ub. Kasubid. Penelitian dan Pengembangan

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL BAPPEDA

Ali Musyafak, S.Sos
Penata Tk I
NIP. 19620205 198603 1 015

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Soekarno – Hatta 193 Kendal Telpon (0294) 381284
Kode Pos 51313

TANDA TERIMA PEMBERITAHUAN

Nomor : 070 / 1227 / IX / 2012

Telah terima 1 (Satu) bendel surat pemberitahuan untuk mengadakan penelitian/survey atas nama :

- Nama : NURLAELA LUTFIANA
- Pekerjaan : Mahasiswa UNNES Semarang
- Alamat : Kampus Sekaran Gunungpati Semarang
- Tujuan : Mengadakan penelitian dengan judul :
  "Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Gizi Buruk pada Lingkungan Tahan Pangan dan Gizi (Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)"
- Lokasi : Puskesmas Kendal I, Kecamatan Kota Kendal, Kabupaten Kendal

Yang bersangkutan telah melaporkan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kendal, dengan ketentuan :

1. Pemberitahuan Penelitian berlaku untuk masa 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal pengajuan Pemberitahuan Penelitian;
2. Apabila sampai batas waktu 3 (tiga) bulan, penelitian belum selesai maka wajib untuk mengajukan Perpanjangan Pemberitahuan Penelitian;
3. Setelah Penelitian selesai, Peneliti wajib menyerahkan Laporan Hasil Penelitian ke Kantor Kesbang dan Politik Kabupaten Kendal.

Demikian untuk menjadikan maklum dan guna seperlunya.

Kendal, 10 September 2012

AN. KEPALA KANTOR KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN KENDAL
Kasi Bina Politik dan Hubungan Antar Lembaga

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

SODIKIN, SS. MSi
Pembina
NIP : 19680324 199803 1 002

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL

DINAS KESEHATAN

Jalan Waluyo No. 10 ☎ (0294) 381159 Fax 381588

KENDAL Kode Pos 51318

Kendal 11 September 2012

Nomor : 070. 2024 /Dinkes
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberitahuan tentang Pelaksanaan Penelitian
An. Nurlaela Lutfiana

Kepada Yth :
Ka.UPTD Pusk Kendal 01
Kabupaten Kendal

di-
TEMPAT

Menunjuk Surat Kepala Bappeda No 070/ 1459 R/bppd tanggal 10 September 2012 perihal seperti pada pokok surat.

Bersama ini kami sampaikan hal – hal sebagai berikut :

1. Agar mahasiswa tersebut diberikan pengertian, bimbingan dan dibantu pelaksanaannya sesuai kewenangan yang ada di wilayah Saudara.
2. Foto copy surat rekomendasi penelitian (terlampir)
3. Kepada Mahasiswa tersebut di atas agar melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab dan melaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
4. Setelah Penelitian selesai agar memberitahukan dan menyampaikan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

Demikian untuk dapat dipergunakan seperlunya, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An.KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN KENDAL
Sekretaris

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL DINAS KESEHATAN

Ir.Agus Hasto Yuwono,M.Si
NIP. 19600827 198903 1 005

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL UPTD PUSKESMAS KENDAL 01

Lampiran 4

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
DINAS KESEHATAN

UPTD PUSKESMAS KENDAL 01

Jl. Pahlawan 01 N0.256 ☎ (0294) 383409
Kel. Sukodono Kec. Kota Kendal
Kode Pos. 51317

Kendal, 19 Desember 2012

Nomor : 440. 348 /Pusk.Kdl 1
Lampiran : -

Perihal : Surat Keterangan

Kepada Yth :
Ketua Program Studi Ilmu
Kesehatan Masyarakat FIK
UNNES Semarang
Di Semarang

Menanggapi surat saudara tentang ijin penelitian skripsi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES Semarang, bersama ini kami sampaikan bahwa :

Nama : Nurlaela Lutfiana
Nomor Induk Mahasiswa : 6450407024
Prodi / SMT : Ilmu Kesehatan Masyarakat / 11
Alamat : Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229

Benar – benar telah melakukan penelitian atau mencari data di wilayah kerja Puskesmas kami.

Demikian untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

KEPALA UPTD PUSKESMAS KENDAL 01
KECAMATAN KENDAL KOTA

dr. SITI QOMARIYAH
NIP. 19611103 198903 2 004

Tembusan Kepada Yth :
1. Kepala Dinas Kesehatan
2. Arsip.

Lampiran 4

DAFTAR SAMPEL KASUS PENELITIAN

NO	KODE RES	NAMA RES	NAMA BALITA	ALAMAT
1	R-01	Sulastri	Nikolas apriansyah	Kel. Kebondalem
2	R-02	Partini	Ian irawan	Kel. Kebondalem
3	R-03	Puzi Hastuti	Ataya	Bugangin
4	R-04	Wawan	Rehan	Bugangin
5	R-05	Mukaromah	Pradipa	Kebondalem
6	R-06	Dwi nuryanti	Aditya	Kebondalem
7	R-07	Roihatun	Elok	Kebondalem
8	R-08	Tri S	Hasbi	Kebondalem
9	R-09	Maskuro	Septi	Bugangin
10	R-10	Wiwin sugiyanto	Marvel	Kebondalem
11	R-11	Sri Suhartini	Annisa	Kebondalem
12	R-12	Maryati	Falah	Kebondalem
13	R-13	Atik	Lila	Kebondalem
14	R-14	Soimatun	Renita	Kebondalem
15	R-15	Nuraini	Nadira	Kebondalem
16	R-16	Nur	Tantowi	Bugangin
17	R-17	Sri	Manggar	Bugangin
18	R-18	Anna	Abdi	Kebondalem
19	R-19	Sri aini	Fafa	Kebondalem
20	R-20	Isuryati	Fahrul	Kebondalem
21	R-21	Sri astuti	Tanti	Kebondalem
22	R-22	Titin	Agustian	Bugangin
23	R-23	Ani s	Queen	Kebondalem
24	R-24	Sumarni	Ratna	Kebondalem
25	R-25	Romdiah	Fahri	Kebondalem
26	R-26	Muzdalifah	Reza	Kebondalem
27	R-27	Dwi minarti	Nafi	Kebondalem
28	R-28	Lilis	Izah	Bugangin

