



**DETERMINAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) YANG MENIKAH DI USIA
REMAJA DI KECAMATAN TLOGOSARI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh

**Raisa Fajaryanti
NIM 132110101039**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**DETERMINAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) YANG MENIKAH DI USIA
REMAJA DI KECAMATAN TLOGOSARI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

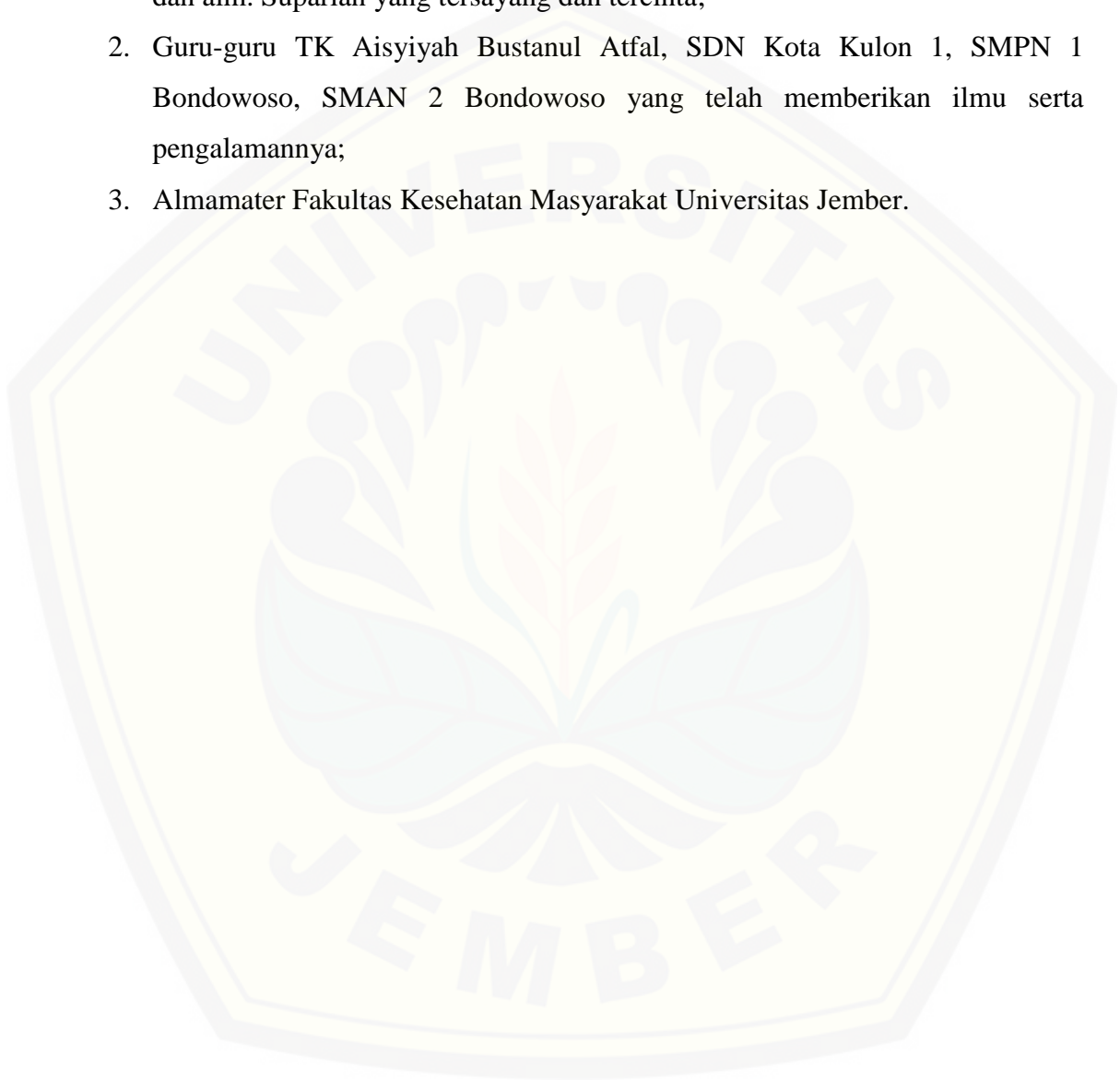
**Raisa Fajaryanti
NIM 132110101039**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Orang tua saya Dra. Nunung Setianingsih, M.M., Agus Dwikoranto, M.Hum, dan alm. Suparlan yang tersayang dan tercinta;
2. Guru-guru TK Aisyiyah Bustanul Atfal, SDN Kota Kulon 1, SMPN 1 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso yang telah memberikan ilmu serta pengalamannya;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

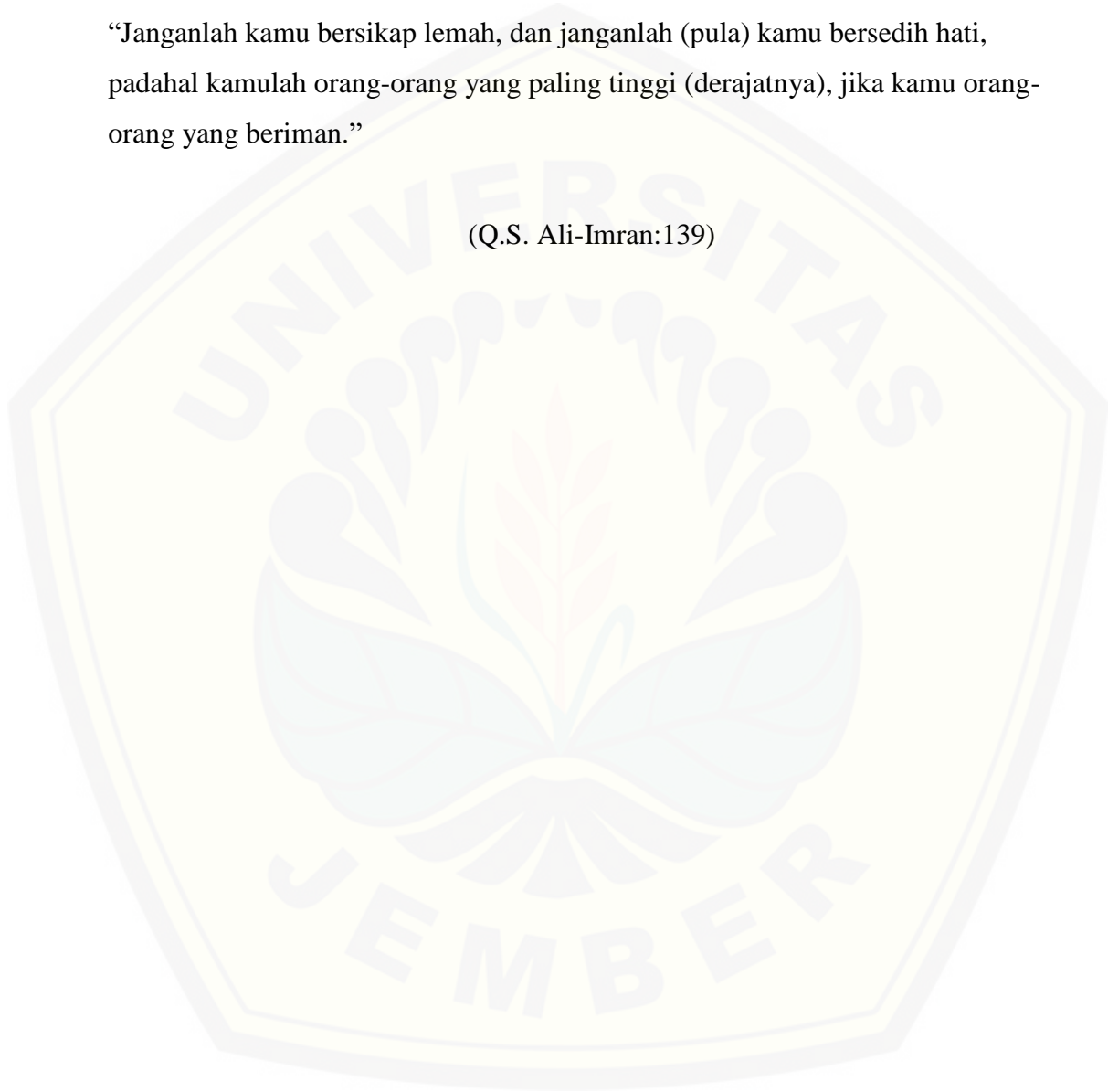


MOTTO

وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزَنُوا تَمُودًا الْأَعْلُونَ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ

“Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah (pula) kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang yang beriman.”

(Q.S. Ali-Imran:139)



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *AL-Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Raisa Fajaryanti

NIM : 132110101039

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 14 November 2018

Yang menyatakan,

Raisa Fajaryanti

NIM 132110101039

SKRIPSI

**DETERMINAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) YANG MENIKAH DI USIA
REMAJA DI KECAMATAN TLOGOSARI
KABUPATEN BONDOWOSO**

Oleh

Raisa Fajaryanti
NIM 132110101039

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 14 November 2018

Tempat : Ruang Ujian Skripsi 1 Gedung Baru Lantai Dua Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

- | | | |
|--------|---|---------|
| 1. DPU | : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.
NIP. 19760615 200212 2 002 | (.....) |
| 2. DPA | : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.
NIP. 19840605 200812 2 001 | (.....) |

Penguji

Tanda Tangan

- | | | |
|---------------|--|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes.
NIP. 19801009 200501 2 002 | (.....) |
| 2. Sekretaris | : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.
NIP. 19770108 200501 2 004 | (.....) |
| 3. Anggota | : Tri Yuni Kuswandari, SST., M.Kes.
NIP. 19770430 200212 2 004 | (.....) |

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi ini dengan judul *Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan apa saja determinan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja dan bagaimana hubungan antar variabel-variabel yang diteliti, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menanggulangi faktor yang berisiko ketika seseorang menikah di usia remaja khususnya di Kecamatan Tlogosari, Kabupaten Bondowoso.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Sulistiyani S.KM., M.Kes. dan Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH, selaku Ketua Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes. selaku Ketua Penguji, Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. selaku Sekretaris Penguji dan Tri Yuni Kuswandari, SST., M.Kes. selaku Penguji Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan perhatian untuk menjadi penguji skripsi;
4. Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik;

5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana yang telah memberikan ijin penelitian;
6. Ibuku Dra. Nunung Setianingsih, MM. yang selalu memberi dukungan, doa dan ridlonya setiap saat;
7. Adikku Gigih Hari Bhakti Sumpena yang selalu mendoakan dan memberikan semangat;
8. Sahabat-sahabat terbaik Niken, Melati, Vita, Putri, Bekti, Nika, Rani, Adam, Maya, Febrian yang selalu memberikan semangat dalam pembuatan skripsi;
9. Teman-teman seperjuangan peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2013, teman-teman PBL Kelompok 1 Jamintoro dan teman-teman FKM angkatan 2013 serta seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terima kasih telah memberikan semangat dan keceriaan kepada penulis di kampus tercinta.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan atau kesalahan, oleh karena itu penulis menerima segala kritik dan saran dari pihak. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Jember, November 2018

Penulis

RINGKASAN

Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso; Raisa Fajaryanti; 132110101039; 109 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Masa remaja merupakan masa pertumbuhan yang penting bagi seseorang sebagai jembatan untuk menuju dewasa. Wanita usia subur (WUS) yang berusia remaja termasuk dalam masa pra konsepsi dan rawan untuk berisiko mengalami masalah kesehatan. Remaja wanita yang menikah di usia dini menjadi rentan mengalami masalah kesehatan, baik itu masalah kesehatan reproduksi maupun masalah asupan gizinya yang akan berdampak pada status KEK yang dimiliki. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS, baik secara langsung maupun tidak langsung. Wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja hendaknya menambah wawasan pengetahuannya dan memperhatikan asupan makanan setiap harinya sebagai bekal jika akan mempersiapkan diri untuk menghadapi kehamilan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan kejadian KEK pada WUS yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di wilayah Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso dengan populasi WUS yang menikah di usia remaja sebanyak 201 orang. Sampel pada penelitian ini sebanyak 77 orang dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Variabel yang diteliti meliputi karakteristik responden, kondisi sosio-ekonomi, konsumsi makanan dan status KEK. Analisis statistik yang digunakan adalah statistik uji *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden WUS yang menikah di usia remaja berada pada kelompok umur remaja akhir (17-25 tahun), memiliki pendidikan rendah, memiliki tingkat pengetahuan yang sedang, tidak

bekerja, pendapatan keluarga dibawah UMK Kabupaten Bondowoso 2018, memiliki status ekonomi yang rendah dan berisiko KEK dengan lingkaran LILA < 23,5 cm. Berdasarkan pola konsumsi makanan yang sering dikonsumsi WUS yang menikah di usia remaja adalah nasi, singkong, telur ayam, ikan pindang, tahu, tempe, minyak goreng, sawi hijau, bayam, salak dan pisang. Sedangkan tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein dan lemak sebagian besar mengalami defisit.

Berdasarkan uji statistik untuk karakteristik responden, tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat konsumsi makanan, terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat konsumsi makanan sumber karbohidrat. Berdasarkan uji statistik untuk kondisi sosio-ekonomi, tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan tingkat konsumsi makanan, pengeluaran pangan dengan tingkat konsumsi makanan. Berdasarkan uji statistik, terdapat hubungan antara tingkat konsumsi makanan sumber energi, tingkat konsumsi makanan sumber karbohidrat, tingkat konsumsi makanan sumber protein dengan kejadian KEK.

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah diharapkan bagi WUS yang menikah di usia remaja mendisiplinkan asupan makan dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang sesuai dengan kebutuhan gizinya. Kerjasama lintas sektoral dengan dilaksanakannya program pemberdayaan dan pembinaan kepada remaja yang terlanjur menikah di usia dini seperti pelatihan mengasah keterampilan sesuai kemampuan yang dimiliki untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui determinan kejadian kekurangan energi kronis yang lain dengan menambahkan variabel yang belum diteliti pada penelitian ini.

SUMMARY

Determinants of Chronic Energy Deficient (CED) in Women of Childbearing Age (WCA) who Get Married at an Early Age in Tlogosari, Bondowoso District; Raisa Fajaryanti; 132110101039; 109 pages; Department of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

Adolescence is an important period for a person to grow to be adult. Women of childbearing age (WCA) who are teenagers, included in the pre-conception period and prone to risk of experienced health problems. Teenage girls who are married at an early age become vulnerable to health problems, both reproductive health problems and nutritional intake problems that will have an impact on the status of the CED they have. Many factors can affect chronic energy deficient (CED) in Women of childbearing age (WCA), both directly and indirectly. Women of childbearing age (WCA) who are married in their teens should increase their knowledge and pay attention to their food intake every day as provisions if they are going to prepare themselves for pregnancy. Based on the fact given, the researcher conducted a research which aims to analyze the determinants of chronic energy deficient (CED) in Women of Childbearing Age (WCA) who Get Married at an Early Age in Tlogosari, Bondowoso District.

This research is an observational analytic research that use a cross sectional approach. This research was conducted in the Tlogosari of Bondowoso with populations of WCA who were married at an early age as many as 201 people. The sample in this research were 77 people which is included the inclusion and exclusion criteria. The method use to define the samples in this research is simple random sampling method. Variables that included for this research are respondent characteristic, sosio-economic conditions, food consumptions and CED status. Statistical analysis used is chi square test.

The results showed that the majority of WCA who were married at an early age is in the late adolescence age group (17-25 years), had a low education, had a moderate level of knowledge, did not work, family income was below the Bondowoso 2018 District salary, had low economic status and risky with chronic

energy deficient (CED) that had LILA circumference < 23.5 cm. Based on food consumption patterns that are often consumed by WCA who were married at an early age is rice, cassava, chicken eggs, fish, tofu, tempe, cooking oil, mustard greens, spinach, salak and banana. While the level of consumption of energy, carbohydrates, proteins and fats is largely deficit.

Based on statistical tests for the characteristics of respondents there is a relationship between the level of education with the level of consumption of carbohydrate food sources and there is no relationship between the level of knowledge with the level of food consumptions. Based on statistical tests for socio-economic conditions there is no relationship between employment and food consumption levels, income with food consumption levels, food expenditure with food consumption levels. Based on statistical tests there is relationship between food consumption levels of energy, the level of food consumption of carbohydrate, the level of food consumption of protein with the incidence of CED.

