



**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS
KELUARGA SADAR GIZI DI KELURAHAN MUARAREJA
KECAMATAN TEGAL BARAT
KOTA TEGAL TAHUN 2011**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :
Mochammad Maulidin Setiawan
NIM. 6450406613

PERPUSTAKAAN
UNNES

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2011**

ABSTRACT

Moch. Maulidin Setiawan.

Analysis of Factors Related to the Kadarzi/ Nutrition Aware Family Status at Muarareja Sub District West Tegal District Tegal Regency In 2011,
VI + 89 pages + 19 tables + 2 images + 17 attachments

The problems studied in this research was: What factors are associated with nutritional status conscious families in the Muarareja Sub District West Tegal District Tegal Regency in 2011. The purpose of this study was to determine factors related to nutritional status conscious families in Muarareja Sub District West Tegal District Tegal Regency.

This research type was research analytic survey (explanatory study) with cross sectional design. The population in this study were all mothers in Muarareja Sub District West Tegal District Tegal Regency who have children under five in Sub Muarareja in 2010 as many as 182 people. The sampling technique with simple random sampling the sample of 65 respondents. The instrument used in this study were questionnaires and Iodine tests. The primary data obtained directly from respondents by using a questionnaire interview technique that has been provided. The secondary data obtained directly from data and demographic data of DKK Tegal and sub district demography data in office of Muarareja Sub District West Tegal District Tegal Regency. Data analysis in this study with univariate and bivariate analysis using Chi-Square test with $\alpha = 0.05$.

The conclusion of this study, the factors associated with Kadarzi status include maternal nutrition knowledge ($p = 0.017$, $CC = 0.285$), maternal education level ($p = 0.032$, $CC = 0.257$), and family income ($p = 0.039$, $CC = 0.248$). While factors unrelated to nutrition conscious family status employment among mothers ($p = 0.105$, $CC = 0.197$), the pattern of nutrition care ($p = 0.663$, $CC = 0.054$), active cadre of health ($p = 0.675$, $CC = 0.052$), maternal age ($p = 0.504$, $CC = 0.126$), maternal attitude ($p = 0.672$, $CC = 0.099$).

Advice to authors propose that this research was related to the mother toddlers should increase knowledge about nutrition as it comes to integrated health and follow the health education activities organized by local health workers. For the manager of nutritional improvement in Tegal order to further increase knowledge of nutrition and health through counseling Kadarzi in Muarareja Sub district especially mothers who have young children, for the next researcher expected a deeper study with more attention to expand the sample and variables involved.

Keywords: Factors and Kadarzi Status

Bibliography: 39 (1980 - 2007)

ABSTRAK

Moch. Maulidin Setiawan.

Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Kadarzi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011,
VI + 89 halaman + 19 tabel + 2 gambar + 17 lampiran

Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah: Faktor apa sajakah yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Jenis Penelitian ini adalah penelitian survei analitik (explanatory study) dengan desain cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu-ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal yang mempunyai balita di Kelurahan Muarareja tahun 2010 sebanyak 182 orang. Teknik pengambilan sampel dengan cara simple random sampling didapatkan jumlah sampel sebanyak 65 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan Iodium tes. Data primer diperoleh secara langsung dari responden dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner yang telah disediakan. Data sekunder diperoleh secara langsung dari data DKK Tegal dan data demografi kelurahan di kantor Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal. Analisis data dalam penelitian ini dengan analisis univariat dan analisis bivariat dengan menggunakan uji Chi-Square dengan $\alpha = 0,05$.

Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan status Kadarzi antara lain pengetahuan gizi ibu ($p = 0,017$, $CC = 0,285$), tingkat pendidikan ibu ($p = 0,032$, $CC = 0,257$), dan pendapatan keluarga ($p = 0,039$, $CC = 0,248$). Sedangkan faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan status keluarga sadar gizi diantaranya pekerjaan ibu ($p = 0,105$, $CC = 0,197$), pola asuh gizi ($p = 0,663$, $CC = 0,054$), keaktifan kader kesehatan ($p = 0,675$, $CC = 0,052$), umur ibu ($p = 0,504$, $CC = 0,126$), sikap ibu ($p = 0,672$, $CC = 0,099$).

Saran yang dapat penulis ajukan terkait penelitian ini adalah bagi Ibu balita hendaknya meningkatkan pengetahuan tentang gizi seperti datang ke Posyandu dan mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan yang diselenggarakan oleh petugas kesehatan daerah setempat. Bagi pengelola perbaikan gizi di Kota Tegal agar lebih meningkatkan pengetahuan gizi dan kesehatan melalui penyuluhan kadarzi di Kelurahan Muarareja khususnya ibu yang mempunyai balita, bagi peneliti selanjutnya diharapkan adanya penelitian lebih dalam dengan memperluas sampel serta lebih memperhatikan variabel-variabel yang terkait.

Kata Kunci : Faktor-Faktor dan Status Kadarzi

Kepustakaan : 39 (1980 - 2007)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :

Nama : Moch Maulidin Setiawan

NIM : 6450406613

Judul : “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011”.

Pada hari : Senin

Tanggal : 6 Juni 2011

	Panitia Ujian		
Ketua Panitia,		Sekretaris	
<u>Drs. H. Harry Pramono, M.Si</u> NIP. 19591019.198503.1.001		<u>dr. Mahalul Azam, M. Kes</u> NIP. 19751119.200112.1.001	

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan	
--	---------------	---------------------	--

Ketua Penguji	<u>Irwan Budiono, S.KM., M.Kes</u> NIP. 19751217.200501.1.003	_____
---------------	--	-------

Anggota Penguji (Pembimbing Utama)	<u>dr. Oktia Woro KH, M.Kes</u> NIP. 19591001.198703.2.001	_____
---------------------------------------	---	-------

Anggota Penguji (Pembimbing Pendamping)	<u>dr. Arulita Ika F., M.Kes</u> NIP. 19740202.200112.2.001	_____
--	--	-------

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Allah SWT tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kemampuannya” (QS. Baqarah ayat 286).

“Sesungguhnya Allah SWT tidak akan mengubah suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan mereka sendiri” (QS. Ar Ra’d ayat 11).

PERSEMBAHAN

1. Ayah dan Ibu sebagai Dharma
Bhaktiku
2. Saudara-saudaraku yang selalu
mendukung
3. Almamaterku

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penyusunan skripsi dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011” dapat diselesaikan dengan baik.

Penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini, yaitu kepada yang terhormat:

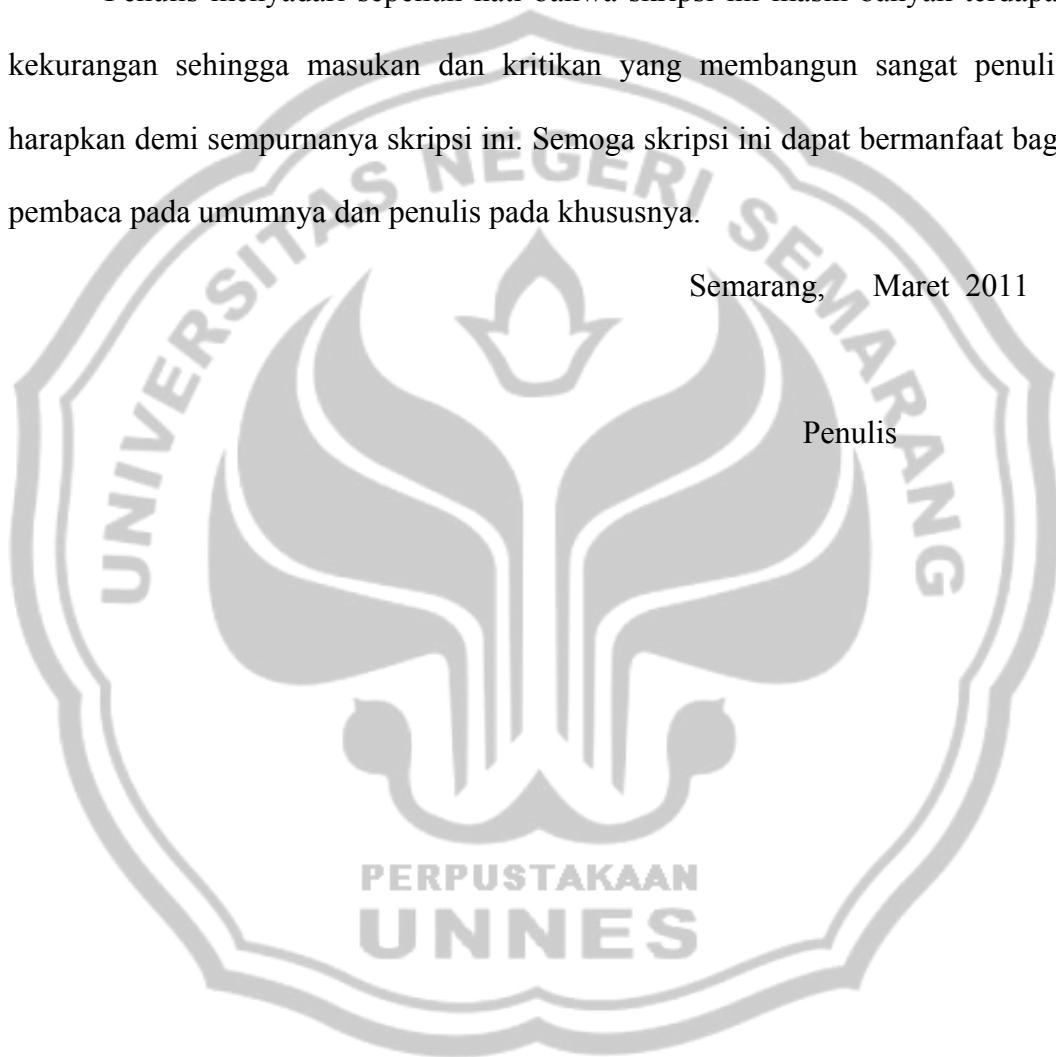
1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si, atas pemberian ijin penelitiannya.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dr. H. Mahalul Azam, M.Kes, atas persetujuan dan dilaksanakannya sidang ujian skripsi.
3. Pembimbing I, dr. Oktia Woro Kasmini H, M.Kes, atas bimbingan dan pengarahannya selama penyusunan skripsi.
4. Pembimbing II, dr Arulita Ika Febriana, M.Kes (Epid), atas bimbingan dan pengarahannya selama penyusunan skripsi.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tegal atas pemberian ijin penelitiannya.
6. Kepala Puskesmas Tegal Barat atas pemberian ijin penelitiannya.
7. Kepala Kelurahan Muarareja atas pemberian ijin pengambilan data.
8. Ayah dan Ibu yang telah memberikan dorongan dan bantuan baik materiil maupun spiritual sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Nanan Lusiana yang selalu memberi semangat dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

10. Teman-teman “Bwin Koz” dan teman-teman IKM angkatan 2006 yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuh hati bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya.

Semarang, Maret 2011

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK.....	ii
PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Hasil Penelitian.....	7
1.5. Keaslian Penelitian.....	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat.....	9
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu.....	9
1.6.3. Ruang Lingkup Materi.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	
2.1.1 Pengertian Keluarga Sadar Gizi.....	10
2.1.2 Indikator Kadarzi.....	12
2.1.3 Pesan- Pesan Kadarzi.....	15
2.1.4 Strategi Kadarzi.....	22
2.1.5 Masalah Gizi.....	23
2.1.6 Penerapan Kadarzi Merupakan Bentuk Perilaku.....	26
2.1.7 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kadarzi.....	30
2.2 Kerangka Teori.....	41

BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep.....	42
3.2 Variabel Penelitian.....	42
3.3 Hipotesis Penelitian	43
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	44
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	47
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian.....	47
3.7 Sumber Data	49
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	50
3.9 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	51
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Umum.....	55
4.2 Hasil Penelitian	57
4.2.1 Analisis Univariat	57
4.2.2 Analisis Bivariat.....	63
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pembahasan	72
5.1.1 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Status Kadarzi	72
5.1.2 Faktor-Faktor yang tidak berhubungan dengan Status Kadarzi	78
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	86
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	88
6.2 Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN.....	93

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Matriks Keaslian Penelitian	7
Tabel 2.1	Indikator Kadarzi	12
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	44
Tabel 4.1	Distribusi Penduduk Menurut Usia.....	56
Tabel.4.2	Distribusi penduduk menurut mata pencaharian	57
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Umur Ibu	58
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu	58
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Ibu	59
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga.....	59
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Gizi Ibu	60
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Pola Asuh Gizi	61
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Keaktifan Kader	61
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Sikap Ibu	62
Tabel 4.11	Distribusi Frekuensi Status Kadarzi	62
Tabel 4.12	Tabel Silang Tingkat Pendidikan Ibu	63
Tabel 4.13	Tabel Silang Status Pekerjaan Ibu	64
Tabel 4.14	Tabel Silang Pendapatan Keluarga.....	65
Tabel 4.15	Tabel Silang Pengetahuan Gizi Ibu	66
Tabel 4.16	Tabel Silang Pola Asuh Gizi.....	67
Tabel 4.17	Tabel Silang Keaktifan Kader Kesehatan.....	68
Tabel 4.18	Tabel Silang Umur Ibu	69
Tabel 4.19	Tabel Silang Sikap Ibu.....	70
Tabel 4.20	Tabel Rekapitulasi Hasil Penelitian	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	41
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SK Pembimbing	93
Lampiran 2	SK Penguji Skripsi	94
Lampiran 3	Surat Ijin Validitas dan Reliabilitas Instrument	95
Lampiran 4	Surat Ijin Penelitian	96
Lampiran 5	Sarat Keterangan dari Tempat Penelitian	99
Lampiran 6	Surat Ijin dari Kesbangpolinmas	101
Lampiran 7	Surat Ijin dari BAPPEDA	102
Lampiran 8	Validitas dan Reliabilitas Instrument	103
Lampiran 9	Analisis Univariat dan Bivariat	108
Lampiran 10	Identitas Responden	122
Lampiran 11	Kuesioner Penelitian	124
Lampiran 12	Dokumentasi	132

PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pemerintah mencanangkan gerakan penanggulangan masalah pangan dan gizi melalui Inpres nomor 8 tahun 1999. Gerakan tersebut dilaksanakan melalui empat strategi utama, salah satunya yaitu pemberdayaan keluarga. Sejalan dengan gerakan tersebut, di dalam Undang-Undang nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional dan di dalam visi Indonesia Sehat 2010, ditetapkan bahwa 80% keluarga telah menjadi Keluarga Sadar Gizi karena keluarga mempunyai nilai yang sangat strategis dan menjadi inti dalam pembangunan seluruh masyarakat, serta menjadi tumpuan dalam pembangunan manusia seutuhnya (Depkes RI, 2002:2).

Keluarga Sadar Gizi adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah - langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya. Keluarga dikatakan kadarzi jika telah melaksanakan lima indikator yaitu makan makanan beraneka ragam, selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya khususnya balita dan Ibu hamil, biasa menggunakan garam beryodium, memberi atau mendukung ASI eksklusif, dan minum suplemen sesuai yang dianjurkan bagi anggota keluarga yang membutuhkan (Depkes RI, 2002:22).

Gambaran perilaku gizi yang belum baik di Indonesia ditunjukkan dengan masih rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Saat

ini baru sekitar 50 % anak balita yang dibawa ke Posyandu untuk ditimbang sebagai upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan. Bayi dan balita yang telah mendapat Kapsul Vitamin A baru mencapai 74% dan ibu hamil yang mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) baru mencapai 60%. Ibu yang menyusui bayi 0-6 bulan secara eksklusif baru mencapai 39%, dan sekitar 28% rumah tangga belum menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat dan pola makan yang belum beraneka ragam (Depkes RI, 2007:6). Saat ini masyarakat di Kota Tegal baru sekitar 77,97% anak balita yang dibawa ke Posyandu untuk ditimbang sebagai upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan, hal tersebut berhubungan dengan indikator kadarzi yaitu menimbang berat badan secara teratur. Prevalensi kasus gizi kurang pada balita mencapai 4,43%, balita gizi buruk mencapai 0,32%, dan balita dengan status gizi baik mencapai 61,34%. Masalah lain adalah masih rendahnya Ibu yang menyusui bayi 0-6 bulan secara eksklusif baru mencapai 25,22%. (Dinkes Kota Tegal, 2009).

Hasil pemantauan program keluarga sadar gizi pada tahun 2009 di wilayah Kota Tegal berdasarkan Direktorat Bina Gizi Masyarakat menunjukkan data cakupan Keluarga Sadar Gizi yaitu hanya sebesar 65,44%, sedangkan target yang harus dicapai sebesar 80% keluarga telah menjadi Keluarga Sadar Gizi. Sedangkan dari survei 4 kecamatan di Kota Tegal prevalensi status keluarga sadar gizi tahun 2009 terendah berada di Kecamatan Tegal Barat yaitu 48,2% kemudian Kecamatan Tegal Timur yaitu 57,14% Kecamatan Tegal Selatan yaitu sebesar 74,60% dan Kecamatan Margadana yaitu 81,63% (Dinkes Kota Tegal, 2009).

Kecamatan Tegal Barat merupakan wilayah yang status keluarga sadar gizi penduduknya paling rendah dibandingkan kecamatan lain di Kota Tegal yaitu sebanyak 48,21%. Dari hasil kegiatan pemantauan keluarga sadar gizi di wilayah puskesmas Tegal Barat ternyata terdapat kelurahan yang status keluarga sadar gizinya paling rendah adalah Kelurahan Muarareja yaitu hanya 53,06% (Data Pemantauan Kadarzi Puskesmas Tegal Barat, 2009).

Masyarakat Kelurahan Muarareja yang berpendidikan SLTA yaitu sebanyak (13%), sedangkan yang berpendidikan tinggi sebesar (5%), status pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga atau tidak bekerja yaitu (15,4%) (Data Monografi Kelurahan Muarareja, 2010). Pendidikan berkaitan dengan wawasan atau cara pandang dalam menerapkan kadarzi, pengetahuan turut menentukan perilaku sehari-hari dalam memilih bahan makanan. Apabila tingkat sosial ekonomi keluarga dan pengetahuan gizi Ibu rendah maka cenderung perilaku kadarzinya kurang. Keberhasilan menerapkan status keluarga sadar gizi ditentukan oleh beberapa faktor antara lain umur ibu, sikap ibu, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan dan pendapatan. Umur ibu berpengaruh pada tipe pemilihan konsumsi makanan di rumah dan juga pengeluaran makanannya. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Pengaruh pendapatan terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi lain yang mengadakan interaksi dengan status gizi adalah sama jelasnya bahwa penghasilan meningkatkan daya beli (Yayuk Farida B, dkk, 2004:71).