DAFTAR SAMPEL KONTROL PENELITIAN

NO	KODE RES	NAMA RES	NAMA BALITA	ALAMAT
1.	R-29	Endang W	Royyan	Bugangin
2.	R-30	Mahmudah	Rendy	Bugangin
3.	R-31	Juwariyah	Zaky	Bugangin
4.	R-32	Nurhayati	Hilmi	Bugangin
5.	R-33	Istiana	Agnia	Bugangin
6.	R-34	Istianah	Fatkhul	Bugangin
7.	R-35	Juwairiyah	Yuhri	Bugangin
8.	R-36	Siti aisyah	Arip	Bugangin
9.	R-37	Rike	Azka	Kebondalem
10.	R-38	Retno	‘aidah	Kebondalem
11.	R-39	Nur’aini	Nabila	Kebondalem
12.	R-40	Eka	Noval	Bugangin
13.	R-41	Siti	Difa	Bugangin
14.	R-42	Pipit	Yasmin	Bugangin
15.	R-43	Nur	Nadira	Kebondalem
16.	R-44	Putu eka	Qiqi	Kebondalem
17.	R-45	Nining	Mirna	Kebondalem
18.	R-46	Sri P	Zizah	Bugangin
19.	R-47	Retno	Ghani	Bugangin
20.	R-48	Esti	Maya	Bugangin
21.	R-49	Sri	Fadhil	Kebondalem
22.	R-50	Wulan	Irvan	Kebondalem
23.	R-51	Aminah	Lina	Bugangin
24.	R-52	Subariah	Siva	Kebondalem
25.	R-53	Rahmawati	Putri	Bugangin
26.	R-54	Zahra	Bagus	Bugangin
27.	R-55	Darti	Surya	Bugangin
28.	R-56	Dwi J	Velisia	Kebondalem

Lampiran 5

KUESIONER PENJARINGAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA LINGKUNGAN TAHAN PANGAN DAN GIZI

(Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)

I. Data Responden

Nomor Responden :
Alamat Responden :
Nama :
Nama balita :
Jenis Kelamin :

II. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan jelas.

A. PENYAKIT INFEKSI KRONIS

1. Apakah anak balita Ibu menderita penyakit tahunan/kronis? Jawaban boleh lebih dari satu. Jika tidak silahkan lanjut pertanyaan nomer 3.
   a. Ya
   b. Tidak
2. Berikut adalah penyakit kronis/menahun yang menyebabkan gizi buruk, silahkan lingkari jenis penyakit kronis yang diderita anak balita Ibu. Jawaban boleh lebih dari satu.
   a. Tuberkulosa
   b. Diare kronik
   c. Cacingan yang bersifat kronis
   d. HIV/AIDS
   e. Tumor/keganasan
   f. Lainnya…….

1. PELAYANAN KESEHATAN

1. Apabila anak balita Ibu sakit, kemana anak balita Ibu berobat? Jawaban boleh lebih dari satu.
   a. Puskesmas
   b. Posyandu
   c. Rumah sakit
   d. Dokter praktek
   e. Bidan desa
   f. Beli obat yang dijual bebas
   g. Pengobatan alternatif
2. Apakah tempat pelayanan kesehatan (posyandu, bidan, dokter praktek) dapat terjangkau dari rumah Ibu?
   a. Ya
   b. Tidak

KARAKTERISTIK LINGKUNGAN RUMAH

Nomor Responden :

Alamat Responden :

Nama :

Nama balita :

Jenis Kelamin :

Lingkungan fisik	Hasil	Keterangan
Lantai		
*Kedap air dan mudah dibersihkan		
Dinding		
*Tidak mudah terbakar		
Langit-langit		
*Mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan		
Ventilasi		
*Luas ventilasi 10% dari luas lantai		
Jendela		
*Luas jendela 1/8 atau 1/6 luas lantai		
Tempat Pembuangan Sampah		
*Jauh dari tempat tinggal dan jauh dari sumber air min 7 m		
Selokan		
*Terbuat dari bahan yang tidak mudah menyerap limbah dan tidak menimbulkan bau		

KUESIONER PENELLITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA LINGKUNGAN TAHAN PANGAN DAN GIZI

(Studi Kasus di Puskesmas Kendal I Tahun 2012)

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Pertanyaan pada kuesioner ditujukan kepada orang tua balita.
2. Jawaban diisi oleh pewawancara dengan menanyakan langsung kepada responden
3. Jawablah pertanyaan ini dengan benar dan sejujur-jujurnya.
4. Peneliti akan menjamin kerahasiaan data yang Anda berikan.

