



**DETERMINAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTAKULON KABUPATEN  
BONDOWOSO**

**SKRIPSI**

Oleh

**Yuniar Rofiqotul Masriah  
NIM 142110101104**

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



**DETERMINAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTAKULON 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

**Yuniar Rofiqotul Masriah  
NIM 142110101104**

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

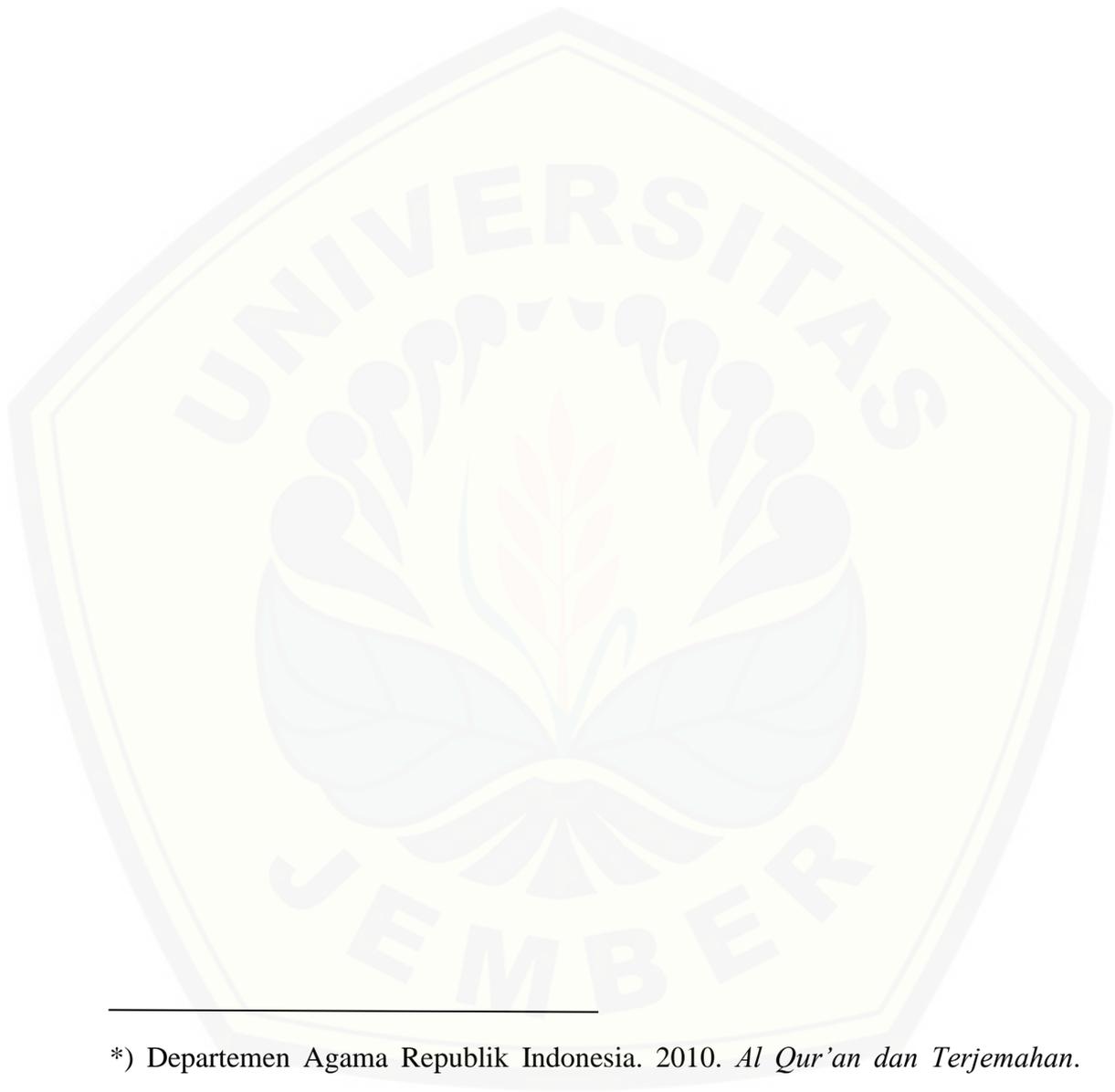
## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Ayah dan Mama yang selalu memberikan doa terbaiknya untuk saya, memotivasi dan terus memberi semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan saya, memberikan saya kebebasan untuk belajar melakukan hal baru yang positif dalam hidup saya, selalu mendukung saya pada setiap usaha yang saya lakukan untuk mencapai semua impian saya.
2. Adikku tersayang, Rizqi Fitri Rafika Masriah yang selalu memberikan semangat kepada saya, ikut membantu saya dalam proses penelitian, dan menjadi penyemangat saya untuk menjadi seseorang yang sukses dengan impian indah saya.
3. Keluarga besar Bani Hamid yang selalu mendoakan saya pada setiap proses yang saya lakukan, dan terus memberikan semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan saya.
4. Guru-guru sekolah mulai dari guru TK Mastrip Bondowoso, SDN Pancoran 1 Bondowoso, SMPN 1 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso dan FKM UNEJ yang telah membimbing saya dengan baik.
5. Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