Rendahnya pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat khususnya Ibu-ibu rumah tangga terhadap gizi dan kesehatan merupakan salah satu faktor yang

sangat berpengaruh pada pencapaian program kadarzi. Sikap ibu adalah reaksi atau respon ibu untuk memenuhi kebutuhan akan gizi keluarganya, bila semua ibu memiliki kesadaran untuk memenuhi gizi keluarganya maka status kadarzi akan mudah tercapai. Pola asuh gizi dan keaktifan kader kesehatan juga merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi status Keluarga Sadar Gizi. Menurut Soekirman (2000:19), pola asuh gizi merupakan sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Semua berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kedekatan fisik dan mental, status gizi, pengetahuan tentang pengasuhan anak yang baik. Keaktifan kader kesehatan merupakan tindakan nyata yang bisa dilihat dari keteraturan para petugas kesehatan dalam memberikan pengetahuan dan informasi tentang kesehatan khususnya berkaitan dengan keluarga sadar gizi. Adapun tujuan keaktifan kader kesehatan dalam hal ini adalah tersosialisasinya program-program kesehatan dan terwujudnya keluarga yang sadar gizi. Pelaksanaan keluarga sadar gizi merupakan cermin dari dilaksanakannya PUGS (Pedoman Umum Gizi Seimbang). Kelima indikator kadarzi merupakan bagian dari ke-13 pesan dasar gizi seimbang. Program-program yang mendukung Kadarzi adalah kegiatan Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) yang dilakukan oleh Ibu-ibu di masing-masing wilayah. Di sini peran Ibu sangat dominan dalam menentukan perilaku keluarga sadar gizi karena hampir sebagian besar pengambilan keputusan dalam hal penyediaan pangan di rumah tangga dilakukan oleh ibu. Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini akan mengkaji tentang “ Analisis Faktor-

faktor yang Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Permasalahan Umum

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah, maka dirumuskan pertanyaan penelitian “ Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011”?

1.2.2 Permasalahan Khusus

- 1) Adakah hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 2) Adakah hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 3) Adakah hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi.
- 4) Adakah hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 5) Adakah hubungan antara pola asuh gizi anak dengan status keluarga sadar gizi.
- 6) Adakah hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi.
- 7) Adakah hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 8) Adakah hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi.

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 2) Mengetahui hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 3) Mengetahui hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi.
- 4) Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 5) Mengetahui hubungan antara pola asuh gizi anak dengan status keluarga sadar gizi.
- 6) Mengetahui hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi.
- 7) Mengetahui hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi.
- 8) Mengetahui hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi peneliti lain sebagai bahan rujukan dan tambahan informasi sehingga dapat dilakukan kajian yang lebih mendalam pada penelitian selanjutnya.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Masyarakat memahami tentang pentingnya status keluarga sadar gizi sebagai upaya perbaikan gizi masyarakat dan peningkatan gizi di tingkat keluarga, serta mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi.

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai tambahan kepustakaan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya di bidang gizi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi kepada mahasiswa jurusan ilmu kesehatan masyarakat tentang faktor - faktor yang mempengaruhi status keluarga sadar gizi.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun Dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Hubungan antara status gizi balita dengan tingkat kesadaran gizi keluarga muda golongan	Erna Luciasari Sofiati	Komplek Perumahan Kabupaten Sleman Yogyakarta Tahun 2004	<i>Cross-sectional</i>	Variabel bebas : status gizi balita. Variabel terikat : Tingkat	Ada hubungan yang positif antara status gizi balita dengan tingkat

	sejahtera				kesadaran gizi keluarga	kesadaran gizi keluarga (p=0,015)
2.	Hubungan tingkat sosial ekonomi keluarga dan pengetahuan gizi ibu dengan status kadarzi	Lina Munadiroh	Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang Tahun 2008	<i>Explanatory</i> metode survei dengan pendekatan <i>cross-sectional</i>	Variabel bebas: tingkat sosial ekonomi keluarga, pengetahuan gizi ibu Variabel terikat: Status Keluarga Sadar Gizi	Tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status kadarzi (p=0,579) Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status kadarzi (p=0,003) Ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan status kadarzi (p=0,001)

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

- 1 Obyek dari penelitian ini adalah ibu-ibu yang memiliki balita 7-59 bulan.
- 2 Tempat penelitian yaitu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal, dan penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2011.
- 3 Variabel penelitian yang ada lebih banyak dari penelitian sebelumnya.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

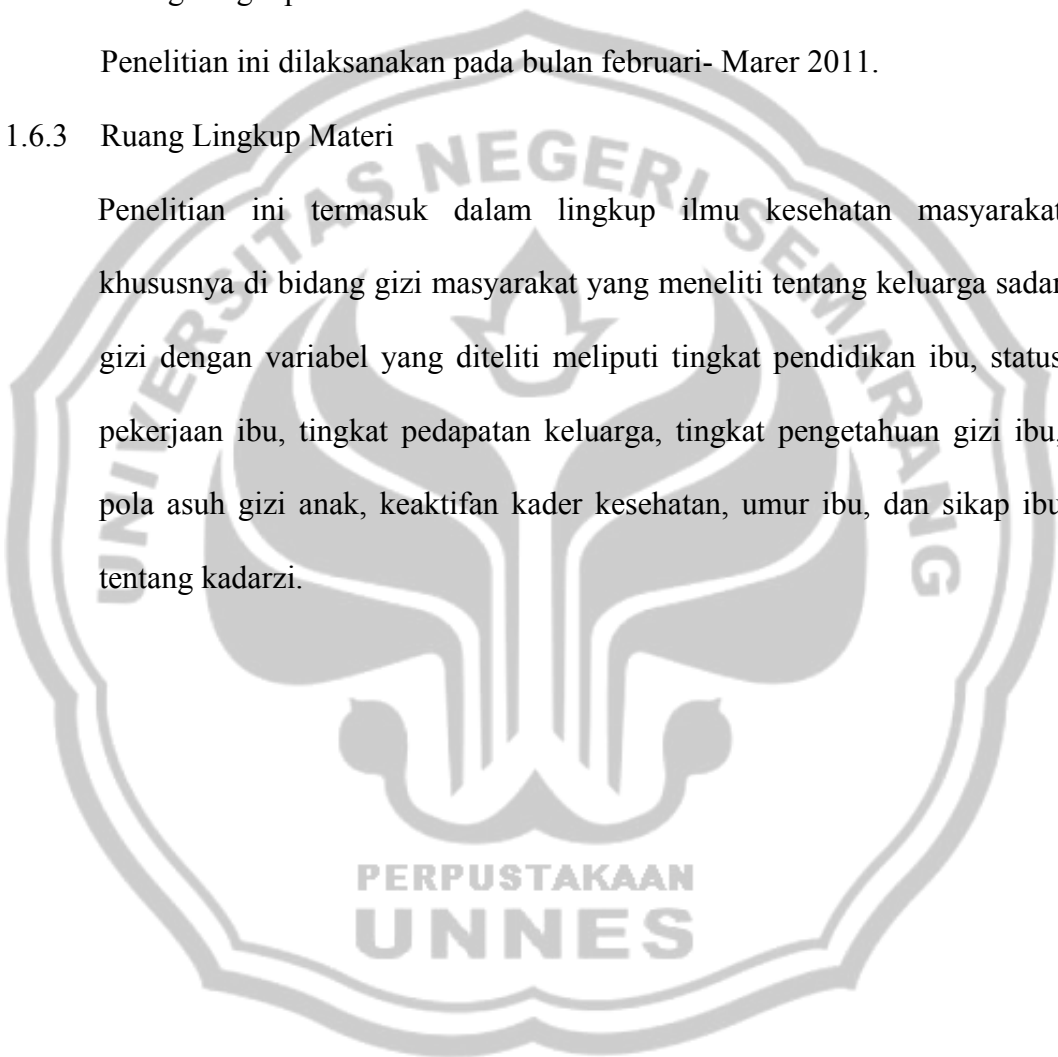
Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan februari- Marer 2011.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk dalam lingkup ilmu kesehatan masyarakat khususnya di bidang gizi masyarakat yang meneliti tentang keluarga sadar gizi dengan variabel yang diteliti meliputi tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pedapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu, pola asuh gizi anak, keaktifan kader kesehatan, umur ibu, dan sikap ibu tentang kadarzi.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pengertian Keluarga Sadar Gizi

Keluarga sadar gizi didefinisikan sebagai keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya (Depkes RI, 2002:4).

Sesuai dengan Program Pembangunan Nasional tentang Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Tujuan umum program ini adalah meningkatkan intelektualitas dan produktifitas sumber daya manusia, sedangkan tujuan khusus adalah :

- 1) Meningkatkan kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan status gizi
- 2) Meningkatkan pelayanan gizi untuk mencapai keadaan gizi yang baik untuk menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi lebih, dan
- 3) Meningkatkan penganekaragaman konsumsi pangan bermutu untuk memantapkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.

Terdapat lima indikator kadarzi yang sudah disepakati, yaitu sebagai berikut:

- 1) Biasa makan beraneka ragam makanan.
- 2) Selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil.

- 3) Biasa menggunakan garam yodium.
- 4) Memberi dukungan kepada ibu melahirkan agar memberikan ASI saja pada bayi sampai umur 6 bulan.
- 5) Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

Sasaran yang ingin dicapai dari program Kadarzi adalah :

- 1) Menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita.
- 2) Menurunnya prevalensi gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) berdasarkan *Total Goitre Rate* (TGR) pada anak menjadi kurang dari 5 %.
- 3) Menurunnya anemia gizi besi pada ibu hamil menjadi 40 % dan kurang energi kronis (KEK) ibu hamil menjadi 20 %.
- 4) Tidak ditemukannya kekurangan vitamin A (KVA) klinis pada balita dan ibu hamil, mencegah meningkatnya prevalensi gizi lebih, menjadi kurang dari 10%.
- 5) Menurunnya prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR).
- 6) Meningkatnya jumlah rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium menjadi 90%. Meningkatnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif menjadi 80 %.
- 7) Meningkatnya pemberian makanan pendamping (MP)-ASI yang baik.
- 8) Tercapainya konsumsi gizi seimbang dengan rata-rata konsumsi energi sebesar 2.200 kkal perkapita perhari dan protein 50 gram perkapita perhari.
- 9) Sekurang-kurangnya 80 % keluarga telah sadar gizi.

2.1.2 Indikator Kadarzi

Kadarzi akan diukur minimal dengan 5 (lima) indikator yang menggambarkan perilaku sadar gizi. Indikator tersebut sebagai berikut :

Tabel 2.1 Indikator Kadarzi

No	Indikator Kadarzi	Pengertian	Cara Mengukur	Kesimpulan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Menimbang berat badan secara teratur.	Balita ditimbang berat badannya setiap bulan dan dicatat dalam KMS	Lihat catatan penimbangan balita pada KMS selama 6 bulan terakhir. Bila bayi berusia >6 bulan. Bila bayi berusia 4-5 bulan. Bila bayi berusia 2-3 bulan. Bila bayi berusia 0-1 bulan.	Baik : Bila ≥ 4 kali berturut-turut. Belum baik : Bila < 4 kali berturut-turut. Baik : Bila ≥ 3 kali berturut-turut. Belum baik : Bila < 3 kali berturut-turut. Baik : Bila ≥ 2 kali berturut-turut. Belum baik : Bila < 2 kali berturut-turut. Baik : Bila 1 kali ditimbang. Belum baik : Bila belum pernah ditimbang.

2.	Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif)	Bayi berumur 0-6 bulan diberi ASI saja, tidak diberi makanan lain.	Lihat catatan status ASI eksklusif pada KMS dan kohort (catatan pemberian ASI pada bayi). Lalu tanyakan kepada Ibunya apakah bayi usia 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, 6 bulan selama 24 jam terakhir sudah diberikan makanan atau minuman selain ASI?	Baik : Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan atau minuman lain (ASI eksklusif). Belum baik : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI.
3.	Makan beraneka ragam makanan.	Anggota keluarga dan Balita mengkonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari.	Menanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani dan buah dalam menu anak balita selama 2 (dua) hari terakhir .	Baik : Bila setiap hari makan lauk hewani dan buah. Belum baik : Bila tidak tiap hari makan lauk hewani dan buah.
4.	Menggunakan garam beryodium.	Keluarga menggunakan garam beryodium untuk memasak setiap hari.	Menguji contoh garam yang digunakan keluarga dengan menggunakan tes yodina / tes amilum.	Baik : Beryodium (warna ungu). Belum baik : Tidak beryodim (warna tidak berubah)
5.	Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran.	a. Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan februari	Lihat catatan pada KMS / catatan posyandu / buku KIA, bila	Baik : a. Bila mendapat kapsul biru pada bulan Februari

atau agustus.	tidak ada tanyakan pada Ibu.	dan Agustus (6-11 bln) b. Bila mendapat kapsul merah pada bulan Februari dan Agustus (12-59 bln). Belum baik: Bila tidak mendapat kapsul biru / merah.
b. Anak balita 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan februari dan agustus.	Lihat catatan pada KMS / catatan posyandu / buku KIA, bila tidak ada tanyakan pada Ibu.	Baik : Bila jumlah TTD yang diminum sesuai anjuran. Belum baik : Bila jumlah TTD yang diminum tidak sesuai anjuran.
c. Ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan.	Lihat catatan ibu hamil di bidan Poskedes, bila tidak ada tanyakan pada ibu sambil melihat bungkus TTD.	Baik : Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28. Belum baik : Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28.
d. Ibu nifas mendapat dua kapsul vitamin A merah. Satu kapsul diminum setelah melahirkan dan satu kapsul lagi diminum pada hari berikutnya paling lambat pada hari ke 28.	Lihat catatan ibu nifas, bila tidak ada tanyakan langsung pada ibu.	Baik : Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28. Belum baik : Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28.

2.1.3 Pesan-Pesan Kadarzi

Pesan 1 : Keluarga Biasa Mengkonsumsi Aneka Ragam Makanan

- 1) Pengertian aneka ragam makanan yaitu: Makan 2-3 kali sehari yang terdiri dari 4 macam kelompok bahan makanan. Dari tiap kelompok bahan makanan dan jenis yang dikonsumsi, maka makin banyak jenisnya makin baik. Adapun 4 kelompok bahan makanan tersebut adalah :
 - (1) Makanan pokok, sebagai sumber zat tenaga : beras, jagung, ubi, singkong, mie, dan lain-lain.
 - (2) Lauk pauk, sebagai sumber zat pembangun : ikan, telur, ayam, daging, tempe, kacang-kacangan, tahu, dan lain-lain..
 - (3) Sayuran dan buah-buahan, sebagai sumber zat pengatur : bayam, kangkung, wortel, buncis, kacang panjang, sawi, daun singkong, daun katuk, pepaya, pisang, jeruk, semangka, nanas dan lain-lain.
- 2) Manfaat makan aneka ragam makanan, yaitu : Untuk melengkapi zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh agar dapat melakukan pekerjaan sehari-hari dan terhindar dari penyakit kekurangan gizi.
- 3) Akibat tidak makan aneka ragam makanan, yaitu : Tubuh kekurangan zat gizi tertentu dan lebih mudah terserang penyakit dan khusus balita pertumbuhan dan kecerdasannya terganggu.
- 4) Tindakan yang perlu dilakukan bila keluarga belum makan aneka ragam makanan, yaitu :
 - (1) Menjelaskan tentang pentingnya makan aneka ragam makanan pada kesehatan, pertumbuhan dan kecerdasan.

- (2) Memanfaatkan pekarangan disekitar rumah dengan menanam tanaman, beternak ayam, bebek, ikan dan lain-lain agar dimakan oleh anggota keluarga dan hasil pekarangan juga dapat dijual untuk menambah penghasilan keluarga.
- (3) Mengupayakan bantuan dari sektor pertanian, untuk mengusahakan penggunaan lahan pertanian secara gotong royong bagi keluarga yang tidak mempunyai pekarangan.
- (4) Anjurkan ibu untuk masak aneka ragam dengan menu yang disukai oleh anggota keluarga.

Pesan 2: Keluarga Memantau Pertumbuhan Dan Perkembangan Kesehatan Anggota Keluarganya

- 1) Pengertian pertumbuhan, yaitu bertambahnya ukuran fisik dari waktu ke waktu.
- 2) Pengertian perkembangan, yaitu bertambahnya fungsi tubuh seperti pendengaran, penglihatan, kecerdasan dan tanggung jawab.
- 3) Pengertian memantau pertumbuhan dan perkembangan kesehatan, yaitu : mengikuti perkembangan kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarga, terutama bayi, balita dan ibu hamil.
- 4) Kegunaan memantau kesehatan dan pertumbuhan yaitu :
 - (1) Mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak balita.
 - (2) Mencegah memburuknya keadaan gizi.

- (3) Mengetahui kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin, mencegah ibu melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan terjadinya perdarahan pada saat melahirkan.
- (4) Mengetahui kesehatan anggota keluarga dewasa dan usia lanjut.
- 5) Akibat bila tidak memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarga, yaitu : Tidak mengetahui perkembangan pertumbuhan bayi, anak balita dan janin secara normal. Tidak mengetahui adanya gejala penyakit pada bayi, anak balita, dan ibu hamil, misalnya kekurangan zat gizi, kegemukan, gangguan pertumbuhan janin dan gangguan kesehatan lain.
- 6) Tindakan yang perlu dilakukan oleh masyarakat:
 - 1) Bila keluarga belum memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya:
 - (1) Anjurkan kepada anggota keluarga/ibu menimbang bayi dan anak balitanya setiap bulan ke Posyandu. Bila berat badan anak turun atau tidak naik, maka anjurkan orang tua/ibu untuk memeriksakan anaknya ke petugas kesehatan di Posyandu atau Puskesmas terdekat.
 - (2) Anjurkan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya sesegera mungkin ke petugas kesehatan secara teratur, paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan. Bila ibu hamil terlihat kurus, maka anjurkan ibu tersebut untuk makan 1-2 piring lebih banyak dari biasanya, dan minum tablet tambah darah setiap hari 1 tablet, sedikitnya 90 tablet selama masa kehamilan. Selain minum tablet

tambah darah, ibu dianjurkan makan-makanan sumber zat besi seperti :
ikan, telur, tempe, kacang-kacangan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

- 2) Bagaimana cara menemukan balita gizi buruk? Penemuan kasus balita gizi buruk dapat dimulai dari:

Keluarga : Melihat anak semakin kurus.

Posyandu : Penimbangan bulanan di Posyandu.

- 3) Penanggulangan masalah gizi tingkat keluarga:

- (1) Ibu membawa anak untuk ditimbang di Posyandu secara teratur.
- (2) Ibu memberikan hanya ASI kepada bayi usia 0 - 6 bulan.
- (3) Ibu tetap memberikan ASI kepada anak sampai usia 2 tahun.
- (4) Ibu memberikan MP-ASI sesuai usia dan kondisi kesehatan anak.
- (5) Ibu memberikan makanan beraneka ragam bagi anggota keluarga lainnya.
- (6) Ibu memberitahukan pada petugas kesehatan/kader bila anak balita mengalami sakit atau gangguan pertumbuhan.