Tanggal Survei :
Nomor Responden :
Alamat Responden :
Nama :
Umur Ibu : tahun
Pendidikan Terakhir :
Pekerjaan :
Penghasilan tetap :
Nama balita :
Jenis Kelamin :
Berat badan balita :
Tinggi badan balita :

I. Data anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah

No.	Nama	Jenis kelamin	Hubungan dan KK	Umur (th)	Pend. Terakhir	Pekerjaan

II. Pola Asuh Gizi

A. Pengasuhan Psikososial

1. Apakah anak balita Ibu masih disuapi ketika makan sampai usia 2 tahun?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah anak balita Ibu sudah pandai untuk memilih makanan sendiri?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah Ibu memenuhi permintaan anak balita Ibu untuk makanan yang ingin anak makan?
   a. Ya
   b. Tidak
4. Apakah Ibu memaksakan anak balita Ibu untuk makan melebihi porsinya?
   a. Ya
   b. Tidak
5. Apakah Ibu memeberikan pujian kepada anak balita Ibu, jika dia mampu menghabiskan makanannya?
   a. Ya
   b. Tidak
6. Apakah anak balita Ibu makan sambil bermain?
   a. Ya
   b. Tidak

B. Penyiapan Makanan

1. Apakah setiap hari Ibu memasak makanan untuk anak?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah setiap hari Ibu menyiapkan makanan untuk anak?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah anak balita Ibu makan 3 kali sehari?
   a. Ya
   b. Tidak

4. Apakah dalam keluarga Ibu mempunyai kebiasaan makan makanan cepat saji (misal mie instan) satu minggu >1 kali?
   a. Ya
   b. Tidak
5. Apakah Ibu mempunyai pengaturan menu untuk makan sehari-hari anak agar tidak mengalami kebosanan?
   a. Ya

b. Tidak

6. Apakah menu makan sehari-hari yang telah Ibu buat dapat memenuhi kebutuhan gizi seimbang balita (bahan makan pokok, lauk pauk, sayuran, buah-buahan dan susu) ?
   a. Ya
   b. Tidak
7. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat kombinasi rasa (asin, manis, dll)?
   a. Ya
   b. Tidak
8. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat kombinasi warna (merah, hijau, kuning, coklat, dll)?
   a. Ya
   b. Tidak
9. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat variasi bentuk potongan (persegi, panjang, tipis, bulat, bintang, dll)?
   a. Ya
   b. Tidak
10. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat variasi kering/berkuah?
    a. Ya
    b. Tidak
11. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat teknik pengolahan (digoreng, direbus, disetup, dll)?
    a. Ya
    b. Tidak
12. Apakah dalam menu yang ibu buat terdapat makanan selingan? Jika tidak silahkan lanjut ke pertanyaan no 14.
    a. Ya
    b. Tidak

13. Apakah menu selingan dibuat sendiri?
    a. Ya
    b. Tidak
14. Apakah ibu memberikan suplemen tambahan?
    a. Ya
    b. Tidak
15. Apakah dirumah Ibu mempunyai ruangan makan keluarga untuk menyimpan makanan matang agar tetap bersih dan aman dikonsumsi?
    a. Ya
    b. Tidak

16. Apakah dalam penyajian makanan untuk balita anda menggunakan alat makan yang menarik dan disukai oleh anak Ibu?
    a. Ya
    b. Tidak
17. Apakah sesekali Ibu mengajak anak balita Ibu makan di luar rumah (Rumah makan, café, dll)?
    a. Ya
    b. Tidak

PANDUAN SKORING PERTANYAAN POLA ASUH GIZI

Kuesioner yang diberikan merupakan kuesioner tertutup, jawaban yang benar diberi nilai 1 dan salah diberi 0, untuk mendapatkan skor dilakukan dengan rumus:

$$\text{Soal} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah pertanyaan}} \times 100\%$$

Kemudian hasil dari perhitungan prosentase ini akan diurutkan menurut skala ordinary menjadi 2 (dua) kategori yaitu

- Baik : >55%
- Kurang Baik : <55%

(Anas Sudijono, 2011)

FORM *RECALL* 1 x 24 JAM

Nama balita :

Nomor responden :

Tanggal lahir/umur : / tahun

BB/TB :

Recall hari ke : 1/2/3 (Lingkari salah satu)

Nama pewawancara :

Hari/tanggal wawancara :

No.	Nama Makanan	Bahan Makanan	URT	Berat (gram)
A.	Makan Pagi			
	Selingan/jajan			
B.	Makan Siang			
	Selingan/jajan			
C.	Makan Malam			
	Selingan/jajan			

PANDUAN PENGGUNAAN FORMULIR *RECALL* 1 x 24 JAM

Alat yang digunakan untuk *recall* 24 jam adalah :

1. Pena/pinsil
2. Penghapus
3. Kertas
4. Kalkulator
5. Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM)
6. Formulir *recall*
7. Model makanan (*Food models)*
8. Daftar Ukuran Rumah Tangga (URT)

Tabel 1. Daftar Ukuran Rumah Tangga

No.	Jenis dan Nama Makanan	URT	Singkatan URT	Berat (gram)
A. Makanan Pokok				
1.	Nasi	1 piring sedang	1 prg sdg	200
2.	Biskuit	4 buah	4 bh	40
3.	Roti tawar	4 lembar	4 lb	80
4.	Mie instan	1 bungkus	1 bks	80
5.	Singkong	1,5 potong	1,5 ptg	150
6.	Ubi jalar	1 biji	1bj	150
7.	Bihun	½ gelas	½ gls	50 gr
8.	Kentang	2 buah	2 bh	200
B. Sumber Protein Hewani				
1.	Daging sapi	1 ptotong sedang	1 ptg sdg	50
2.	Daging ayam	1 ptotong sedang	1 ptg sdg	50
3.	Daging kambing	1 ptotong sedang	1 ptg sdg	50
4.	Daging bebek	1 ptotong sedang	1 ptg sdg	50
5.	Telur bebek	1 butir	1 btr	60
6.	Telur bebek asin	1 butir	1 btr	50
7.	Telur ayam negeri	1 butir besar	1 btr bsr	60
8.	Ikan asin	1 buah	1 bh	25
9.	Ikan pindang	½ ekor	½ ekr	25
10.	Ikan lele	½ ekor	½ ekr	40
11.	Ikan mas	1/3 ekor	1/3 ekr	45
12.	Bandeng	1 potong	1 ptg	25
13.	Bandeng presto	1 potong	1 ptg	25
14.	Bakso	10 biji	10 bj	50
15.	Udang	5 ekor	5 ekr	35
16.	Belut	1 ekor	1 ekr	30
17.	Susu bubuk	1 sendok makan	1 sdm	8