“Dan makanlah makanan yang halal lagi baik, dari apa yang Allah telah rezeasikan kepadamu, dan bertaqwalah kepada Allah yang kamu telah beriman kepadaNya”  
(*Terjemahan QS. Al-Maidah: 88*)



---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al Qur'an dan Terjemahan*. Jakarta Timur: CV Darus Sunah.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yuniar Rofiqotul Masriah

NIM : 142110101104

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *“Determinan Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon 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 bertanggungjawab 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, 8 November 2018

Yang menyatakan,

Yuniar Rofiqotul Masriah  
NIM 142110101104

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**DETERMINAN KEJADIAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTAKULON KABUPATEN  
BONDOWOSO**

Oleh

Yuniar Rofiqotul Masriah  
NIM 142110101104

Pembimbing

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

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

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul *Determinan Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis  
Tanggal : 8 November 2018  
Tempat : Ruang Ujian Sidang 1

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Sulistiyani, S.KM., M.Kes. NIP. 197606152002122002	(.....)
2. DPA	: Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. NIP. 198406052008122001	(.....)
Penguji		
1. Ketua	: Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes NIP. 198010092005012002	(.....)
2. Sekretaris	: dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc. NIP. 198110052006042002	(.....)
3. Anggota	: dr. Titik Erna Erawati NIP. 197712312005012014	(.....)

Mengesahkan,  
Dekan

---

Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes  
NIP. 198005162003122002

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat, rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Determinan Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso” dapat terselesaikan. Penyusunan skripsi ini digunakan untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Sulistiyani, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan sekaligus Dosen Pembimbing Akademik (DPA) saya yang senantiasa dengan sabar membimbing saya dari awal masuk perkuliahan dan memberikan arahan maupun saran hingga terwujudnya skripsi ini;
3. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH., selaku Ketua Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat sekaligus Dosen Pembimbing Anggota (DPA) terima kasih atas ketulusan dalam membimbing, mengarahkan serta saran yang diberikan kepada penulis sehingga terwujudnya skripsi ini;
4. Tim penguji skripsi Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes, dr. Ragil Ismi Hartanti, M,Sc., dan dr. Titik Erna Erawati, terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan saran serta masukan kepada penulis;
5. Bapak/Ibu Dosen Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terima kasih telah memberikan ilmu dan motivasi kepada penulis;
6. Staff Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso yang telah membantu demi terselesainya skripsi ini;
7. Orang tua saya yang selalu mendoakan, memberi kasih sayang, memotivasi, memberi semangat serta ketulusan disetiap pengorbanan beliau yang menjadikan kemudahan untuk saya dalam meraih kesuksesan;

8. Bapak/Ibu dosen, staf dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, terima kasih telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi;
9. Guru-guru sekolah mulai dari guru TK Mastrip Bondowoso, SDN Pancoran 1 Bondowoso, SMPN 1 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso dan FKM UNEJ yang telah membimbing dan mengantarkan saya pada tahap ini;
10. Keluarga peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2014 terima kasih atas segala cerita, pengalaman dan kebersamaan serta motivasi yang diberikan selama ini;
11. Teman-teman baik yang saya sayangi dan yang luar biasa dalam hidup saya Queen Bee (Sistaria, Fera, Ilvi, Puspita, Firza, Ayul, Fira, Sita, Kikik), Ika F, Mahfudzo, Bella, Donna, Indri, Zahrotul, Yanuar, Faza, Wiwin, Fitria, Ivona, Rosyid dan Dwi Okta terimakasih atas segala dukungan, semangat, motivasi, dan kebersamaannya yang saling menguatkan selama ini;
12. Faishal Abrari, terima kasih telah selalu memberikan semangat yang tiada henti, memotivasi saya, menguatkan saya, mendoakan dan setia menemani saya demi terselesainya skripsi ini;
13. Semua orang di kehidupanku serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu;

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya kepada penulis, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, November 2018

Penulis

## RINGKASAN

**Determinan Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso;** Yuniar Rofiqotul Masriah; 142110101104; 2018; 134 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Gizi buruk bisa terjadi di seluruh kelompok usia, namun yang perlu mendapatkan perhatian lebih adalah anak balita dan bayi. Anak yang berusia 0-2 tahun adalah anak yang dalam masa tumbuh kembang optimal (*golden period*) terutama pada pertumbuhan saat masih janin sehingga jika terjadi gangguan pada masa ini tidak dapat dicukupi pada masa berikutnya dan akan berpengaruh negatif pada kualitas generasi penerus. Penimbangan balita secara rutin setiap bulan merupakan hal yang utama untuk penemuan dini masalah gizi terutama pada gizi buruk dan gizi kurang. Menurut WHO, terdapat >50% kematian bayi dan anak yang disebabkan oleh gizi kurang dan gizi buruk. Anak balita dikatakan memiliki status gizi buruk apabila memiliki indeks antropometri BB/U <-3SD. Tahun 2013, prevalensi gizi buruk tingkat nasional pada balita adalah sebesar 19,6% yang mengalami peningkatan dari tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%). Prevalensi gizi buruk pada balita di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2013 adalah sebesar 19,1% yang mengalami kenaikan sebesar 0,1% dari 2007 yaitu dari 4,8% menjadi 4,9 %. Angka 19,1 % merupakan masalah kesehatan masyarakat dalam kategori mendekati prevalensi tinggi. Kabupaten Bondowoso merupakan urutan ke-5 setelah Kabupaten Bojonegoro, Bangkalan, Pasuruan, dan Trenggalek yang memiliki prevalensi gizi buruk yaitu sebesar 16,3%. Data rekapitulasi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso tahun 2017 menyatakan bahwa terdapat balita dengan status gizi buruk berdasarkan indikator BB/TB sebanyak 308 balita. Jumlah tersebut meningkat dari tahun 2016 yaitu sebanyak 138 balita gizi buruk, jumlah tertinggi yang terdapat anak balita gizi buruk adalah Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon yaitu memiliki 57 balita gizi buruk.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji apa saja determinan kejadian anak balita gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso. Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Bondowoso pada bulan Juli-November 2018, dengan menggunakan jenis penelitian deskriptif.

Pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Pengambilan data dilakukan melalui teknik wawancara dengan kuesioner yang telah di uji validitas dan reliabilitasnya dan pengukuran langsung untuk mengetahui tingkat konsumsi zat gizi dan antropometri anak balita.

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa sebagian besar anak balita yang mengalami defisit energi dan protein adalah anak dari keluarga yang memiliki tingkat pendapatan <UMK, tingkat pengeluaran untuk makan  $\geq 60\%$  dari total pengeluaran keluarga, dan memiliki tingkat pendidikan SMP. Hukum Engel menjelaskan bahwa semakin besar pendapatan keluarga maka akan semakin kecil pengeluaran untuk makan, meskipun jumlah absolut untuk makan lebih besar. Sehingga apabila pengeluaran makan yang besar maka akan berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas makanan yang tersedia. Ditinjau dari pola asuh ibu pada anak, sebagian besar anak balita yang mengalami gizi buruk adalah anak yang tidak diberikan ASI eksklusif dikarenakan sebagian besar ibu mengalami masalah tidak keluar ASI nya pada minggu pertama kelahiran sehingga anak telah diberi susu formula dan sebagian besar ibu beranggapan bahwa ASI yang keluar hanya sedikit sehingga tidak cukup untuk kebutuhan anak sehingga perlu ditambahi susu formula atau bubur. Ditinjau dari tingkat konsumsi energi sebagian besar anak balita yang menderita gizi buruk adalah yang mengalami defisit tingkat berat. Sebagian besar anak balita yang menderita gizi buruk adalah memiliki tingkat konsumsi protein yang defisit tingkat berat.

## SUMMARY

**Determinant of Malnutrition on Toddlers in Working Area of Kotakulon Public Health Center, Bondowoso;** Yuniar Rofiqotul Masriah; 142110101104; 2018; 134 pages; Department of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

Malnutrition can occur in all age groups, but toddlers and infants requires special attention. Children aged 0 until 2 years are children who is in the period of optimal growth (golden period), especially in growth while still a fetus so that if there is interference in this period can not be fulfilled in the future and will have negatively affect the quality of future generations. Weighing toddlers regularly every month is important for early discovery of nutrition problems, especially in malnutrition. According to WHO, there are more than 50% of infant and child deaths caused by malnutrition. Toddlers are said to have malnutrition status if they have an anthropometric index  $BB / U$  less than  $-3SD$ . In 2013, the prevalence of national malnutrition in toddler was 19.6%, are increased from 2007 (18.4%) and in 2010 (17.9%). The prevalence of malnutrition in toddler in East Java Province in 2013 was 19.1%, which increased by 0.1% from 2007, from 4.8% to 4.9%. 19.1% can be categorized as a high prevalence case for public health problem. Bondowoso is the top 5th of highest place after Bojonegoro, Bangkalan, Pasuruan and Trenggalek rating in East Java which have a prevalence of malnutrition equal to 16.3%. According to the data from Bondowoso Health Office in 2017, there are 308 toddlers with malnutrition based on  $BB / TB$  indicators. The number are increased from 2016, which had 138 toddlers with malnutrition. The highest number of malnourished toddlers was in the working area of Kotakulon Public Health Center which had 57 malnourished toddlers.

This study aims to examine determinants malnourished children's incident in the working area of Kotakulon Public Health Center, Bondowoso This research was conducted in the Kotakulon Public Health Center's working area in Bondowoso from July to October 2018 by using descriptive research type. Data sampling uses purposive sampling technique. Data retrieval was done through interview with questionnaires that have been tested for validity and reliability and direct

measurements to determine the level of consumption of nutrients and anthropometry of toddlers.

The results of this study states that most toddlers who experienced a deficit of energy and protein were children from families who have income lower than the minimum salary, spend more than or equal to 60% of the family expenditure for food, and have a junior high school education level. Engel's law explains that the greater the family's income, the smaller the expenditure for food, even though the absolute amount for eating is greater. As their expenses for food increases, it will affect the quality and quantity that they can have. Judging from maternal parenting for children, most toddlers who experienced malnutrition are children whom are not given exclusive breastfeeding. The first reason for that was because most mothers experienced difficulty to extract their breast milk during the first week after the birth of their baby and decided to give the baby a formula milk. Secondly, the most mothers assume that breast milk is not enough for the baby so they added the formula milk or some food. Judging from the level of energy consumption, most toddlers who suffered from malnutrition are those who experienced severe energy deficiency. Most of the toddlers who suffered from malnutrition have a severe protein deficiency.