Suggestions that can be given based on the results of this research are expected for WCA who get married at an early age to discipline their food intake by consuming foods that contain balanced nutrition according to their nutritional needs. Cross-sectoral collaboration with the implementation of empowerment and coaching programs for adolescents who are already married at an early age such as training to hone skills in accordance with their abilities to improve their health status. Further research is needed to determine the determinants of other chronic energy deficiencies by adding variables that have not been researched in this research.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Remaja	7
2.1.1 Remaja.....	7
2.1.2 Kebutuhan Gizi Remaja	7
2.1.3 Pernikahan Dini	9

2.2 Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia	
Subur (WUS)	10
2.2.1 Wanita Usia Subur (WUS)	10
2.2.2 Kekurangan Energi Kronis (KEK)	10
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK)	11
2.2.4 Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK)	16
2.2.5 Penilaian Status Gizi Kekurangan Energi Kronis	16
2.3 Kerangka Teori	18
2.4 Kerangka Konsep	19
2.5 Hipotesis Penelitian	20
BAB 3. METODE PENELITIAN	21
3.1 Jenis Penelitian	21
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	21
3.2.1 Tempat Penelitian	21
3.2.2 Waktu Penelitian	22
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	22
3.3.1 Populasi Penelitian	22
3.3.2 Sampel Penelitian	22
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	24
3.4.1 Variabel Penelitian	24
3.4.2 Definisi Operasional.....	24
3.5 Data dan Sumber Data	29
3.5.1 Data Primer.....	29
3.5.2 Data Sekunder	29
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	30
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	30
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	31
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	33
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	33
3.7.2 Teknik Penyajian Data	33

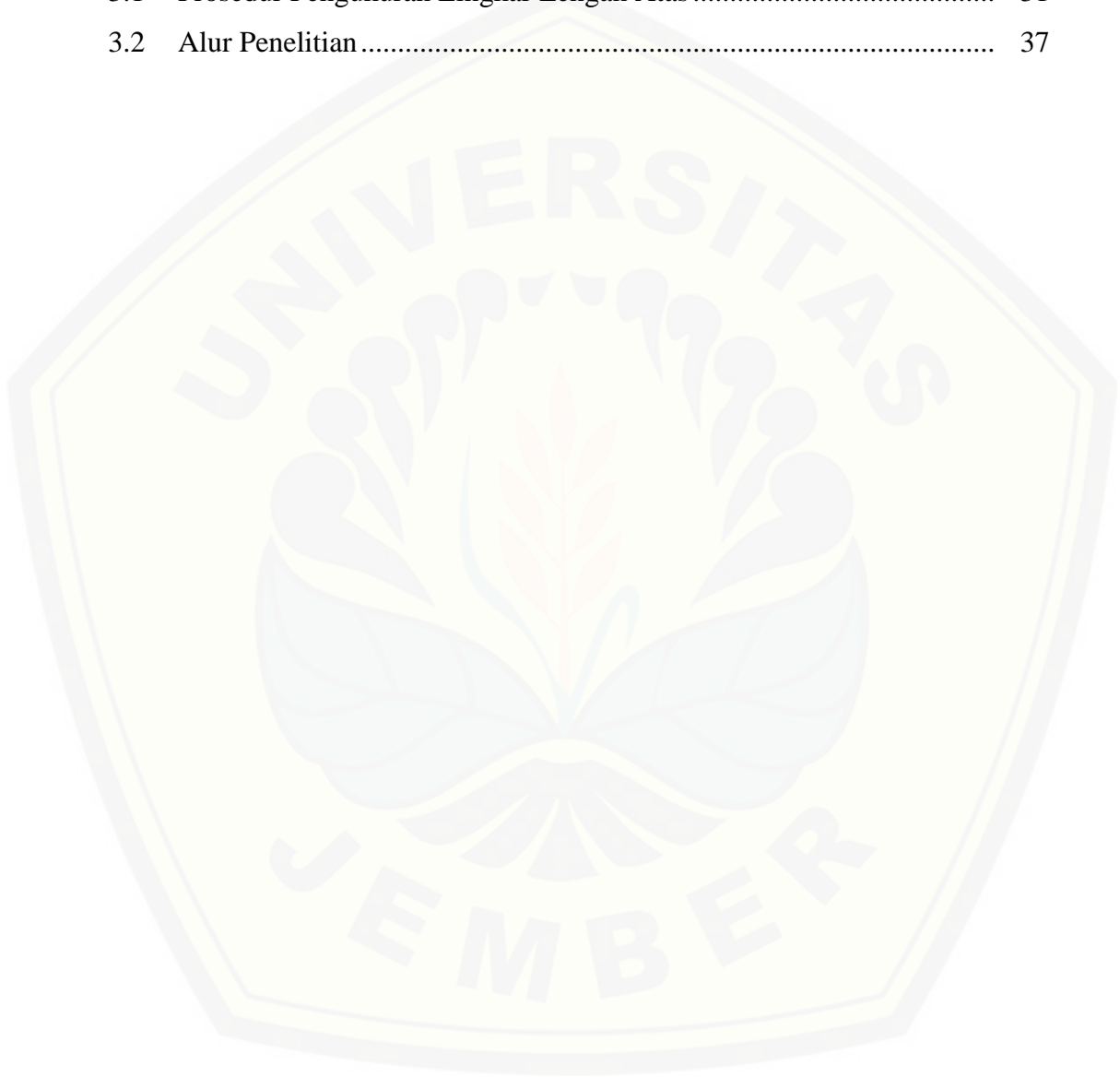
3.7.3 Analisis Data	34
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	35
3.8.1 Validitas Instrumen	35
3.8.2 Reliabilitas Instrumen.....	35
3.9 Alur Penelitian	37
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1 Hasil Penelitian.....	38
4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden, Kondisi Sosio-ekonomi, Pola Konsumsi, Tingkat Konsumsi dan Status KEK.....	38
4.1.2 Analisis hubungan antara Karakteristik Responden, Kondisi Sosio-ekonomi dengan Tingkat Konsumsi Makanan	44
4.1.3 Analisis Hubungan Antara Tingkat Konsumsi Makanan dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK)	47
4.2 Pembahasan.....	49
4.2.1 Gambaran Karakteristik Responden, Kondisi Sosio-ekonomi, Pola Konsumsi, Tingkat Konsumsi dan Status KEK.....	49
4.2.2 Analisis hubungan antara Karakteristik Responden, Kondisi Sosio-ekonomi dengan Tingkat Konsumsi Makanan	56
4.2.3 Analisis Hubungan Antara Tingkat Konsumsi Makanan dengan Status Kekurangan Energi Kronis (KEK).....	59
BAB 5. PENUTUP.....	62
5.1 Kesimpulan.....	62
5.2 Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN.....	70

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 AKG pada Remaja Wanita	8
4.1 Distribusi Umur, Tingkat Pendidikan dan Tingkat Pengetahuan	38
4.2 Distribusi Pekerjaan, Pendapatan Keluarga dan Status Ekonomi	39
4.3 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Karbohidrat.....	40
4.4 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein	40
4.5 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Lemak.....	41
4.6 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Serat.....	42
4.7 Distribusi Tingkat Konsumsi Makanan Meliputi Energi, Kabohidrat, Protein dan Lemak.....	43
4.8 Distribusi Status KEK pada WUS Remaja.....	44
4.9 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Makanan	44
4.10 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Makanan	45
4.11 Hubungan antara Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Makanan	46
4.12 Hubungan antara Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Makanan	47
4.13 Hubungan Antara Tingkat Konsumsi Makanan dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK)	48

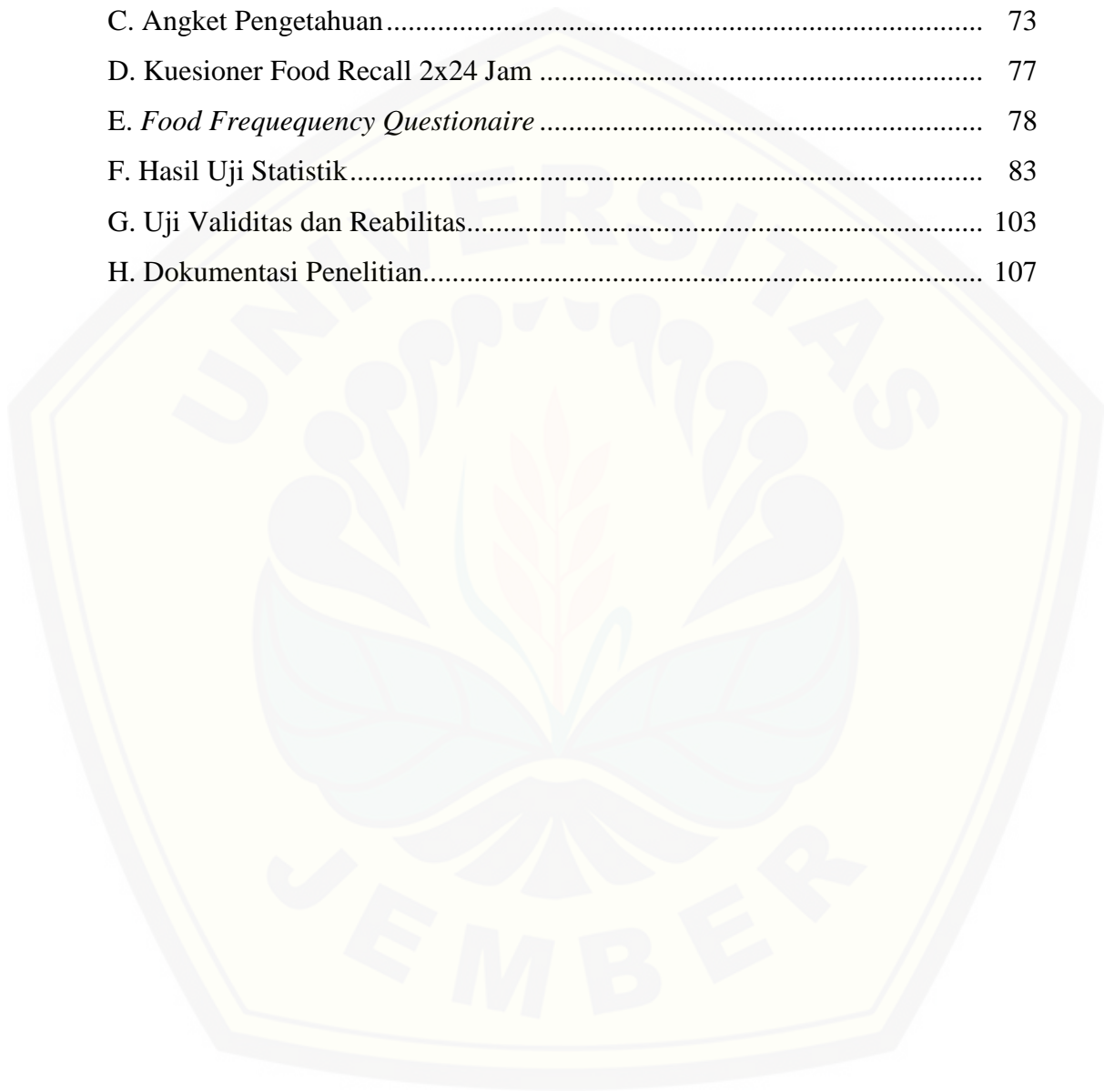
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	18
2.2 Kerangka Konsep.....	19
3.1 Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan Atas	31
3.2 Alur Penelitian	37



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	70
B. Kuesioner Penelitian.....	71
C. Angket Pengetahuan.....	73
D. Kuesioner Food Recall 2x24 Jam	77
E. <i>Food Frequency Questionnaire</i>	78
F. Hasil Uji Statistik.....	83
G. Uji Validitas dan Reabilitas.....	103
H. Dokumentasi Penelitian.....	107



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan :

AKG	= Angka Kecukupan Gizi
BBLR	= Berat Badan Lahir Rendah
cm	= Centimeter
Depkes	= Departemen Kesehatan
FFQ	= <i>Food Frequency Questionnaire</i>
g	= Gram
KEK	= Kekurangan Energi Kronis
kkal	= Kilokalori
LILA	= Lingkar Lengan Atas
Riskesmas	= Riset Kesehatan Dasar
SD	= Sekolah Dasar
SMP	= Sekolah Menengah Pertama
SMA	= Sekolah Menengah Atas
TKG	= Tingkat Konsumsi Gizi
UMK	= Upah Minimum Kota/Kabupaten
URT	= Ukuran Rumah Tangga
WUS	= Wanita Usia Subur

Daftar Notasi :

<	= Kurang dari
>	= Lebih dari
≥	= Lebih dari sam dengan
α	= Alfa
%	= Persen

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kekurangan energi kronis (KEK), Kekurangan Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), dan Anemia Gizi Besi (AGB) merupakan masalah gizi utama yang terjadi di Indonesia (Yuliastuti, 2014: 73). Kekurangan energi kronis (KEK) merupakan salah satu masalah gizi yang terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil. Kekurangan energi kronis (KEK) adalah keadaan kekurangan asupan energi dan protein pada wanita usia subur (WUS) yang berlangsung secara terus menerus dan mengakibatkan gangguan kesehatan, sedangkan yang terjadi pada ibu hamil disebabkan karena ketidakseimbangan antara asupan yang dibutuhkan dengan pengeluaran energi yang ditandai dengan ukuran lingkaran lengan atas (LILA) < 23,5 cm. Salah satu faktor penyebab KEK adalah konsumsi makan yang tidak cukup mengandung energi dan protein (Petrika *et al*, 2014:141).

Masa pra konsepsi merupakan masa sebelum hamil, dimana hal ini dapat diasumsikan sebagai wanita usia subur (WUS) yang siap menjadi seorang ibu. Wanita usia subur menjadi kondisi rawan untuk mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Status gizi WUS salah satunya dipengaruhi oleh konsumsi makanan. Pola tingkat konsumsi yang kurang tepat dalam pemenuhannya akan mempengaruhi seseorang dalam status kesehatannya dan akan mengakibatkan gangguan kesehatan (Supariasa *et al*, 2012:48). Status gizi prakonsepsi akan mempengaruhi kondisi kehamilan dan kesejahteraan bayi yang akan lebih baik jika pencegahannya dilaksanakan pada saat sebelum hamil. Wanita usia subur termasuk remaja putri merupakan usia sasaran yang paling tepat dalam pencegahan masalah gizi terutama KEK yang merupakan keadaan ketika seseorang menderita ketidakseimbangan asupan gizi yang berlangsung menahun terutama pada wanita usia subur termasuk remaja putri (Supariasa *et al*, 2012:51).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi risiko KEK pada WUS (15-49 tahun) sebesar 20,8%, khususnya prevalensi tertinggi ditemukan pada WUS remaja (15-19 tahun) sebesar 46,6%, jika dibandingkan dengan

kelompok lebih tua (20-24 tahun) sebesar 30,6%. Prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) sebesar 24,2%, khususnya prevalensi tertinggi ditemukan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 38,5% dibandingkan dengan kelompok lebih tua (20-24 tahun) sebesar 30,1%. Jumlah ibu hamil KEK yang terdapat di Kabupaten Bondowoso pada tahun 2016 yaitu sebanyak 1.280 orang (11,06%) (Dinkes Bondowoso, 2017).

Fenomena menikah di usia remaja masih sering dijumpai di Indonesia khususnya pada daerah pedesaan. Batasan usia dalam Undang-Undang berbeda-beda antara Undang-Undang Perkawinan, Undang-Undang Kesehatan dan Undang-Undang Perlindungan anak. Undang-Undang perkawinan memberikan batasan menikah 16 tahun bagi perempuan dan 19 tahun bagi laki-laki. Undang-Undang Perlindungan anak memberikan batasan anak adalah dibawah usia 18 tahun, sedangkan Undang-Undang Kesehatan memberikan batasan 20 tahun, karena hubungan seksual yang dilakukan pada usia dibawah 20 tahun berisiko terjadinya kanker serviks atau kanker leher rahim, serta dapat menyebabkan penyakit menular seksual (Lestarini, 2012:6). Banyak hal yang dapat mendasari seorang wanita menikah di usia remaja, seperti masalah ekonomi dan tradisi. Orang tua yang memiliki anak wanita yang dianggap sudah cukup dewasa akan cenderung untuk segera menikahkan anaknya dengan alasan membebaskan tanggungan biaya hidup anaknya. Selain itu, pernikahan dini lebih banyak terjadi di pedesaan dengan alasan mengikuti tradisi yang sudah menjadi kebiasaan sosial dengan pendidikan rendah yang mendasari tradisi tersebut terus berlangsung (Joseph *et al*, 2013:14).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar 2010, angka pernikahan usia dini di Indonesia yang berada dibawah usia 19 tahun sebesar 46,7%. Bahkan pernikahan di kelompok umur antara 10-14 tahun sejumlah hampir 5%. Sedangkan Badan Pusat Statistik (BPS) bersama *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) meluncurkan Buku Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia yang di dalamnya mencatat data laporan BPS tahun 2015 untuk perkawinan usia anak di Indonesia, khususnya perempuan yang menikah sebelum usia 18 tahun adalah sebesar 23%. Kabupaten Bondowoso

merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur dengan tingkat pernikahan dini yang masih tinggi dan berada di urutan ketiga setelah Kabupaten Sampang dan Kabupaten Probolinggo pada tahun 2016. Data Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Bondowoso menyebutkan angka pernikahan pertama berdasarkan umur istri < 20 tahun di Bondowoso adalah sebanyak 2423 kasus (45,84%) pada tahun 2014, 2250 kasus (45,91%) pada tahun 2015, 2211 kasus (43,75%) pada tahun 2016 dan 2337 pada tahun 2017 (Dinas PPKB, 2018).