18.	Susu sapi	1 gelas	1 gls	200
C.	Sumber Protein Nabati			
1.	Tempe	1 potong sedang	1 ptg sdg	25
2.	Tahu	1 biji	1 bj	75
3.	Kacang hijau	2 sendok makan	2 sdm	20
D.	Sayuran			
1.	Bayam	1 sendok makan	1 sdm	25
2.	Kangkung	¾ gelas	¾ gls	75
3.	Wortel	1 potong	1 ptg	50
4.	Tomat	1 buah	1 bh	25
5.	Sawi hijau	¾ gelas	¾ gls	60
6.	Tauge	1 gelas	1 gls	70
7.	Terong	1 sendok makan	1 sdm	30
8.	Buncis	1 sendok makan	1 sdm	20
9.	Kacang panjang	1 sendok makan	1 sdm	10
10.	Kembang kol	1 sendok makan	1 sdm	12
11.	Labu siam	1 sendok makan	1 sdm	20
E.	Buah-buahan			
1.	Jambu biji	1 buah	1 bh	75
2.	Jambu air	1 buah	1 bh	40
3.	Apel	1 buah	1 bh	60
4.	Mangga	1 buah	1 bh	40
5.	Jeruk	1 buah	1 bh	50
6.	Pisang	1 buah	1 bh	50
7.	Pir	1 buah	1 bh	60
F.	Serba-serbi			
1.	Gula pasir	1 sendok makan	1 sdm	10
2.	Teh	1 sendok makan	1 sdm	5
3.	Kopi	1 sendok makan	1 sdm	5
4.	Sirup	1 sendok makan	1 sdm	10
5.	Madu	1 sendok makan	1 sdm	15

Lampiran 6

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

VARIABEL: PENGASUHAN PSIKOSOSIAL

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.960	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	2.25	5.461	.872	.952
P2	2.25	5.461	.872	.952
P3	2.25	5.461	.872	.952
P4	2.25	5.461	.872	.952
P5	2.25	5.461	.872	.952
P6	2.25	5.461	.872	.952

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
2.70	7.800	2.793	6

VARIABEL: PENYIAPAN MAKAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.986	17

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P7	8.50	54.789	.899	.986
P8	8.50	54.789	.899	.986
P9	8.50	54.789	.899	.986
P10	8.50	54.789	.899	.986
P11	8.40	54.884	.885	.986
P12	8.40	54.884	.885	.986
P13	8.40	54.884	.885	.986
P14	8.40	54.884	.885	.986
P15	8.40	54.779	.900	.985
P16	8.40	54.779	.900	.985
P17	8.40	54.779	.900	.985
P18	8.40	54.884	.885	.986
P19	8.40	54.884	.885	.986
P20	8.40	54.884	.885	.986
P21	8.40	54.779	.900	.985
P22	8.40	54.779	.900	.985
P23	8.40	54.779	.900	.985

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.95	61.839	7.864	17

Lampiran 7

REKAPITULASI UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN PENELITIAN POLA ASUH PSIKOSOSIAL

NO	KODE RES	SKOR PERTANYAAN					
		P1	P2	P3	P4	P5	P6
1	R-01	0	0	0	0	0	0
2	R-02	1	1	1	0	1	1
3	R-03	1	1	1	1	1	0
4	R-04	0	0	0	0	0	0
5	R-05	0	0	0	0	0	0
6	R-06	1	0	1	1	1	1
7	R-07	0	0	0	0	0	0
8	R-08	1	1	0	1	1	1
9	R-09	0	0	0	0	0	0
10	R-10	0	0	0	0	0	0
11	R-11	1	1	1	1	1	1
12	R-12	0	0	0	0	0	0
13	R-13	1	1	1	1	0	1
14	R-14	0	1	1	1	1	1
15	R-15	0	0	0	0	0	0
16	R-16	1	1	1	1	1	1
17	R-17	1	1	1	1	1	1
18	R-18	0	0	0	0	0	0
19	R-19	0	0	0	0	0	0
20	R-20	1	1	1	1	1	1

REKAPITULASI UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

INSTRUMEN PENELITIAN PENYIAPAN MAKAN

NO	KODE RES	SKOR PERTANYAAN																
		P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23
1	R-01	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	R-02	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	R-03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	R-04	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	R-05	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	R-06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	R-07	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	R-08	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	R-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
10	R-10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
11	R-11	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	R-12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
13	R-13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	R-14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	R-15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	R-16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	R-17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	R-18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

19	R-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
20	R-20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Lampiran 8

DATA PENGASUHAN PSIKOSOSIAL

NO	KODE RES	SKOR PERTANYAAN							KATEGORI
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	TOTAL SKOR	
1	R-01	1	1	0	0	1	0	50%	KURANG
2	R-02	1	1	0	1	1	0	66,7%	BAIK
3	R-03	1	0	0	0	1	1	50%	KURANG
4	R-04	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
5	R-05	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
6	R-06	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
7	R-07	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
8	R-08	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
9	R-09	1	1	1	1	0	0	66,67%	BAIK
10	R-10	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
11	R-11	1	0	1	0	1	0	66,67%	BAIK
12	R-12	1	0	0	0	1	1	50%	KURANG
13	R-13	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
14	R-14	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
15	R-15	1	1	1	1	1	0	83,3%	BAIK
16	R-16	1	0	0	0	1	0	33,33%	KURANG
17	R-17	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
18	R-18	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
19	R-19	1	1	0	0	0	0	33,3%	KURANG
20	R-20	1	0	1	0	1	1	66,67%	BAIK
21	R-21	1	1	1	1	0	1	83,3%	BAIK
22	R-22	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
23	R-23	1	0	1	1	1	1	83,3%	BAIK
24	R-24	1	1	1	1	1	0	83,3%	BAIK
25	R-25	1	1	1	1	0	0	66,67%	BAIK
26	R-26	1	1	0	0	1	0	50%	KURANG
27	R-27	1	1	0	1	1	0	66,67%	BAIK
28	R-28	1	0	0	0	1	1	50%	KURANG
29	R-29	1	1	0	0	1	0	50%	KURANG
30	R-30	1	0	1	0	0	1	50%	KURANG
31	R-31	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
32	R-32	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
33	R-33	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
34	R-34	1	1	1	0	1	1	83,3%	BAIK
35	R-35	1	1	1	1	1	1	100%	BAIK
36	R-36	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
37	R-37	1	0	0	0	1	1	50%	KURANG