- 4) Penanggulangan masalah gizi tingkat Posyandu:

- (1) Kader melakukan penimbangan balita setiap bulan di Posyandu serta mencatat hasil penimbangan pada KMS.
- (2) Kader memberikan nasehat pada orang tua balita untuk memberikan hanya ASI kepada bayi usia 0-6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai anak usia 2 tahun.
- (3) Kader memberikan penyuluhan MP-ASI sesuai dengan usia anak serta makanan beraneka ragam untuk anggota keluarga lainnya.

- (4) Bagi anak dengan berat badan tidak naik ("T") diberikan penyuluhan gizi dan PMT Penyuluhan.
 - (5) Kader memberikan PMT Pemulihan bagi balita dengan "3T" dan "BGM" (Bawah Garis Merah).
 - (6) Kader merujuk balita ke Puskesmas bila ditemukan gizi buruk dan penyakit penyerta lain.
 - (7) Kader melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan balita.
- 7) Hal-hal lain yang perlu diketahui keluarga mengenai pertumbuhan bayi dan balitanya:
- (1) BGM : yaitu bila berat badan bayi / balita berada di bawah garis merah pada KMS. Ini berarti bayi / balita tersebut mengalami gangguan pertumbuhan dan perlu perhatian khusus.
 - (2) Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga secara klinis terdapat dalam 3 tipe yaitu Kwashiorkor, Marasmus, dan Marasmus-Kwashiorkor.

Pesan 3 : Keluarga menggunakan atau memasak dengan garam beryodium

- 1) Pengertian garam beryodium, yaitu : garam yang telah ditambah zat yodium yang diperlukan oleh tubuh. Pada kemasan biasa ditulis "garam beryodium".
- 2) Kegunaan garam beryodium, yaitu : mencegah terjadinya penyakit Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY).

- 3) Akibat tidak menggunakan /masak dengan garam beryodium, yaitu terjadinya penyakit Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) yang ditandai dengan : membesarnya kelenjar gondok di daerah leher, sehingga mengurangi daya tarik seseorang, pertumbuhan anak tidak normal yang disebut kretin/kerdil.
- 4) Tindakan yang perlu dilakukan bila keluarga belum makan/masak dengan garam beryodium, yaitu :
 - (1) Anjurkan keluarga agar selalu makan/masak dengan garam beryodium.
 - (2) Jelaskan kepada keluarga bagaimana membedakan garam beryodium dan garam tidak beryodium dengan menggunakan test kit yang disebut Yodina test (dapat dibeli di apotik/toko obat).

Cara menggunakan test kit tersebut, yaitu : teteskan garam dapur dengan cairan yodina, maka akan terlihat perubahan warna garam putih menjadi biru keunguan pada garam yang beryodium. Semakin tua warnanya, semakin baik mutu garam beryodium.
- 5) Bagaimana jika tidak tersedia test kit dan cairan yodina.
 - (1) Kupas singkong yang masih segar, kemudian diparut.
 - (2) Tuangkan 1 sendok perasan singkong parut tanpa ditambah air ke dalam tempat yang bersih.
 - (3) Tambahkan 4-6 sendok teh munjung garam yang akan diperiksa.
 - (4) Tambahkan 2 sendok teh cuka biang, aduk sampai rata, biarkan beberapa menit. Bila timbul warna biru keunguan berarti garam tersebut mengandung yodium.

Pesan 4 : Memberi dukungan kepada ibu melahirkan agar memberikan ASI saja pada bayi sampai umur 6 bulan.

- 1) Pengertian pemberian Air Susu Ibu (ASI) saja atau dikenal dengan istilah "ASI Eksklusif", yaitu : tidak memberikan makanan dan minuman lain selain ASI pada bayi umur 0-6 bulan.
- 2) Kegunaan memberikan ASI saja, yaitu :
 - (1) ASI merupakan makanan bayi yang paling sempurna, murah dan mudah memberikannya pada bayi.
 - (2) ASI saja dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal pada bayi sampai berumur 6 bulan.
 - (3) ASI yang pertama keluar disebut kolustrum berwarna kekuningan, dan mengandung zat kekebalan untuk mencegah timbulnya penyakit. Oleh karena itu harus diberikan kepada bayi dan jangan sekali-sekali dibuang.
 - (4) Keluarga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi 0-6 bulan.
 - (5) Dengan ASI mempererat ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi.
- 3) Akibat tidak memberikan ASI saja pada bayi, yaitu :
 - (1) Bila bayi umur 0-6 bulan diberi makanan lain selain ASI, dapat terjadi gangguan alat pencernaan.
 - (2) Bayi tidak mempunyai ketahanan tubuh untuk mencegah penyakit.
 - (3) Bila bayi diberikan susu botol sering terjadi mencret, kemungkinan bayi tidak cocok dengan susu bubuk atau cara membuatnya tidak bersih, dan pengeluaran biaya rumah tangga lebih banyak.
 - (4) Mengurangi ikatan cinta kasih antara ibu dan anak.

Pesan 5 : Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

Mengapa perlu suplementasi zat gizi ?

- 1) Kebutuhan zat gizi pada kelompok bayi, balita, ibu hamil dan ibu menyusui meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari, terutama vitamin A untuk balita, zat besi untuk ibu dan yodium untuk penduduk di daerah endemis gondok.
- 2) Suplementasi zat gizi (tablet, kapsul atau bentuk lain) diperlukan untuk memenuhi kebutuhan zat tersebut.
- 3) Apabila kebutuhan zat-zat gizi tersebut dipenuhi dari pengkayaan makanan, maka suplementasi zat dapat dihentikan secara bertahap

Cara menilai apakah suatu keluarga sudah sadar gizi :

- 1) Status gizi seluruh anggota keluarga khususnya ibu dan anak baik
- 2) Tidak ada lagi bayi berat lahir rendah pada keluarga
- 3) Semua anggota keluarga mengkonsumsi garam beryodium
- 4) Semua ibu memberikan hanya ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan
- 5) Semua balita dalam keluarga yang ditimbang naik berat badannya sesuai umur
- 6) Tidak ada masalah gizi lebih dalam keluarga. (www.dinkes-dki.go.id).

2.1.4 Strategi Kadarzi

Tahap awal strategi pemberdayaan kadarzi dimulai dari melibatkan secara aktif keluarga dalam pemetaan kadarzi untuk identifikasi masalah perilaku dan gizi keluarga, dan identifikasi potensi keluarga. Hasil pemetaan dibahas bersama masyarakat untuk merencanakan tindak lanjut. Apabila masalah tersebut bisa

diselesaikan langsung oleh keluarga maka perlu dilakukan pembinaan, akan tetapi bila ditemui masalah kesehatan dan masalah lain maka perlu dirujuk ke petugas kesehatan dan petugas sektor lain.

Strategi yang dilakukan dalam mewujudkan kadarzi adalah:

- 1) Pemberdayaan keluarga dengan menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang, misalnya melalui pengembangan konseling dan KIE sesuai kebutuhan setempat.
- 2) Melakukan advokasi, sosialisasi dan mobilisasi para pengambil keputusan, pejabat pemerintah diberbagai tingkat administrasi, penyandang dana dan pengusaha dengan tujuan meningkatkan kepedulian atau komitmen terhadap masalah gizi di tingkat keluarga.
- 3) Mengembangkan jaring kemitraan di berbagai perguruan tinggi, tokoh masyarakat, organisasi masyarakat, tokoh agama, media massa, kelompok profesi lainnya untuk mendukung tercapainya tujuan kadarzi.
- 4) Menerapkan berbagai teknik pendekatan pemberdayaan petugas yang ditujukan untuk mempercepat perubahan perilaku dalam mewujudkan kadarzi (Depkes RI, 2002:6).

2.1.5 Masalah Gizi (*Malnutrition*)

Masalah gizi adalah gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan dan atau masyarakat yang disebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan (Yayuk Farida Baliwati, dkk, 2004:19).

Ada 4 bentuk malnutrisi yaitu :

- 1) *Under Nutrition* : Kekurangan konsumsi pangan secara relatif atau absolut untuk periode tertentu.
- 2) *Spesific Defisiensi* : Kekurangan zat gizi tertentu, misalnya kekurangan vitamin A, yodium, Fe dan lain-lain.
- 3) *Over Nutrition* : Kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu.
- 4) *Imbalance* : karena disproporsi zat gizi, misalnya : kolesterol terjadi karena tidak seimbangnya LDL (*Low Density Lipoprotein*), HDL (*Hight Density lipoprotein*), dan VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*) (I Dewa Nyoman Sup/ariasa, 2002:18).

2.1.5.1 Penyebab Masalah Gizi

UNICEF (1988) telah mengembangkan kerangka konsep makro. Sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh:

1) Penyebab Langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan kurang gizi. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

2) Penyebab Tidak Langsung

Ada 3 penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu :

- 1) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik jumlah maupun mutu gizinya.
- 2) Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik baik fisik, mental dan sosial.
- 3) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan maka akan makin banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2.1.5.2 Pokok Masalah Di Masyarakat

Pokok masalah yang ada di masyarakat antara lain berupa ketidakberdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah kerawanan ketahanan pangan keluarga, ketidaktahuan pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

Kemiskinan memiliki hubungan timbal balik dengan gizi ini menyatakan bahwa, kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi kurang. Proporsi anak gizi kurang berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil

pendapatan penduduk, makin tinggi prosentase anak yang kekurangan gizi. Makin tinggi pendapatan makin kecil prosentase anak yang kurang gizi, sementara itu kurang gizi pada anak akan berlanjut hingga dewasa akan berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya prestasi pendidikan pada sekolah dan rendahnya produktivitas pada saat mereka bekerja. Kemiskinan juga menjadi penyebab bagi keluarga dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan .

Pemerintah dapat melaksanakan berbagai upaya untuk menurunkan penderita gizi kurang yaitu antara lain dengan cara menjamin setiap ibu menyusui ASI eksklusif, menjamin setiap ibu memperoleh pendampingan dan dukungan program gizi .

2.1.6 Penerapan Kadarzi Merupakan Bentuk Perilaku

2.1.6.1 Pengertian Perilaku

Menurut Skinner (1938) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003:114-115) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Bila dilihat bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dibedakan menjadi dua yakni:

1). Perilaku tertutup (*Covert behaviour*)

Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum teramati secara jelas oleh orang lain.

2). Perilaku Terbuka (*Overt behaviour*)

Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:116).

2.1.6.2 Teori Perubahan Perilaku

Teori-teori yang berhubungan dengan perubahan perilaku antara lain:

1). Teori Stimulus Organisme (S-O-R).

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (Stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme.

2). Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori ini berkonsep *imbalance concept* (tidak seimbang), yang berarti keadaan *cognitif dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan yakni pengetahuan, pendapat atau keyakinan.

3). Teori Fungsi

Teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4). Teori Kurt Lewin Teori ini menyatakan bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan panahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

- 1) Kekuatan - kekuatan pendorong meningkat.
- 2) Kekuatan - kekuatan panahan menurun.
- 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan panahan menurun.

2.1.6.3 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003: 176), bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003:118) perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga yakni:

- 1) Perubahan alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.

- 2) Perubahan terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

- 3) Kesiediaan untuk berubah (*Readdiness To Change*)

Kesiediaan seseorang untuk menerima inovasi baik secara cepat atau perlahan dapat terjadi karena kesiediaan seseorang untuk berubah.

Penerapan Kadarzi merupakan bentuk perilaku, berdasarkan Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2005) bahwa perilaku seseorang dilatar belakangi oleh tiga faktor yaitu:

1) Faktor yang mempermudah (*Predisposing Factors*)

Faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan .

Faktor yang mempermudah dalam hal ini adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan pengetahuan gizi ibu. Faktor-faktor ini terutama yang positif memudahkan terwujudnya perilaku. Dalam hal ini pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakat.

2) Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor pendukung adalah faktor yang memungkinkan terlaksananya keinginan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan. Untuk berperilaku sehat masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, maka bentuk aplikasinya adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan bagi mereka. Faktor pendukung di sini adalah sarana dan prasarana kegiatan pemetaan kadarzi dan pelayanan kesehatan.

3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*)

Faktor pendorong adalah faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dan perilaku lain. Faktor ini meliputi Sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan yang sangat mempengaruhi keluarga terutama ibu untuk berperilaku kadarzi. Faktor penguat disini adalah sikap dan perilaku tokoh masyarakat/agama dan keaktifan kader. Untuk berperilaku sehat masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, agama, petugas kesehatan, maka aplikasi pendidikan kesehatan yang paling tepat dalam bentuk pelatihan-pelatihan bagi tokoh masyarakat tersebut. Dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh bagi masyarakat tentang berperilaku hidup sehat (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:12-18).

2.1.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kadarzi

2.1.7.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan keluarga serta pengasuhan dan perawatan anak. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya bidang gizi sehingga dapat menambah pengetahuan dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Achmad Djaeni. S, 1996: 35). Pendidikan orang tua juga merupakan salah satu

faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena pendidikan orang tua yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana cara menjaga kesehatan anaknya, pendidikan dan sebagainya (Soetjiningsih, 1995:10).

Pendidikan merupakan salah satu tolak ukur yang paling bermanfaat untuk menentukan status sosial ekonomi dan mempunyai tingkat ketepatan yang cukup baik. Variabel ini bisa dicatat dalam kategori yang luas, tidak berpendidikan, berpendidikan, sekolah lanjutan, pendidikan yang lebih tinggi, dan latihan khusus. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktek nutrisi bertambah baik (Mulyono Joyomartono, 2004: 98)

2.1.7.2 Status Pekerjaan

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

Salah satu penyebab terjadinya gizi kurang adalah karena status pekerjaan ibu, karena peran ibu dalam keluarga. Mengatur makanan yang dikonsumsi untuk

keluarganya, sehingga ibu yang bekerja diluar rumah cenderung menelantarkan pola makan keluarganya sehingga mengakibatkan menurunnya keadaan gizi keluarga yang hal ini akan berakibat pada keadaan status gizi anak-anaknya.

Bagi wanita pekerja, bagaimanapun mereka adalah ibu rumah tangga yang sulit lepas begitu saja dari lingkungan keluarga. Wanita mempunyai beban dan hambatan lebih berat dibanding rekan prianya. Dalam arti wanita harus lebih dulu mengatasi urusan keluarga, suami, anak dan hal-hal yang menyangkut urusan rumah tangga seperti mengimunitasikan anak, menimbang anak, menyekolahkan anak dan lain-lain (Pandji Anoraga, 2001:121). Ibu yang bekerja tidak lagi dapat memberikan perhatian kepada anak balitanya apalagi mengurusnya. Jadi ibu yang bekerja waktu untuk merawat anak menjadi berkurang (Achmad Djaeni S, 1996:239).

Dari uraian diatas menjelaskan bahwa status pekerjaan khususnya ibu sangat menentukan dalam keadaan gizi keluarga terutama balitanya dalam hal persediaan pangan, pemilihan, pengolahan untuk dikonsumsi oleh keluarga, karena seorang ibu yang memiliki status pekerjaan (bekerja dan tidak bekerja) akan memiliki keadaan gizi salah yang diakibatkan kurangnya waktu ibu dalam merawat, menjaga serta memberi kasih sayang dan perhatian pada balitanya berbeda dengan ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) mereka akan memiliki status gizi keluarga yang baik khususnya status gizi balitanya.

2.1.7.3 Pendapatan Keluarga

Menurut kamus besar bahasa indonesia pendapatan keluarga adalah hasil kerja atau usaha dari anggota keluarga (KBBI, 2001). Menurut Soetjiningsih

(1995:10), pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder. Keadaan ekonomi keluarga relatif mudah diukur dan berpengaruh besar pada konsumsi pangan, terutama pada golongan miskin. Hal ini disebabkan karena penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan makan. Dua perubahan ekonomi yang cukup dominan sebagai determinan konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga (baik harga pangan maupun harga komoditas kebutuhan dasar) (Yayuk Farida B, dkk, 2004:71).

Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Pengaruh pendapatan terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi lain yang mengadakan interaksi dengan status gizi adalah sama jelasnya bahwa penghasilan meningkat dan daya beli (Yayuk Farida B, dkk,2004:71). Seringkali tidak dapat mengalahkan kebiasaan dan perilaku makanan tertentu yang mengalami perbaikan. Perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi perubahan konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya, penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kuantitas dan kualitas pangan yang dibeli (Sajogyo, 1995:96).

2.1.7.4 Pengetahuan Gizi Ibu

Menurut Depdikbud (1994 : 991), Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui, kepandaian. Gizi adalah zat makanan pokok yang diperlukan bagi

pertumbuhan dan kesehatan badan (Depdikbud, 1994 : 320). Jadi pengetahuan gizi diartikan sebagai segala apa yang diketahui berkenaan dengan sesuatu hal, dalam hal ini mengenai zat makanan.

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

Pengetahuan gizi yang diperoleh ibu sangat bermanfaat bagi balita apabila ibu tersebut berhasil mengaplikasikan pengetahuan gizi yang dimiliki. Aspek-aspek dalam pengetahuan gizi meliputi pangan dan gizi secara umum, pangan dan gizi untuk bayi, pangan dan gizi untuk balita, pangan dan gizi untuk ibu hamil, penentuan pertumbuhan anak, kesehatan anak, dan pengetahuan tentang pengasuhan anak (Yayuk Farida B, dkk,2004:117).

Masalah gizi selain merupakan sindroma kemiskinan yang serta kaitannya dengan masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga juga menyangkut aspek pengetahuan dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat. Pengetahuan sangat penting dalam menentukan bertindak atau tidaknya seseorang yang pada akhirnya sangat akan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarganya (Depkes RI, 2007:).

2.1.7.5 Sarana dan Prasarana

Sarana merupakan salah satu alat untuk menunjang suatu kegiatan. Sarana kesehatan yaitu posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit.

Sarana dan prasarana yang harus ada dalam kegiatan pemetaan keluarga sadar gizi tingkat desa atau kelurahan adalah KMS, buku register, Iodina test, sehingga sarana dan prasarana kesehatan merupakan faktor pemungkin perubahan perilaku seseorang.

2.1.7.6 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan preventif dan promotif sangat diperlukan dalam mewujudkan Kadarzi. Namun demikian kajian saat ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan masih menitikberatkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Di lapangan saat ini kegiatan dan ketersediaan media promosi masih sangat terbatas (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007).

Tersedianya pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau oleh setiap keluarga menjadi faktor penting terhadap status gizi seseorang karena dengan sarana pelayanan yang baik seseorang akan lebih sering memeriksakan kesehatannya. Makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan ditambah pemahaman ibu tentang kesehatan, semakin kecil resiko terkena penyakit dan gizi kurang. Pelayanan kesehatan meliputi imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, serta pendidikan kesehatan dan gizi. Sedangkan untuk sarana kesehatan yaitu posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit (Soekirman, 1999:86).

2.1.7.7 Keaktifan Kader Kesehatan

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan

perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Adi Heru, 1995:10).