Menikah di usia dini memiliki dampak negatif seperti masalah kesehatan dan kependudukan. Tingginya angka pernikahan dini dapat menyebabkan masalah baru dalam kehidupan rumah tangga. Angka WUS yang menikah dan memiliki status KEK dapat membahayakan dirinya, terutama kehamilan pada usia remaja yang tidak memiliki kecukupan dan kesiapan fisik maupun mental. Remaja putri yang mulai hamil ketika kondisi gizinya buruk berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah 2-3 kali lebih besar dibanding mereka yang berstatus gizi baik, dan kemungkinan bayi mengalami kematian sebesar 1,5 kali (Arisman, 2010:81). Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Indonesia memiliki angka kematian ibu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Jawa Timur merupakan satu dari enam Provinsi dengan angka kematian ibu terbesar di Indonesia (Kemenkes RI, 2014). Sedangkan untuk Kabupaten Bondowoso, penemuan angka kematian ibu (AKI) sebanyak 20 orang dan angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2016 sebesar 190 kelahiran, serta jumlah kejadian BBLR pada tahun 2016 sebanyak 706 bayi (6,91%) (Dinkes Bondowoso, 2017). Hal ini tentu menjadi keprihatinan tersendiri, mengingat kesiapan WUS yang dalam masa prakonsepsi harus matang dalam segala aspek untuk menghadapi kehamilan dengan penting memperhatikan status gizi sebelum maupun selama masa kehamilannya.

Beberapa penelitian dilakukan untuk melihat variabel tertentu yang berkaitan dengan kejadian KEK, terutama KEK pada WUS. Menurut penelitian Putri (2017), terdapat hubungan yang signifikan antara asupan lemak dengan kejadian KEK pada WUS di Kecamatan Terbanggi Besar, Kabupaten Lampung Tengah. Penelitian lainnya dilakukan oleh Stephanie *et al* (2016), KEK pada

wanita usia subur berhubungan dengan asupan lemak dan protein, dimana asupan lemak dan protein perlu ditingkatkan untuk pencegahan KEK pada wanita usia subur (WUS).

Masih ditemukannya kejadian pernikahan di usia remaja dan adanya kasus ibu hamil KEK di Kabupaten Bondowoso, maka diperlukan peningkatan penyuluhan serta program penanggulangan untuk dapat menanamkan pada masyarakat terkait pendewasaan usia perkawinan guna mempersiapkan kematangan fisik maupun mental dan mengurangi jumlah ibu hamil KEK pada tingkat Kabupaten/Kota. Wilayah Kecamatan Tlogosari menjadi alasan peneliti mengambil lokasi tersebut dikarenakan angka pernikahan dini selama tahun 2016 sebesar 180 kasus (54,05%) yang merupakan salah satu dari 5 kecamatan dengan angka pernikahan dini yang tinggi setelah Kecamatan Pakem, Kecamatan Sempol, Kecamatan Jambesari dan Kecamatan Maesan. Pada tahun 2017, penemuan angka pernikahan dini tertinggi di Kabupaten Bondowoso berada di wilayah Kecamatan Tlogosari sebanyak 201 kasus (52,76%). Oleh karena itu, penulis perlu untuk melakukan penelitian yang berjudul Determinan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso sebagai langkah awal untuk mengetahui apa saja yang menjadi penyebab WUS dapat menderita KEK.

1.2 Rumusan Masalah

Apa saja faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis determinan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik wanita usia subur (WUS) (umur, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.
- b. Mengidentifikasi kondisi sosio-ekonomi wanita usia subur (WUS) (pekerjaan, pendapatan, status ekonomi) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.
- c. Mengidentifikasi konsumsi makanan (pola konsumsi dan tingkat konsumsi) wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.
- d. Mengidentifikasi status kekurangan energi kronis (KEK) wanita usia subur (WUS) yang menikah di usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.
- e. Menganalisis hubungan karakteristik wanita usia subur (WUS) (tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan) dengan konsumsi makanan WUS.
- f. Menganalisis hubungan kondisi sosio-ekonomi wanita usia subur (WUS) (pekerjaan dan status ekonomi) dengan konsumsi makanan WUS.
- g. Menganalisis hubungan tingkat konsumsi makanan pada wanita usia subur (WUS) dengan kejadian kurang energi kronis (KEK).

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang gizi kesehatan masyarakat berkaitan dengan determinan kejadian kurang energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) yang menikah usia remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka perencanaan kegiatan selanjutnya khususnya program penanggulangan kurang energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS).

b. Bagi Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka kegiatan pendewasaan usia perkawinan pada wanita usia subur (WUS) khususnya remaja.

c. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat khususnya wanita usia subur (WUS) termasuk remaja dan ibu hamil agar dapat mempersiapkan dan memenuhi kebutuhan gizinya.

d. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dan rekomendasi oleh peneliti lain untuk dikembangkan pada penelitian selanjutnya khususnya terkait masalah KEK pada wanita usia subur (WUS).

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

2.1.1 Remaja

Istilah *adolescence* atau remaja berasal dari *adolescence* (kata bendanya *adolescens* yang berarti remaja) yang mempunyai arti tumbuh menginjak masa dewasa. Masa remaja sering disebut dengan pubertas. Para ahli merumuskan bahwa istilah pubertas digunakan untuk menyatakan perubahan fisiologis baik bentuk maupun fisiologis yang terjadi dengan cepat dari masa anak-anak ke masa dewasa, terutama alat reproduksi (Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010:1).

Remaja merupakan individu laki-laki maupun perempuan yang termasuk dalam umur 10-19 tahun. (Sulistiyoningsih, 2011:86). Menurut Permenkes RI Nomor 25 tahun 2014, remaja merupakan populasi dalam usia 10 sampai 18 tahun. Sedangkan WHO menyebutkan remaja merupakan seseorang yang termasuk dalam usia 10-19 tahun, serta diperkirakan kelompok remaja yang ada di dunia berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia (WHO, 2014). Depkes RI (2009) mengategorikan remaja menjadi 2 kategori, yakni remaja awal (12-16 tahun) dan remaja akhir (17-25 tahun).

2.1.2 Kebutuhan Gizi Remaja

Gizi adalah suatu proses dimana pemenuhannya digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, menjaga fungsi normal organ-organ dan menghasilkan energi dengan mengkonsumsi makanan secara normal dengan melalui tahap digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak diinginkan. (Sulistiyoningsih, 2011:2; Supariasa, 2012:17-18). Keadaan gizi yaitu tersedianya zat gizi dalam jaringan seluler tubuh yang dipengaruhi oleh keseimbangan antara konsumsi makanan dan penyerapan zat gizi. (Supariasa *et al*, 2012:17-18). Pangan merupakan istilah umum untuk semua bahan yang akan dijadikan makanan, baik dalam kondisi

mentah atau matang, hasil olahan ataupun bahan mentah (Sulistiyoningsih, 2011:2). Status gizi mempunyai arti dimana tubuh berada dalam kondisi tertentu sebagai akibat dari pemenuhan tingkat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009:3).

Kebutuhan gizi pada masa remaja lebih tinggi daripada masa kanak-kanak yang dikarenakan adanya pertumbuhan yang, pubertas, perubahan komposisi tubuh, mineralisasi tulang dan perubahan aktivitas fisik (Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010:10). Terpenuhinya kebutuhan zat gizi merupakan hal yang perlu dilakukan untuk mencapainya derajat kesehatan yang lebih baik. Berikut merupakan tabel AKG untuk remaja berdasarkan Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia:

Tabel 2.1 AKG pada Remaja Wanita

Kelompok Umur	BB* (kg)	TB* (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)	Serat (g)
13-15 tahun	46	155	2125	69	71	292	30
16-18 tahun	50	158	2125	59	71	292	30
19-29 tahun	54	159	2250	56	75	309	32

Menurut Sulistiyoningsih (2011:87-92), beberapa kebutuhan zat gizi yang diperlukan pada masa remaja antara lain:

a. Energi

Masa remaja yaitu masa yang rawan gizi dikarenakan kebutuhan akan zat gizi sedang tinggi-tingginya. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG), remaja putri usia 13–15 tahun membutuhkan energi sebesar 2125 kkal, protein 69 g, lemak 71 g, dan karbohidrat 292 g. Sementara itu, remaja putri usia 16–19 tahun membutuhkan energi sebesar 2125 kkal, protein 59 g, lemak 71 g dan karbohidrat 292 g (Rokhmah *et al*, 2016:95).

Asupan energi diperlukan untuk mendukung aktivitas fisik, seperti olahraga. Hal ini disesuaikan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan yaitu 2000-2200 kkal pada wanita dan 2800 kkal untuk pria yang

60% dianjurkan untuk berasal dari sumber karbohidrat, seperti beras, tepung dan hasil olahannya, umbi-umbian, dll.

b. Protein

Sumber protein sangat diperlukan untuk pertumbuhan, perkembangan badan, pembentukan jaringan-jaringan baru, pemeliharaan tubuh, menjernihkan pikiran dan meningkatkan konsentrasi kecerdasan. Kecukupan protein remaja sebanyak 1,5 – 2,0 gr/kg BB/hari.

c. Lemak

Lemak berguna sebagai cadangan energi, pelarut vitamin A, D, E dan K, pelumas persendian, pertumbuhan dan pencegahan peradangan kulit dan pemberi cita rasa pada makanan yang dapat diperoleh dari mentega, susu, daging, ikan, dll.

d. Vitamin

Kebutuhan vitamin pada usia remaja meningkat dikarenakan faktor pertumbuhan serta perkembangan yang cepat. Untuk kebutuhan vitamin yang mempunyai manfaat sebagai pengatur pengolahan bahan makanan serta menjaga keseimbangan tubuh dapat diperoleh dari sumber sayur dan buah-buahan.

e. Mineral

Mineral dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan selama masa remaja. Mineral yang diperlukan antara lain kalsium, besi (Fe), seng (Zn), magnesium (Mg), iodine, fosfor, tembaga, krom, kobalt dan fluor.

2.1.3 Pernikahan Dini

Pernikahan merupakan salah satu peristiwa penting yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Menurut Undang-Undang No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan disebutkan menjelaskan bahwa seorang pria dan wanitayang telah menjadi pasangan suami istri dengan ikatan lahir batin yang bertujuan untuk membangun rumah tangga, dimana batas minimal usia nikah bagi perempuan 16 tahun dan bagi laki-laki 19 tahun. Sarwono (1984) dalam Trimmingga (2008:vii) mengatakan bahwa pernikahan adalah ikatan dua manusia yang jenis kelaminnya

berbeda dalam usahanya untuk mencapai pemenuhan orang yang melaksanakan pernikahan berarti memenuhi prosedur atau tahap – tahap dalam membentuk keluarga. Pernikahan berfungsi sebagai sarana untuk kepuasan emosional dan fisik. Tujuan umum dari pernikahan adalah agar pria dan wanita bias mencintai satu sama lain, memberikan kasih sayang dan hidup dalam kedamaian dan ketenangan (Khairunnas, 2013:4-5).

Pernikahan dini (*early marriage*) adalah pernikahan yang bersifat formal atau tidak formal yang dilakukan dibawah usia 18 tahun (UNICEF, 2014). Al Ghifari (2008) dalam Desiyanti (2015:2) mempunyai pendapat dimana pernikahan muda merupakan pernikahan yang dilakukan pada usia remaja antara usia 10-19 tahun. Pernikahan dini atau pernikahan usia muda berisiko karena belum cukupnya kesiapan dari aspek kesehatan, mental emosional, pendidikan, social ekonomi dan reproduksi (Kemenkes RI, 2016:2).

Remaja usia belasan tahun secara mental dan emosional masih belum matang, belum bias mengambil keputusan dengan bijaksana. Sedangkan pernikahan yang bahagia hanya bias diraih oleh pasangan yang sudah matang secara mental dan mampu mengambil keputusan dengan bijak setiap menghadapi permasalahan dalam keluarga (Khairunnas, 2013:22).

2.2 Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS)

2.2.1 Wanita Usia Subur (WUS)

Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) wanita usia subur merupakan wanita yang berumur 15 - 49 tahun baik yang berstatus kawin maupun yang belum kawin atau janda.

2.2.2 Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Kekurangan energi kronis (KEK) adalah keadaan kekurangan asupan energi dan protein pada wanita usia subur (WUS) yang berlangsung secara terus menerus dan mengakibatkan gangguan kesehatan. Kekurangan energi kronis

(KEK) merupakan suatu keadaan yang ditimbulkan oleh gangguan zat gizi lebih atau absolut dimana mengakibatkan kesehatan pada ibu (Sipahutar, 2014:34) Seseorang dikatakan memiliki risiko KEK jika LILA < 23,5 cm (Depkes RI, 2012). Kurang energi kronis pada orang dewasa dapat pula diketahui dengan indeks massa tubuh (IMT) yang diukur dari perbandingan antara berat dan tinggi badan. Jika IMT kurang dari 18,5 dikatakan sebagai KEK (Husaini, 2003 dalam Novitasari, 2016).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) dapat terjadi dan disebabkan oleh beberapa faktor, baik faktor langsung maupun faktor tidak langsung. Faktor langsung dapat meliputi infeksi dan asupan makanan. Sedangkan faktor tidak langsung meliputi persediaan pangan keluarga, pendidikan, pengetahuan, pendapatan dan pelayanan kesehatan (Soekirman, 2000:85).

a. Faktor langsung

1) Asupan Makanan

Asupan makanan yaitu jenis banyaknya makanan yang dimakan seorang yang dapat diukur dengan jumlah bahan makanan atau energi dan zat gizi. Selain itu, tingkat asupan makanan akan mempengaruhi keadaan gizi. Tingkat asupan ditentukan oleh kualitas dan kuantitas hidangan yang berguna sebagai pemenuhan zat gizi yang diperlukan dalam tubuh. Kualitas mengarah pada semua susunan hidangan megandung zat gizi yang diperlukan oleh tubuh, sedangkan kuantitas mengarah pada jumlah masing-masing kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme dalam tubuh. Asupan makanan seseorang akan dipengaruhi oleh kebiasaan makan dan ketersediaan pangan yang terdapat kaitannya dengan tradisi setempat.

Status gizi baik terjadi apabila proses pada tubuh dalam pemenuhan zat-zat gizi dilakukan secara efisien yang nantinya dapat mempengaruhi perkembangan otak, mempunyai kemampuan kerja optimal, pertumbuhan fisik, serta kesehatan tubuh dapat terjaga. Sedangkan gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer, apabila susunan makanan seseorang salah dalam segi kuantitas maupun kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kemiskinan, ketidaktahuan, kebiasaan makan yang salah, dan faktor sekunder, meliputi faktor yang menyebabkan zat-zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah makanan dikonsumsi. Tiap zat gizi yang masuk akan memberikan fungsi yang penting bagi tubuh, misalnya sebagai sumber tenaga yang dapat digunakan untuk menjalankan aktivitas (Almatsier, 2009:9-10).

Klasifikasi tingkat konsumsi makanan pada seseorang adalah sebagai berikut :

- a) Defisit tingkat berat : <70%
- b) Defisit tingkat sedang : 70-79%
- c) Defisit tingkat ringan : 80-89%
- d) Normal : 90-120%
- e) Lebih : >120% (Kushartono dan Supariasa, 2014:63)

Menurut penelitian Stepahanie *et al* (2016:4) mayoritas responden (90,7%) yang dengan kategori pola makan baik tidak mengalami kejadian KEK dan hanya terdapat 4 responden (9,3%) yang dengan kategori pola makan baik namun mengalami kejadian KEK. Dari sebagian besar responden (75%) yang memiliki kategori pola makan kurang baik mengalami KEK dan hanya 1 responden (25%) yang mempunyai pola makan kurang baik tidak mengalami KEK.

2) Infeksi

Kekurangan energi kronis merupakan interaksi antara berbagai faktor, tetapi yang paling utama adalah akibat konsumsi makanan yang kurang memadai, baik kualitas maupun kuantitas, dan adanya penyakit yang diderita. Dampak infeksi yang disebabkan masuknya zat gizi dan

energi yang kurang dari kebutuhan akan menimbulkan dampak seperti turunnya berat badan dikarenakan nafsu makan yang menghilang. Pada infeksi, jumlah kebutuhan zat gizi lebih meningkat karena katabolisme yang berlebih dapat terjadi pada suhu tubuh tinggi. Asupan zat gizi yang menurun diakibatkan oleh pengurangan proporsi makanan dan kurang nafsu makan pada saat sakit yang merupakan mekanisme patologis infeksi dengan malnutrisi. Selain itu, peningkatan kehilangan cairan/zat gizi akibat penyakit diare, mual/muntah dan pendarahan terus menerus juga terjadi (Supariasa *et al*, 2012:176-177).

b. Faktor tidak langsung

1) Umur

Umur wanita atau ibu yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun dapat mempengaruhi status gizinya. Umur digunakan sebagai penentuan besarnya kalori serta zat gizi yang dibutuhkan sehingga kebutuhan gizinya menjadi terpenuhi dan terhindar dari masalah gizi (Arisman, 2010:9). Menurut penelitian Marlenywati (2010), remaja usia 15-19 tahun dengan asupan protein < 80% AKG berpeluang risiko KEK 13,42 kali.

2) Pengetahuan

Pengetahuan yaitu hasil tahu dari pendengaran, penciuman, penglihatan seseorang melalui proses penginderaan manusia. Tingkat pengetahuan kesehatan nantinya mempengaruhi pendidikan kesehatan selanjutnya. Tingkat pengetahuan seseorang akan kesehatan berpengaruh pada perilaku kesehatan yang merupakan hasil jarak menengah dari pendidikan kesehatan selanjutnya dan akan mempengaruhi keadaan meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2010:50). Pengetahuan gizi dapat mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan terhadap pemilihan bahan pangan, akses bahan pangan, distribusi bahan pangan dan cara pengolahan bahan makanan. (Syukur, 2016:42).

3) Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses seseorang dalam penerimaan informasi guna untuk pertumbuhan, perkembangan maupun perubahan arah lebih dewasa dan menjadi lebih matang pada seseorang sehingga akan semakin banyak pengetahuan yang akan diperolehnya. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah, hal tersebut akan mempengaruhi dalam proses penerimaan informasi baru dan nilai-nilai yang baru dikenalnya (Notoatmodjo, 2010:135).

Pendidikan seseorang memengaruhi keadaan gizi karena diharapkan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi membuat pengetahuan maupun informasi gizi menjadi lebih baik, karena masalah gizi yang sering terjadi diakibatkan kurangnya informasi maupun ketidak tahuan tentang gizi yang memadai. (Muliawati, 2013:6).

Pada masyarakat dengan pendidikan rendah akan lebih kuat mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan, sehingga sulit untuk menerima pembaharuan di bidang gizi. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan memiliki pengetahuan atau informasi tentang gizi yang lebih baik sehingga bisa memenuhi asupan gizinya (Umar, 2007:32).

4) Pendapatan

Perilaku konsumsi makan berhubungan dengan faktor ekonomi dan faktor sosial budaya yang mengalami refleksi interaksi dalam kedua hal tersebut. Faktor ekonomi berkaitan dengan tingkat pendapatan yang mempengaruhi daya beli seseorang dan beban tanggungan anggota keluarga bilamana pendapatan yang diperoleh seimbang terhadap jumlah anggota keluarga di dalamnya. Besarnya suatu keluarga dan tingkat pendapatan keluarga akan berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas pemenuhan asupan makanan di dalam suatu keluarga (Muliawati, 2013:7).

5) Ketersediaan pangan keluarga

Ketersediaan pangan keluarga merupakan kemampuan sebuah keluarga dalam pemenuhan pangan harian dengan jumlah yang cukup dan memperhatikan kriteria mutu gizinya. Ketahanan pangan berkaitan dengan ketersediaan pangan yang dapat diperoleh dari pasar, hasil produk sendiri, maupun sumber lainnya serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. (Depkes, 2000).

Kemampuan keluarga dalam pemenuhan bahan makanan diperoleh bergantung pada jumlah pendapatan keluarga, pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan, dan harga bahan pangan yang akan digunakan dalam pemenuhan kebutuhan gizi keluarga. (Najoan, 2011).

6) Pelayanan kesehatan

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara berkaitan dengan keberadaan sarana kesehatan, meliputi fasilitas pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, maupun masyarakat (Kemenkes RI, 2014:27).

7) Aktivitas fisik

Dalam upaya meningkatkan kesehatan tubuh, diperlukan adanya aktivitas fisik guna mempraktikkan perilaku hidup sehat. Melakukan aktivitas fisik bermanfaat mengeluarkan tenaga guna untuk memelihara kesehatan fisik, mental, serta menjadikan kualitas hidup yang lebih baik dengan frekuensi waktu minimal 30 menit pada tiap harinya. (Kemenkes RI, 2014:182).

2.2.4 Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Status kekurangan energi kronis sebelum kehamilan dalam jangka panjang dan selama kehamilan akan menyebabkan ibu melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, mudah terinfeksi, abortus, dan terhambatnya pertumbuhan otak janin (Supriasa *et al*, 2012:49).

a. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Bayi dengan berat badan lahir rendah merupakan badan baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram atau kurang dan tanpa memperhatikan usia kehamilan (Syafudin *et al*, 2009:37). Kondisi ini dapat mengganggu perkembangan mental dan kemampuan motorik. Anak yang mengalami BBLR dan status gizi kurang pada usia balita akan meningkatkan risiko terkena penyakit noninfeksi atau penyakit degeneratif di usia dewasa (Sulistiyani, 2011:4).

b. Abortus

Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gr atau umur kehamilan kurang dari 20 minggu (Manuaba, 2007). Abortus merupakan berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Sarwono, 2009).

c. Terhambatnya pertumbuhan otak janin

Pertumbuhan otak janin selama masa kehamilan penting untuk terjaga. Karena dampaknya akan terasa setelah hidup dan menjadi masalah baru dalam lingkungan keluarganya, baik itu dampak secara psikologis maupun neurologis pada anak (Manuaba *et al*, 2007:425).

2.2.5 Penilaian Status Gizi Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) di kelompok wanita usia subur (WUS) bisa dilakukan dengan mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam guna mengetahui kelompok Kekurangan Energi Kronis (KEK). Kategori

KEK adalah apabila LILA kurang dari 23,5 cm di bagian merah pita LILA (Supariasa *et al.* 2012:48). Lingkar lengan atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit dan berkorelasi dengan indeks BB/U maupun BB/TB (Ningtyias, 2010:78).

Adapun tujuan pengukuran LILA sebagai berikut (Supariasa *et al.*, 2012:48-49) :

- a. Mengetahui risiko kurang energi kronis (KEK) pada wanita usia subur usia 15-49 tahun pada wanita usia subur guna mengetahui resiko melahirkan bayi BBLR.
- b. Meningkatkan perhatian dan pentingnya kesadaran dari masyarakat agar lebih berperan dalam pencegahan dan penanggulangan KEK.
- c. Mensejahterakan ibu dan anak dengan mengembangkan gagasan baru di masyarakat.
- d. Meningkatkan peran serta petugas lintas sektor perihal upaya perbaikan gizi pada wanita usia subur yang mengalami KEK.
- e. Fokus pada pelayanan kesehatan dengan sasaran WUS yang mengalami KEK

Nilai ambang batas pengukuran LILA pada wanita usia subur dengan risiko KEK di Indonesia sebesar 23,5 cm. Bilamana pita LILA < 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, maka wanita tersebut berisiko KEK serta berpotensi mengakibatkan lahirnya bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Supariasa *et al.* 2012:49).

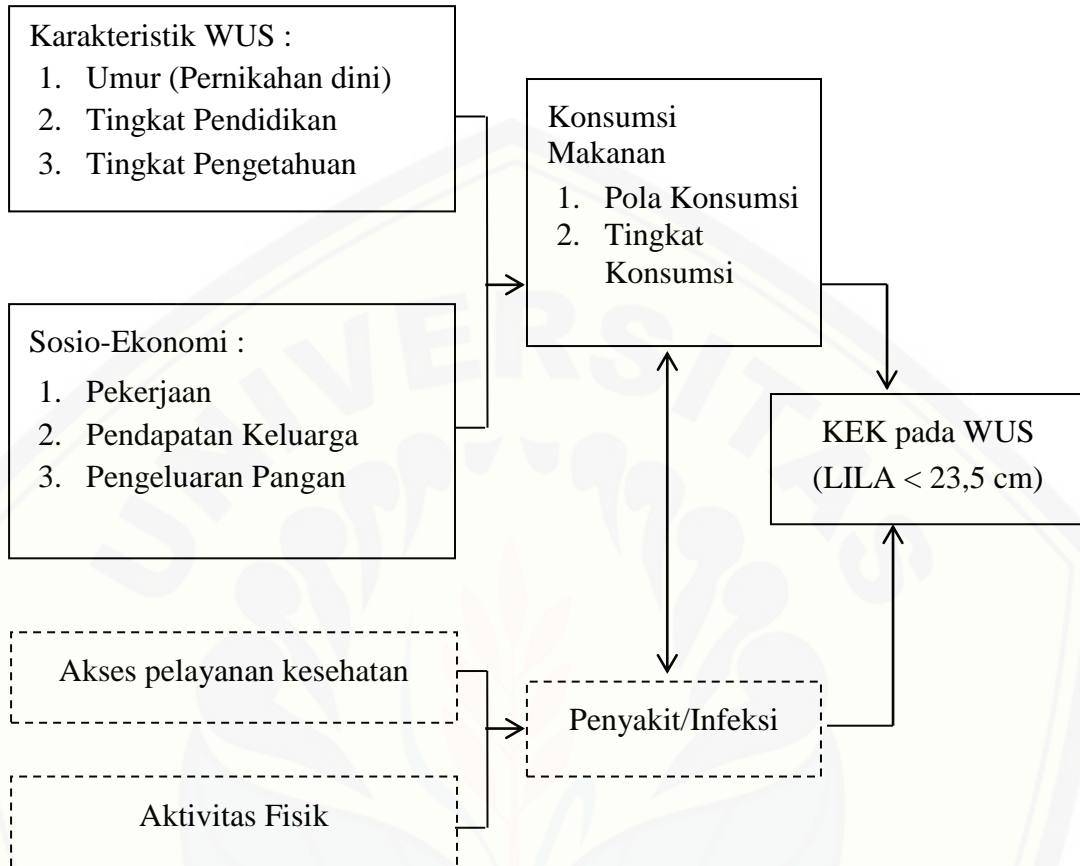
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi (Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil, UNICEF 1998)

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Status gizi WUS secara langsung dapat dipengaruhi oleh konsumsi makanan bergizi dan adanya penyakit/infeksi. Sedangkan penyebab tidak langsung dapat dipengaruhi oleh karakteristik WUS, kondisi sosio-ekonomi, akses pelayanan kesehatan maupun aktivitas fisik yang dilakukannya. Pernikahan usia dini dibawah usia 20 tahun, dapat mempercepat usia hamil pertama seorang

wanita di masa remajanya. Dimana hal ini akan berpengaruh pada status gizi ibu hamil remaja. Status gizi wanita dalam masa prakonsepsi akan memengaruhi kondisi kehamilan dan kesejahteraan bayi yang akan lebih baik jika pencegahannya dilaksanakan pada saat sebelum hamil. Status gizi WUS dapat diukur menggunakan indeks antropometri dengan menghitung lingkaran lengan atas (LILA) dengan batas $< 23,5$ cm yang nantinya akan diketahui mengalami KEK atau tidak KEK dan dianalisis faktor apa yang memungkinkan untuk terjadinya KEK pada WUS. Dari faktor-faktor tersebut diatas, penulis perlu untuk meneliti determinan apa saja yang terkait dengan kejadian KEK pada WUS yang menikah di usia remaja.

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara terhadap hasil dan pertanyaan yang harus di uji terlebih dahulu validitasnya. Hipotesis tidak dinilai benar maupun salah tetapi akan di uji terlebih dahulu dengan data empiris apakah valid atau tidak (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:45). Hipotesis penelitian ini meliputi :

- a. Terdapat hubungan antara karakteristik wanita usia subur (WUS) (tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan) dengan tingkat konsumsi WUS.
- b. Terdapat hubungan antara kondisi sosio-ekonomi wanita usia subur (WUS) (pekerjaan, pengeluaran pangan) dengan tingkat konsumsi WUS.
- c. Terdapat hubungan antara tingkat konsumsi makanan wanita usia subur (WUS) dengan kejadian kurang energi kronis (KEK).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat analitik karena peneliti melakukan proses analisis terhadap data yang dikumpulkan, karena itu pada penelitian analitik perlu dibuat hipotesis (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:108). Sedangkan penelitian disebut penelitian observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian. Pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2012:37-38). Pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kecamatan Tlogosari, Kabupaten Bondowoso. Hal ini dikarenakan selama tahun 2016, Kecamatan Tlogosari berada dalam 5 besar wilayah yang memiliki jumlah wanita usia subur yang menikah di bawah usia 20 tahun dengan persentase 54,05% setelah wilayah Kecamatan Pakem, Kecamatan Sempol, Kecamatan Jambesari dan Kecamatan Maesan. Sedangkan selama pada tahun 2017, jumlah wanita yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Tlogosari tertinggi diantara wilayah lainnya yakni sebesar 201 kasus (52,76%).

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian merupakan lamanya waktu yang dibutuhkan selama melakukan proses penelitian. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2018-selesai.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi objek atau subjek yang telah dipilih oleh peneliti untuk ditarik kesimpulan dalam penelitiannya yang memenuhi kriteria, baik kualitas dan karakteristik tertentu. (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia subur (WUS) yang berada di wilayah Kecamatan Tlogosari dan menikah di usia remaja dengan kelompok umur dibawah 20 tahun yang tercatat pada laporan pernikahan dini Dinas PPKB dan catatan pernikahan di KUA Kecamatan Tlogosari tahun 2017 berjumlah 201 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel yaitu objek yang digunakan dalam penelitian dan termasuk dalam perwakilan seluruh populasi. (Notoatmodjo, 2012:115). Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:81). Sampel yang ditentukan oleh peneliti harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dimaksudkan subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yaitu memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012:127).

Penentuan kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Wanita usia subur yang telah menikah di usia remaja
- 2) Wanita usia subur berusia < 20 tahun

3) Responden termasuk dalam catatan pernikahan KUA yang berada di wilayah Kecamatan Tlogosari

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yakni

1) Wanita usia subur yang menikah di usia remaja sedang berada pada masa kehamilan.

Untuk menghitung besar sampel masing-masing yang akan digunakan dalam penelitian digunakan rumus Lemeshow sebagai berikut :

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

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5) \cdot 201}{0,1^2(201 - 1) + 1,96 \cdot 0,5(1 - 0,5)}$$

$$n = 77,5 = 77 \text{ orang}$$

Keterangan :

- n = besar sampel
 N = jumlah populasi
 P = nilai proporsi sebesar 0,5
 $z_{1-\alpha/2}^2$ = derajat kepercayaan (1,96)
 d = presisi absolut kesalahan 10%

c. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *simple random sampling*. Teknik ini merupakan pengambilan anggota sampel pada populasi homogen yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi tersebut (Sugiyono, 2015:82). Pengambilan sampel dilakukan dengan memberi nomor pada semua anggota

populasi dan dicatat pada kertas kecil, kemudian diambil secara acak satu per satu hingga sesuai dengan jumlah sampel yang diinginkan, yaitu 77 orang.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38). Berdasarkan kerangka konsep tersebut, maka variabel penelitian ini adalah :

a) Variabel Bebas

Variabel bebas (*variabel independent*) merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (*variabel dependent*) (Sugiyono, 2015:39). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik wanita usia subur (meliputi umur, pengetahuan, pendidikan), tingkat sosio ekonomi (meliputi pekerjaan, pendapatan, status ekonomi), pola konsumsi dan tingkat konsumsi.

b) Variabel Terikat

Variabel terikat (*variabel dependent*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015:39). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah status kekurangan energi kronis (KEK) pada wanita usia subur.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel-variabel yang akan diamati dapat dilihat dalam Tabel 3.1 berikut ini :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Kriteria Penilaian dan Skala Data

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
1.	Karakteristik wanita usia subur				
a.	Umur	Lama hidup responden remaja pada saat dilakukan wawancara	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	1) Remaja awal (12-16 tahun) 2) Remaja Akhir (17-25 tahun) Depkes RI (2009)	Ordinal
b.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	1) Rendah : tidak sekolah, tamat SD, SMP/ sederajat 2) Menengah : SMA/SMK/ Sederajat 3) Tinggi : Perguruan Tinggi (UU No. 20 Tahun 2003)	Ordinal
c.	Pengetahuan	Sesuatu yang dipahami oleh responden terkait kejadian kekurangan energi kronis (KEK)	Wawancara dengan menggunakan angket penilaian pengetahuan	Jumlah soal : 20 Skoring : 0 = jika jawaban salah 1 = jika jawaban benar Jumlah skor : Maks = 20 Min = 0 Rentang = maks – min = 20-0 = 20 Banyak kelas = 3 Panjang kelas = $20/3 = 7$ Sehingga skor total pengetahuan responden dapat dilihat dari jumlah skor yang diperoleh dengan kategori :	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
				a) Rendah : 0-7 b) Sedang : 8-15 c) Tinggi : 16-20	
				(Sudjana, 2005)	
2.	Kondisi sosio ekonomi				
	a. Pekerjaan	Segala aktivitas yang dilakukan guna mendapatkan penghasilan yang dapat menunjang pendapatan keluarga	Wawancara dengan kuesioner	1) Tidak bekerja 2) Pegawai 3) Wiraswasta 4) Petani/nelayan/buruh 5) Lainnya	Nominal
	b. Pendapatan keluarga	Hasil/upah yang diperoleh dari bekerja (dihitung 1 bulan)	Wawancara dengan kuesioner	1) \geq UMK (Rp1.667.505,41) 2) $<$ UMK (Rp1.667.505,41)	Ordinal
				(UMK Kabupaten Bondowoso 2018)	
	c. Pengeluaran pangan	Sebagian pendapatan yang dibelanjakan untuk makan keluarga dalam satu bulan (rupiah) berdasarkan hukum engel	Wawancara dengan kuesioner	Pengeluaran pangan rumah tangga per bulan : 1) Rendah : $<60\%$ pendapatan 2) Tinggi : $\geq 60\%$ pendapatan	Ordinal
				(Engel dalam Susenas 2012)	
3.	Pola Konsumsi	Kebiasaan responden dalam mengkonsumsi makanan	Wawancara dengan kuesioner <i>Food Frequency Questionnaire</i> (FFQ)	1) Sering : jika mengkonsumsi 3-6 kali/minggu, > 1 kali/hari 2) Jarang : jika mengkonsumsi 1-2	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
				kali/minggu, 1 kali/bulan, 1 kali/tahun 3) Tidak pernah (Gibson, 2005)	
4.	Tingkat Konsumsi				
	a. Energi rata-rata	Jumlah asupan energi ke dalam tubuh yang berasal dari makanan dan minuman sehari-hari yang dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG)	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i> 2x24 jam	Kategori nilai : 1) Defisit tingkat berat : <70% 2) Defisit tingkat sedang : 70-79% 3) Defisit tingkat ringan : 80-89% 4) Normal : 90-120% 5) Lebih : >120% Depkes (1996) dalam Kusharto dan Supriasa (2014:63)	Ordinal
	b. Karbohidrat rata-rata	Jumlah asupan karbohidrat ke dalam tubuh yang berasal dari makanan dan minuman sumber karbohidrat yang dikonsumsi sehari-hari yang dibandingkan dengan	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i> 2x24 jam	Kategori nilai : 1) Defisit tingkat berat : <70% 2) Defisit tingkat sedang : 70-79% 3) Defisit tingkat ringan : 80-89% 4) Normal : 90-120% 5) Lebih :	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
		Angka Kecukupan Gizi (AKG)		>120%	
				Depkes (1996) dalam Kusharto dan Supariasa (2014:63)	
c.	Protein rata-rata	Jumlah asupan protein ke dalam tubuh yang berasal dari makanan dan minuman sumber protein yang dikonsumsi sehari-hari yang dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG)	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall 2x24</i> jam	Kategori nilai : 1) Defisit tingkat berat : <70% 2) Defisit tingkat sedang : 70-79% 3) Defisit tingkat ringan : 80-89% 4) Normal : 90-120% 5) Lebih : >120%	Ordinal
				Depkes (1996) dalam Kusharto dan Supariasa (2014:63)	
d.	Lemak rata-rata	Jumlah asupan lemak ke dalam tubuh yang berasal dari makanan dan minuman sumber lemak yang dikonsumsi sehari-hari yang dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG)	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall 2x24</i> jam	Kategori nilai : 1) Defisit tingkat berat : <70% 2) Defisit tingkat sedang : 70-79% 3) Defisit tingkat ringan : 80-89% 4) Normal : 90-120% 5) Lebih : >120%	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
Variabel terikat				Depkes (1996) dalam Kusharto dan Supariasa (2014:63)	
1.	Status kekurangan energi kronis (KEK)	Keadaan dimana seseorang menderita/tidak menderita kekurangan energi kronis	Pengukuran menggunakan pita LILA	1) Risiko KEK : < 23,5 cm 2) Tidak berisiko KEK : \geq 23,5 cm	Nomina 1
				Supariasa (2012:48-49)	