38	R-38	1	1	0	0	1	0	50%	KURANG
39	R-39	1	1	0	1	1	0	66,67%	BAIK
40	R-40	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
41	R-41	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
42	R-42	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK
43	R-43	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
44	R-44	1	1	0	1	1	0	66,67%	BAIK
45	R-45	1	1	1	1	1	1	100%	BAIK
46	R-46	1	1	1	1	1	1	100%	BAIK
47	R-47	1	1	1	1	1	1	100%	BAIK
48	R-48	1	0	0	1	1	1	66,67%	BAIK
49	R-49	1	1	0	1	1	1	83,3%	BAIK
50	R-50	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
51	R-51	1	1	0	0	1	0	50%	KURANG
52	R-52	1	0	0	0	1	0	33,3%	KURANG
53	R-53	1	0	1	1	1	1	83,3%	BAIK
54	R-54	1	1	1	1	1	1	100%	BAIK
55	R-55	1	1	0	0	1	1	66,67%	BAIK
56	R-56	1	1	1	0	1	0	66,67%	BAIK

DATA POLA ASUH PENYIAPAN MAKAN

NO	KODE RES	SKOR PERTANYAAN																		KATEGORI
		P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	TOTAL SKOR	
1	R-01	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	70,58%	BAIK
2	R-02	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	88,23%	BAIK
3	R-03	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	82,35%	BAIK
4	R-04	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	82,35%	BAIK
5	R-05	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	70,58%	BAIK
6	R-06	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	52,9%	KURANG
7	R-07	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	58,82%	BAIK
8	R-08	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	47,05%	KURANG
9	R-09	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	35,29%	KURANG
10	R-10	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	76,47%	BAIK
11	R-11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	76,47%	BAIK
12	R-12	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	41,17%	KURANG
13	R-13	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	41,17%	KURANG
14	R-14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	47,05%	KURANG
15	R-15	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	52,9%	KURANG
16	R-16	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	58,82%	BAIK
17	R-17	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	52,9%	KURANG
18	R-18	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	58,82%	BAIK
19	R-19	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	52,9%	KURANG

20	R-20	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	70,58%	BAIK
21	R-21	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	64,7%	BAIK
22	R-22	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	64,7%	BAIK
23	R-23	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	35,29%	KURANG
24	R-24	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	35,29%	KURANG
25	R-25	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	52,9%	KURANG
26	R-26	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	76,47%	BAIK
27	R-27	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	88,23%	BAIK
28	R-28	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	82,35%	BAIK
29	R-29	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	76,47%	BAIK
30	R-30	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	64,7%	BAIK
31	R-31	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	70,58%	BAIK
32	R-32	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	58,82%	BAIK
33	R-33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	82,35%	BAIK
34	R-34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	82,35%	BAIK
35	R-35	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	76,47%	BAIK
36	R-36	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	47,05%	KURANG
37	R-37	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	41,17%	KURANG
38	R-38	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	70,58%	BAIK
39	R-39	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	88,23%	BAIK
40	R-40	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	47,05%	KURANG
41	R-41	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	76,47%	BAIK
42	R-42	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	70,58%	BAIK
43	R-43	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	76,47%	BAIK
44	R-44	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	64,7%	BAIK

45	R-45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	88,23%	BAIK
46	R-46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	82,35%	BAIK
47	R-47	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	70,58%	BAIK
48	R-48	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	52,9%	KURANG
49	R-49	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	52,9%	KURANG
50	R-50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	88,23%	BAIK
51	R-51	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	70,58%	BAIK
52	R-52	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	64,7%	BAIK
53	R-53	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	70,58%	BAIK
54	R-54	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	76,47%	BAIK
55	R-55	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	76,47%	BAIK
56	R-56	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	82,35%	BAIK

Lampiran 10

DATA BESAR KELUARGA BALITA

NO4	KODE RES	JUMLAH ANGGOTA	KATEGORI
1	R-01	8	BESAR
2	R-02	5	BESAR
3	R-03	3	KECIL
4	R-04	4	KECIL
5	R-05	7	BESAR
6	R-06	6	BESAR
7	R-07	5	BESAR
8	R-08	3	KECIL
9	R-09	4	KECIL
10	R-10	5	BESAR
11	R-11	4	KECIL
12	R-12	6	BESAR
13	R-13	3	KECIL
14	R-14	4	KECIL
15	R-15	6	BESAR
16	R-16	6	BESAR
17	R-17	3	KECIL
18	R-18	4	KECIL
19	R-19	6	BESAR
20	R-20	8	BESAR
21	R-21	2	KECIL
22	R-22	5	BESAR
23	R-23	4	KECIL
24	R-24	3	KECIL
25	R-25	2	KECIL
26	R-26	4	KECIL
27	R-27	5	BESAR
28	R-28	3	KECIL
29	R-29	3	KECIL
30	R-30	6	BESAR
31	R-31	4	KECIL
32	R-32	6	BESAR
33	R-33	5	BESAR
34	R-34	5	BESAR
35	R-35	6	BESAR
36	R-36	4	KECIL
37	R-37	6	BESAR