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

2.1.7.8 Tingkat Masyarakat

Penanggulangan masalah kesehatan dan gizi di tingkat keluarga perlu keterlibatan masyarakat. Dari berbagai studi di Indonesia, ditemukan bahwa masalah kesehatan dan gizi cenderung dianggap sebagai masalah individu keluarga, sehingga kepedulian masyarakat dalam penanggulangan masalah kesehatan dan gizi masih rendah. Keterlibatan dan perhatian pihak LSM di pusat dan daerah terhadap masalah kesehatan dan gizi masyarakat belum memadai. Hal serupa terjadi juga pada peranan tokoh masyarakat dan tokoh agama yang

sebetulnya memiliki pengaruh yang kuat di masyarakat tetapi belum berperan secara optimal. Demikian pula dengan keterlibatan pihak swasta atau dunia usaha yang seharusnya memiliki potensi besar dalam promosi kadarzi (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007).

2.1.7.9. Pola Asuh Gizi Anak

Pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Masa anak usia 1-5 tahun (balita) adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang memadai. Pada masa ini juga, anak-anak masih sangat tergantung pada perawatan dan pengasuhan ibunya. Oleh karena itu pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun pertama kehidupan sangat penting untuk perkembangan anak (Santoso, 2005).

Seorang ibu memegang peranan penting dalam pengasuhan anaknya. Pola pengasuhan pada tiap ibu berbeda karena dipengaruhi oleh faktor yang mendukungnya, antara lain : latar belakang pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan sebagainya. Banyak penyelidik berpendapat bahwa status pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap kualitas pengasuhannya. Pendidikan ibu yang rendah masih sering ditemui, semua hal tersebut sering menyebabkan penyimpangan terhadap keadaan tumbuh kembang dan status gizi anak terutama pada anak usia balita (Sudiyanto dan Sekartini, 2005).

Pola asuh yang dimaksud adalah sikap, perilaku ibu dalam memberikan makan, merawat bayi atau anak termasuk kebersihan diri, memberikan kasih sayang kedekatan ibu dan anak. Pola asuh ini dapat mempengaruhi keadaan gizi

dan kesehatan baik anak maupun ibunya sendiri.(Sekretariat Tim Teknis Pangan dan Gizi, 2003:8)

2.1.7.10. Umur

Secara umum perkembangan manusia dibagi menjadi beberapa periode, yaitu :

- 1) Periode dalam kandungan (prenatal).
- 2) Periode bayi, antara umur 0 sampai 12 bulan.
- 3) Periode kanak-kanak awal antara 13 bulan sampai dengan usia 6 tahun.
- 4) Periode kanak-kanak akhir, untuk wanita antara umur 6 sampai 12 tahun dan untuk laki-laki antar umur 6 tahun sampai 13 tahun.
- 5) Periode pubertas, untuk wanita antara umur 12 sampai 14 tahun dan untuk laki-laki antar umur 13 tahun sampai 15 tahun.
- 6) Periode remaja, dibagi 2 yaitu period remaja awal antara umur 13-17 tahun dan periode remaja akhir antara umur 17-18 tahun.
- 7) Periode dewasa awal

Secara umum berkisar antara usia 18-39 tahun, pada periode ini merupakan umur-umur pematangan diri terhadap pola hidup baru (berkeluarga). Pada masa ini, seseorang harus memikirkan hal - hal penting dalam hidupnya, tidak seperti pada masa remaja. Seseorang sudah mulai serius belajar demi karir dimasa yang akan datang.

- 8) Periode Dewasa Madya

Periode ini dihitung sejak usia 40-60 tahun. Kehidupan seseorang pada usia ini umumnya sudah mapan, berkeluarga dan memiliki beberapa

anak. Individu harus menyesuaikan diri lagi dengan berbagai perubahan fisik dan lingkungan sosialnya.

9) Periode Usia Lanjut

Umur pada periode usia lanjut yaitu 60 tahun ke atas. Pada periode ini, terjadi penurunan fungsi tubuh seseorang (Irwanto dkk, 2002:49)

2.1.7.11 Sikap Ibu

Menurut kamus besar bahasa Indonesia sikap adalah perbuatan dan sebagainya yang berdasarkan pada pendirian dan keyakinan. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Soekidjo Notoatmojo, 2003:124).

Pembentukan sikap tidak terjadi dengan sendirinya atau terjadi begitu saja. Pembentukannya selalu berhubungan dengan interaksi sosial baik yang terjadi di dalam kelompok maupun di luar kelompok, baik berjalan secara ilmiah maupun dengan bantuan teknologi informasi. Pada dasarnya proses pembentukan sikap berawal dari lingkungan keluarga, kemudian interaksi dengan lingkungan masyarakat dan tentu saja berhubungan dengan lingkungan pendidikan, baik formal maupun informal. Selain itu sikap juga berhubungan dengan perbedaan bakat, minat, dan intensitas perasaan (Akyas Azhari, 2004:162).

Berbagai Tingkatan Sikap yaitu :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

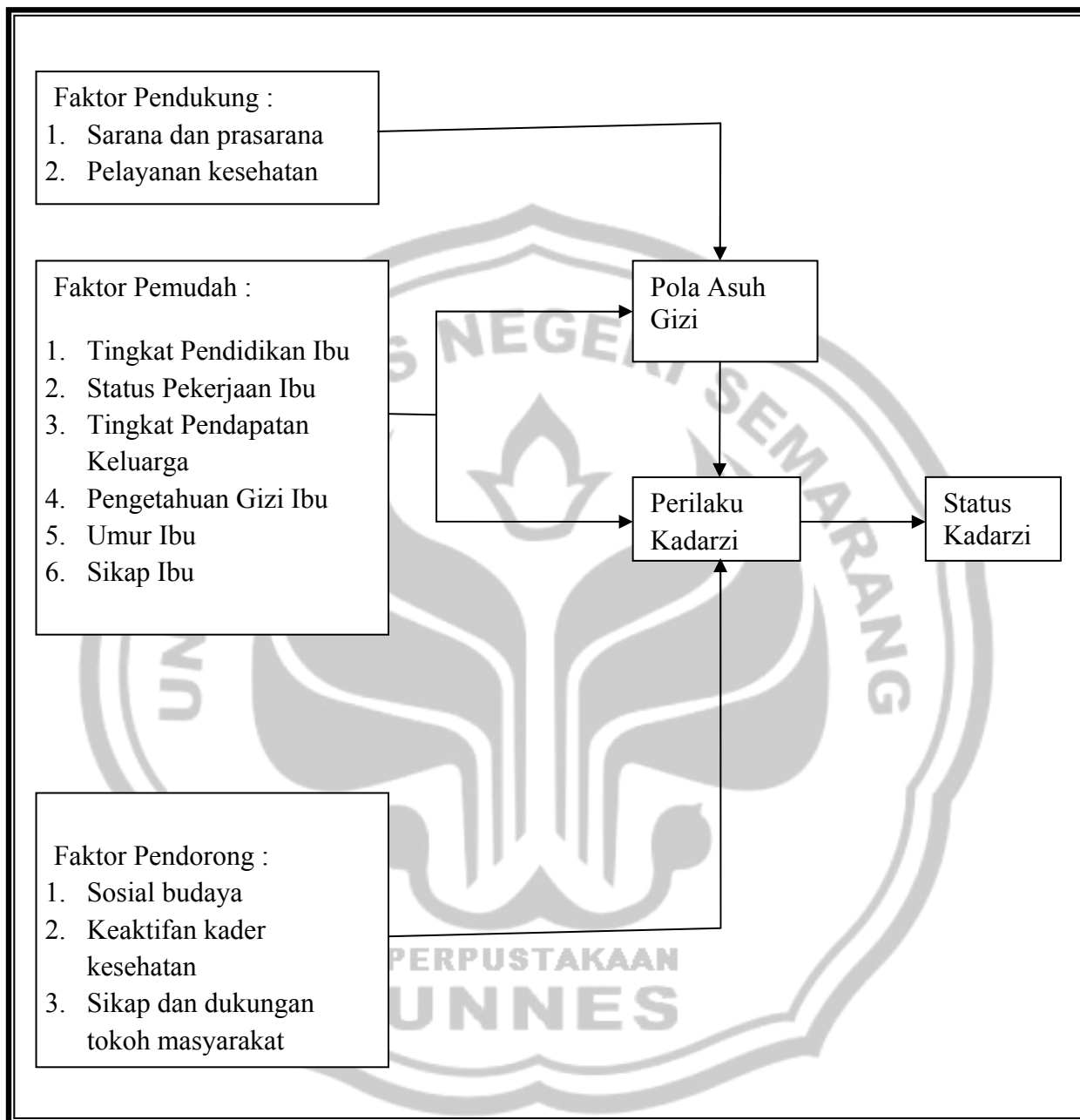
3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu lain untuk pergi keposyandu menimbangkan anaknya, atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya, seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari orang tua atau dari orang lain (Soekidjo Notoatmojo, 2003:126)

2.2 KERANGKA TEORI

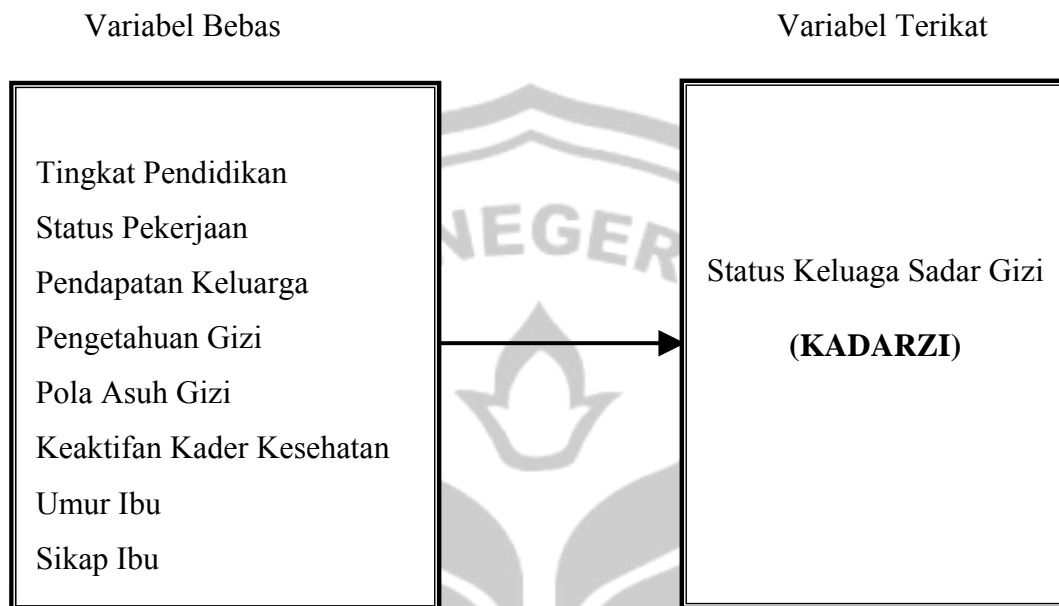


Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber : Depkes RI (2007), Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmojo (2003).

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



Gambar 3.1 : Kerangka Konsep “Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011”.

3.2 VARIABEL PENELITIAN

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (*Independent Variable*) adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah umur, sikap ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, pola asuh gizi, dan keaktifan kader kesehatan.

3.2.2 Variabel Terikat

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

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- 1) Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 2) Ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 3) Ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 4) Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 5) Ada hubungan antara pola asuh gizi dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 6) Ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.

- 7) Ada hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.
- 8) Ada hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal Tahun 2011.

3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel

Variabel (1)	Definisi Operasional (2)	Cara Ukur (3)	Kategori (4)	Skala (5)
Variabel Terikat: Status Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)	Adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang yang mencakup 5 indikator yaitu: 1. Keluarga biasa mengkonsumsi aneka ragam makanan 2. Keluarga selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya khususnya balita. 3. Keluarga hanya menggunakan garam beryodium untuk memasak makanannya 4. Keluarga memberi dukungan pada ibu melahirkan untuk memberikan ASI eksklusif 5. Minum suplemen gizi sesuai anjuran.	Form Kuesioner	Apabila keluarga melakukan 1 indikator, maka dinilai 1 dan apabila tidak diberi nilai 0. Kategori status kadarzi: 1) Kadarzi, jika nilainya 5. 2) Tidak Kadarzi jika nilainya 0-4. (Depkes RI,2007:4)	Ordinal
Variabel Bebas: meliputi:	Yaitu pendidikan formal yang ditamatkan atau	Form Kuesioner	1) Pendidikan tinggi, jika	Ordinal

Tingkat Pendidikan	dicapai oleh ibu rumah tangga.		tamat SMP, SMU, PT 2) Pendidikan rendah, jika	
Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
			tidak tamat SMP (Soekidjo, 2003: 112)	
Status Pekerjaan Ibu	Status pekerjaan ibu, yaitu status apakah ibu bekerja atau tidak. Bekerja adalah mata pencaharian, sesuatu yang dikerjakan sehari-hari yang bertujuan untuk mendapatkan uang atau nafkah.	Form Kuesioner	1) Bekerja (jika benar-benar melakukan aktivitas yang menghasilkan suatu hasil kerja) 2) Tidak bekerja (jika benar-benar tidak melakukan aktivitas yang menghasilkan suatu hasil kerja) (Neil N, 2000: 253)	Nominal
Pendapatan Keluarga	Baik tidaknya kondisi keuangan dilihat dari jumlah pendapatan keluarga setiap bulan.	Kuesioner	1) Baik, jika pendapatan keluarga tiap bulan \geq Rp 700.000 2) Tidak baik, pendapatan keluarga tiap bulan $<$ Rp 700.000	Ordinal

Variabel (1)	Definisi Operasional (2)	Cara Ukur (3)	Kategori (4)	Skala (5)
Pengetahuan Gizi Ibu	Pengetahuan ibu tentang gizi yang diukur dengan Kuesioner sebanyak 18 soal, kemudian diskor dengan ketentuan: 1 = jika jawaban benar 0 = jika jawaban salah Hasil skor diklasifikasikan menjadi baik dan kurang baik.	Kuesioner	1) Kurang baik jika total skor < 60% 2) Baik jika $\geq 60\%$ jawaban benar (Yayuk Farida Baliwati, 2004:117)	Ordinal
Pola Asuh Gizi	Sikap dan perilaku ibu dalam hal perawatan anak,praktek menyusui dan pemberian MP asi,penyiapan makanan dan gizi.	Kuesioner	1) Baik, jika total skor jawaban ≥ 9 . 2) Kurang baik, jika total skor < 9.	Ordinal
Keaktifan Kader Kesehatan	Keaktifan kader untuk melakukan penyuluhan kepada masyarakat untuk memotivasi dalam terwujudnya status keluarga sadar gizi.	Kuesioner	1) Aktif jika total skor jawaban ≥ 5 . 2) kurang aktif jika total skor jawaban < 5.	Ordinal
Sikap Ibu	Respon atau reaksi yang disertai keyakinan dari ibu balita untuk menjadi keluarga sadar gizi.	Kuesioner	1) Tidak menerima jika total skor < 6. 2) Menerima jika total skor ≥ 6 . (Agus Irianto, 2004:45)	Nominal
Umur Ibu	Usia responden pada saat diwawancarai yang dihitung dengan tahun. Usia responden sampai	Form Kuesioner	1) Dewasa Madya jika responden >39 tahun.	Ordinal

dengan ulang tahun
terakhir

2) Dewasa
Awal jika 17-
39 tahun.

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik yang menjelaskan (*explanatory research*), yaitu penelitian yang menjelaskan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui pengujian hipotesis (Masri Singarimbun, 1995:5). Metode yang digunakan adalah metode survei dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* rancangan studi epidemiologi yang mempelajari hubungan penyakit dan paparan (faktor penelitian) dengan cara mengamati status paparan dan penyakit serentak pada individu –individu dari populasi tunggal, pada satu saat atau periode (Bhisma Murti, 1997: 102).

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua ibu-ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal yang mempunyai bayi usia antara 7-59 bulan yang berjumlah 182 orang.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dan responden yang ada di Kelurahan Muarareja. Dalam penelitian ini digunakan teknik Simple Random Sampling, yaitu setiap anggota atau unit dan populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Adapun teknik pengambilan sampel secara acak sederhana ini dilakukan dengan bantuan tabel bilangan atau angka

acak (*random number*). Dalam penelitian ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusif.

Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusif dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dan subyek yang kita inginkan dalam penelitian tersebut. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini diantaranya :

- 1) Responden memiliki balita yang berusia 7-59 bulan (sampel diambil pada usia 7 bulan sampai dibawah 5 tahun, dengan alasan bahwa pada usia sebelum 7 bulan populasi ataupun sampel belum memenuhi kriteria sampel ASI eksklusif, sedangkan usia di bawah 5 tahun dimaksudkan, bahwa usia tersebut sangat rentan balita terkena masalah gizi).
- 2) Responden bersedia untuk mengikuti penelitian.
- 3) Responden tercatat sebagai penduduk wilayah desa penelitian dan berada di daerah penelitian serta jarak dapat dijangkau.

2) Kriteria eksklusif

Kriteria eksklusif dalam penelitian ini meliputi:

- 1) Ibu rumah tangga yang belum mempunyai anak
- 2) Responden mengundurkan diri pada saat dilaksanakannya penelitian
- 3) Responden tidak berada dikelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal saat dilaksanakannya penelitian.

Berikut cara perhitungan sampel:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

N = Ukuran populasi

n = Ukuran sampel

d = tingkat kepercayaan yaitu 0,1/10%

$$n = 182 / 1 + 182(0,1^2)$$

$$n = 182 / 3,82$$

$$n = 64,54$$

$$n = 65$$

Berdasarkan perhitungan di atas, maka besarnya sampel yang digunakan adalah 65 sampel.

3.7 SUMBER DATA

Sumber data dalam penelitian ini terdiri atas data primer dan data sekunder.

3.7.1 Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner yang telah disediakan. Data primer meliputi daftar identitas responden, umur, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan, pendapatan keluarga, pertanyaan pengetahuan gizi berkaitan dengan lima indikator, pola asuh gizi anak, keaktifan kader kesehatan, dan sikap ibu.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang dapat mendukung kelengkapan data primer yang diperoleh dari instansi terkait, diantaranya dari DKK Kota Tegal dan data demografi kelurahan di kantor Kelurahan Muarareja mengenai distribusi penduduk menurut jenis kelamin, kelompok umur, data tentang program kadarzi dan status gizi.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Soekidjo Notoatmodjo, 2002: 48). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

1) Kuesioner

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk alat pengumpul data yang biasanya dipakai dalam wawancara (sebagai pedoman wawancara yang berstruktur) dan angket. Kuesioner diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah terstruktur dengan baik, sudah matang di mana responden dalam hal angket dan interviewer (dalam hal wawancara) tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu.

2) Iodina Test

Iodina test merupakan larutan uji garam beryodium, yang digunakan untuk mengetahui apakah garam yang dikonsumsi mengandung yodium atau tidak, jika

larutan iodina test di teteskan pada garam terlihat perubahan warna garam putih menjadi biru keunguan maka garam tersebut beryodium. Semakin tua warnanya, semakin baik mutu garam beryodium.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

1) Pengamatan (observasi)

Dalam penelitian pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:93).

2) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu percakapan (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:102). Dengan melakukan wawancara kepada responden untuk mengetahui, pendapatan keluarga dan pengetahuan ibu dengan status kadarzi.

3) Dokumentasi

Dokumentasi adalah metode pengumpulan data dengan menggunakan berbagai sumber tulisan yang berkenaan dengan objek penelitian. Metode ini digunakan untuk mengetahui jumlah keluarga, data pendukung seperti monografi desa.

3.9 TEKNIK ANALISIS DATA

Data yang diperoleh dalam penelitian kemudian diolah dan dianalisis menggunakan komputer. Dalam pengolahan data-data penelitian dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1). *Editing*

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

2). *Coding*

Coding dilakukan untuk mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori-kategori dengan memberikan kode pada setiap jawaban responden.

3). *Skoring*

Setelah dilakukan pengkodean kemudian dilakukan pemberian nilai sesuai dengan skor yang telah ditentukan.

4). *Entry*

Yaitu data yang telah dikode tersebut kemudian dimasukkan dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah.

5). Tabulasi data

Tabulasi data merupakan kelanjutan dari pengkodean pada proses pengolahan data. Hal ini dilakukan agar mudah penyajian data dalam bentuk distribusi frekuensi.

6). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik sebagai berikut:

1). Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel, yaitu variabel bebas (tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, umur ibu, pola asuh gizi anak, keaktifan kader kesehatan, dan sikap ibu) maupun variabel terikat (status keluarga sadar gizi). Analisis ini berupa distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:188).

Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk table, grafik dan narasi. Untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat apakah data sudah layak dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data yang dikumpulkan sudah optimal untuk analisis lebih lanjut.

2). Analisis Bivariat / Analitik

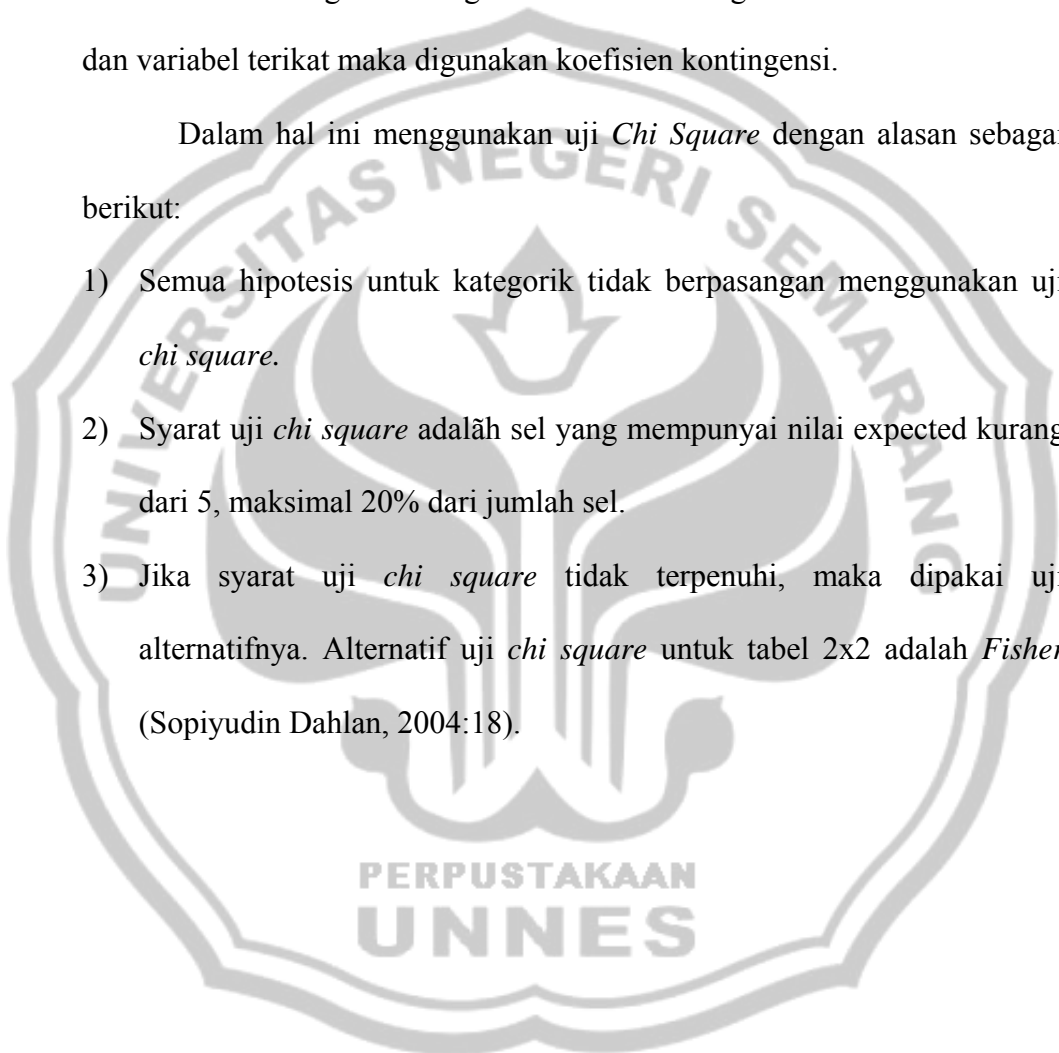
Analisis ini diperlukan untuk menguji hubungan antara masing-masing variabel bebas yaitu (tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, umur ibu, pola asuh gizi anak, keaktifan kader kesehatan, dan sikap ibu) dan variabel terikat yaitu (status keluarga sadar gizi). Dalam analisis ini uji statistik yang digunakan adalah *Chi-square* karena variabel yang diteliti berskala nominal dan ordinal serta kelompok sampel tidak berpasangan (Sopiyudin Dahlan, 2004:5). Dasar pengambilan keputusan yang digunakan

berdasarkan taraf signifikansi yang digunakan adalah 95% dengan kemaknaan 5%. Jika probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima (tidak ada hubungan), sebaliknya jika probabilitasnya $< 0,05$ maka H_0 ditolak (ada hubungan) (Singgih Santoso, 2000: 235).

Untuk mengetahui tingkat keeratan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat maka digunakan koefisien kontingensi.

Dalam hal ini menggunakan uji *Chi Square* dengan alasan sebagai berikut:

- 1) Semua hipotesis untuk kategorik tidak berpasangan menggunakan uji *chi square*.
- 2) Syarat uji *chi square* adalah sel yang mempunyai nilai expected kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel.
- 3) Jika syarat uji *chi square* tidak terpenuhi, maka dipakai uji alternatifnya. Alternatif uji *chi square* untuk tabel 2x2 adalah *Fisher* (Sopiyudin Dahlan, 2004:18).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 KEADAAN UMUM

4.1.1 Keadaan Geografis

Kelurahan Muarareja merupakan salah satu kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Tegal Barat. Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal memiliki luas wilayah yang belum diketahui dengan pasti karena ada tukar guling sebagian wilayah dengan Kabupaten Brebes yang belum diselesaikan. Kelurahan Muarareja terdiri dari 3 Rukun Warga (RW) dan 15 Rukun Tangga (RT), dengan jumlah penduduk 6.321 jiwa (Tahun 2010) yang terdiri atas 3.238 penduduk laki-laki dan 3.083 penduduk perempuan. Adapun batas-batas wilayah Kelurahan Muarareja adalah sebagai berikut:

Sebelah Utara	: Laut Jawa
Sebelah Selatan	: Kelurahan Pesurungan Lor
Sebelah Barat	: Kabupaten Brebes
Sebelah Timur	: Kelurahan Tegal Sari

4.1.2 Keadaan Demografi

1) Jumlah Kepala Keluarga : 1.615 Keluarga

2) Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan

Tidak Sekolah : 144 orang

Tidak tamat SD : 697 orang

Tamat SD : 3.331 orang

Tamat SLTP	: 578 orang
Tamat SLTA	: 296 orang
Perguruan Tinggi	: 97 orang

3) Penduduk Menurut Agama

Islam	: 6.244 orang
Kristen	: 50 orang
Katolik	: 27 orang

4) Penduduk Menurut Usia

Distribusi penduduk menurut kelompok usia di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal pada Tahun 2010 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Penduduk Menurut Usia

Usia	Jumlah (orang)
0-04 tahun	182
05-09 tahun	557
10-14 tahun	694
15-19 tahun	670
20-24 tahun	641
25-29 tahun	634
30-34 tahun	601
35-39 tahun	540
40-44 tahun	463
45-49 tahun	404
50-54 tahun	310
55-59 tahun	215
60-64 tahun	137

65-69 tahun	99
70-74 tahun	82
Lebih dari 75 tahun	92

Sumber : Data Kelurahan Muarareja Tahun 2010

5) Penduduk Menurut Mata Pencapaian

Distribusi penduduk menurut mata pencapaian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal pada Tahun 2010 dapat dilihat tabel berikut:

Tabel 4.2 Distribusi penduduk menurut mata pencapaian

Jenis Pekerjaan	Jumlah (Orang)
Petani	315
Buruh Tani	11
Nelayan	2.525
Pengusaha	67
Buruh Industri	8
Buruh Bangunan	72
Pedagang	404
Pengangkutan	30
Pegawai Negeri, Sipil, TNI	70
Pensiunan	11
Lain-lain	99

Sumber : Data Kelurahan Muarareja Tahun 2010

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian. Pada analisis ini akan menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap-tiap variabel yang berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi. Berikut adalah

variabel-variabel yang dianalisis adalah meliputi tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu, pola asuh gizi, keaktifan kader kesehatan, umur ibu, sikap ibu dan status Kadarzi.

4.2.1.1 Umur Ibu

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang umur ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Umur Ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Umur	Frekuensi	Persentase
1	Dewasa Madya >39 th	9	13,8 %
2	Dewasa Awal 17-39 th	56	86,2 %
Jumlah		65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat mengenai proporsi umur ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang tergolong dewasa madya sebanyak 9 orang (13,8%), dan yang tergolong dewasa awal sebanyak 56 orang (86,2%).

4.2.1.2 Tingkat Pendidikan Ibu

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang tingkat pendidikan ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	Rendah	18	27,7%
2	Tinggi	47	72,3%
Jumlah		65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat mengenai proporsi pendidikan ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 47 orang (72,3%), dan yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 18 orang (27,7%).

4.2.1.3 Status Pekerjaan Ibu

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang status pekerjaan ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Status Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Bekerja	39	60 %
2	Bekerja	26	40 %
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat mengenai proporsi pekerjaan ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang bekerja sebanyak 26 orang (40 %), dan yang tidak bekerja sebanyak 39 orang (60 %).

4.2.1.4 Pendapatan Keluarga

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang pendapatan keluarga di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Pendapatan	Frekuensi	Persentase
1	Pendapatan Kurang	20	30,8%
2	Pendapatan Lebih	45	69,2%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat mengenai proporsi pendapatan keluarga di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi keluarga yang memiliki pendapatan lebih sebanyak 45 orang (69,2%), dan yang memiliki pendapatan kurang sebanyak 20 orang (30,8%).

4.2.1.5 Pengetahuan Gizi Ibu

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang pengetahuan gizi ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Gizi Ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Kurang Baik	28	43,1%
2	Baik	37	56,9%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat mengenai proporsi pengetahuan gizi ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 28 orang (43,1%), dan yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 37 orang (56,9%).

4.2.1.6 Pola Asuh Gizi

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang pola asuh gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Pola Asuh Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Pola Asuh Gizi	Frekuensi	Persentase
1	Kurang Baik	22	33,8%
2	Baik	43	66,2%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.8 dapat dilihat mengenai proporsi pola asuh gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang memiliki pola asuh kurang baik sebanyak 22 orang (33,8%), dan yang memiliki pola asuh gizi baik sebanyak 43 orang (66,2%).

4.2.1.7 Keaktifan Kader Kesehatan

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang keaktifan kader kesehatan di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi keaktifan kader kesehatan di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Keaktifan Kader	Frekuensi	Persentase
1	Kurang Aktif	41	63,1%
2	Aktif	24	36,9%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.9 dapat dilihat mengenai proporsi keaktifan kader kesehatan di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang menilai kader kurang aktif sebanyak 41 orang (63,1%), dan yang menilai kader aktif sebanyak 24 orang (36,9%).

4.2.1.8 Sikap Ibu

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang sikap ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Sikap Ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Sikap Ibu	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Menerima	8	12,3%
2	Menerima	57	87,7%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.10 dapat dilihat mengenai proporsi sikap ibu di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi sikap ibu yang tidak menerima sebanyak 8 orang (12,3%), dan yang menerima sebanyak 57 orang (87,7%).

4.2.1.9 Status Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Berdasarkan penelitian di peroleh data tentang status Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011

No	Status Kadarzi	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Kadarzi	33	50,8%
2	Kadarzi	32	49,2%
	Jumlah	65	100 %

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.11 dapat dilihat mengenai status keluarga sadar gizi (Kadarzi) di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011. Proporsi ibu yang memiliki status tidak kadarzi sebanyak 33 orang (50,8%), dan yang memiliki status kadarzi sebanyak 32 orang (49,2%).

4.2.2 Analisis Bivariat

Uji bivariat pada penelitian “analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011” ini menggunakan rumus *Chi-Square*, dimana uji tersebut digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 yang meliputi :

4.2.2.1 Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian besar memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi pula. Lebih jelasnya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.12 Tabel Silang Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Kadarzi

Tingkat Pendidikan Ibu	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Rendah	13	5	18
(%)	20,0 %	7,7 %	27,7 %
Tinggi	20	27	47
(%)	30,8 %	41,5 %	72,3 %
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.12 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu dengan status kadarzi dan memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang memiliki tingkat pendidikan rendah namun dengan status kadarzi sebanyak 5 orang (7,7%). Responden dengan status tidak kadarzi dan memiliki

tingkat pendidikan tinggi sebanyak 20 orang (30,8%), sedang yang memiliki tingkat pendidikan rendah dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 13 orang (20%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel tingkat pendidikan ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,032 ($p > 0,05$), yang artinya ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status kadarzi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.2 Hubungan Status Pekerjaan Ibu Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian besar tidak bekerja, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian besar responden tidak bekerja pula. Lebih jelasnya hubungan antara pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.13 Tabel Silang Status Pekerjaan Ibu Dengan Status Kadarzi

Status Pekerjaan Ibu	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Tidak Bekerja	23	16	39
(%)	35,4%	24,6%	60%
Bekerja	10	16	26
(%)	15,4%	24,6%	40%
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.13 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan bekerja sebanyak 16 orang (24,6%), sedang yang tidak bekerja namun berstatus kadarzi juga sebanyak 16 orang (24,6%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan bekerja sebanyak 10 orang (15,4%), sedang yang tidak bekerja dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 23 orang (35,4%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel pekerjaan ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,105 ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.3 Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian besar memiliki pendapatan tinggi, sedangkan yang memiliki status tidak kadarzi sebagian memiliki tingkat pendapatan tinggi pula. Lebih jelasnya hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.14 Tabel Silang Tingkat Pendapatan Keluarga Dengan Status Kadarzi

Pendapatan Keluarga	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Rendah	14	6	20
(%)	21,5%	9,2%	30,7%
Tinggi	19	26	45
(%)	29,3%	40,0%	69,3%
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.14 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki tingkat pendapatan tinggi sebanyak 26 orang (40%), sedang yang memiliki tingkat pendapatan rendah namun berstatus kadarzi sebanyak 6 orang (9,2%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki tingkat pendapatan tinggi sebanyak 19 orang (29,3%), sedang yang memiliki tingkat pendapatan rendah dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 14 orang (21,5%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel tingkat pendapatan keluarga ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,039 ($p < 0,05$), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.4 Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian memiliki pengetahuan gizi yang kurang baik, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik. Lebih jelasnya hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.15 Tabel Silang Pengetahuan Gizi Ibu Dengan Status Kadarzi

Pengetahuan Gizi Ibu	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Kurang Baik	19	9	28
(%)	29,2%	13,8%	43,0%
Baik	14	23	37
(%)	21,5%	35,4%	56,9%
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.15 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki pengetahuan gizi yang baik sebanyak 23 orang (35,4%), sedang yang memiliki pengetahuan gizi yang kurang baik namun berstatus kadarzi sebanyak 9 orang (13,8%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki pengetahuan gizi yang baik sebanyak 14 orang (21,5%),

sedang yang memiliki pengetahuan gizi kurang baik dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 19 orang (29,9%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel pengetahuan ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,017 ($p < 0,05$), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.5 Hubungan Pola Asuh Gizi Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian memiliki pola asuh gizi yang baik, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian besar responden memiliki pola asuh gizi yang baik pula. Lebih jelasnya hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.16 Tabel Silang Pola Asuh Gizi Dengan Status Kadarzi

Pola Asuh Gizi	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Kurang Baik	12	10	22
(%)	18,5%	15,3%	33,8%
Baik	21	22	43
(%)	32,3%	33,8%	66,2%
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.16 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki pola asuh gizi yang baik sebanyak 22 orang (33,8%), sedang yang memiliki pola asuh gizi yang kurang baik namun berstatus kadarzi sebanyak 10 orang (15,3%). Responden yang berstatus tidak

kadarzi dan memiliki pola asuh gizi yang baik sebanyak 21 orang (32,3%), sedang yang memiliki pola asuh gizi kurang baik dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 12 orang (18,5%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel pola asuh gizi ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas ($p = 0,663$ ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pola asuh gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.6 Hubungan Keaktifan Kader Kesehatan Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian menilai kader kesehatan kurang aktif, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian responden menilai kader kesehatan kurang aktif pula. Lebih jelasnya hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.17 Tabel Silang Keaktifan Kader Kesehatan Dengan Status Kadarzi

Keaktifan Kesehatan	Kader	Status Kadarzi		Total
		Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Kurang Aktif (%)	20 30,8%	21 32,3%	41 63,1%	
Aktif (%)	13 20%	11 16,9%	24 36,9%	
Total (%)	33 50,8%	32 49,2%	65 100%	

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.17 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan menilai kader kesehatan aktif sebanyak 11 orang (16,9%), sedang yang menilai kader kesehatan kurang aktif namun berstatus kadarzi

sebanyak 21 orang (32,3%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan menilai kader kesehatan aktif sebanyak 13 orang (20%), sedang yang menilai kader kesehatan kurang aktif dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 20 orang (30,8%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel keaktifan kader kesehatan dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,675 ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.7 Hubungan Umur Ibu Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian besar berumur dewasa awal, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian besar responden berumur dewasa awal pula. Lebih jelasnya hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.18 Tabel Silang Umur Ibu Dengan Status Kadarzi

Umur Ibu	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Dewasa Madya (%)	6 9,2%	3 4,6%	9 13,8%
Dewasa Awal (%)	27 41,5%	29 44,6%	56 86,2%
Total (%)	33 50,8%	32 49,2%	65 100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.18 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan berumur dewasa awal sebanyak 29 orang (44,6%), sedang yang berumur dewasa madya namun berstatus kadarzi sebanyak 3 orang (4,6%).