3.5 Data dan Sumber Data

Pada penelitian ini menggunakan data yang digunakan terdiri dari data primer dan data sekunder, sebagai berikut:

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama atau data yang langsung diperoleh dari responden melalui wawancara dan pengisian kuesioner oleh responden (Sugiyono, 2015:137). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari responden, yaitu wanita usia subur yang menikah di usia < 20 tahun.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua, biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam pengumpulan data, baik oleh institusi pemerintah maupun swasta. Pengumpulan data ini bertujuan untuk mendukung data awal penelitian sebagai bahan diskusi (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dalam penelitian ini terdiri dari data laporan pernikahan pertama berdasarkan umur istri yang diperoleh dari Dinas

Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Bondowoso, data laporan kejadian kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, jurnal ilmiah dan penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan kejadian kekurangan energi kronis (KEK).

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah teknik atau cara yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data.

a. Wawancara

Wawancara adalah metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139). Teknik ini dilakukan oleh peneliti untuk pengumpulan data primer berupa data karakteristik responden (WUS), keadaan sosio-ekonomi, pola konsumsi dan tingkat konsumsi dibantu dengan kuesioner.

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu dan bisa berbentuk gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumentasi yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), biografi, ceritera, peraturan dan kebijakan. Sedangkan dokumentasi yang berbentuk gambar dapat berupa foto, sketsa, gambar hidup, dan lain-lain (Sugiyono, 2015:240). Kegiatan dokumentasi yang dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data awal pada saat studi pendahuluan dan selama proses penelitian berlangsung.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012:152).

a. Kuesioner

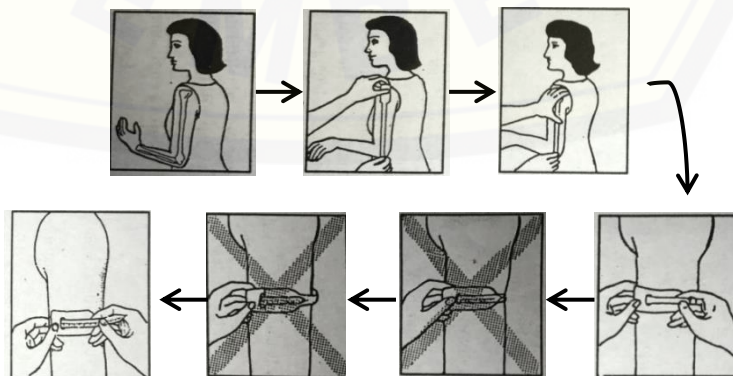
Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Kuesioner yang digunakan yaitu panduan wawancara yang berupa kuesioner informasi mengenai karakteristik responden, angket pengetahuan, keadaan sosio-ekonomi, pola konsumsi dan tingkat konsumsi.

b. Pengukuran

1) Status KEK

Pengukuran dalam penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan data terkait status KEK pada WUS dengan menggunakan pita LILA sebagai alat bantu pengukuran dan dilakukan pada lengan yang tidak aktif. Adapun prosedur pengukuran LILA sebagai berikut :

- Tetapkan posisi bahu dan siku
- Letakkan pita antara bahu dan siku
- Tentukan titik tengah lengan
- Lingkarkan pita LILA pada tengah lengan
- Pita jangan terlalu ketat
- Pita jangan terlalu longgar
- Baca skala yang tertera



Gambar 3.1 Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan Atas (Supariasa, 2012:50)

Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm maka berisiko KEK, jika hasil pengukuran menunjukkan $\geq 23,5$ cm berarti tidak berisiko KEK.

2) Recall 24 jam

Menurut Kusharto dan Supariasa (2014:28), beberapa langkah dan prosedur dari pelaksanaan recall 24 jam adalah sebagai berikut:

- a) Responden mengingat semua makanan dan minuman yang dimakan 24 jam yang lalu.
- b) Responden menguraikan secara mendetail masing-masing bahan makanan yang dikonsumsi seperti bahan makanan atau makanan jadi. Mulai dari makan pagi, makan siang, makan malam, dan berakhir sampai akhir hari tersebut.
- c) Responden memperkirakan ukuran porsi yang dimakan, sesuai dengan ukuran rumah tangga yang biasa digunakan, antara lain dengan menggunakan *food model* atau foto-foto, bahan makanan asli atau *food sample* dan alat-alat makan.
- d) Pewawancara dan responden mengecek atau mengulangi kembali apa yang dimakan dengan cara mengingat kembali.
- e) Pewawancara mengubah ukuran porsi menjadi setara ukuran gram.

3) *Food Frequency Questionnaire*

Menurut Supariasa (2012:98), metode frekuensi makanan terdiri dari beberapa langkah berikut :

- a) Responden diminta untuk memberikan tanda pada daftar makanan yang tersedia pada kuesioner yang biasa dikonsumsi berdasarkan frekuensi penggunaannya.
- b) Lakukan rekapitulasi tentang frekuensi konsumsi jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam analisis data ini adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2012:176-177). Data yang telah dikumpulkan dari instrumen pengumpulan data akan diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk menghilangkan keraguan data.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data atau angka bilangan. Pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Notoatmodjo, 2012:177). Peneliti mengklasifikasikan setiap data yang diperoleh untuk memudahkan proses analisis.

c. Pemberian Nilai (*Scoring*)

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan skor atas jawaban yang telah diberikan oleh responden. Skor jawaban dimulai dari jawaban tertinggi sampai jawaban terendah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Pada tahap ini data yang sudah lengkap ditabulasi dan diklasifikasikan pada masing-masing variabel untuk mempermudah dalam menganalisa dan pembahasan penelitian.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Cara penyajian data umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2012:90). Pada penelitian

ini, data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi untuk mempermudah memahami.

3.7.3 Analisis Data

Analisis data diharapkan mampu memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data bertujuan untuk memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2012:180).

a. Analisis Univariat

Analisis univariat suatu penelitian bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik pada setiap variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai variabel bebas dan variabel terikat dalam penelitian.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat berkaitan dengan dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012:183). Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* untuk melihat ada tidaknya hubungan variabel bebas dengan variabel terikat pada penelitian.

Dalam melakukan analisis digunakan bantuan program SPSS. Dasar pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95%, yaitu:

- 1) Jika *p-value* kurang dari α (0,05), maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan atau pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.
- 2) Jika *p-value* lebih dari α (0,05), maka H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan atau pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

Analisis lainnya digunakan dengan melihat nilai *odd ratio* (OR) untuk menunjukkan kesimpulan adanya hubungan antara dua variabel secara bermakna atau tidak bermakna. Besar kecilnya nilai OR menunjukkan

besarnya keeratan hubungan antara dua variabel yang diuji (Notoatmodjo, 2012:184)

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Validitas Instrumen

Sebuah instrument dikatakan valid jika instrumen tersebut mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat sehingga harus diuji validitasnya (Arikunto, 2010:212). Uji validitas menurut para ahli dapat menggunakan rumus *Pearson Product Moment*, kemudian setelah diuji dengan menggunakan uji *r* dilihat penafsiran indeks korelasinya. Jika *r* hitung > *r* tabel berarti instrumen tersebut valid, sebaliknya jika *r* hitung < *r* tabel maka hasilnya tidak valid (Hidayat, 2010:81). Pertanyaan untuk menguji instrument pengetahuan dalam penelitian ini terdiri atas 20 item pertanyaan dan dilaksanakan di wilayah Kecamatan Pujer Kabupaten Bondowoso.

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan instrumen penelitian berupa angket pengetahuan gizi pada 30 orang yang memiliki karakteristik sama dengan sampel penelitian. Item pertanyaan terdiri dari 20 pertanyaan sebagaimana terlampir. Pada angket pengetahuan, dari 20 pertanyaan terdapat 18 pertanyaan yang memiliki nilai *r* hitung > dari *r* tabel (0,361) dan 2 item pertanyaan yang memiliki nilai *r* hitung < *r* tabel (0,361).

3.8.2 Reliabilitas Instrumen

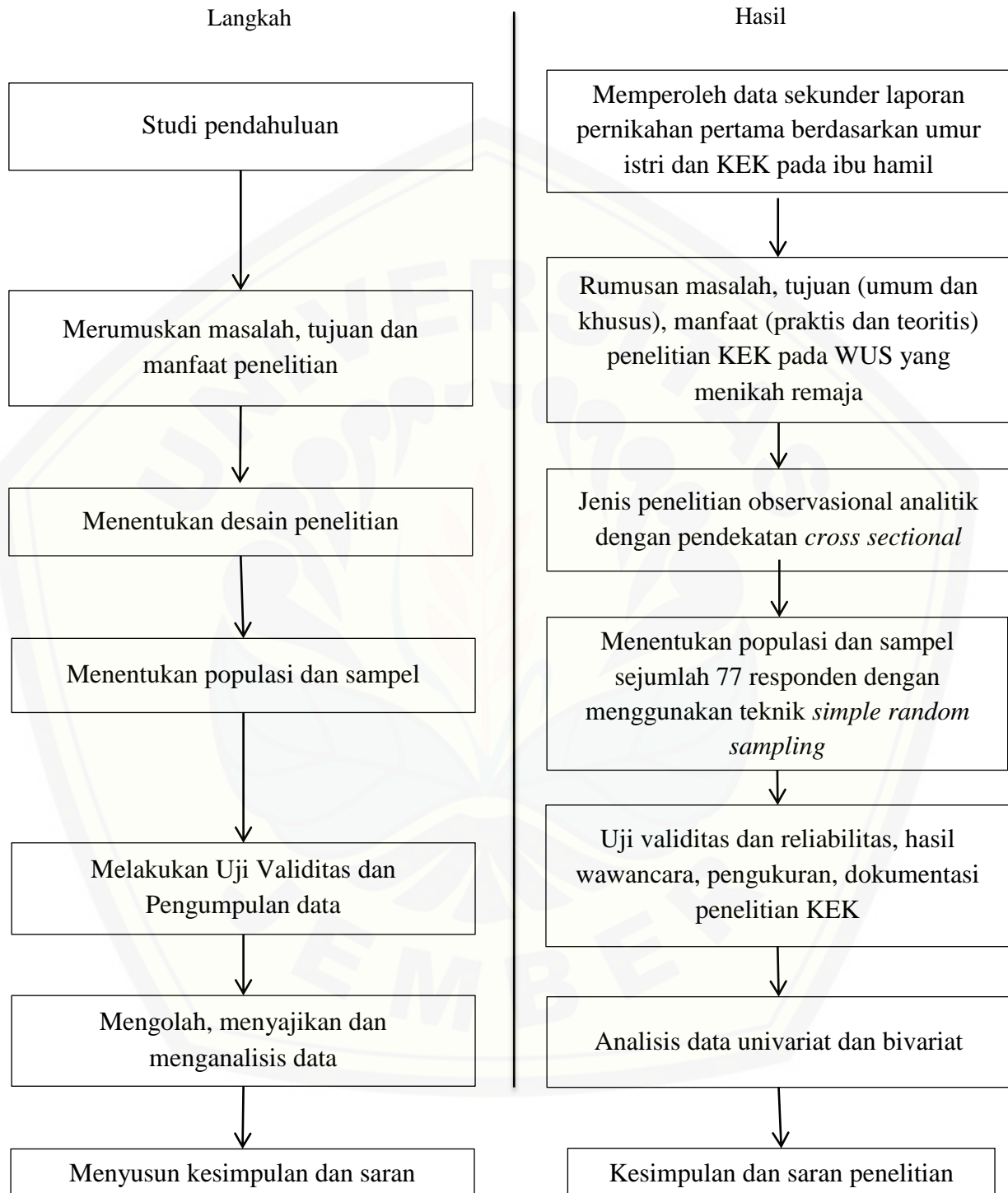
Reliabilitas berkaitan dengan ketepatan alat ukur. Suatu instrumen dikatakan reliable apabila instrumen tersebut digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama dan akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2014:121). Instrumen yang baik tidak bersifat tendensius atau mengarahkan responden untuk memilih jawaban tertentu (Arikunto, 2012:221).

Uji reliabilitas dilakukan menggunakan *alpha cronbach* dengan kriteria nilai *alpha* > *r* tabel maka pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel, sedangkan jika

nilai $< r$ tabel maka pertanyaan dinyatakan tidak reliabel. Pertanyaan pada angket pengetahuan diperoleh nilai alpha sebesar 0,738. Dengan nilai r tabel pada $\alpha = 5\%$ sebesar 0,361 maka instrumen yang digunakan reliabel.



3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso, dapat disimpulkan bahwa :

- a. Sebagian besar responden WUS yang menikah di usia remaja berada pada kelompok umur remaja akhir (17-25 tahun), memiliki pendidikan rendah dan memiliki tingkat pengetahuan tingkat sedang.
- b. Sebagian besar responden WUS yang menikah di usia remaja tidak bekerja, pendapatan keluarga dibawah UMK Kabupaten Bondowoso 2018 dan memiliki pengeluaran akan pangan juga rendah.
- c. Berdasarkan pola konsumsi makanan yang sering dikonsumsi WUS yang menikah di usia remaja adalah nasi, singkong, telur ayam, ikan pindang, tahu, tempe, minyak goreng, sawi hijau, bayam, salak dan pisang. Sedangkan tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein dan lemak sebagian besar mengalami defisit.
- d. Sebagian besar responden WUS yang menikah di usia remaja berisiko KEK dengan lingkaran LILA < 23,5 cm.
- e. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat konsumsi makanan sumber karbohidrat.
- f. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan, pekerjaan dan pengeluaran pangan dengan dengan tingkat konsumsi makanan.
- g. Terdapat hubungan antara tingkat konsumsi makanan sumber energi, sumber karbohidrat dan sumber protein dengan kejadian KEK.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan, maka saran yang dapat diberikan antara lain :

a. Bagi Instansi

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dapat melakukan penyuluhan yang mengkhususkan pada pengetahuan akan pentingnya kesehatan reproduksi remaja dan kebutuhan gizi harian terutama bagi remaja yang telah terlanjur menikah di usia dini yang disesuaikan AKG yang dianjurkan.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso melalui puskesmas atau bidan desa dapat melakukan pendampingan pada WUS yang menikah di usia remaja untuk dianjurkan menunda kehamilannya.
3. Dinas PPKB Kabupaten Bondowoso dapat melakukan kerjasama lintas sektoral dengan Departemen Agama Kabupaten Bondowoso untuk lebih proaktif menggalakkan program pendewasaan usia perkawinan melalui penyuluhan ke sekolah-sekolah hingga pesantren untuk mencegah remaja menikah di usia dini.
4. Dinas PPKB Kabupaten Bondowoso melaksanakan program pemberdayaan dan pembinaan kepada remaja wanita yang sudah terlanjur menikah di usia dini untuk meningkatkan ekonomi produktif keluarganya dengan membentuk kelompok-kelompok yang nantinya akan dilakukan kegiatan pelatihan pembuatan camilan sehat seperti keripik singkong dan keripik pisang yang dibuat tanpa minyak yang merupakan salah satu upaya memanfaatkan bahan pangan lokal yang tersedia.

b. Bagi Remaja Wanita yang Sudah Menikah

Mendisiplinkan konsumsi makan untuk memenuhi kebutuhan gizi harian dengan meningkatkan asupan karbohidrat, protein, lemak dan serat sesuai dengan AKG yang dianjurkan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat melakukan penelitian dengan metode kualitatif untuk mengetahui alasan menikah di usia remaja dan bagaimana KEK dapat terjadi pada seseorang.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Andriani, M. Wirjatmadi B. 2016. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Fajar Interpratama Mandiri.
- Ansar. 2015. Hubungan Pola Konsumsi Pangan dan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Status Gizi Penduduk. *Jurnal Gizi Poltekkes Kemenkes Palu*, 1(9):935-944. [serial online] [12 April 2018]
- Arikunto, P. D. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisman. 2010. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Azizah, A. Adriani, M. 2017. Tingkat Kecukupan Energi Protein pada Ibu Hamil Trimester Pertama dan Kejadian Kekurangan Energi Kronis. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 12(1):21-26. [serial online] [29 Juni 2018]
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [serial online] <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx> [24 Agustus 2017]
- Bakhtra, D. D. A., Rusdi, Mardiah, A. 2016. Penetapan Kadar Protein dalam Telur Unggas melalui Analisis Nitrogen Menggunakan Metode Kjeldahl. *Jurnal Farmasi Higea*, 8(2):1-5. [serial online] [15 Mei 2018]
- Darmayanti, L. 2015. Hubungan Antara Status KEK dan Status Anemia dengan Kejadian BBLR pada Ibu Hamil Usia Remaja. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Desiyanti, I.W. 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan terhadap Pernikahan Dini pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jurnal*

JIKMU, 5(2):270-280. [serial online]
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/download/7443/6987> [1
Agustus 2017)

Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso. 2017. *Data Hasil Cakupan Bumil KEK (<23,5) Tahun 2016*. Bondowoso: Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso.

Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana. 2018. *Laporan Pernikahan Pertama Berdasarkan Umur Istri Tahun 2015-2017*. Bondowoso: Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana.

Hidayat, A. A. A. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Khairunnas. 2013. *Menyiapkan Generasi Emas*. Jakarta: BKKBN 2013.

Kusharto, C.M., dan Supariasa, I.D.N. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Lestari, R. D. 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu yang Menikah Pada Usia Dini Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi dengan Status Gizi Balita di Desa Sucopangepok Kecamatan Jelbuk, Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Mahmud, M.K., Hermana, Zulfianto, N.A., Apriyantono, R.R., Ngadiarti, I., Hartati, B., Bernadus, & Tinexcelly. 2009. *Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI)*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. A. C. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.

- Marlenywati. 2010. Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil Remaja (Usia 15-19 Tahun) di Kota Pontianak Tahun 2010. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia.
- Mufidah, R., Rahayuning, D., Widajanti, L. 2016. Hubungan Tingkat Kecukupan Energi, Tingkat Aktivitas Fisik dan Karakteristik Keluarga dengan Risiko Kekurangan Energi Kronis pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Dawe, Kudus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4):545-551. [serial online] <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm> [29 Juni 2018]
- Muliawati, S. 2013. Faktor Penyebab Ibu Hamil Kurang Energi Kronis di Puskesmas Sambi Kecamatan Sambi Kabupaten Boyolali Tahun 2012. *Jurnal Infokes*, 3(3):40-50. [serial online] [15 Mei 2018]
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Edisi Revisi 2010*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novianti, M., Tiwow, V., Mustapa, K. 2017. Analisis Kadar Glukosa pada Nasi Putih dan Nasi Jagung dengan Menggunakan Metode Spektrometri. *J. Akad. Kim*, 3(1):107-112. [serial online] [15 Mei 2018]
- Novitasari, R. 2016. Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Skripsi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember*.
- Noviyanti, R. D., Marfuah, D. 2017. Hubungan Pengetahuan Gizi, Aktivitas Fisik dan Pola Makan terhadap Status Gizi Remaja di Kelurahan Purwosari Laweyan Surakarta. *Jurnal Urecol*. 3(3):421-426. [serial online] [16 Mei 2018]
- Ningtyias, F. W. 2010. *Penentuan Status Gizi Secara Langsung*. Jember: Jember University Press.

- Petrika, Y., Hadi, H., Nurdiati, D. S. 2014. Tingkat Asupan Energi dan Ketersediaan Pangan Berhubungan dengan isiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 2(3):140-149. [serial online] <http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJND/article/download/295/267> [5 April 2017]
- Putri, M. C. 2017. Hubungan Asupan Makanan dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) di Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah. *Skripsi*. Lampung : Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. [serial online] <http://digilib.unila.ac.id/25297/20/SKRIPSI%20TANPA%20BAB%20PEMBAHASAN.pdf> [24 Mei 2017]
- Riskesmas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS 2013*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Ruaida, N., Marsaoly, M. 2017. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Siswa Putri di SMA Negeri 1 Kairatu. *Global Health Science*, 2(4):361-365. [serial online] <http://jurnal.csdforum.com/index.php/GHS/article/view/165> [2 Juli 2018]
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-5*. Jakarta: Sagung Seto.
- Simarmata, M. 2009. Hubungan Pola Konsumsi, Ketersediaan Pangan, Pengetahuan Gizi dan Status Kesehatan dengan Kejadian KEK pada Ibu Hamil di Kabupaten Simalungung 2008. [serial online] <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6724> [2 Juli 2018]
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Stephanie, P., dan Kartika, S.K.A. 2016. Gambaran Kejadian Kurang Energi Kronis dan Pola Makan Wanita Usia Subur di Desa Peninggahan Kecamatan Dawan Klungkung Bali 2014. *E-Jurnal Medika*, 5(6):8-12. [serial online] <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/21111/13888> [3 April 2017]

Sudjana. 2005. *Metode Statistika*. Bandung: PT.Tarsito.

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sulistiyani. 2011. *Gizi Masyarakat 1 Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember: Jember University Press.

Sulistiyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Supariasa, I. D. N., Bakri, B., Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi*. [Edisi Revisi]. Jakarta: EGC.

Syafrudin dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.

Syukur, N. A. 2016. Faktor-faktor yang Menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Sidomulyo Kota Samarinda. *Mahakam Midwifery Journal*, 1(1):38-45. [serial online] ejournalbidan.poltekkes-kaltim.ac.id/ojs/index.php/midwifery/article/view/44/25 [diakses 17 Oktober 2017]

Tarwoto., Aryani, R., Nuraeni, A., Miradwiyana, B., Tauchid, S. N., Aminah, S., Sumiati., Dinarti., Nurhaeni, H., Saprudin, A. E., Chairani, R. 2010. *Kesehatan Remaja: Problem dan Solusinya*. Jakarta: Salemba Medika.

Umar. 2007. *Metode Riset Akuntansi Terapan*. Jakarta: PT Ghalia Indonesia.

Utama, L. J. 2018. Analisis Faktor Risiko Konsumsi Pangan Hewani pada Wanita Dewasa di Indonesia. *CHMK Health Journal*, 2(2):2. [2 Juli 2018]

Vilanty, N., Wahini, M. 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pola Konsumsi Makanan Remaja. *Ejournal Boga*, 3(3):10-14. [serial online] [17 Mei 2018]

- Wijayanti, H. 2016. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Jetis II Bantul Yogyakarta. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas'Aisyiyah Yogyakarta. [serial online] <http://opac.unisayogya.ac.id/1996/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf> [3 April 2017]
- Wulandary, R. 2017. Hubungan Asupan Energi dan Zat Gizi Makro terhadap Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Kabupaten Jenepono. *Skripsi*. Universitas Hasanuddin [serial online] [16 Mei 2018]
- Yulastuti, E. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Pusksmas Sungai Bilu Banjarmasin. *An Nadaa*, 1(2):72-76. [serial online] [16 Mei 2018]

Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)***INFORMED CONSENT***
(Pernyataan Persetujuan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Bersedia untuk dijadikan responden penelitian dalam penelitian yang berjudul **“Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso”**.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau risiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Bondowoso,

Responden

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian**KUESIONER PENELITIAN**

Judul : Determinan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) yang Menikah di Usia Remaja di Kecamatan Tlogosari Kabupaten Bondowoso

Tanggal Wawancara :

Pewawancara :

KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. No. Responden :
2. Nama Responden :
3. Umur Responden :
4. Alamat Responden :
5. No. Telp/HP :
6. Pendidikan Terakhir : (pilih)
 - a. Tidak sekolah
 - b. Tidak tamat SD/MI
 - c. Tamat SD/MI
 - d. Tamat SMP/MTS
 - e. Tamat SMA/MA
 - f. Tamat Diploma/PT
7. Pekerjaan istri : (pilih)
 - a. Tidak bekerja
 - b. Pegawai
 - c. Wiraswasta
 - d. Petani/nelayan/buruh
 - e. Lainnya

8. Pekerjaan suami : (pilih)

- a. Tidak bekerja
- b. Pegawai
- c. Wiraswasta
- d. Petani/nelayan/buruh
- e. Lainnya

9. Pendapatan suami per bulan : Rp

10. Pendapatan istri per bulan : Rp

11. Pendapatan total keluarga per bulan

Pendapatan suami + pendapatan istri : Rp

12. Pengeluaran Pangan Keluarga per bulan

- Beras : Rp
- Minyak : Rp
- Gula : Rp
- Sayuran : Rp
- Buah-buahan : Rp
- Daging/ikan : Rp
- Telur : Rp
- Garam : Rp
- Susu : Rp

Total Pengeluaran pangan per bulan : Rp

13. Pengukuran pita LILA : (pilih)

- a. $< 23,5$ cm
- b. $\geq 23,5$ cm

14. Alasan menikah di usia dini (usia remaja)

Jawab :

.....

.....

Lampiran C. Angket Pengetahuan**ANGKET PENGETAHUAN KEK DAN MAKANAN GIZI SEIMBANG**

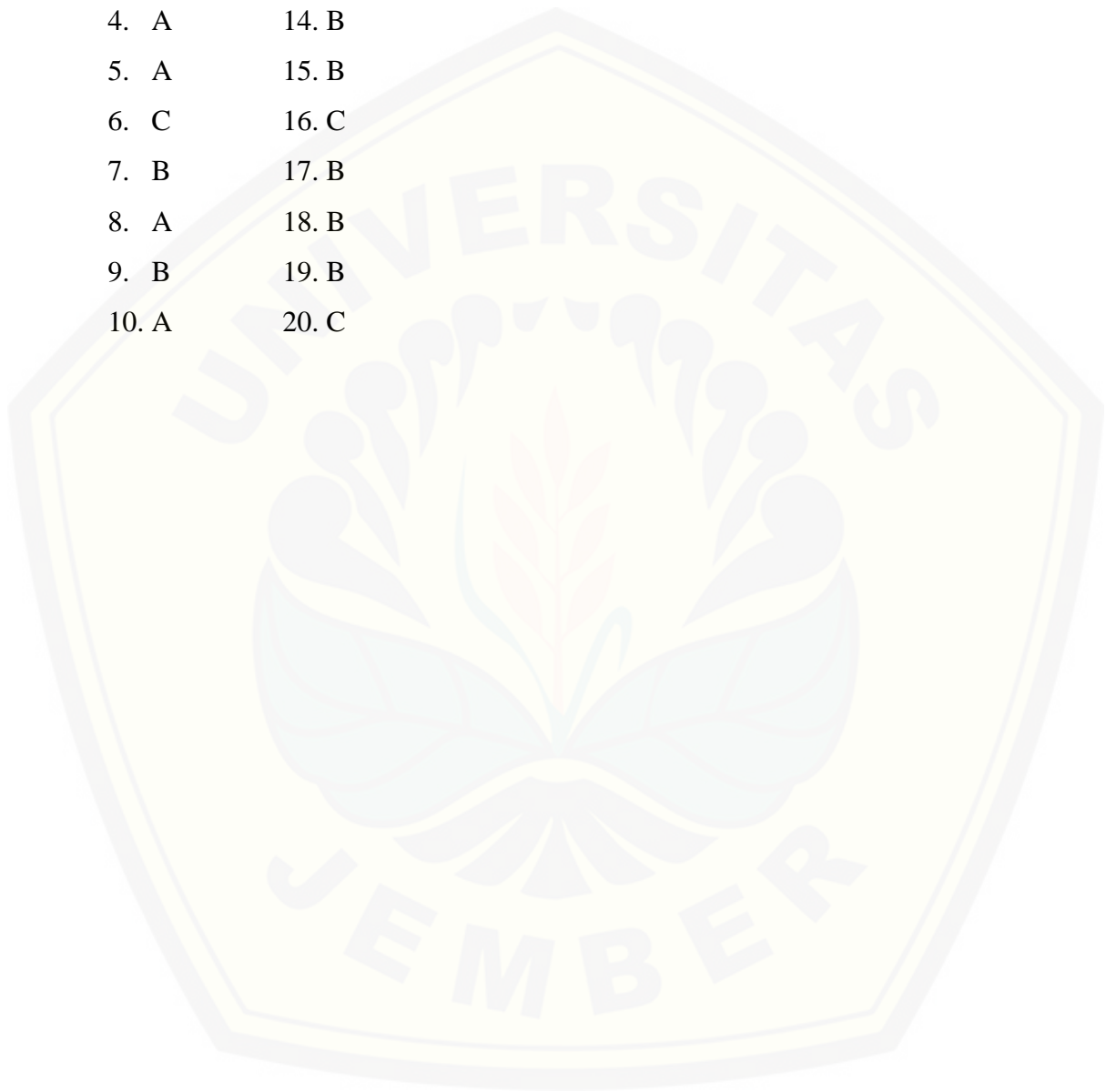
1. Apakah arti makanan sehat?
 - a. Makanan yang enak
 - b. Makanan yang harganya murah
 - c. Makanan yang mengandung gizi seimbang
2. Apakah arti makanan bergizi seimbang?
 - a. Makanan yang mengandung karbohidrat, protein hewani, lemak jenuh, serat
 - b. Makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, serat
 - c. Makanan yang mengandung karbohidrat, protein nabati, lemak jenuh, vitamin
3. Menurut anda, perlukah makanan bergizi untuk tubuh anda?
 - a. Perlu, karena dapat membuat kenyang
 - b. Perlu, karena membuat tidak sakit
 - c. Perlu, karena tubuh memerlukan asupan makanan dengan gizi seimbang
4. Apa saja makanan yang penting untuk dikonsumsi setiap harinya?
 - a. Nasi, sayur-mayur, lauk-pauk, buah
 - b. Nasi, susu, singkong
 - c. Nasi, sambal, ikan
5. Apa saja yang termasuk kelompok bahan makanan sumber karbohidrat?
 - a. Nasi dan singkong
 - b. Telur dan susu
 - c. Daging ayam dan jeruk
6. Apa saja yang termasuk kelompok bahan makanan sumber protein nabati?
 - a. Susu dan telur
 - b. Daging ayam dan ikan
 - c. Tempe dan tahu

7. Apa saja yang termasuk kelompok bahan makanan sumber protein hewani?
 - a. Tahu dan tempe
 - b. Telur, daging dan ikan
 - c. Kacang-kacangan
8. Apa saja yang termasuk kelompok bahan makanan sumber lemak?
 - a. Daging sapi dan keju
 - b. Tahu dan tempe
 - c. Jeruk dan singkong
9. Apa manfaat dari karbohidrat?
 - a. Menambah massa tubuh
 - b. Sebagai sumber energi utama
 - c. Menjaga pertahanan dan keseimbangan tubuh
10. Apa manfaat dari protein?
 - a. Untuk pertumbuhan, perbaikan dan pemeliharaan sel-sel tubuh
 - b. Sebagai pelarut vitamin A, D, E, K
 - c. Menjaga suhu tubuh saat rendah (dingin)
11. Apa manfaat dari lemak?
 - a. Menambah darah
 - b. Mempertahankan kekentalan darah
 - c. Sebagai pelarut vitamin A, D, E, K
12. Menurut anda, apa kekurangan energi kronis itu?
 - a. Seperti anemia/kurang darah
 - b. Kurang asupan energi dan protein
 - c. Tidak bersemangat
13. Apakah bahaya dari kekurangan energi kronis?
 - a. Bisa memiliki anak dengan berat badan lahir rendah
 - b. Tidak bisa beraktivitas
 - c. Risiko kematian tinggi
14. Siapa yang paling berisiko dapat mengalami kekurangan energi kronis?
 - a. Pria dewasa
 - b. Wanita usia subur

- c. Anak-anak
15. Menurut anda, faktor mana yang dapat menyebabkan seseorang terkena kekurangan energi kronis?
- Kurang istirahat
 - Kurang makan makanan bergizi seimbang
 - Kurang tidur siang
16. Bagaimana cara mengatasi kekurangan energi kronis pada tubuh?
- Perbanyak kegiatan fisik setiap harinya
 - Istirahat yang cukup
 - Makan makanan bergizi seimbang
17. Risiko apa yang terjadi pada bayi jika ibu hamil pada usia muda?
- Bayi lahir dengan berat badan lebih
 - Bayi lahir dengan berat badan rendah
 - Bayi lahir sehat
18. Risiko apa yang terjadi pada bayi jika ibu hamil mengalami kekurangan energi kronis?
- Bayi lahir dengan berat badan lebih
 - Bayi lahir dengan berat badan rendah
 - Bayi lahir sehat
19. Berapa ukuran lingkaran lengan atas seseorang jika mengalami kekurangan energi kronis?
- $> 23,5$ cm
 - $< 23,5$ cm
 - $23,5$ cm
20. Bagaimana cara mengukur lingkaran lengan atas?
- Menggunakan penggaris
 - Menggunakan meteran
 - Menggunakan pita LILA