38	R-38	2	KECIL
39	R-39	3	KECIL
40	R-40	4	KECIL
41	R-41	3	KECIL
42	R-42	6	BESAR
43	R-43	4	KECIL
44	R-44	5	BESAR
45	R-45	6	BESAR
46	R-46	4	KECIL
47	R-47	2	KECIL
48	R-48	3	KECIL
49	R-49	6	BESAR
50	R-50	5	BESAR
51	R-51	4	KECIL
52	R-52	3	KECIL
53	R-53	4	KECIL
54	R-54	8	BESAR
55	R-55	7	BESAR
56	R-56	6	BESAR

DATA KONSUMSI ENERGI & PROTEIN

NO	KODE RES	KONSUMSI ENERGI DAN PROTEIN (hari)		KATEGORI
		Energi	Protein	
1	R-01	930	35	Sedikit
2	R-02	800	39	Sedikit
3	R-03	650	20	Sedikit
4	R-04	700	24	Sedikit
5	R-05	950	23	Sedikit
6	R-06	900	23	Sedikit
7	R-07	1560	25	Banyak
8	R-08	800	25	Cukup
9	R-09	810	24	Cukup
10	R-10	840	30	Cukup
11	R-11	700	35	Sedikit
12	R-12	600	29	Sedikit
13	R-13	1100	30	Banyak
14	R-14	1010	32	Banyak
15	R-15	650	24	Sedikit
16	R-16	781,9	24	Sedikit
17	R-17	542,4	26	Sedikit
18	R-18	1200	30	Banyak
19	R-19	1150	29	Banyak
20	R-20	634,5	25	Sedikit
21	R-21	524,6	27	Sedikit
22	R-22	572,75	24	Sedikit
23	R-23	504,35	25	Sedikit
24	R-24	1153,7	40	Banyak
25	R-25	850	30	Cukup
26	R-26	900	34	Cukup
27	R-27	800	37	Cukup
28	R-28	1224,5	39	Banyak
29	R-29	925,9	41	Sedikit
30	R-30	930	25	Banyak
31	R-31	1200	29	Banyak
32	R-32	685,5	35	Cukup
33	R-33	1278,15	43	Banyak
34	R-34	1286,8	35	Banyak

35	R-35	843,0	39	Cukup
36	R-36	847,9	23	Cukup
37	R-37	821	23	Cukup
38	R-38	838	25	Cukup
39	R-39	1117,45	25	Banyak
40	R-40	1289,55	24	Banyak
41	R-41	653,7	30	Sedikit
42	R-42	942,5	35	Cukup
43	R-43	819,5	29	Cukup
44	R-44	1041,55	30	Banyak
45	R-45	1162,8	32	Banyak
46	R-46	585,9	40	Sedikit
47	R-47	724,8	30	Sedikit
48	R-48	805,5	34	Cukup
49	R-49	983,5	37	Sedikit
50	R-50	1249	39	Banyak
51	R-51	1287	41	Banyak
52	R-52	1087	25	Banyak
53	R-53	1109,9	29	Banyak
54	R-54	1233,6	35	Banyak
55	R-55	1154,9	43	Banyak
56	R-56	1137	35	Banyak

Lampiran 12

DATA STATUS GIZI BALITA

NO	KODE RES	Umur (Th)	BB (kg)	TB (cm)	STATUS GIZI
1	R-01	4 th	11,7	86	BURUK
2	R-02	4 th 10 bln	12,7	90	BURUK
3	R-03	1 th 4 bln	7,6	58	BURUK
4	R-04	2 th	9	75	BURUK
5	R-05	4 th	14	103	BURUK
6	R-06	4 th	11,8	87	BURUK
7	R-07	4 th 5 bln	14	105	BURUK
8	R-08	3 th 5 bln	10,7	84	BURUK
9	R-09	3 th	12,1	89	BURUK
10	R-10	2 th	10,5	96	BURUK
11	R-11	3 th 4 bln	8,7	86	BURUK
12	R-12	1 th	7	65	BURUK
13	R-13	2 th5 bln	9,5	90	BURUK
14	R-14	2 th	9,6	91	BURUK
15	R-15	2 th 1 bln	8	82	BURUK
16	R-16	2 th	10,1	91	BURUK
17	R-17	2 th 10 bln	9,7	89	BURUK
18	R-18	2 th 5 bln	9,3	87	BURUK
19	R-19	2 th 6 bln	8,9	89	BURUK
20	R-20	2 th 5 bln	9,9	90	BURUK
21	R-21	2 th 4 bln	1	63	BURUK
22	R-22	2 th 6 bln	9	85	BURUK
23	R-23	2 th 8 bln	9,3	89	BURUK
24	R-24	2 th 11 bln	9,6	92	BURUK
25	R-25	1 th 11 bln	9,3	86	BURUK
26	R-26	2 th 5 bln	8,7	83	BURUK
27	R-27	2 th 5 bln	8,3	80	BURUK
28	R-28	2 th	9	85	BURUK
29	R-29	5 th	6,5	58	BAIK
30	R-30	1 th 1 bln	10,1	69	BAIK
31	R-31	2 th 9 bln	11,4	77	BAIK
32	R-32	2 th 1 bln	11,2	72	BAIK
33	R-33	4 th	14,9	120	BAIK
34	R-34	2 th	14,3	87	BAIK