Responden yang berstatus tidak kadarzi dan berumur dewasa awal sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang berumur dewasa madya dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 6 orang (9,2%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel umur ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,470 ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

4.2.2.8 Hubungan Sikap Ibu Dengan Status Kadarzi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang berstatus tidak kadarzi sebagian besar memiliki sikap yang menerima, sedangkan yang memiliki status kadarzi sebagian responden memiliki sikap yang menerima pula. Lebih jelasnya hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.19 Tabel Silang Sikap Ibu Dengan Status Kadarzi

Sikap Ibu	Status Kadarzi		Total
	Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Tidak Menerima	3	5	8
(%)	4,6%	7,7%	12,3%
Menerima	30	27	57
(%)	46,2%	41,5%	87,7%
Total	33	32	65
(%)	50,8%	49,2%	100%

Sumber : Data Penelitian 2011

Berdasarkan tabel 4.19 tersebut di atas menunjukkan bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki sikap yang menerima sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang memiliki sikap tidak menerima namun berstatus kadarzi sebanyak 5 orang (7,7%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki sikap yang

menerima sebanyak 30 orang (46,2%), sedang memiliki sikap yang tidak menerima dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 3 orang (4,6%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* antara variabel sikap ibu dengan variabel status kadarzi diperoleh probabilitas (p) = 0,475 ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

Tabel 4.20 Rekapitulasi Hasil Penelitian

No	Variabel Bebas	<i>P Value</i>	CC	Keterangan
1	Pengetahuan gizi	0,017	0,285	Ada hubungan antara pengetahuan gizi dengan status kadarzi
2	Pendidikan ibu	0,032	0,257	Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status kadarzi
3	Pendapatan keluarga	0,039	0,248	Ada hubungan antara pendapatan dengan status kadarzi
4	Pekerjaan ibu	0,105	0,197	Tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan status kadarzi
5	Pola asuh gizi	0,663	0,054	Tidak ada hubungan antara pola asuh gizi dengan status kadarzi
6	Umur ibu	0,504	0,126	Tidak ada hubungan antara umur ibu dengan status kadarzi
7	Keaktifan kader kesehatan	0,675	0,052	Tidak ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status kadarzi
8	Sikap ibu	0,670	0,999	Tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan status kadarzi

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal diperoleh faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi diantaranya pengetahuan gizi ibu ($p = 0,017$, $CC = 0,285$), tingkat pendidikan ibu ($p = 0,032$, $CC = 0,257$), dan pendapatan keluarga ($p = 0,039$, $CC = 0,248$). Sedangkan data yang diperoleh tentang faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan status keluarga sadar gizi diantaranya pekerjaan ibu ($p = 0,105$, $CC = 0,197$), pola asuh gizi ($p = 0,663$, $CC = 0,054$), keaktifan kader kesehatan ($p = 0,675$, $CC = 0,052$), umur ibu ($p = 0,470$, $CC = 0,126$), sikap ibu ($p = 0,475$, $CC = 0,099$) dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal.

5.1.1 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi

Dari hasil penelitian tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 diperoleh faktor-faktor yang berhubungan maupun yang tidak berhubungan dengan status keluarga sadar gizi, adapun faktor-faktor yang berhubungan diantaranya adalah pengetahuan gizi ibu, pendidikan ibu, dan tingkat pendapatan keluarga.

1) Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki pengetahuan gizi yang baik sebanyak 23 orang (35,4%), sedang yang memiliki pengetahuan gizi yang kurang baik namun berstatus kadarzi sebanyak 9 orang (13,8%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki pengetahuan gizi yang baik sebanyak 14 orang (21,5%), sedang yang memiliki pengetahuan gizi kurang baik dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 19 orang (29,9%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja berhubungan dengan tingkat pengetahuan gizi ibu. Dari hasil analisis bivariat diperoleh nilai $p = 0,017$ dan $CC = 0,285$. Hal ini membuktikan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat Setyaningsih (2007) yang menyatakan bahwa Semakin tinggi pengetahuan responden tentang Kadarzi maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi, sebaliknya semakin rendah pengetahuan responden tentang Kadarzi maka akan semakin kecil kemungkinan untuk menerapkan indikator Kadarzi. Salah satu faktor yang menentukan perilaku tentang kesehatan seseorang adalah pengetahuan

dan sikap, semakin tinggi pengetahuan dan sikap mendukung seseorang, maka semakin dapat ia memanfaatkan kemampuan tersebut.

Hal ini sejalan dengan teori Green tentang perilaku manusia dari tingkat kesehatan yaitu perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama dimana salah satu faktor yaitu predisposisi yang di dalamnya terdapat pengetahuan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 13). Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Tingkat pengetahuan gizi seseorang besar pengaruhnya bagi perubahan sikap di dalam pemilihan bahan makanan yang selanjutnya berpengaruh pada keadaan gizi individu yang bersangkutan (Sekidjo Notoatmodjo, 2003:167).

Hal tersebut menyatakan bahwa pengetahuan yang dimiliki seorang ibu sangat menentukan status keluarga sadar gizi. Dalam hal ini pengetahuan gizi ibu turut mendukung upaya penerapan keluarga sadar gizi. Pada responden yang berpengetahuan kurang baik ternyata mereka banyak yang belum menerapkan sadar gizi, tetapi pada responden yang berpengetahuan baik kecenderungan untuk menerapkan sadar gizi didalam keluarga lebih banyak. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:13).

2) Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Status Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara tingkat pendidikan ibu dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu dengan

status kadarzi dan memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang memiliki tingkat pendidikan rendah namun dengan status kadarzi sebanyak 5 orang (7,7%). Responden dengan status tidak kadarzi dan memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 20 orang (30,8%), sedang yang memiliki tingkat pendidikan rendah dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 13 orang (20%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu. Dari hasil analisis bivariat diperoleh nilai probabilitas $p = 0,032$ ($p < 0,05$), yang artinya ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat Elizabeth B. Hurlock bahwa seseorang yang mempunyai status sosial ekonomi yang baik akan lebih mampu berperan dalam berbagai kegiatan sosial, terutama kegiatan di luar rumah dibandingkan dengan orang yang mempunyai status sosial ekonomi yang kurang baik (Elizabeth B. Hurlock, 1980:263). Status sosial ekonomi sebagai salah satu faktor predisposisi yaitu dalam hal ini tingkat pendidikan ibu (Lawrence Green, 1980:121).

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

Beberapa pendapat tersebut memperkuat hubungan kedua variabel antara tingkat pendidikan dan status keluarga sadar gizi, bahwa dalam berpendidikan terkandung makna yang lebih luas tidak hanya mendapatkan ilmu semata tetapi juga dapat menambah wawasan dan cara berfikir sehingga ibu yang berpendidikan akan cenderung berperilaku sehat. Cara berfikir inilah yang banyak menentukan keluarga untuk menjadi keluarga sadar gizi. Orang yang berpendidikan akan cenderung untuk berperilaku sehat. Dalam hal ini keluarga sadar gizi berarti seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah yang dijumpai oleh anggota keluarganya.

3) Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki tingkat pendapatan tinggi sebanyak 26 orang (40%), sedang yang memiliki tingkat pendapatan rendah namun berstatus kadarzi sebanyak 6 orang (9,2%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki tingkat pendapatan tinggi sebanyak 19 orang (29,3%), sedang yang memiliki tingkat pendapatan rendah dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 14 orang (21,5%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja berhubungan dengan tingkat pendapatan keluarga. Dari hasil analisis bivariat diperoleh nilai probabilitas $p = 0,039$ dan $CC = 0,248$. Dari

hasil tersebut didapatkan taraf signifikan ($p < 0,05$), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Lawrence Green faktor perilaku manusia dipengaruhi 3 faktor utama yang salah satunya faktor predisposisi yaitu di dalamnya terdapat tingkat pendapatan (Lawrence Green, 1980:121). Perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi perubahan konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya, penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kualitas dan kuantitas pangan yang dibeli. Hal ini sejalan dengan pendapat Djiteng Roedjito (1989:1) Besar kecilnya pendapatan keluarga berpengaruh terhadap pola konsumsi dan status gizi individu, maka apabila suatu keluarga berpenghasilan tinggi maka mereka mampu membeli bahan pangan bergizi.

Menurut pendapat Suhardjo (1986), yang menyatakan bahwa jika tingkat pendapatan keluarga baik, jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik juga. Dengan meningkatnya pendapatan perorangan maupun keluarga, maka akan terjadi perubahan dalam susunan makanan. Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan ialah pangan yang dimakan itu lebih mahal. Karena bukti menunjukkan bahwa kebiasaan makan cenderung berubah bersama dengan naiknya pendapatan, maka masa pertumbuhan pendapatan merupakan saat yang baik untuk mempromosikan diversifikasi pangan.

5.1.2 Faktor-Faktor yang Tidak Berhubungan dengan Status Keluarga Sadar Gizi

Faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 diantaranya adalah status pekerjaan ibu, pola asuh gizi, umur ibu, keaktifan kader kesehatan, dan sikap ibu.

1) Status Pekerjaan Ibu

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara status pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan bekerja sebanyak 16 orang (24,6%), sedang yang tidak bekerja namun berstatus kadarzi juga sebanyak 16 orang (24,6%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan bekerja sebanyak 10 orang (15,4%), sedang yang tidak bekerja dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 23 orang (35,4%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p = 0,105$ dan $CC = 0,197$. Dari hasil tersebut didapatkan taraf signifikan ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Penelitian ini tidak sejalan dengan salah satu faktor predisposisi Green (1980) yaitu dalam hal ini pekerjaan ibu. Hal ini dikarenakan salah satu penyebab terjadinya gizi kurang adalah karena status pekerjaan ibu, karena peran ibu dalam

keluarga yaitu berperan dalam pengaturan makanan yang dikonsumsi untuk keluarganya, sehingga ibu yang bekerja diluar rumah cenderung menelantarkan pola makan keluarganya sehingga mengakibatkan menurunnya keadaan gizi keluarga. Hal ini akan berakibat pada keadaan status gizi anak-anaknya.

Tidak adanya hubungan antara status pekerjaan dengan status keluarga sadar gizi dalam penelitian ini disebabkan karena status pekerjaan ibu sebagian besar tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga tetapi banyak yang tidak berstatus kadarzi. Hal tersebut dimungkinkan karena pada responden yang tidak bekerja atau berstatus sebagai ibu rumah tangga lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah dan tidak mendapat informasi tentang gizi, selain itu mereka belum mempunyai kesadaran untuk meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti kegiatan posyandu dan penyuluhan kesehatan karena mereka merasa belum tahu pentingnya informasi tentang kesehatan dan gizi, sehingga tidak dapat mengetahui informasi tentang bahaya-bahaya kurang gizi dan masalah kesehatan yang tidak diinginkan.

Selain itu pengaruh lain diantaranya aktivitas ibu kadang dapat mengganggu perkembangan fisik dan mental anak. Hal ini disebabkan karena ibu 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 anak. Sebaliknya seorang ibu yang tidak bekerja dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya. Salah satu hak anak adalah dicintai dan dilindungi. Anak memerlukan

kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orang tuanya, hal ini akan membentuk perkembangan kepribadian anak (Soetjiningsih, 1995:9)

2) Pola Asuh Gizi

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara pola asuh gizi dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki pola asuh gizi yang baik sebanyak 22 orang (33,8%), sedang yang memiliki pola asuh gizi yang kurang baik namun berstatus kadarzi sebanyak 10 orang (15,3%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki pola asuh gizi yang baik sebanyak 21 orang (32,3%), sedang yang memiliki pola asuh gizi kurang baik dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 12 orang (18,5%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh gizi dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p = 0,663$ dan $CC = 0,054$. Dari hasil tersebut didapatkan taraf signifikan ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh gizi dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Sjahmien Moehji (1992: 91) yang menyatakan bahwa mutu asuhan anak yang kurang memadai merupakan pokok pangkal terjadinya malapetaka yang menimpa bayi dan anak-anak yang membawa mereka ke jurang kematian. Salah satu aspek kunci pola asuh gizi adalah aspek pemberian makan. Sehingga apabila pola asuh gizi suatu warga baik maka praktik pemberian makannya juga baik. Praktik pemberian

makan menyangkut kualitas dan kuantitas makanan. Dengan cukup makanan yang bermutu mengalami pertumbuhan badan dengan berat badan sesuai umur atau angka kecukupan energi akan meningkat.

Tidak adanya hubungan antara pola asuh gizi dengan status keluarga sadar gizi dalam penelitian ini disebabkan karena sebagian responden mempunyai anak balita lebih dari satu anak sehingga ibu kemungkinan merasa kesulitan dalam membagi perhatian dalam hal pola asuh. Selain itu terdapat faktor lain diantaranya tidak rajin dalam mencari informasi tentang pola asuh gizi yang baik, kurang berkonsultasi kepada bidan desa maupun kurang membaca buku tentang gizi. Sehingga pada ibu yang mempunyai pola asuh gizi yang kurang baik lebih cenderung untuk menjadi keluarga tidak sadar gizi.

3) Umur Ibu

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan berumur dewasa awal sebanyak 29 orang (44,6%), sedang yang berumur dewasa madya namun berstatus kadarzi sebanyak 3 orang (4,6%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan berumur dewasa awal sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang berumur dewasa madya dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 6 orang (9,2%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p = 0,470$ dan $CC = 0,126$. Dari hasil tersebut

didapatkan taraf signifikan ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Azwar dalam Hari Iskriyanti (2002:94) yang menyatakan bahwa umur merupakan suatu faktor yang dapat menggambarkan kematangan fisik, psikis maupun sosial dan sekurang-kurangnya berpengaruh dalam proses pembelajaran. Perubahan perilaku karena proses pendewasaan pada hakekatnya merupakan gabungan atau terjadi baik secara adaptif maupun naluriah. Perubahan perilaku muncul karena timbulnya dorongan dari dalam diri individu tersebut, sehingga bentuk perilaku yang muncul bisa diamati terutama berkaitan dengan adanya dorongan dari dalam pada waktu itu. Sedangkan perilaku secara adaptif yaitu perilaku yang berkembang dalam diri seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya untuk menjaga kelangsungan hidup, misalkan adanya proses sosialisasi atau pembudayaan. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, makhluk yang bersangkutan akan beradaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah untuk melakukan praktik hidup sehat (Budioro, 1998:31).

Seiring bertambahnya umur (proses menua) maka akan terjadi perubahan fisik-biologis / jasmani, perubahan mental-emosional / jiwa dan perubahan kehidupan seksual. Perubahan tersebut misalnya ditandai dengan fungsi penglihatan dan pendengaran mulai berkurang, sering pikun / pelupa (Bustan, 1997:116). Disisi lain perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas,

yang merupakan hasil akhir jalinan yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala seperti perhatian, pengamatan, pikiran, ingatan dan fantasi (Soekidjo Notoatmojo, 2003:135).

Tidak adanya hubungan antara umur ibu dengan status keluarga sadar gizi dalam penelitian ini disebabkan banyak faktor, diantaranya yaitu jumlah anak pada responden sebagian besar lebih dari dua anak sehingga sebagian besar responden berumur dewasa awal dengan status kadarzi, selain itu kurangnya dalam mencari informasi, banyak menghabiskan waktu dirumah serta kurang berkonsultasi dengan bidan desa maupun membaca buku tentang gizi sehingga hal ini akan berpengaruh pada hasil penerimaan informasi tentang keluarga sadar gizi yang akan diterima oleh responden.

4) Keaktifan Kader Kesehatan

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan menilai kader kesehatan aktif sebanyak 11 orang (16,9%), sedang yang menilai kader kesehatan kurang aktif namun berstatus kadarzi sebanyak 21 orang (32,3%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan menilai kader kesehatan aktif sebanyak 13 orang (20%), sedang yang menilai kader kesehatan kurang aktif dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 20 orang (30,8%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p = 0,675$ dan $CC = 0,052$. Dari

hasil tersebut didapatkan taraf signifikan ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Pramudho dalam Sri Krisnamurni (1989) yang menyatakan bahwa bentuk peran serta yang baik adalah yang dikarenakan oleh faktor kesadaran, bukan karena ditunjuk ataupun oleh karena terpaksa. Keaktifan dapat lebih ditingkatkan lagi bila proses seseorang menjadi kader dilakukan dengan pendekatan yang baik. Artinya diberi kesempatan untuk mengajukan diri atau atas kemauan sendiri bersedia untuk menjadi kader, sehingga kader akan lebih bertanggung jawab dan tanpa beban dalam menjalankan tugas. Jadi bila seseorang menjadi kader atas dasar faktor kesadaran, maka akan cenderung kader itu lebih aktif.

Tidak adanya hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan status keluarga sadar gizi dalam penelitian ini disebabkan karena sebagian responden menilai kader kesehatan kurang aktif dalam memberikan informasi tentang gizi. Sehingga informasi tentang gizi pada umumnya dan tentang keluarga sadar gizi pada khususnya yang seharusnya diberikan oleh para kader kesehatan untuk memberikan informasi tentang gizi yang baik menjadi tidak maksimal.

5) Sikap Ibu

Hasil *crosstabs* dengan menggunakan uji *Chi square* antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi diketahui bahwa ibu yang berstatus kadarzi dan memiliki sikap yang menerima sebanyak 27 orang (41,5%), sedang yang memiliki

sikap tidak menerima namun berstatus kadarzi sebanyak 5 orang (7,7%). Responden yang berstatus tidak kadarzi dan memiliki sikap yang menerima sebanyak 30 orang (46,2%), sedang memiliki sikap yang tidak menerima dan berstatus tidak kadarzi sebanyak 3 orang (4,6%).

Berdasarkan data hasil penelitian di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p = 0,475$ dan $CC = 0,099$. Dari hasil tersebut didapatkan taraf signifikan ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

Penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Setyaningsih (2007: 11) yang menyatakan bahwa semakin mendukung sikap ibu tentang kadarzi maka semakin besar kemungkinan untuk menjadi keluarga sadar gizi, sebaliknya semakin tidak mendukung sikap ibu mengenai kadarzi maka semakin kecil kemungkinan untuk menjadi kadarzi. Melaksanakan kelima indikator Kadarzi merupakan suatu tindakan. Seseorang bertindak apabila ada niat. Terbentuknya niat ditentukan oleh sikap terhadap perilaku tersebut dan keyakinan normatif akan akibat perilaku tersebut. Sikap yang menerima maupun sikap yang tidak menerima terbentuk dari komponen pengetahuan. Makin banyak segi positif pengetahuan akan makin positif sikap yang terbentuk. Dalam kaitannya dengan perilaku kelima indikator Kadarzi, apabila semakin tahu tentang kelima indikator

Kadarzi maka diharapkan sikapnya tentang Kadarzi juga semakin menerima. Selanjutnya muncul niat untuk melaksanakan kelima indikator Kadarzi tersebut.