Kunci Jawaban :

- | | |
|-------|-------|
| 1. C | 11. C |
| 2. B | 12. B |
| 3. C | 13. A |
| 4. A | 14. B |
| 5. A | 15. B |
| 6. C | 16. C |
| 7. B | 17. B |
| 8. A | 18. B |
| 9. B | 19. B |
| 10. A | 20. C |



Lampiran E. *Food Frequeency Questionnaire***FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRE**

No.	Bahan Makanan	Sering			Jarang			Tidak pernah
		> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	1-3x/bln	1x/tahun	
1.	Sumber Karbohidrat							
	Beras/nasi							
	Bubur beras							
	Ketan hitam							
	Ketan putih							
	Kentang							
	Singkong							
	Ubi Jalar							
	Sukun							
	Jagung							
	Mie kering							
	Mie basah							
	Mie instan							
	Bihun							
	Makaroni							
	Lainnya, sebutkan 1) 2) 3) dst							
2.	Sumber protein hewani							
	Daging ayam							
	Hati ayam							
	Telur ayam							

No.	Bahan Makanan	Sering			Jarang			Tidak pernah
		> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	1-3x/bln	1x/tahun	
	Daging sapi							
	Hati sapi							
	Abon sapi							
	Daging bebek							
	Telur bebek							
	Daging kambing							
	Ikan asin kering							
	Ikan lele							
	Ikan mujair							
	Ikan nila							
	Ikan pindang							
	Ikan tongkol							
	Teri kering							
	Teri nasi							
	Udang segar							
	Lainnya, sebutkan 1) 2) 3) dst							
3.	Sumber Protein Nabati							
	Tahu							
	Tempe							
	Oncom							
	Pete segar							
	Kacang hijau							
	Kacang kedelai							

No.	Bahan Makanan	Sering			Jarang			Tidak pernah
		> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	1-3x/bln	1x/tahun	
	Kacang tanah							
	Lainnya, sebutkan 1) 2) 3) dst							
4.	Sumber Lemak							
	Jeroan							
	Telur bebek asin							
	Telur puyuh							
	Sosis							
	Kelapa							
	Santan							
	Mentega							
	Minyak goreng							
	Minyak ikan							
	Susu sapi							
	Susu kental manis							
	Keju							
	Es krim							
	Lainnya, sebutkan 1) 2) 3) dst							
5.	Sayur-sayuran (serat)							
	Bayam							

No.	Bahan Makanan	Sering			Jarang			Tidak pernah
		> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	1-3x/bln	1x/tahun	
	Kangkung							
	Sawi hijau							
	Timun							
	Kacang panjang							
	Buncis							
	Wortel							
	Gambas							
	Brokoli							
	Genjer							
	Daun singkong							
	Pare							
	Terong							
	Taoge							
	Daun kelor							
	Jamur kuping							
	Lainnya, sebutkan 1) 2) 3) dst							
6.	Buah-buahan (serat)							
	Alpukat							
	Apel							
	Belimbing							
	Durian							
	Jambu air							
	Jeruk							

No.	Bahan Makanan	Sering			Jarang			Tidak pernah
		> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	1-3x/bln	1x/tahun	
	Kedondong							
	Mangga							
	Melon							
	Nanas							
	Nangka							
	Papaya							
	Pisang							
	Rambutan							
	Salak							
	Semangka							
	Srikaya							
	Sirsak							
	Lainnya, sebutkan dst							

Lampiran F. Hasil Uji Statistik

1. Hasil uji *Chi-square* antara variabel Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Makanan
 - a. Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Energi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatPendidikan * TingkatEnergi	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatPendidikan * TingkatEnergi Crosstabulation

			TingkatEnergi		Total
			Defisit	Normal	
TingkatPendidikan	Rendah	Count	38	10	48
		% within TingkatPendidikan	79.2%	20.8%	100.0%
		% within TingkatEnergi	66.7%	50.0%	62.3%
	% of Total	49.4%	13.0%	62.3%	
	Menengah	Count	19	10	29
		% within TingkatPendidikan	65.5%	34.5%	100.0%
% within TingkatEnergi		33.3%	50.0%	37.7%	
Total	% of Total	24.7%	13.0%	37.7%	
	Count	57	20	77	
	% within TingkatPendidikan	74.0%	26.0%	100.0%	
	% within TingkatEnergi	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	74.0%	26.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.752 ^a	1	.186		
Continuity Correction ^b	1.114	1	.291		
Likelihood Ratio	1.719	1	.190		
Fisher's Exact Test				.283	.146
Linear-by-Linear Association	1.729	1	.189		
N of Valid Cases	77				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.53.
- b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatPendidikan (Rendah / Menengah)	2.000	.710	5.631
For cohort TingkatEnergi = Defisit	1.208	.894	1.633
For cohort TingkatEnergi = Normal	.604	.287	1.273
N of Valid Cases	77		

b. Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatPendidikan * TingkatKarbohidrat	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatPendidikan * TingkatKarbohidrat Crosstabulation

			TingkatKarbohidrat		Total
			Defisit	Normal	
TingkatPendidikan	Rendah	Count	31	17	48
		% within TingkatPendidikan	64.6%	35.4%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	77.5%	45.9%	62.3%
		% of Total	40.3%	22.1%	62.3%
TingkatPendidikan	Menengah	Count	9	20	29
		% within TingkatPendidikan	31.0%	69.0%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	22.5%	54.1%	37.7%
		% of Total	11.7%	26.0%	37.7%
Total		Count	40	37	77
		% within TingkatPendidikan	51.9%	48.1%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.9%	48.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.151 ^a	1	.004	.005	.004
Continuity Correction ^b	6.863	1	.009		
Likelihood Ratio	8.305	1	.004		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8.045	1	.005		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.94.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatPendidikan (Rendah / Menengah)	4.052	1.514	10.843
For cohort TingkatKarbohidrat = Defisit	2.081	1.163	3.723
For cohort TingkatKarbohidrat = Normal	.514	.326	.808
N of Valid Cases	77		

c. Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Protein

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatPendidikan * TingkatProtein	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatPendidikan * TingkatProtein Crosstabulation

			TingkatProtein		Total
			Defisit	Normal	
TingkatPendidikan	Rendah	Count	32	16	48
		% within TingkatPendidikan	66.7%	33.3%	100.0%
		% within TingkatProtein	64.0%	59.3%	62.3%
	% of Total	41.6%	20.8%	62.3%	
	Menengah	Count	18	11	29
		% within TingkatPendidikan	62.1%	37.9%	100.0%
% within TingkatProtein		36.0%	40.7%	37.7%	
% of Total	23.4%	14.3%	37.7%		
Total	Count	50	27	77	
	% within TingkatPendidikan	64.9%	35.1%	100.0%	
	% within TingkatProtein	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	64.9%	35.1%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.168 ^a	1	.682		
Continuity Correction ^b	.027	1	.870		
Likelihood Ratio	.167	1	.683		
Fisher's Exact Test				.806	.433
Linear-by-Linear Association	.166	1	.684		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.17.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatPendidikan (Rendah / Menengah)	1.222	.468	3.194
For cohort TingkatProtein = Defisit	1.074	.759	1.521
For cohort TingkatProtein = Normal	.879	.476	1.624
N of Valid Cases	77		

d. Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Konsumsi Lemak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatPendidikan * TingkatLemak	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatPendidikan * TingkatLemak Crosstabulation

			TingkatLemak		Total
			Defisit	Normal	
TingkatPendidikan	Rendah	Count	34	14	48
		% within TingkatPendidikan	70.8%	29.2%	100.0%
		% within TingkatLemak	66.7%	53.8%	62.3%
	% of Total	44.2%	18.2%	62.3%	
	Menengah	Count	17	12	29
		% within TingkatPendidikan	58.6%	41.4%	100.0%
% within TingkatLemak		33.3%	46.2%	37.7%	
Total	% of Total	22.1%	15.6%	37.7%	
	Count	51	26	77	
	% within TingkatPendidikan	66.2%	33.8%	100.0%	
	% within TingkatLemak	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	66.2%	33.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.206 ^a	1	.272	.324	.197
Continuity Correction ^b	.721	1	.396		
Likelihood Ratio	1.193	1	.275		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.190	1	.275		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatPendidikan (Rendah / Menengah)	1.714	.652	4.505
For cohort TingkatLemak = Defisit	1.208	.847	1.724
For cohort TingkatLemak = Normal	.705	.380	1.308
N of Valid Cases	77		

2. Hasil uji *Chi-square* antara variabel Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Makanan

a. Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Energi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
T.Pengetahuan * TingkatEnergi	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

T.Pengetahuan * TingkatEnergi Crosstabulation

			TingkatEnergi		Total
			Defisit	Normal	
T.Pengetahuan	Rendah	Count	10	6	16
		% within T.Pengetahuan	62.5%	37.5%	100.0%
		% within TingkatEnergi	17.5%	30.0%	20.8%
	% of Total	13.0%	7.8%	20.8%	
	Sedang/Tinggi	Count	47	14	61
		% within T.Pengetahuan	77.0%	23.0%	100.0%
% within TingkatEnergi		82.5%	70.0%	79.2%	
Total	% of Total	61.0%	18.2%	79.2%	
	Count	57	20	77	
	% within T.Pengetahuan	74.0%	26.0%	100.0%	
		% within TingkatEnergi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	74.0%	26.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.395 ^a	1	.237		
Continuity Correction ^b	.741	1	.389		
Likelihood Ratio	1.320	1	.251		
Fisher's Exact Test				.336	.192
Linear-by-Linear Association	1.377	1	.241		
N of Valid Cases	77				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for T.Pengetahuan (Rendah / Sedang/Tinggi)	.496	.153	1.608
For cohort TingkatEnergi = Defisit	.811	.542	1.214
For cohort TingkatEnergi = Normal	1.634	.747	3.572
N of Valid Cases	77		

b. Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
T.Pengetahuan * TingkatKarbohidrat	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

T.Pengetahuan * TingkatKarbohidrat Crosstabulation

			TingkatKarbohidrat		Total
			Defisit	Normal	
T.Pengetahuan	Rendah	Count	8	8	16
		% within T.Pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	20.0%	21.6%	20.8%
	% of Total	10.4%	10.4%	20.8%	
	Sedang/Tinggi	Count	32	29	61
		% within T.Pengetahuan	52.5%	47.5%	100.0%
% within TingkatKarbohidrat		80.0%	78.4%	79.2%	
% of Total	41.6%	37.7%	79.2%		
Total	Count	40	37	77	
	% within T.Pengetahuan	51.9%	48.1%	100.0%	
	% within TingkatKarbohidrat	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	51.9%	48.1%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.031 ^a	1	.861	1.000	.541
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.031	1	.861		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.030	1	.862		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.69.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for T.Pengetahuan (Rendah / Sedang/Tinggi)	.906	.301	2.726
For cohort TingkatKarbohidrat = Defisit	.953	.553	1.644
For cohort TingkatKarbohidrat = Normal	1.052	.603	1.835
N of Valid Cases	77		

c. Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Protein

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
T.Pengetahuan * TingkatProtein	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

T.Pengetahuan * TingkatProtein Crosstabulation

			TingkatProtein		Total
			Defisit	Normal	
T.Pengetahuan	Rendah	Count	9	7	16
		% within T.Pengetahuan	56.2%	43.8%	100.0%
		% within TingkatProtein	18.0%	25.9%	20.8%
	% of Total	11.7%	9.1%	20.8%	
	Sedang/Tinggi	Count	41	20	61
		% within T.Pengetahuan	67.2%	32.8%	100.0%
% within TingkatProtein		82.0%	74.1%	79.2%	
% of Total	53.2%	26.0%	79.2%		
Total	Count	50	27	77	
	% within T.Pengetahuan	64.9%	35.1%	100.0%	
	% within TingkatProtein	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	64.9%	35.1%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.669 ^a	1	.413		
Continuity Correction ^b	.274	1	.601		
Likelihood Ratio	.654	1	.419		
Fisher's Exact Test				.557	.296
Linear-by-Linear Association	.660	1	.416		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.61.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for T.Pengetahuan (Rendah / Sedang/Tinggi)	.627	.204	1.928
For cohort TingkatProtein = Defisit	.837	.525	1.334
For cohort TingkatProtein = Normal	1.334	.689	2.586
N of Valid Cases	77		

d. Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Konsumsi Lemak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
T.Pengetahuan * TingkatLemak	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

T.Pengetahuan * TingkatLemak Crosstabulation

			TingkatLemak		Total
			Defisit	Normal	
T.Pengetahuan	Rendah	Count	7	9	16
		% within T.Pengetahuan	43.8%	56.2%	100.0%
		% within TingkatLemak	13.7%	34.6%	20.8%
	% of Total	9.1%	11.7%	20.8%	
	Sedang/Tinggi	Count	44	17	61
		% within T.Pengetahuan	72.1%	27.9%	100.0%
% within TingkatLemak		86.3%	65.4%	79.2%	
% of Total	57.1%	22.1%	79.2%		
Total	Count	51	26	77	
	% within T.Pengetahuan	66.2%	33.8%	100.0%	
	% within TingkatLemak	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	66.2%	33.8%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.565 ^a	1	.033	.042	.035
Continuity Correction ^b	3.384	1	.066		
Likelihood Ratio	4.360	1	.037		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.506	1	.034		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for T.Pengetahuan (Rendah / Sedang/Tinggi)	.301	.097	.935
For cohort TingkatLemak = Defisit	.607	.341	1.080
For cohort TingkatLemak = Normal	2.018	1.117	3.646
N of Valid Cases	77		

3. Hasil uji *Chi-square* antara variabel Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Makanan

a. Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Energi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * TingkatEnergi	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

Pekerjaan * TingkatEnergi Crosstabulation

		TingkatEnergi		Total	
		Defisit	Normal		
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	49	17	66
		% within Pekerjaan	74.2%	25.8%	100.0%
		% within TingkatEnergi	86.0%	85.0%	85.7%
		% of Total	63.6%	22.1%	85.7%
Pekerjaan	Bekerja	Count	8	3	11
		% within Pekerjaan	72.7%	27.3%	100.0%
		% within TingkatEnergi	14.0%	15.0%	14.3%
		% of Total	10.4%	3.9%	14.3%
Total		Count	57	20	77
		% within Pekerjaan	74.0%	26.0%	100.0%
		% within TingkatEnergi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	74.0%	26.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011 ^a	1	.916		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.916		
Fisher's Exact Test				1.000	.587
Linear-by-Linear Association	.011	1	.916		
N of Valid Cases	77				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	1.081	.257	4.549
For cohort TingkatEnergi = Defisit	1.021	.692	1.506
For cohort TingkatEnergi = Normal	.944	.331	2.694
N of Valid Cases	77		

b. Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * TingkatKarbohidrat	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

Pekerjaan * TingkatKarbohidrat Crosstabulation

		TingkatKarbohidrat		Total	
		Defisit	Normal		
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	36	30	66
		% within Pekerjaan	54.5%	45.5%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	90.0%	81.1%	85.7%
		% of Total	46.8%	39.0%	85.7%
		Count	4	7	11
		% within Pekerjaan	36.4%	63.6%	100.0%
Pekerjaan	Bekerja	% within TingkatKarbohidrat	10.0%	18.9%	14.3%
		% of Total	5.2%	9.1%	14.3%
		Count	40	37	77
		% within Pekerjaan	51.9%	48.1%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.9%	48.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.249 ^a	1	.264		
Continuity Correction ^b	.626	1	.429		
Likelihood Ratio	1.258	1	.262		
Fisher's Exact Test				.336	.215
Linear-by-Linear Association	1.232	1	.267		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	2.100	.561	7.866
For cohort TingkatKarbohidrat = Defisit	1.500	.666	3.379
For cohort TingkatKarbohidrat = Normal	.714	.425	1.200
N of Valid Cases	77		

c. Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Protein

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * TingkatProtein	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

Pekerjaan * TingkatProtein Crosstabulation

			TingkatProtein		Total
			Defisit	Normal	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	41	25	66
		% within Pekerjaan	62.1%	37.9%	100.0%
		% within TingkatProtein	82.0%	92.6%	85.7%
	% of Total	53.2%	32.5%	85.7%	
	Bekerja	Count	9	2	11
		% within Pekerjaan	81.8%	18.2%	100.0%
% within TingkatProtein		18.0%	7.4%	14.3%	
Total	% of Total	11.7%	2.6%	14.3%	
	Count	50	27	77	
	% within Pekerjaan	64.9%	35.1%	100.0%	
	% within TingkatProtein	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	64.9%	35.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.607 ^a	1	.205	.311	.179
Continuity Correction ^b	.858	1	.354		
Likelihood Ratio	1.760	1	.185		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.586	1	.208		
N of Valid Cases	77				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	.364	.073	1.825
For cohort TingkatProtein = Defisit	.759	.542	1.063
For cohort TingkatProtein = Normal	2.083	.573	7.577
N of Valid Cases	77		

d. Pekerjaan dengan Tingkat Konsumsi Lemak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * TingkatLemak	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