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>v</b>
<b>PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>x</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
2.1 Gizi Buruk.....	6
2.1.1 Definisi Gizi Buruk .....	6
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Gizi Buruk.....	8
2.2 Anak balita .....	21
2.2.1 Definisi Anak balita.....	21

2.2.2	Faktor yang Harus Diperhatikan Pada Anak balita .....	21
2.2.3	Kebutuhan Gizi Anak balita .....	22
2.2.4	Penilaian Status Gizi Anak balita .....	25
2.2.5	Penilaian Konsumsi Makanan .....	30
2.2.6	Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi.....	33
2.3	Kerangka Teori .....	35
2.4	Kerangka Konseptual.....	36
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>38</b>
3.1	Jenis Penelitian.....	38
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
3.3	Penentuan Populasi dan Sampel .....	38
3.3.1	Populasi Penelitian .....	38
3.3.2	Sampel Penelitian .....	38
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	39
3.4.1	Variabel Penelitian .....	39
3.4.2	Definisi Operasional.....	40
3.5	Data dan Sumber Data .....	43
3.6	Teknik Pengumpulan dan Instrumen Penelitian .....	43
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data .....	43
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data .....	44
3.7	Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data .....	46
3.7.1	Teknik Pengolahan Data.....	46
3.7.2	Teknik Penyajian Data .....	47
3.7.3	Analisis Data .....	47
3.8	Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	48
3.8.1	Validitas.....	48
3.8.2	Reliabilitas.....	48
3.9	Alur Penelitian .....	49
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>50</b>
4.1	Hasil Penelitian .....	50
4.1.1	Karakteristik Keluarga.....	50
4.1.2	Pola Asuh Gizi.....	51

4.1.3	Tingkat Konsumsi Zat Gizi .....	52
4.1.4	Status Gizi Berdasarkan Indikator (BB/U).....	53
4.2	Pembahasan.....	53
4.2.1	Karakteristik Keluarga.....	53
4.2.2	Pola Asuh Gizi.....	56
4.2.3	Tingkat Konsumsi Zat Gizi .....	59
4.2.4	Status Gizi Anak Balita (BB/U) .....	60
4.2.5	Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Berdasarkan Karakteristik Keluarga.....	60
4.2.6	Gambaran Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita Berdasarkan Pola Asuh Ibu .....	64
4.2.7	Gambaran Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita Berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi dan Protein .....	68
<b>BAB 5. PENUTUP</b>	.....	<b>70</b>
5.1	Kesimpulan .....	70
5.2	Saran .....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	<b>72</b>
<b>LAMPIRAN</b>	.....	<b>79</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2. 1 Jadwal Imunisasi pada Bayi dan Balita .....	20
3. 1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian .....	40
3. 2 Data Sekunder dan Sumber Data.....	43
4. 1 Distribusi Jumlah Responden Menurut Karakteristik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso Tahun 2018 .....	50
4. 2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Kategori Pola Asuh Gizi pada Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso Tahun 2018.....	52
4. 3 Distribusi Jumlah Responden Menurut Tingkat Konsumsi Energi di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso Tahun 2018.....	52
4. 4 Distribusi Jumlah Responden Menurut Status Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso Tahun 2018.....	53

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	35
2.2 Kerangka Konseptual .....	36
3. 1 Alur Penelitian.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner.....	79
B. Lembar Persetujuan ( <i>Informend Consent</i> ).....	80
C. Kuesioner Penelitian.....	81
D. Angket Penelitian .....	84
E. Kuesioner <i>Food Recall</i> 2x24 Jam.....	89
F. Angket Imunisasi.....	90
G. Hasil Uji <i>Crosstab</i> dan Uji Validitas dan Reliabilitas.....	91
H. Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	98
I. Surat Ijin Penelitian .....	110
J. Dokumentasi Penelitian.....	112

**DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI**

AKG	:	Angka Kecukupan Gizi
ASI	:	Air Susu Ibu
BB	:	Berat Badan
BCG	:	<i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BGM	:	Bawah Garis Merah
BPS	:	Badan Pusat Statistik
cc	:	<i>cubic centimeter</i>
DHA	:	<i>Docosahexaenoic Acid</i>
DPT	:	Difteri, Pertusis, Tetanus
DT	:	Difteri Tetanus
FAO	:	<i>Food and Agriculture Organization</i>
HIV/AIDS	:	<i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
IPV	:	<i>Inactivated Polio Vaccine</i>
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
KEP	:	Kurang Energi Protein
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
KVA	:	Kekurangan Vitamin A
LILA	:	Lingkar Lengan Atas
LK	:	Lingkar Kepala
MI	:	Madrasah Ibtidaiyah
MP-ASI	:	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PASI	:	Pengganti Air Susu Ibu
PT	:	Perguruan Tinggi
SD	:	Sekolah Dasar
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
TB	:	Tinggi Badan
TBC	:	<i>Tuberculosis</i>

TT	:	<i>Toxoid Tetanus</i>
U	:	Umur
URT	:	Ukuran Rumah Tangga
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