Sikap seseorang sering diperoleh dari pengalaman sendiri ataupun orang lain yang paling dekat, walaupun seseorang mempunyai pengetahuan tentang gizi yang kurang belum tentu mempunyai sikap yang kurang pula tentang gizi (Soekidjo Notoatmodjo: 1993). Selain dipengaruhi pengalaman pribadi, sikap juga dipengaruhi oleh kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga tertentu serta faktor emosi dalam diri individu yang bersangkutan. (Saifuddin Azwar: 2005).

Tidak adanya hubungan antara sikap ibu dengan status keluarga sadar gizi dalam penelitian ini disebabkan kemungkinan banyaknya responden yang belum sepenuhnya memahami tentang pentingnya sadar gizi didalam keluarga. Bila ibu dengan pemahaman kurang dan kemauan untuk memahami juga sangat rendah, maka proses pengubahan sikap dan perilaku seseorang atau sekelompok orang akan terasa sulit sehingga orang cenderung tidak memperdulikan status gizi keluarganya.

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Penelitian ini terdapat banyak hambatan dan kelemahan, antara lain:

- 1) Hambatan dalam penelitian yang dapat mempengaruhi hasil penelitian adalah bahwa peneliti harus mengulangi dan menjelaskan kembali maksud dari pertanyaan yang telah diajukan pada responden karena tidak semua responden dapat dengan mudah memahami pertanyaan yang diajukan, hal tersebut dapat mempengaruhi hasil penelitian.

- 2) Hasil penelitian dipengaruhi antara lain dari kejujuran, kerjasama, ketelitian, dan tingkat obyektifan ibu sebagai responden penelitian dalam menjawab pertanyaan sehingga menentukan hasil yang diperoleh.
- 3) Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* , dalam penelitian ini data yang diperoleh selama penelitian berlangsung dari tiap subjek penelitian hanya di ukur satu kali sehingga hasil yang diperoleh hanya menggambarkan status kadarzi dalam jangka waktu tersebut saja.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Dari data hasil penelitian yang diperoleh, dapat diambil simpulan bahwa :

- 1) Ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu ($p = 0,017$, $CC = 0,285$), pendidikan ibu ($p = 0,032$, $CC = 0,257$), pendapatan keluarga ($p = 0,039$, $CC = 0,248$) dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.
- 2) Tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu ($p = 0,105$, $CC = 0,197$), pola asuh gizi ($p = 0,663$, $CC = 0,054$), umur ibu ($p = 0,504$, $CC = 0,126$), keaktifan kader kesehatan ($p = 0,675$, $CC = 0,052$), sikap ibu ($p = 0,672$, $CC = 0,999$) dengan status keluarga sadar gizi di Kelurahan Muarareja Kecamatan Tegal Barat Kota Tegal tahun 2011.

6.2 Saran

- 1) Bagi Ibu-Ibu Balita

Diharapkan ibu-ibu yang memiliki balita agar lebih aktif dalam kegiatan peningkatan pengetahuan seperti datang ke posyandu maupun kegiatan penyuluhan kesehatan yang diselenggarakan oleh petugas kesehatan daerah setempat. Hal ini dapat digunakan untuk memantau dan meningkatkan kesadaran untuk melaksanakan praktek keluarga sadar gizi kepada seluruh anggota keluarganya.

- 2) Bagi Dinas Kesehatan Kota Tegal

Mayoritas pendidikan ibu masih tergolong rendah sehingga diharapkan dari Dinas Kesehatan Kota Tegal mengadakan suatu program atau kegiatan

sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan gizi dan kesehatan bagi ibu balita, yang dapat dilakukan melalui penyuluhan tentang gizi dan kesehatan dengan cara kunjungan rumah oleh bidan desa setempat atau petugas gizi dari wilayah setempat serta meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya perbaikan gizi keluarga yaitu melalui suatu program pendidikan gizi masyarakat.

- 3) Bagi Kepala Kelurahan Muarareja
Membuat kebijakan agar seluruh sektor dapat berperan serta dalam meningkatkan pendapatan masyarakat. Serta mengupayakan peningkatan alokasi pendanaan terutama untuk kegiatan penyuluhan tentang peningkatan pendapatan keluarga agar dapat menunjang kesejahteraan keluarga sehingga berdampak pada peningkatan kesadaran gizi pada keluarga.
- 4) Bagi peneliti selanjutnya diharapkan adanya penelitian lebih dalam dengan memperluas sampel serta lebih memperhatikan variabel-variabel yang terkait, antara lain keadaan lingkungan dan budaya, seperti lingkungan sekitar yang kurang bersih dapat menyebabkan terganggunya status kesehatan balita sehingga menimbulkan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Djaeni Sediatomo, 1996, *Ilmu Gizi Jilid I*, Jakarta : Dian Rakyat.
- Adi Heru S, 1995, *Kader Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : EGC.
- Akyas Azhari, 2004, *Psikologi Umum dan Perkembangan*, Jakarta : Teraju.
- Saifuddin Azwar, 2005, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bhisma Murti, 1997, *Prinsip Dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta : UGM Press.
- Budioro B, 1998, *pengantar pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat*, Semarang : Undip Press.
- Dewi setyaningsih, 2007, *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Ibu Tentang Keluarga Mandiri Sadar Gizi (Kadarzi) Dengan Status Kadarzi Pada Keluarga Anak Usia 5-59 Bulan Di Puskesmas Moyudan Kabupaten Sleman*. Yogyakarta: Program Studi S-1 Gizi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Depdikbud, 2001, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta: Balai Pustaka.
- Depkes RI, 2007, *Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*, <http://localhost/kesehatanonline//mod.php?mod=publisher&op=viewarticle&artid=32> diakses 25 September 2010.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2002, *Panduan Umum Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI)*, Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat , 2007, *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Kadarzi*, Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007, *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi Di Desa Siaga*, Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat , 2007, *Pedoman Strategi KIE Kelurga Sadar Gizi (KADARZI)*, Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Depkes RI, 2004, *Program Perbaikan Gizi Makro*, http://118.98.213.22/aridata_web/how/k/kesehatan/7_GIZI%20MAKRO.pdf, diakses 25 September 2010.

Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2009, *Profil Kesehatan Kota Tegal Tahun 2009*.

Hari Iskriyanti, 2002, *Hubungan Karakteristik Pengetahuan Dan Sikap Ibu Rumah Tangga Dengan Praktek Kesehatan Keluarga Dan Kesehatan Lingkungan Di Kelurahan Rejowinangun Kecamatan Kota Gede Kota Yogyakarta Agustus 2002* [skripsi], Semarang: UNDIP.

Irwanto dkk, 2002, *Psikologi Umum*, Jakarta : PT Total Grafika.

I Dewa Nyoman Supariasa, 2002. *Penilaian Status Gizi*, Jakarta : EGC
Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2010, *Petunjuk Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I*, Semarang: IKM FIK UNNES

Lawrence Green, 1980, *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Terjemahan Zulazmi Mamdy dkk, Jakarta: Depdikbud.

Masri Singarimbun dan Sofyan Effendi, 1985, *Metode Penelitian Survei*, Jakarta: LP3ES

Mulyono Joyomartono, 2004, *Pengantar Antropologi Kesehatan*, Semarang : UNNES Press.

Neil Niven, 2000, *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat dan Profesional kesehatan Lain*, Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Pandji Anoraga, 2001, *Psikologi Kerja*, Jakarta: Rineka Cipta

Sajogyo, 1995, *Menuju Gizi Baik Dan Merata Di Pedesaan Dan Di Kota*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Singgih Santoso, 2000, *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.

Sjahmien Moehji, 1992, *Pemeliharaan Gizi Bayi dan Balita*, Jakarta: Bhratara.

Soekidjo Notoatmodjo, 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Yogyakarta: Andi Offset.

- Soekidjo Notoatmodjo, 1995, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Soekidjo Notoatmojo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Soekidjo Notoatmojo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Soetjningsih, 1995,. *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC
- Soekirman, 2000, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*, Jakarta: Depdiknas
- Sopiyudin Dahlan, 2004, *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta : PT ARKANS.
- Stanley Lameshow, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Suhardjo, 1986, *Sosio Budaya Gizi*, Bogor : PAU IPB.
- Suhardjo, 2003, *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*, Jakarta : Bumi Aksara
- Suharsimi Arikunto, 2002, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Yayuk Farida Baliwati dkk, 2004, *Pengantar Pangan dan Gizi*, Jakarta: Penebar Swadaya.

Lampiran

Hasil uji Validitas dan Reliabilitas pengetahuan gizi ibu tentang Kadarzi

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	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.906	.909	18

PERPUSTAKAAN
UNNES

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	7.9500	23.313	.531	.902
2	8.0000	22.947	.562	.901
3	8.2000	22.905	.451	.905
4	8.1500	22.450	.569	.901
5	8.2000	22.800	.474	.904
6	8.5000	22.579	.565	.901
7	8.5000	22.789	.516	.903
8	8.4000	22.674	.501	.903
9	7.9500	23.313	.531	.902
10	8.6000	22.568	.664	.898
11	8.4000	21.726	.714	.896
12	8.6000	22.989	.551	.901
13	7.9500	23.418	.500	.903
14	8.6500	22.976	.631	.900
15	8.3500	22.239	.587	.900
16	8.3000	21.589	.729	.896
17	8.6500	22.871	.662	.899
18	8.2500	22.724	.481	.904

Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Status Kadarzi

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	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.764	.764	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IK.V1	1.8500	2.239	.499	.336	.733
IK.V2	2.2000	2.274	.505	.295	.731
IK.V3	2.0000	2.105	.566	.394	.710
IK.V4	1.9500	2.155	.530	.334	.723
IK.V5	2.0000	2.105	.566	.355	.710

Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Keaktifan Kader Kesehatan

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	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.782	.784	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
KK.V1	4.1000	2.621	.595	.626	.726
KK.V2	4.1000	2.516	.778	.703	.631
KK.V3	3.9500	2.892	.516	.310	.764
KK.V4	4.0500	2.997	.483	.279	.780

Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Pola Asuh Gizi

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	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.836	.839	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PAG1	7.7000	8.642	.644	.	.805
PAG2	7.8500	8.976	.586	.	.814
PAG3	7.8500	8.871	.528	.	.824
PAG4	7.9000	8.621	.716	.	.795
PAG5	7.9500	8.682	.621	.	.808
PAG6	7.8000	9.116	.454	.	.836
PAG7	7.8500	8.976	.586	.	.814

Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Sikap Ibu

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	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.818	.823	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SI1	5.1000	4.726	.638	.753	.774
SI2	5.3500	4.871	.569	.623	.794
SI3	5.2000	4.905	.497	.789	.817
SI4	5.2500	4.724	.578	.626	.792
SI5	5.3000	4.537	.793	.789	.732

Frequency Table

Pekerjaan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	39	60.0	60.0	60.0
Bekerja	26	40.0	40.0	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Pengetahuan Gizi Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	28	43.1	43.1	43.1
Baik	37	56.9	56.9	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Pendapatan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendapatan Kurang	20	30.8	30.8	30.8
Pendapatan Lebih	45	69.2	69.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Pola Asuh gizi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	22	33.8	33.8	33.8
Baik	43	66.2	66.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Keaktifan Kader

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Aktif	41	63.1	63.1	63.1
Aktif	24	36.9	36.9	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Sikap Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Menerima	8	12.3	12.3	12.3
Menerima	57	87.7	87.7	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Pendidikan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	18	27.7	27.7	27.7
Tinggi	47	72.3	72.3	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Umur Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dewasa Madya	9	13.8	13.8	13.8
Dewasa Awal	56	86.2	86.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Status Kadarzi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Kadarzi	33	50.8	50.8	50.8
Kadarzi	32	49.2	49.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Pengetahuan Gizi Ibu * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Pengetahuan Gizi Ibu	Kurang Baik	Count	19	9	28
		Expected Count	14.2	13.8	28.0
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	67.9%	32.1%	100.0%
	Baik	Count	14	23	37
		Expected Count	18.8	18.2	37.0
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	37.8%	62.2%	100.0%
Total		Count	33	32	65
		Expected Count	33.0	32.0	65.0
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	50.8%	49.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.747 ^a	1	.017		
Continuity Correction ^b	4.608	1	.032		
Likelihood Ratio	5.847	1	.016		
Fisher's Exact Test				.024	.015
Linear-by-Linear Association	5.658	1	.017		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.78.

b. Computed only for a 2x2 table

PERPUSTAKAAN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.285			.017
Interval by Interval	Pearson's R	.297	.118	2.472	.016 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.297	.118	2.472	.016 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pekerjaan Ibu * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	Count	23	16	39
		Expected Count	19.8	19.2	39.0
		% within Pekerjaan Ibu	59.0%	41.0%	100.0%
	Bekerja	Count	10	16	26
		Expected Count	13.2	12.8	26.0
		% within Pekerjaan Ibu	38.5%	61.5%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Pekerjaan Ibu	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.626 ^a	1	.105		
Continuity Correction ^b	1.870	1	.172		
Likelihood Ratio	2.645	1	.104		
Fisher's Exact Test				.132	.086
Linear-by-Linear Association	2.586	1	.108		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.197			.105
Interval by Interval	Pearson's R	.201	.121	1.629	.108 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.201	.121	1.629	.108 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pendapatan Keluarga * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Pendapatan Keluarga	Pendapatan Kurang	Count	14	6	20
		Expected Count	10.2	9.8	20.0
		% within Pendapatan Keluarga	70.0%	30.0%	100.0%
	Pendapatan Lebih	Count	19	26	45
		Expected Count	22.8	22.2	45.0
		% within Pendapatan Keluarga	42.2%	57.8%	100.0%
Total		Count	33	32	65
		Expected Count	33.0	32.0	65.0
		% within Pendapatan Keluarga	50.8%	49.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.275 ^a	1	.039		
Continuity Correction ^b	3.235	1	.072		
Likelihood Ratio	4.369	1	.037		
Fisher's Exact Test				.059	.035
Linear-by-Linear Association	4.209	1	.040		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.85.

b. Computed only for a 2x2 table

PERPUSTAKAAN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.248			.039
Interval by Interval	Pearson's R	.256	.117	2.106	.039 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.256	.117	2.106	.039 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pola Asuh gizi * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Pola Asuh gizi	Kurang Baik	Count	12	10	22
		Expected Count	11.2	10.8	22.0
		% within Pola Asuh gizi	54.5%	45.5%	100.0%
	Baik	Count	21	22	43
		Expected Count	21.8	21.2	43.0
		% within Pola Asuh gizi	48.8%	51.2%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Pola Asuh gizi	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.190 ^a	1	.663		
Continuity Correction ^b	.030	1	.862		
Likelihood Ratio	.190	1	.663		
Fisher's Exact Test				.794	.431
Linear-by-Linear Association	.187	1	.666		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.83.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.054			.663
Interval by Interval	Pearson's R	.054	.124	.429	.669 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.054	.124	.429	.669 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Keaktifan Kader * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Keaktifan Kader	Kurang Aktif	Count	20	21	41
		Expected Count	20.8	20.2	41.0
		% within Keaktifan Kader	48.8%	51.2%	100.0%
	Aktif	Count	13	11	24
		Expected Count	12.2	11.8	24.0
		% within Keaktifan Kader	54.2%	45.8%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Keaktifan Kader	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.176 ^a	1	.675		
Continuity Correction ^b	.026	1	.871		
Likelihood Ratio	.176	1	.675		
Fisher's Exact Test				.798	.436
Linear-by-Linear Association	.173	1	.677		
N of Valid Cases ^d	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.82.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.052			.675
Interval by Interval	Pearson's R	-.052	.124	-.413	.681 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.052	.124	-.413	.681 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Sikap Ibu * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Sikap Ibu	Tidak Menerima	Count	3	5	8
		Expected Count	4.1	3.9	8.0
		% within Sikap Ibu	37.5%	62.5%	100.0%
	Menerima	Count	30	27	57
		Expected Count	28.9	28.1	57.0
		% within Sikap Ibu	52.6%	47.4%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Sikap Ibu	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.643 ^a	1	.423		
Continuity Correction ^b	.180	1	.672		
Likelihood Ratio	.648	1	.421		
Fisher's Exact Test				.475	.337
Linear-by-Linear Association	.633	1	.426		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.94.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.099			.423
Interval by Interval	Pearson's R	-.099	.121	-.793	.431 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.099	.121	-.793	.431 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pendidikan Ibu * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Pendidikan Ibu	Rendah	Count	13	5	18
		Expected Count	9.1	8.9	18.0
		% within Pendidikan Ibu	72.2%	27.8%	100.0%
	Tinggi	Count	20	27	47
		Expected Count	23.9	23.1	47.0
		% within Pendidikan Ibu	42.6%	57.4%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Pendidikan Ibu	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.584 ^a	1	.032		
Continuity Correction ^b	3.474	1	.062		
Likelihood Ratio	4.714	1	.030		
Fisher's Exact Test				.051	.030
Linear-by-Linear Association	4.513	1	.034		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.86.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.257			.032
Interval by Interval	Pearson's R	.266	.116	2.186	.033 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.266	.116	2.186	.033 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Umur Ibu * Status Kadarzi

Crosstab

			Status Kadarzi		Total
			Tidak Kadarzi	Kadarzi	
Umur Ibu	Dewasa Madya	Count	6	3	9
		Expected Count	4.6	4.4	9.0
		% within Umur Ibu	66.7%	33.3%	100.0%
	Dewasa Awal	Count	27	29	56
		Expected Count	28.4	27.6	56.0
		% within Umur Ibu	48.2%	51.8%	100.0%
Total	Count	33	32	65	
	Expected Count	33.0	32.0	65.0	
	% within Umur Ibu	50.8%	49.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.056 ^a	1	.304		
Continuity Correction ^b	.447	1	.504		
Likelihood Ratio	1.075	1	.300		
Fisher's Exact Test				.475	.253
Linear-by-Linear Association	1.040	1	.308		
N of Valid Cases ^b	65				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.43.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.126			.304
Interval by Interval	Pearson's R	.127	.119	1.020	.312 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.127	.119	1.020	.312 ^c
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Resp	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Pengetahuan Gizi		Pola Asuh Gizi	
	Kategori	Kategori	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori
1	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	17	Baik	12	Baik
2	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	8	Kurang Baik
3	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	17	Baik	9	Baik
4	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	9	Kurang Baik	11	Baik
5	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	6	Kurang Baik
6	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	7	Kurang Baik
7	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	10	Baik
8	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	17	Baik	8	Kurang Baik
9	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	14	Baik	13	Baik
10	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	11	Baik	5	Kurang Baik
11	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	14	Baik
12	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	9	Baik
13	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	11	Baik	6	Kurang Baik
14	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	11	Baik	11	Baik
15	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	8	Kurang Baik
16	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	14	Baik	12	Baik
17	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	8	Kurang Baik	10	Baik
18	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	14	Baik
19	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	8	Kurang Baik	7	Kurang Baik
20	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	7	Kurang Baik	9	Baik
21	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	8	Kurang Baik
22	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	10	Kurang Baik	7	Kurang Baik
23	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	14	Baik	8	Kurang Baik
24	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	9	Kurang Baik	9	Baik
25	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	18	Baik	9	Baik
26	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	12	Baik	12	Baik
27	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	8	Kurang Baik
28	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	15	Baik	11	Baik
29	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	17	Baik	13	Baik
30	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	17	Baik	9	Baik
31	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	7	Kurang Baik
32	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	8	Kurang Baik	10	Baik
33	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	6	Kurang Baik	9	Baik
34	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	12	Baik
35	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	5	Kurang Baik
36	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	11	Baik	11	Baik