35	R-35	2 th	11,5	75	BAIK
36	R-36	2 th	10,3	70	BAIK
37	R-37	2 th	16	89	BAIK
38	R-38	2 th 1 bln	13,6	79	BAIK
39	R-39	1 th 2 bln	10,8	74	BAIK
40	R-40	2 th 9 bln	11,4	70	BAIK
41	R-41	2 th 2 bln	12,3	80	BAIK
42	R-42	2 th	12	79	BAIK
43	R-43	2 th 3 bln	12,4	80	BAIK
44	R-44	2 th	12,2	73	BAIK
45	R-45	2 th 1 bln	13,6	85	BAIK
46	R-46	1 th 5 bln	10,6	72	BAIK
47	R-47	1 th 5 bln	11	69	BAIK
48	R-48	1 th 5 bln	10,2	65	BAIK
49	R-49	2 th 5 bln	15,1	85	BAIK
50	R-50	2 th 2 bln	12,5	74	BAIK
51	R-51	1th 5 bln	10,7	74	BAIK
52	R-52	1th	9,5	69	BAIK
53	R-53	3 th 4 bln	18,8	100	BAIK
54	R-54	2 th	13,8	89	BAIK
55	R-55	2 th 6 bln	15,3	86	BAIK
56	R-56	1 th 2 bln	10,9	74	BAIK

Lampiran 13

REKAPITULASI DATA PENELITIAN

NO	KODE RES	KONSUMSI ENERGI DAN PROTEIN		POLA ASUH		STATUS GIZI
			BESAR KELUARGA	PSIKOSOSIAL	PENYIAPAN MAKAN	
1	R-01	Sedikit	BESAR	KURANG	BAIK	BURUK
2	R-02	Sedikit	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
3	R-03	Sedikit	KECIL	KURANG	BAIK	BURUK
4	R-04	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BURUK
5	R-05	Sedikit	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
6	R-06	Sedikit	BESAR	BAIK	KURANG	BURUK
7	R-07	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
8	R-08	Cukup	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
9	R-09	Cukup	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
10	R-10	Cukup	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
11	R-11	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BURUK
12	R-12	Sedikit	BESAR	KURANG	KURANG	BURUK
13	R-13	Banyak	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
14	R-14	Banyak	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
15	R-15	Sedikit	BESAR	BAIK	KURANG	BURUK
16	R-16	Sedikit	BESAR	KURANG	BAIK	BURUK
17	R-17	Sedikit	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
18	R-18	Banyak	KECIL	BAIK	BAIK	BURUK
19	R-19	Banyak	BESAR	KURANG	KURANG	BURUK
20	R-20	Sedikit	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
21	R-21	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BURUK
22	R-22	Sedikit	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
23	R-23	Sedikit	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
24	R-24	Banyak	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
25	R-25	Cukup	KECIL	BAIK	KURANG	BURUK
26	R-26	Cukup	KECIL	KURANG	BAIK	BURUK
27	R-27	Cukup	BESAR	BAIK	BAIK	BURUK
28	R-28	Banyak	KECIL	KURANG	BAIK	BURUK
29	R-29	Sedikit	KECIL	KURANG	BAIK	BAIK
30	R-30	Banyak	BESAR	KURANG	BAIK	BAIK
31	R-31	Banyak	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
32	R-32	Cukup	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
33	R-33	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK

34	R-34	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
35	R-35	Cukup	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
36	R-36	Cukup	KECIL	BAIK	KURANG	BAIK
37	R-37	Cukup	BESAR	KURANG	KURANG	BAIK
38	R-38	Cukup	KECIL	KURANG	BAIK	BAIK
39	R-39	Banyak	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
40	R-40	Banyak	KECIL	BAIK	KURANG	BAIK
41	R-41	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
42	R-42	Cukup	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
43	R-43	Cukup	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
44	R-44	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
45	R-45	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
46	R-46	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
47	R-47	Sedikit	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
48	R-48	Cukup	KECIL	BAIK	KURANG	BAIK
49	R-49	Sedikit	BESAR	BAIK	KURANG	BAIK
50	R-50	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
51	R-51	Banyak	KECIL	KURANG	BAIK	BAIK
52	R-52	Banyak	KECIL	KURANG	BAIK	BAIK
53	R-53	Banyak	KECIL	BAIK	BAIK	BAIK
54	R-54	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
55	R-55	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK
56	R-56	Banyak	BESAR	BAIK	BAIK	BAIK

ANALISIS DATA

A. ANALISIS UNIVARIAT

Tabel Distribusi Konsumsi Energi dan Protein

konsumsi_EP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedikit	22	39,3	39,3	39,3
	cukup	12	21,4	21,4	60,7
	banyak	22	39,3	39,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Tabel Distribusi Frekuensi Pengasuhan Psikososial

pengasuhan_psikososial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	13	23,2	23,2	23,2
	baik	43	76,8	76,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Tabel Distribusi Frekuensi Penyiapan Makan

penyiapan_makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	17	30,4	30,4	30,4
	baik	39	69,6	69,6	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Tabel Frekuensi Besar Keluarga

besar_keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kecil	29	51,8	51,8	51,8
	besar	27	48,2	48,2	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Tabel Distribusi Frekuensi Status Gizi

status_gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	28	50,0	50,0	50,0
	baik	28	50,0	50,0	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

B. ANALISIS BIVARIAT

Pengasuhan psikososial dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengasuhan_psikososial * status_gizi	56	98.2%	1	1.8%	57	100.0%

pengasuhan_psikososial * status_gizi Crosstabulation

			status_gizi		Total
			buruk	baik	
pengasuhan_psikososial	buruk	Count	7	6	13
		Expected Count	6.5	6.5	13.0
	baik	Count	21	22	43
		Expected Count	21.5	21.5	43.0
Total		Count	28	28	56
		Expected Count	28.0	28.0	56.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.100[a]	1	.752		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.100	1	.752		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.098	1	.754		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengasuhan_psikososial (buruk / baik)	1.222	.352	4.239
For cohort status_gizi = buruk	1.103	.612	1.987
For cohort status_gizi = baik	.902	.468	1.738
N of Valid Cases	56		