**DAFTAR NOTASI**

<	:	Kurang dari
≤	:	Kurang dari sama dengan
>	:	Lebih dari
=	:	Sama dengan
≥	:	Lebih dari sama dengan
%	:	Persen



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Upaya untuk mewujudkan generasi penerus yang sehat dan cerdas perlu dipersiapkan sejak dini, yaitu sejak janin masih dalam kandungan sampai lahir, tumbuh menjadi anak, remaja hingga dewasa serta harus dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan, karena masalah kesehatan yang terjadi sekarang dapat berpengaruh terhadap keturunan berikutnya. Masa anak balita adalah masa yang sangat rentan terhadap masalah kesehatan dan kekurangan gizi. Disisi lain masa anak balita sering disebut masa keemasan, sehingga jika terjadi gangguan kesehatan akan berpengaruh terhadap masa tumbuh kembangnya (BPS Provinsi Jatim, 2017 : 24-25). Anak yang berumur kurang dari lima tahun masih rentan terserang berbagai penyakit karena sistem kekebalan anak balita masih belum sempurna (Irmawati, 2015 : 165). Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa (Kompas dalam Hidayat, 2008 : 2).

Gizi buruk bisa terjadi di seluruh kelompok usia, namun yang perlu mendapatkan perhatian lebih adalah anak balita dan bayi. Anak yang berusia 0-2 tahun adalah anak yang dalam masa tumbuh kembang optimal (*golden period*) terutama pada pertumbuhan saat masih janin sehingga jika terjadi gangguan pada masa ini tidak dapat dicukupi pada masa berikutnya dan akan berpengaruh negatif pada kualitas generasi penerus. Penimbangan anak balita secara rutin setiap bulan merupakan hal yang utama untuk penemuan dini masalah gizi terutama pada gizi buruk dan gizi kurang (Kemenkes RI, 2017 : 141). Akibat gizi yang kurang pada 1.000 hari pertama kehidupan yaitu sejak masih dalam kandungan hingga anak berumur 2 tahun, yaitu terhadap perkembangan kognitif yang pada akhirnya berdampak terhadap ketangkasan berpikir dan kecerdasan serta terhadap produktivitas kerjanya dan juga pada perkembangan fisik anak. Kekurangan gizi pada usia emas ini juga dihubungkan dengan risiko kejadian penyakit kronis saat

usia dewasa, yaitu penyakit jantung dan pembuluh darah, dan kegemukan, stroke, hipertensi, dan diabetes (Kemenkes RI, 2014 : 2).

Kekurangan gizi dapat disebabkan oleh konsumsi zat gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu, apabila kondisi kurang gizi ini berlangsung lama maka akan dampaknya semakin berat tingkat kekurangan gizi sehingga menjadi gizi buruk. Bayi atau anak balita yang termasuk dalam kategori gizi buruk dapat diamati berdasarkan perkembangan berat badan menurut umur yang nilainya tercantum pada kolom  $-3$  SD (Adiningsih, 2010 : 26). Menurut WHO, terdapat  $>50\%$  kematian bayi dan anak yang disebabkan oleh gizi kurang dan gizi buruk (Kemenkes RI, 2011 : 1). Anak balita dikatakan memiliki status gizi buruk apabila memiliki indeks antropometri BB/U berada pada  $<-3SD$  (Kemenkes RI, 2011)

Indonesia masih mengalami permasalahan gizi yang berdampak serius terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM). Prevalensi gizi buruk berdasarkan indikator BB/U di Indonesia termasuk dalam masalah kesehatan masyarakat yang mendekati prevalensi tinggi. Tahun 2013, prevalensi gizi buruk tingkat nasional pada anak balita adalah sebesar 19,6% yang mengalami peningkatan dari tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) (Kemenkes RI, 2013 : 211-212). Provinsi Jawa Timur prevalensi gizi buruk pada tahun 2013 mengalami kenaikan sebesar 0,1% dari 2007 yaitu dari 4,8% menjadi 4,9 %. Pada tahun 2013 prevalensi BB/U berat kurang pada balita sebesar 19,1 yang berarti bahwa termasuk kedalam masalah kesehatan masyarakat yang mendekati prevalensi tinggi (Kemenkes RI, 2013 : 189). Kabupaten Bondowoso merupakan urutan ke-5 setelah Kabupaten Bojonegoro, Bangkalan, Pasuruan, dan Trenggalek yang memiliki prevalensi gizi buruk yaitu sebesar 16,3% (Kemenkes RI, 2013 : 193-194). Kabupaten Bondowoso memiliki perkembangan kasus anak balita gizi buruk yang berubah-ubah. Perubahan yang terjadi tidak sedikit, dari tahun 2014 hingga 2016 mengalami penurunan namun kemudian pada tahun 2017 mengalami peningkatan drastis yaitu meningkat sebanyak 170 anak balita gizi buruk dibandingkan tahun 2016 (Dinkes Bondowoso, 2017). Jika dibandingkan dengan kabupaten Bojonegoro yang memiliki kasus tertinggi balita gizi buruk mengalami *trend* perkembangan kasus yang menurun dari tahun 2014 hingga 2016 (Dinkes Bojonegoro, 2016 : 36).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kekurangan gizi anak balita diantaranya adalah faktor secara langsung dan faktor tidak langsung, mulai dari asupan makanan yang tidak cukup, penyakit infeksi, sanitasi hingga faktor ekonomi. Secara langsung kekurangan gizi pada anak balita disebabkan oleh 2 hal yaitu asupan gizi dan penyakit infeksi. Asupan gizi dan penyakit infeksi secara tidak langsung dipengaruhi oleh faktor kemiskinan, dan ketersediaan pangan yang kurang, pola asuh yang kurang, kebersihan yang kurang baik dan pelayanan kesehatan belum maksimal. Di Indonesia, faktor yang dominan mempengaruhi masalah gizi antara lain adalah kemiskinan, kesehatan lingkungan yang kurang, kerjasama lintas program dan lintas sektor yang kurang optimal, keterlibatan masyarakat yang kurang, keluarga miskin yang memiliki aksesibilitas pangan yang kurang, penyakit infeksi yang masih banyak terjadi, akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan dasar masih rendah dan pola asuh ibu yang kurang memadai dan dimana keseluruhan tersebut adalah yang mempengaruhi pola konsumsi dan penyakit infeksi pada anak balita (Kemenkes RI, 2017 : 7).