Pekerjaan * TingkatLemak Crosstabulation

		TingkatLemak		Total	
		Defisit	Normal		
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	43	23	66
		% within Pekerjaan	65.2%	34.8%	100.0%
		% within TingkatLemak	84.3%	88.5%	85.7%
	% of Total	55.8%	29.9%	85.7%	
	Bekerja	Count	8	3	11
		% within Pekerjaan	72.7%	27.3%	100.0%
% within TingkatLemak		15.7%	11.5%	14.3%	
Total	% of Total	10.4%	3.9%	14.3%	
	Count	51	26	77	
	% within Pekerjaan	66.2%	33.8%	100.0%	
	% within TingkatLemak	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	66.2%	33.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.242 ^a	1	.623	.741	.453
Continuity Correction ^b	.022	1	.883		
Likelihood Ratio	.249	1	.618		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.239	1	.625		
N of Valid Cases	77				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	.701	.169	2.901
For cohort TingkatLemak = Defisit	.896	.599	1.340
For cohort TingkatLemak = Normal	1.278	.461	3.543
N of Valid Cases	77		

4. Hasil uji *Chi-square* antara variabel Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Makanan

a. Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Energi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PengeluaranPangan * TingkatEnergi	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

PengeluaranPangan * TingkatEnergi Crosstabulation

		TingkatEnergi		Total	
		Defisit	Normal		
PengeluaranPangan	Rendah	Count	30	13	43
		% within PengeluaranPangan	69.8%	30.2%	100.0%
		% within TingkatEnergi	52.6%	65.0%	55.8%
	% of Total	39.0%	16.9%	55.8%	
	Tinggi	Count	27	7	34
		% within PengeluaranPangan	79.4%	20.6%	100.0%
% within TingkatEnergi		47.4%	35.0%	44.2%	
Total	% of Total	35.1%	9.1%	44.2%	
	Count	57	20	77	
	% within PengeluaranPangan	74.0%	26.0%	100.0%	
	% within TingkatEnergi	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	74.0%	26.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.918 ^a	1	.338		
Continuity Correction ^b	.485	1	.486		
Likelihood Ratio	.932	1	.334		
Fisher's Exact Test				.435	.244
Linear-by-Linear Association	.907	1	.341		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PengeluaranPangan (Rendah / Tinggi)	.598	.208	1.720
For cohort TingkatEnergi = Defisit	.879	.677	1.140
For cohort TingkatEnergi = Normal	1.468	.659	3.272
N of Valid Cases	77		

b. Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PengeluaranPangan * TingkatKarbohidrat	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

PengeluaranPangan * TingkatKarbohidrat Crosstabulation

			TingkatKarbohidrat		Total
			Defisit	Normal	
PengeluaranPangan	Rendah	Count	24	19	43
		% within PengeluaranPangan	55.8%	44.2%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	60.0%	51.4%	55.8%
		% of Total	31.2%	24.7%	55.8%
PengeluaranPangan	Tinggi	Count	16	18	34
		% within PengeluaranPangan	47.1%	52.9%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	40.0%	48.6%	44.2%
		% of Total	20.8%	23.4%	44.2%
Total		Count	40	37	77
		% within PengeluaranPangan	51.9%	48.1%	100.0%
		% within TingkatKarbohidrat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.9%	48.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.583 ^a	1	.445		
Continuity Correction ^b	.285	1	.593		
Likelihood Ratio	.584	1	.445		
Fisher's Exact Test				.496	.297
Linear-by-Linear Association	.575	1	.448		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.34.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PengeluaranPangan (Rendah / Tinggi)	1.421	.576	3.506
For cohort TingkatKarbohidrat = Defisit	1.186	.760	1.850
For cohort TingkatKarbohidrat = Normal	.835	.526	1.325
N of Valid Cases	77		

c. Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Protein

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PengeluaranPangan * TingkatProtein	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

PengeluaranPangan * TingkatProtein Crosstabulation

			TingkatProtein		Total
			Defisit	Normal	
PengeluaranPangan	Rendah	Count	30	13	43
		% within PengeluaranPangan	69.8%	30.2%	100.0%
		% within TingkatProtein	60.0%	48.1%	55.8%
		% of Total	39.0%	16.9%	55.8%
	Tinggi	Count	20	14	34
		% within PengeluaranPangan	58.8%	41.2%	100.0%
		% within TingkatProtein	40.0%	51.9%	44.2%
		% of Total	26.0%	18.2%	44.2%
Total	Count	50	27	77	
	% within PengeluaranPangan	64.9%	35.1%	100.0%	
	% within TingkatProtein	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	64.9%	35.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.999 ^a	1	.318		
Continuity Correction ^b	.576	1	.448		
Likelihood Ratio	.996	1	.318		
Fisher's Exact Test				.346	.224
Linear-by-Linear Association	.986	1	.321		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PengeluaranPangan (Rendah / Tinggi)	1.615	.629	4.149
For cohort TingkatProtein = Defisit	1.186	.841	1.672
For cohort TingkatProtein = Normal	.734	.400	1.346
N of Valid Cases	77		

d. Pengeluaran Pangan dengan Tingkat Konsumsi Lemak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PengeluaranPangan * TingkatLemak	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

PengeluaranPangan * TingkatLemak Crosstabulation

			TingkatLemak		Total
			Defisit	Normal	
PengeluaranPangan	Rendah	Count	31	12	43
		% within PengeluaranPangan	72.1%	27.9%	100.0%
		% within TingkatLemak	60.8%	46.2%	55.8%
	% of Total	40.3%	15.6%	55.8%	
	Tinggi	Count	20	14	34
		% within PengeluaranPangan	58.8%	41.2%	100.0%
% within TingkatLemak		39.2%	53.8%	44.2%	
Total	% of Total	26.0%	18.2%	44.2%	
	Count	51	26	77	
	% within PengeluaranPangan	66.2%	33.8%	100.0%	
	% within TingkatLemak	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	66.2%	33.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.495 ^a	1	.221		
Continuity Correction ^b	.960	1	.327		
Likelihood Ratio	1.491	1	.222		
Fisher's Exact Test				.237	.164
Linear-by-Linear Association	1.475	1	.224		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.48.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PengeluaranPangan (Rendah / Tinggi)	1.808	.696	4.696
For cohort TingkatLemak = Defisit	1.226	.875	1.717
For cohort TingkatLemak = Normal	.678	.362	1.268
N of Valid Cases	77		

5. Hasil uji *Chi-square* antara variabel Tingkat Konsumsi Makanan dengan Status Kekurangan Energi Kronis (KEK)

a. Tingkat Konsumsi Energi dengan KEK

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatEnergi * StatusKEK	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatEnergi * StatusKEK Crosstabulation

		StatusKEK		Total	
		KEK	Tidak KEK		
TingkatEnergi	Defisit	Count	35	22	57
		% within TingkatEnergi	61.4%	38.6%	100.0%
		% within StatusKEK	87.5%	59.5%	74.0%
	% of Total	45.5%	28.6%	74.0%	
	Normal	Count	5	15	20
		% within TingkatEnergi	25.0%	75.0%	100.0%
% within StatusKEK		12.5%	40.5%	26.0%	
% of Total	6.5%	19.5%	26.0%		
Total	Count	40	37	77	
	% within TingkatEnergi	51.9%	48.1%	100.0%	
	% within StatusKEK	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	51.9%	48.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.860 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	6.469	1	.011		
Likelihood Ratio	8.107	1	.004		
Fisher's Exact Test				.008	.005
Linear-by-Linear Association	7.758	1	.005		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.61.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatEnergi (Defisit / Normal)	4.773	1.520	14.983
For cohort StatusKEK = KEK	2.456	1.119	5.393
For cohort StatusKEK = Tidak KEK	.515	.340	.778
N of Valid Cases	77		

b. Tingkat Konsumsi Karbohidrat dengan KEK

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatKarbohidrat * StatusKEK	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatKarbohidrat * StatusKEK Crosstabulation

			StatusKEK		Total
			KEK	Tidak KEK	
TingkatKarbohidrat	Defisit	Count	26	14	40
		% within TingkatKarbohidrat	65.0%	35.0%	100.0%
		% within StatusKEK	65.0%	37.8%	51.9%
	% of Total	33.8%	18.2%	51.9%	
	Normal	Count	14	23	37
		% within TingkatKarbohidrat	37.8%	62.2%	100.0%
% within StatusKEK		35.0%	62.2%	48.1%	
% of Total	18.2%	29.9%	48.1%		
Total	Count	40	37	77	
	% within TingkatKarbohidrat	51.9%	48.1%	100.0%	
	% within StatusKEK	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	51.9%	48.1%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.681 ^a	1	.017	.023	.015
Continuity Correction ^b	4.645	1	.031		
Likelihood Ratio	5.750	1	.016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.607	1	.018		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.78.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatKarbohidrat (Defisit / Normal)	3.051	1.205	7.727
For cohort StatusKEK = KEK	1.718	1.072	2.753
For cohort StatusKEK = Tidak KEK	.563	.344	.920
N of Valid Cases	77		

c. Tingkat Konsumsi Protein dengan KEK

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatProtein * StatusKEK	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatProtein * StatusKEK Crosstabulation

		StatusKEK		Total	
		KEK	Tidak KEK		
TingkatProtein	Defisit	Count	31	19	50
		% within TingkatProtein	62.0%	38.0%	100.0%
		% within StatusKEK	77.5%	51.4%	64.9%
	% of Total	40.3%	24.7%	64.9%	
	Normal	Count	9	18	27
		% within TingkatProtein	33.3%	66.7%	100.0%
% within StatusKEK		22.5%	48.6%	35.1%	
% of Total	11.7%	23.4%	35.1%		
Total	Count	40	37	77	
	% within TingkatProtein	51.9%	48.1%	100.0%	
	% within StatusKEK	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	51.9%	48.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.772 ^a	1	.016		
Continuity Correction ^b	4.681	1	.031		
Likelihood Ratio	5.850	1	.016		
Fisher's Exact Test				.019	.015
Linear-by-Linear Association	5.697	1	.017		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.97.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatProtein (Defisit / Normal)	3.263	1.221	8.721
For cohort StatusKEK = KEK	1.860	1.046	3.308
For cohort StatusKEK = Tidak KEK	.570	.366	.888
N of Valid Cases	77		

d. Tingkat Konsumsi Lemak dengan KEK

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatLemak * StatusKEK	77	100.0%	0	0.0%	77	100.0%

TingkatLemak * StatusKEK Crosstabulation

		StatusKEK		Total	
		KEK	Tidak KEK		
TingkatLemak	Defisit	Count	23	28	51
		% within TingkatLemak	45.1%	54.9%	100.0%
		% within StatusKEK	57.5%	75.7%	66.2%
	% of Total	29.9%	36.4%	66.2%	
	Normal	Count	17	9	26
		% within TingkatLemak	65.4%	34.6%	100.0%
% within StatusKEK		42.5%	24.3%	33.8%	
% of Total	22.1%	11.7%	33.8%		
Total	Count	40	37	77	
	% within TingkatLemak	51.9%	48.1%	100.0%	
	% within StatusKEK	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	51.9%	48.1%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.839 ^a	1	.092		
Continuity Correction ^b	2.085	1	.149		
Likelihood Ratio	2.876	1	.090		
Fisher's Exact Test				.147	.074
Linear-by-Linear Association	2.802	1	.094		
N of Valid Cases	77				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.49.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatLemak (Defisit / Normal)	.435	.163	1.157
For cohort StatusKEK = KEK	.690	.457	1.042
For cohort StatusKEK = Tidak KEK	1.586	.885	2.844
N of Valid Cases	77		

soal 7	Pearson Correlation	.391*	.157	.484**	.098	.045	.247	1	-.056	-.056	.426*	.069	.259	1.000**	.247	.245	.386*	.292	.005	.484**	.346	.592*
	Sig. (2-tailed)	.032	.407	.007	.607	.812	.189		.767	.767	.019	.716	.167	.000	.189	.193	.035	.118	.980	.007	.061	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 8	Pearson Correlation	.000	.082	.136	.289	.238	.165	-.056	1	1.000**	-.056	.816**	-.355	-.056	.302	.000	.165	.198	.056	.136	.136	.411*
	Sig. (2-tailed)	1.000	.667	.473	.122	.206	.384	.767		.000	.767	.000	.055	.767	.105	1.000	.384	.295	.767	.473	.473	.024
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 9	Pearson Correlation	.000	.082	.136	.289	.238	.165	-.056	1.000*	1	-.056	.816**	-.355	-.056	.302	.000	.165	.198	.056	.136	.136	.411*
	Sig. (2-tailed)	1.000	.667	.473	.122	.206	.384	.767	.000		.767	.000	.055	.767	.105	1.000	.384	.295	.767	.473	.473	.024
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 10	Pearson Correlation	.391*	.434*	.484**	.098	.196	.526**	.426*	-.056	-.056	1	-.069	.259	.426*	-.033	.538**	.386*	.292	.292	.484**	.208	.606*
	Sig. (2-tailed)	.032	.016	.007	.607	.299	.003	.019	.767	.767		.716	.167	.019	.864	.002	.035	.118	.118	.007	.271	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 11	Pearson Correlation	.000	.000	.067	.141	-.073	.067	.069	.816**	.816**	-.069	1	-.401*	.069	.336	-.141	.202	.208	.069	.067	.200	.340
	Sig. (2-tailed)	1.000	1.000	.726	.456	.702	.724	.716	.000	.000	.716		.028	.716	.069	.456	.285	.271	.716	.726	.289	.066
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 12	Pearson Correlation	.236	.071	.000	.378*	.467**	.009	.259	-.355	-.355	.259	-.401*	1	.259	-.126	.236	-.126	.157	.296	.000	.134	.228
	Sig. (2-tailed)	.209	.708	1.000	.039	.009	.962	.167	.055	.055	.167	.028		.167	.508	.209	.508	.407	.113	1.000	.481	.225
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 13	Pearson Correlation	.391*	.157	.484**	.098	.045	.247	1.000*	-.056	-.056	.426*	.069	.259	1	.247	.245	.386*	.292	.005	.484**	.346	.592*
	Sig. (2-tailed)	.032	.407	.007	.607	.812	.189	.000	.767	.767	.019	.716	.167		.189	.193	.035	.118	.980	.007	.061	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 14	Pearson Correlation	-.048	-.009	.336	.523**	.308	.050	.247	.302	.302	-.033	.336	-.126	.247	1	.095	.321	.312	.172	.336	.202	.476*

	Sig. (2-tailed)	.803	.962	.069	.003	.097	.794	.189	.105	.105	.864	.069	.508	.189		.617	.083	.094	.363	.069	.285	.008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 15	Pearson Correlation	.250	.189	.424*	.100	.154	.238	.245	.000	.000	.538**	-.141	.236	.245	.095	1	.238	.196	.196	.424*	.141	.462*
	Sig. (2-tailed)	.183	.317	.019	.599	.416	.206	.193	1.000	1.000	.002	.456	.209	.193	.617		.206	.300	.300	.019	.456	.010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 16	Pearson Correlation	.238	.261	.874**	.095	.015	.321	.386*	.165	.165	.386*	.202	-.126	.386*	.321	.238	1	.033	.312	.874**	.605**	.664*
	Sig. (2-tailed)	.206	.164	.000	.617	.939	.083	.035	.384	.384	.035	.285	.508	.035	.083	.206		.864	.094	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 17	Pearson Correlation	-.098	.259	.208	.196	.106	.172	.292	.198	.198	.292	.208	.157	.292	.312	.196	.033	1	.139	.208	.069	.432*
	Sig. (2-tailed)	.607	.167	.271	.300	.578	.363	.118	.295	.295	.118	.271	.407	.118	.094	.300	.864		.465	.271	.716	.017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 18	Pearson Correlation	.489**	.120	.208	.342	.257	.172	.005	.056	.056	.292	.069	.296	.005	.172	.196	.312	.139	1	.208	.208	.446*
	Sig. (2-tailed)	.006	.527	.271	.064	.171	.363	.980	.767	.767	.118	.716	.113	.980	.363	.300	.094	.465		.271	.271	.013
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 19	Pearson Correlation	.141	.267	1.000*	.141	.073	.336	.484**	.136	.136	.484**	.067	.000	.484**	.336	.424*	.874**	.208	.208	1	.467**	.714*
	Sig. (2-tailed)	.456	.153	.000	.456	.702	.069	.007	.473	.473	.007	.726	1.000	.007	.069	.019	.000	.271	.271		.009	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal 20	Pearson Correlation	.424*	.401*	.467**	.141	.218	.336	.346	.136	.136	.208	.200	.134	.346	.202	.141	.605**	.069	.208	.467**	1	.607*
	Sig. (2-tailed)	.019	.028	.009	.456	.247	.069	.061	.473	.473	.271	.289	.481	.061	.285	.456	.000	.716	.271	.009		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total	Pearson Correlation	.505**	.507**	.714**	.505**	.453*	.584**	.592**	.411*	.411*	.606**	.340	.228	.592**	.476**	.462*	.664**	.432*	.446*	.714**	.607**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.004	.000	.004	.012	.001	.001	.024	.024	.000	.066	.225	.001	.008	.010	.000	.017	.013	.000	.000	

Lampiran H. Dokumentasi Penelitian



Wawancara dengan responden WUS yang menikah di usia remaja



Wawancara dengan responden WUS yang menikah di usia remaja



Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan
Atas Menggunakan Pita LILA



Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan
Atas Menggunakan Pita LILA



Contoh *food samples* yang digunakan