PENYIAPAN MAKAN*STATUS GIZI

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
penyiapan_makanan * status_gizi	56	98.2%	1	1.8%	57	100.0%

penyiapan_makanan * status_gizi Crosstabulation

			status_gizi		Total
			buruk	baik	
penyiapan_makanan	buruk	Count	12	5	17
		Expected Count	8.5	8.5	17.0
	baik	Count	16	23	39
		Expected Count	19.5	19.5	39.0
Total		Count	28	28	56
		Expected Count	28.0	28.0	56.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.139[a]	1	.042		
Continuity Correction[b]	3.041	1	.081		
Likelihood Ratio	4.233	1	.040		
Fisher's Exact Test				.080	.040
Linear-by-Linear Association	4.065	1	.044		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for penyiapan_makanan (buruk / baik)	3.450	1.016	11.720
For cohort status_gizi = buruk	1.721	1.059	2.796
For cohort status_gizi = baik	.499	.228	1.090
N of Valid Cases	56		

BESAR KELUARGA*STATUS GIZI

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
besar_keluarga * status_gizi	56	98.2%	1	1.8%	57	100.0%

besar_keluarga * status_gizi Crosstabulation

			status_gizi		Total
			buruk	baik	
besar_keluarga	kecil	Count	14	15	29
		Expected Count	14.5	14.5	29.0

	besar	Count	14	13	27
		Expected Count	13.5	13.5	27.0
Total		Count	28	28	56
		Expected Count	28.0	28.0	56.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.072[a]	1	.789		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.072	1	.789		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.070	1	.791		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for besar_keluarga (kecil / besar)	.867	.304	2.474
For cohort status_gizi = buruk	.931	.552	1.571
For cohort status_gizi = baik	1.074	.635	1.818
N of Valid Cases	56		

KONSUMSI ENERGI DAN PROTEIN*STATUS GIZI

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
konsumsi_EP * status_gizi	56	100.0%	0	.0%	56	100.0%

konsumsi_EP * status_gizi Crosstabulation

			status_gizi		Total
			buruk	baik	
konsumsi_EP	sedikit	Count	16	6	22
		% within status_gizi	57.1%	21.4%	39.3%
	cukup	Count	5	7	12
		% within status_gizi	17.9%	25.0%	21.4%
	banyak	Count	7	15	22
		% within status_gizi	25.0%	53.6%	39.3%
Total		Count	28	28	56
		% within status_gizi	100.0%	100.0%	100.0%

kep * status_gizi Crosstabulation

			status_gizi		Total
			buruk	baik	
kep	sedikit	Count	16	6	22
		Expected Count	11,0	11,0	22,0
		% within status_gizi	57,1%	21,4%	39,3%
	cukup dan banyak	Count	12	22	34
		Expected Count	17,0	17,0	34,0
		% within status_gizi	42,9%	78,6%	60,7%
Total		Count	28	28	56
		Expected Count	28,0	28,0	56,0
		% within status_gizi	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,487[a]	1	,006		
Continuity Correction[b]	6,064	1	,014		
Likelihood Ratio	7,702	1	,006		

Fisher's Exact Test				,013	,006
Linear-by-Linear Association	7,353	1	,007		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kep (sedikit / cukup dan banyak)	4,889	1,513	15,793
For cohort status_gizi = buruk	2,061	1,222	3,473
For cohort status_gizi = baik	,421	,204	,871
N of Valid Cases	56		

Lampiran 15

DOKUMENTASI

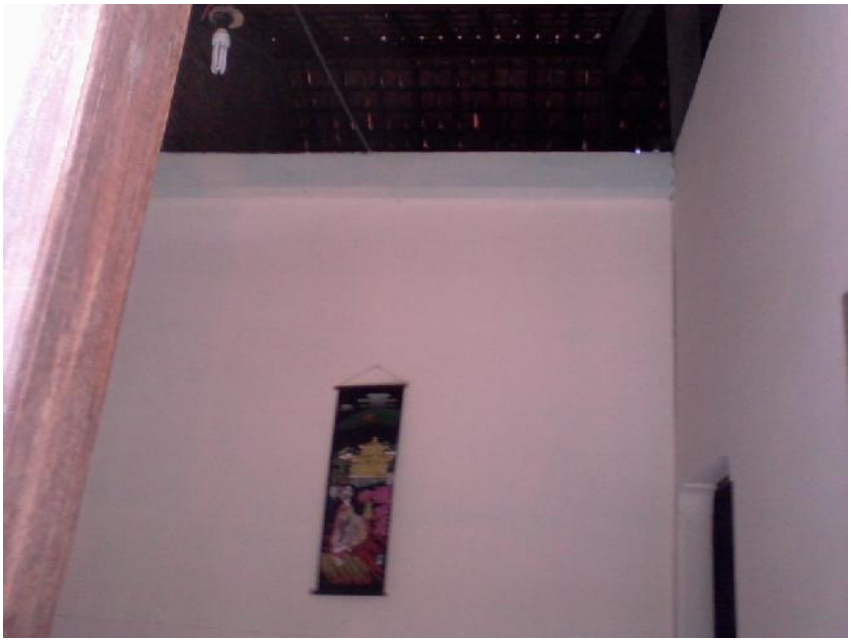
Gambar 1. Penimbangan Berat Badan balita

Gambar 2. Penimbangan Berat Badan balita

Gambar 3. Pengukuran Tinggi Badan balita

Gambar 4. Wawancara Pola Asuh dengan Responden

Gambar 6. Wawancara *food recall* dengan Responden



Gambar 7. Kondisi langit-langit rumah responden

Gambar 8. Kondisi jendela dan ventilasi bagian depan rumah responden

Gambar 9. Rumah salah satu responden tampak depan

Gambar 10. Kondisi dalam rumah salah satu responden