Hal tersebut diperkuat dengan hasil riset yang telah dilakukan mengenai faktor penyebab langsung dan tidak langsung gizi buruk. Penelitian pada tahun 2015 mendapatkan hasil bahwa riwayat infeksi dan tingkat konsumsi energi adalah faktor risiko dari kejadian gizi buruk pada anak balita (Prasetya *et al*, 2015 : 58). Penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2016) menyatakan bahwa determinan yang mempengaruhi gizi kurang pada anak balita adalah usia anak balita, riwayat pemberian ASI, asupan makanan, persepsi ibu terkait status gizi dan pola pengasuhan keluarga terkait gizi. Penelitian yang dilakukan oleh Yusna Mustapa dkk pada tahun 2013 mendapatkan hasil bahwa faktor risiko yang berkaitan dengan status gizi anak balita adalah asupan energi dan pola asuh (Mustapa *et al*, 2013 : 9). Dampak yang terjadi akibat kekurangan gizi sejak usia masih dini sangat kompleks, dimana anak tersebut akan mengalami gangguan kejiwaan, kognitif, sosial dan pertumbuhan yaitu beberapa ketidakmatangan bagian tubuh yang indikasinya dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh sehingga anak akan mudah terserang penyakit diantaranya diare, demam dan infeksi saluran pernafasan (Supartini, 2004; Feinstorm, Uauy & Arroyo, 2005 ; World Food Program, 2007 dalam Lastono, 2015 : 3).

Data rekapitulasi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso menyatakan bahwa terdapat anak balita dengan status gizi buruk berdasarkan indikator BB/TB sebanyak 308 anak balita. Jumlah tersebut meningkat dari tahun sebelumnya dimana pada tahun 2016 didapatkan 160 anak balita dengan status gizi buruk. Jumlah tertinggi yang terdapat anak balita gizi buruk adalah Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon yaitu memiliki 57 anak balita gizi buruk (Dinkes Bondowoso, 2017). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan, bahwa belum diketahui secara pasti determinan terjadinya kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon dimana Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon masih masuk ke dalam karakteristik masyarakat kota. Hal ini perlu diketahui dan dipelajari lebih lanjut apa saja determinan terjadinya gizi buruk pada anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon. Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka peneliti tertarik untuk melihat determinan kejadian gizi buruk pada anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apa saja determinan kejadian anak balita gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengkaji apa saja determinan kejadian anak balita gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik keluarga (tingkat pendapatan keluarga, pengeluaran untuk pangan, pengetahuan keluarga tentang gizi dan pendidikan keluarga) di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.

- b. Mengidentifikasi pola asuh gizi (pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, dan perawatan anak (imunisasi)) ibu yang memiliki anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.
- c. Mengidentifikasi tingkat konsumsi energi dan protein anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.
- d. Mengkaji gambaran tingkat konsumsi anak balita berdasarkan karakteristik keluarga.
- e. Mengkaji gambaran gizi buruk berdasarkan pola asuh gizi.
- f. Mengkaji gambaran gizi buruk berdasarkan tingkat konsumsi energi dan protein anak balita.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang gizi masyarakat berkaitan dengan determinan kejadian anak balita gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon 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 pengentasan anak balita gizi buruk.

###### **b. Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat khususnya ibu yang memiliki anak balita agar dapat memperhatikan kebutuhan gizi anak khususnya anak-anak balita.