37	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	14	Baik	9	Baik
38	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	12	Baik	12	Baik
39	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	10	Kurang Baik	10	Baik
40	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	11	Baik
41	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	18	Baik	5	Kurang Baik
42	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	12	Baik	7	Kurang Baik
43	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	16	Baik	9	Baik
44	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	8	Kurang Baik
45	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	13	Baik	12	Baik
46	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	8	Kurang Baik	14	Baik
47	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	11	Baik	10	Baik
48	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	6	Kurang Baik
49	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	7	Kurang Baik	5	Kurang Baik
50	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	11	Baik
51	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	13	Baik	12	Baik
52	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	11	Baik	8	Kurang Baik
53	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	9	Baik
54	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	14	Baik	9	Baik
55	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	11	Baik
56	Rendah	Bekerja	Pendapatan Kurang	12	Baik	13	Baik
57	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	11	Baik	8	Kurang Baik
58	Tinggi	Bekerja	Pendapatan Lebih	18	Baik	5	Kurang Baik
59	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	10	Baik
60	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	13	Baik	10	Baik
61	Rendah	Tidak Bekerja	Pendapatan Kurang	9	Kurang Baik	9	Baik
62	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	12	Baik	9	Baik
63	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	9	Kurang Baik	11	Baik
64	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	10	Kurang Baik	12	Baik
65	Tinggi	Tidak Bekerja	Pendapatan Lebih	16	Baik	10	Baik

No Resp	Keaktifan Kader		Umur Ibu	Sikap Ibu		Status Kadarzi	
	Skor	Kategori	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori
1	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	5	Tidak Menerima	5	Kadarzi
2	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	4	Tdk Kadarzi
3	6	Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	5	Kadarzi
4	5	Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
5	7	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
6	4	Kurang Aktif	Dewasa Madya	10	Menerima	4	Tdk Kadarzi
7	5	Aktif	Dewasa Awal	3	Tidak Menerima	5	Kadarzi
8	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
9	6	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
10	5	Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
11	2	Kurang Aktif	Dewasa Madya	6	Menerima	4	Tdk Kadarzi
12	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
13	5	Aktif	Dewasa Awal	4	Tidak Menerima	5	Kadarzi
14	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	5	Kadarzi
15	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	10	Menerima	5	Kadarzi
16	0	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
17	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	3	Tdk Kadarzi
18	7	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	4	Tdk Kadarzi
19	8	Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	4	Tdk Kadarzi
20	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
21	5	Aktif	Dewasa Awal	5	Tidak Menerima	4	Tdk Kadarzi
22	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	3	Tdk Kadarzi
23	2	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
24	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
25	6	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	3	Tdk Kadarzi
26	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	5	Kadarzi
27	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	4	Tidak Menerima	4	Tdk Kadarzi
28	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	4	Tdk Kadarzi
29	4	Kurang Aktif	Dewasa Madya	6	Menerima	5	Kadarzi
30	7	Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
31	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	3	Tdk Kadarzi
32	2	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	4	Tdk Kadarzi
33	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	5	Kadarzi
34	2	Kurang Aktif	Dewasa Awal	4	Tidak Menerima	5	Kadarzi
35	2	Kurang Aktif	Dewasa Madya	9	Menerima	5	Kadarzi
36	6	Aktif	Dewasa Awal	5	Tidak Menerima	5	Kadarzi
37	5	Aktif	Dewasa Madya	8	Menerima	3	Tdk Kadarzi

38	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	3	Tdk Kadarzi
39	7	Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
40	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	5	Kadarzi
41	6	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
42	5	Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	5	Kadarzi
43	6	Aktif	Dewasa Madya	8	Menerima	3	Tdk Kadarzi
44	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	2	Tdk Kadarzi
45	6	Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	4	Tdk Kadarzi
46	5	Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
47	4	Kurang Aktif	Dewasa Madya	9	Menerima	4	Tdk Kadarzi
48	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	10	Menerima	3	Tdk Kadarzi
49	6	Aktif	Dewasa Awal	4	Tidak Menerima	4	Tdk Kadarzi
50	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	3	Tdk Kadarzi
51	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
52	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	2	Tdk Kadarzi
53	5	Aktif	Dewasa Madya	7	Menerima	3	Tdk Kadarzi
54	5	Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
55	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	4	Tdk Kadarzi
56	5	Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
57	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
58	0	Kurang Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	5	Kadarzi
59	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	5	Kadarzi
60	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	6	Menerima	5	Kadarzi
61	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	9	Menerima	4	Tdk Kadarzi
62	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	4	Tdk Kadarzi
63	4	Kurang Aktif	Dewasa Awal	7	Menerima	5	Kadarzi
64	4	Kurang Aktif	Dewasa Madya	10	Menerima	5	Kadarzi
65	3	Kurang Aktif	Dewasa Awal	8	Menerima	4	Tdk Kadarzi

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS
KELUARGA SADAR GIZI DI KELURAHAN MUARAREJA KECAMATAN
TEGAL BARAT KOTA TEGAL TAHUN 2011

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Bacalah masing-masing pertanyaan dengan teliti.
2. Jawablah pertanyaan secara runtut, singkat dan jelas.
3. Memberikan tanda silang pada salah satu jawaban yang ibu anggap sesuai.
4. Saya mohon pertanyaan dapat diisi dan tidak ada yang terlewatkan.
5. Selamat mengisi dan terima kasih.

No. Responden : _____

Tgl Pengisian : _____

I. Karakteristik Responden / Ibu

A. Identitas Responden

1. Nama Kepala Keluarga : _____
2. Nama Responden (Ibu) : _____
3. Umur Ibu : _____
4. Alamat : _____

B. Identitas Balita

1. Nama : _____
2. TTL : _____
3. Umur : _____
4. Jenis Kelamin : _____

II. Tingkat Pendidikan

1. Pendidikan terakhir suami anda adalah :

- a. Perguruan Tinggi
- b. Tamat SLTA
- c. Tamat SLTP
- d. Tamat SD
- e. Tidak Sekolah

2. Pendidikan terakhir ibu adalah :

- a. Perguruan Tinggi
- b. Tamat SLTA

- c. Tamat SLTP
- d. Tamat SD
- e. Tidak Sekolah

III. Pekerjaan

1. Apakah ibu bekerja ?

- a. Jika Ya, apa pekerjaan ibu?.....
- b. Tidak bekerja

IV. Pendapatan Keluarga

1. Berapakah jumlah anggota keluarga saudara ?

- a. 3
- b. 4
- c. 5
- d. > 6

2. Bagaimana pendapatan keluarga dalam sebulan untuk memenuhi kebutuhan pangan ?

- a. Berlebih
- b. Cukup
- c. Kurang

3. Berapa total pendapatan keluarga perbulan ?

No	Anggota keluarga yang bekerja	Jumlah Pendapatan (Rp)
Total		

V. Tingkat Pengetahuan Gizi

1. Apakah yang dimaksud susunan menu seimbang ?

- a. Makanan yang membuat kenyang
- b. Makanan yang menyehatkan

- c. Makanan yang mengandung karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral.
2. Apakah manfaat makanan seimbang ?
- a. Agar anak menjadi gemuk
- b. Agar anak cepat kenyang
- c. Untuk mencukupi zat gizi anak
3. Apakah tujuan penganekaragaman makanan ?
- a. Agar makanan awet
- b. Agar anak malas makan
- c. Agar anak mendapat gizi lengkap
4. Bagaimana susunan menu seimbang ?
- a. Nasi, lauk, sayuran, dan buah
- b. Nasi, lauk, sayuran, dan makanan selingan
- c. Nasi , lauk, sayuran, buah, dan susu
5. Apa akibatnya bila pemberian makanan pada anak kurang ?
- a. Anak menjadi kurus dan kurang gizi
- b. Berat badan tetap/ tidak naik
- c. Anak menjadi sakit
6. Kelompok bahan makanan dibawah ini yang kandungan karbohidratnya tertinggi :
- a. Beras, kentang, singkong, dan mie
- b. Beras, kentang, daun singkong, dan jagung
- c. Kacang hijau, telur, sawi, dan bayam
7. Mengapa perlu menimbang berat badan secara teratur pada balita?
- a. Berat badan merupakan petunjuk yang baik untuk mengetahui keadaan gizi dan kesehatan
- b. Untuk meningkatkan kekebalan tubuh
- c. Agar balita tidak rewel
8. Apakah akibat kekurangan garam yodium pada balita ?
- a. Anak sulit makan
- b. Anak menjadi rewel

- c. Menyebabkan penyakit gondok, gangguan pertumbuhan baik fisik / mental, menurunnya tingkat konsentrasi dan tingkat kecerdasan
9. Apakah akibat kekurangan vitamin A pada balita?
- a. Kreatinisme
- b. Rakhitis
- c. Buta senja
10. Penyakit gizi buruk pada balita :
- a. Anemia
- b. Gondok
- c. Marasmus dan kwasiorkor
11. Apa yang di maksud ASI eksklusif ?
- a. Bayi yang di beri makanan lumat dan susu formula
- b. Bayi yang hanya di beri susu formula
- c. Bayi yang hanya diberi Asi saja sampai umur 6 bulan
12. Apakah manfaat sarapan pagi ?
- a. Agar kenyang
- b. Agar badan menjadi gemuk
- c. Memelihara ketahanan fisik, mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kecerdasan anak.
13. Kegunaan KMS pada balita adalah?
- a. Untuk melihat catatan pemberian vitamin A
- b. Untuk melihat catatan pemberian imunisasi
- c. Untuk melihat apakah pertumbuhan balita sesuai dengan umur.
14. Menurut ibu bagaimana pertumbuhan anak yang sehat :
- a. Berat badan tetap dan tidak sakit-sakitan
- b. Berat badan bertambah setiap bulan
- c. Tidak tahu
15. Masalah pada balita yang diakibatkan oleh kekurangan zat gizi adalah ?
- a. Anak menjadi rewel
- b. Diare / mencret
- c. Gizi buruk dimana balita lebih mudah terkena penyakit refleksi.

16. Garam beryodium adalah ...
- Garam yang ditambahkan unsur yodium
 - Garam yang harganya mahal
 - Garam yang berasal dari laut
17. Salah satu akibat kekurangan garam beryodium...
- Keguguran
 - Penyakit kencing manis
 - Gondok
18. Akibat negatif pemberian makanan selain Asi terlalu dini :
- Diare
 - Batuk pilek
 - Panas

VI. Indikator Kadarzi

No	Indikator Kadarzi	Ya	Tidak
1.	Apakah anggota keluarga mengkonsumsi makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah setiap hari?		
2.	Apakah keluarga (bumil dan balita) memantau kesehatan dan pertumbuhan dengan cara menimbang berat badan ? (Bila ya, dimana anda menimbang berat badan?) (Bila tidak, Mengapa?)		
3.	Apakah keluarga biasa menggunakan garam beryodium dalam makanan sehari-sehari ? (Mintalah kepada responden untuk mengambil contoh garam dari dapurnya yang digunakan untuk memasak setiap hari. Lakukan pemeriksaan dengan meneteskan satu-dua tetes Yodina test kedalam garam. Amati perubahan warna pada garam dan catat).		
4.	Apakah bayi berumur 0-6 bulan diberi Asi saja, tidak diberi makanan dan minuman lain? (Bila Tidak, mengapa?)		
5.	Apakah ibu memberi suplementasi gizi sesuai anjuran ? <ul style="list-style-type: none"> • Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A Biru setiap bulan februari atau agustus • Anak balita 12 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan februari dan agustus 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil mendapat Tablet Tambah Darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.(Bila Tidak, Mengapa?) • Ibu nifas mendapat dua kapsul vitamin A merah: Satu kapsul diminum setelah melahirkan dan satu kapsul lagi diminum pada hari berikutnya paling lambat pada hari ke 28. (Bila Tidak, Mengapa?) 		
--	--	--	--

VII. Pola Asuh Gizi

1. Berapa jam lama mengasuh anak?
 - a. 6-7 jam
 - b. 8 jam
 - c. > 8 jam
2. Apa yang ibu lakukan jika anak ibu sulit makan berkaitan dengan menu sehari-hari ?
 - a. Bentuk makan yang diberikan disesuaikan dengan nafsu makan anak.
 - b. Membelikan makanan diluar
 - c. Dibiarkan saja
3. Apa yang ibu lakukan saat mengetahui anaknya sakit ?
 - a. Segera memeriksakan kedokter
 - b. Segera memeriksakan kedukun
 - c. Biarkan saja.
4. Apakah setiap bulan ibu membawa anaknya ke posyandu?
 - a. Selalu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah
5. Apakah ibu memberikan kapsul vitamin A kepada anak setiap 6 bulan sekali ?
 - a. Selalu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak Pernah
6. Apakah ibu membiasakan anaknya untuk tidur secara teratur pada waktunya ?
 - a. Selalu

b. Kadang-kadang

c. Tidak

7. Berapa kali ibu memandikan anaknya dalam sehari ?

a. 2 kali

b. 1 kali

c. Tidak pernah

VIII. Keaktifan Kader Kesehatan

1. Apakah ibu pernah mendapat penyuluhan (ceramah) dari kader kesehatan tentang informasi-informasi yang berhubungan dengan keluarga sadar gizi?

a. Selalu

b. Kadang-kadang

c. Tidak pernah

2. Apakah kader kesehatan pernah memberikan informasi tentang manfaat mengkonsumsi makanan yang beraneka ragam dengan gizi seimbang?

a. Selalu

b. Kadang-kadang

c. Tidak pernah

3. Apakah kader kesehatan menganjurkan dan memberikan dukungan kepada ibu agar memberikan ASI Eksklusif pada bayi sejak usia 0 sampai 6 bulan saat Ibu mempunyai anak balita ?

a. Selalu

b. Kadang-kadang

c. Tidak pernah

4. Apakah kader kesehatan menganjurkan dan memberikan dukungan kepada ibu agar menimbang balitanya secara teratur di posyandu saat anak masih balita?

a. Selalu

b. Kadang-kadang

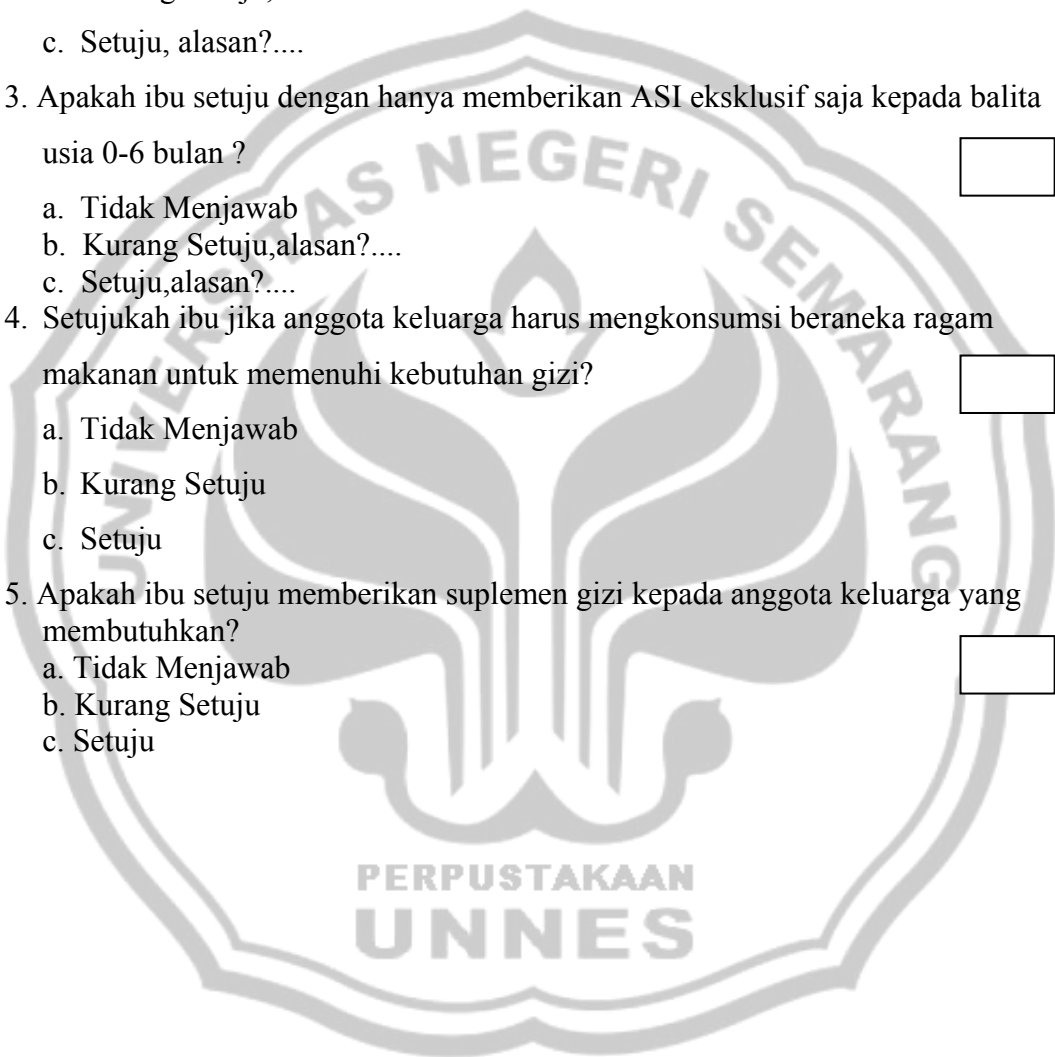
c. Tidak pernah

IX. Sikap Ibu

1. Apakah ibu setuju dengan program keluarga sadar gizi (KADARZI) ?

a. Tidak Menjawab

- b. Kurang Setuju
- c. Setuju
2. Apakah ibu setuju menimbangkan anak balita ibu diposyandu setiap bulan secara teratur ?
- a. Tidak Menjawab
- b. Kurang Setuju, alasan?....
- c. Setuju, alasan?....
3. Apakah ibu setuju dengan hanya memberikan ASI eksklusif saja kepada balita usia 0-6 bulan ?
- a. Tidak Menjawab
- b. Kurang Setuju,alasan?....
- c. Setuju,alasan?....
4. Setujukah ibu jika anggota keluarga harus mengkonsumsi beraneka ragam makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi?
- a. Tidak Menjawab
- b. Kurang Setuju
- c. Setuju
5. Apakah ibu setuju memberikan suplemen gizi kepada anggota keluarga yang membutuhkan?
- a. Tidak Menjawab
- b. Kurang Setuju
- c. Setuju



Proses Pengambilan Data pada Responden