###### **c. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dan rekomendasi oleh peneliti lain untuk dikembangkan pada penelitian selanjutnya khususnya terkait masalah gizi buruk pada anak balita.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Gizi Buruk

#### 2.1.1 Definisi Gizi Buruk

Gizi adalah suatu proses yang dilakukan organisme dalam menggunakan makanan yang dikonsumsi ke dalam tubuh. Penggunaan makanan di dalam tubuh dilakukan melalui proses penyerapan, pencernaan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan mengekskresikan zat-zat yang tidak berguna bagi proses kehidupan baik untuk pertumbuhan maupun perkembangan serta untuk menghasilkan energi. Keseimbangan antara makanan yang dikonsumsi dan penggunaannya di dalam tubuh merupakan keadaan gizi yang seimbang (Supriasa *et al*, 2016 : 20)

Gizi buruk adalah keadaan gizi yang dapat diketahui dengan pengukuran BB/U yang hasil *Z-Score* berada pada rentang  $< -3$  SD. Dalam manajemen gizi buruk, indikator yang ditentukan bahwa anak harus dirawat adalah menggunakan indikator BB/TB dengan nilai *Z-Score*  $< -3$ SD serta ditandai dengan gejala klinis tampak sangat kurus dan adanya edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh (Kemenkes RI, 2011 : 2). KEP (Kurang Energi Protein) merupakan keadaan gizi kurang yang disebabkan oleh rendahnya asupan energi dan protein dalam makanan sehari-hari atau akibat memiliki suatu penyakit. Anak yang disebut Kurang Energi Protein (KEP) ditandai dengan hasil pengukuran BB/PB atau BB/TB yang berada dalam ambang batas antara  $-2$  SD sampai dengan  $-3$  SD dengan rujukan WHO, 2005 (Supriasa *et al*, 2016 : 21).

Kriteria anak gizi buruk (Kemenkes RI, 2011 : 5) adalah sebagai berikut :

- a. Gizi Buruk Tanpa Komplikasi
  - 1) Terlihat sangat kurus
  - 2) BB/PB atau BB/TB  $< -3$  SD
  - 3) LILA  $< 11,5$  cm untuk anak usia 6-59 bulan
  - 4) Terdapat edema minimal pada kedua punggung tangan atau kaki
  - 5) Nafsu makan baik
- b. Gizi Buruk Dengan Komplikasi
  - 1) Terlihat sangat kurus
  - 2) BB/PB atau BB/TB  $< -3$  SD

- 3) LILA <11,5 cm untuk anak usia 6-59 bulan
- 4) Terdapat edema di seluruh tubuh
- 5) Anoreksia
- 6) Radang paru yang berat
- 7) Anemia berat
- 8) Kekurangan cairan yang berat
- 9) Panas yang sangat tinggi
- 10) Kesadaran yang menurun

Kekurangan Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan karena konsumsi energi dan protein yang rendah dalam makanan sehari-hari sehingga tidak dapat memenuhi angka kecukupan gizi. Orang yang mengalami gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya terlihat nampak kurus. Gejala klinis KEP berat dibedakan menjadi tiga, yaitu marasmus, kwashiorkor atau marasmus-kwashiorkor (Supariasa *et al*, 2016 : 160-163).

a. Tanda Klinis Marasmus

- 1) Anak terlihat sangat kurus, tampak seperti tulang dibungkus kulit
- 2) Cengeng, rewel
- 3) Kulit keriput, jaringan lemak subkutan sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada
- 4) Sering disertai dengan diare kronis atau konstipasi/susah buang air, serta penyakit kronis
- 5) Wajah seperti orang tua
- 6) Tekanan darah, detak jantung atau pernapasan berkurang

b. Tanda Klinis Kwashiorkor

- 1) Terdapat edema diseluruh tubuh, terutama pada kaki
- 2) Wajah tampak bulat dan sembab
- 3) Pada posisi berdiri terlihat otot-ototnya mengecil
- 4) Perubahan status mental (cengeng, rewel, kadang apatis)
- 5) Anak sering menolak berbagai jenis makanan
- 6) Hati membesar
- 7) Infeksi, anemia dan diare
- 8) Warna rambut kusam dan mudah dicabut

9) Terdapat bercak merah pada kulit yang meluas dan berubah menjadi hitam dan akhirnya mengelupas

10) Mata tampak sayu

c. Tanda Klinis Marasmus-Kwashiorkor

Penyakit ini dikarenakan makanan yang dikonsumsi memiliki kandungan energi dan protein tidak cukup untuk pertumbuhan normal (Febry dan Zulfito, 2008 : 14).

Gejala klinis yang ditunjukkan campuran antara marasmus dan kwashiorkor. Penampakan penting kwashiorkor adalah terdapat edema dan ada atau tidaknya cedera pada kulit, otot mengecil, serta berkurangnya lemak bawah kulit seperti yang terjadi pada marasmus. Apabila edema dapat hilang saat terapi pertama, maka pasien akan nampak seperti marasmus. Gejala klinis penderita marasmus kwashiorkor timbul secara bersamaan dan penyebab utamanya adalah parahnya kondisi protein yang kurang (Sulistiyani, 2010 : 49).

### 2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Gizi Buruk

Gizi buruk dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung kekurangan gizi pada anak balita disebabkan oleh 2 hal yaitu konsumsi zat gizi dan penyakit infeksi. Faktor tidak langsung antara lain kemiskinan, ketersediaan pangan yang kurang, pola asuh yang tidak memadai, kebersihan yang buruk dan pelayanan kesehatan belum maksimal (Kemenkes RI, 2017 : 7).

a. Faktor Langsung

1) Konsumsi Makanan

Faktor konsumsi makanan merupakan penyebab langsung dari kejadian gizi buruk pada anak balita. Hal ini karena makanan yang dikonsumsi kurang beragam, kuantitas dan kandungan zat gizinya tidak melengkapi pesan gizi seimbang serta kebersihan dan keamanannya kurang (Republik Indonesia, 2013 : 13).

Gizi seimbang merupakan formasi makanan yang memiliki zat gizi dalam kualitas dan kuantitas yang telah disesuaikan dengan kebutuhan tubuh, dan menerapkan prinsip keberagaman makanan (Aulina, 2011 : 3). Apa yang dikonsumsi oleh bayi sejak usia dini merupakan fondasi yang penting bagi

kesehatan dan kesejahteraannya di masa depan. Anak menjadi sehat dan berkualitas apabila sejak awal masa kehidupannya telah diberi makanan sehat dan seimbang. Zat gizi yang terdapat dalam makanan merupakan sumber utama untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak secara optimal agar dapat mencapai derajat kesehatan yang tinggi. Anak membutuhkan gizi seimbang yang terdiri dari asupan karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral setiap hari. Asupan kandungan gizi tersebut dapat diperoleh dari makanan yang dikonsumsi dan berguna untuk pertumbuhan otak dan pertumbuhan fisik (Aulina, 2011 : 1).

## 2) Infeksi

Penyakit infeksi berhubungan dengan kejadian penyakit menular diantaranya diare, cacingan dan penyakit pernapasan akut (ISPA) yang tinggi. Faktor ini berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup, dan perilaku hidup sehat. Kualitas lingkungan hidup adalah ketersediaan air bersih, sarana sanitasi dan perilaku hidup sehat seperti kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya (Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2013 : 13).

Timbulnya kurang gizi tidak selalu diakibatkan oleh kurang memadainya konsumsi makanan, tetapi juga diakibatkan oleh adanya penyakit. Anak yang telah mengonsumsi makanan dengan kualitas dan kuantitas baik, tetapi selalu menderita penyakit infeksi khususnya diare, panas tinggi, ISPA, TBC, demam berdarah, malaria dan HIV/AIDS akhirnya juga dapat menderita kurang gizi. Sebaliknya pada anak yang makan tidak cukup baik, maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Keadaan demikian memudahkan anak terserang infeksi dan nafsu makan berkurang sehingga dapat menderita kurang gizi. Jadi keduanya secara bersamaan dapat menjadi penyebab kurang gizi (Sulistiyani, 2010 : 10). Infeksi menghambat reaksi imunologis yang normal dengan cara menghabiskan sumber energi pada tubuh. Infeksi yang berat berdampak pada berkurangnya nafsu makan dan penerimaan terhadap makanan juga berkurang. Di banyak daerah di dunia, makanan yang tercemar oleh berbagai macam benih penyakit dapat menyebabkan penyerapan zat gizi terganggu (Adriani dan Wirjatmadi, 2014: 121).

### b. Faktor Tidak Langsung

### 1) Umur

Anak balita yang sedang mengalami pertumbuhan memerlukan makanan yang mengandung gizi seimbang lebih banyak dibandingkan orang dewasa. Kebutuhan zat tenaga tubuh meningkat sesuai dengan peningkatan usia karena juga berpengaruh terhadap aktivitas fisiknya. Pada usia 2-5 tahun merupakan masa emas di mana pada masa ini dibutuhkan zat tenaga yang diperlukan bagi tubuh untuk pertumbuhannya. (Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 121).

### 2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap kebutuhan gizi seseorang. Anak laki-laki lebih banyak memerlukan zat tenaga dan protein daripada anak perempuan, hal ini dapat dibuktikan dari tingkat aktivitas anak laki-laki daripada anak perempuan (Soetjiningsih, dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014: 121).

### 3) Aksesibilitas Pangan / Ketahanan Pangan Keluarga

Merupakan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dengan jumlah dan mutu gizi yang cukup. Ketahanan pangan keluarga diantaranya adalah ketersediaan pangan, harga pangan, daya beli keluarga, pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Misalnya, Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan utama untuk bayi yang harus tersedia di setiap keluarga yang memiliki bayi. Makanan ini seharusnya dapat dihasilkan oleh keluarga itu sendiri sehingga tidak perlu membeli. Namun kenyataannya tidak semua keluarga memiliki persediaan ASI yang cukup untuk kebutuhan bayinya disebabkan sesuatu hal yang berasal dari faktor ibu. Akibatnya, bayi tidak diberi ASI dalam jumlah yang cukup dan terpaksa diberi PASI . Permasalahan timbul dikarenakan berbagai faktor, misalnya pengetahuan dan kemampuan pemberian PASI yang kurang, sehingga yang diberikan tidak memenuhi persyaratan. Dalam hal ini, ketahanan pangan keluarga tersebut dapat dikatakan terancam karena tidak dapat menyiapkan makanan yang baik bagi anaknya yang masih dalam usia emas, sehingga bayi beresiko mengalami masalah gizi kurang (Sulistiyani, 2010 : 10-11).

#### a) Tingkat Pendapatan Orang Tua

Jenis pekerjaan kepala rumah tangga dan anggota rumah tangga lainnya dapat menjadi indikator yang menentukan status ekonomi rumah tangga. Hal tersebutlah yang menentukan seberapa banyaknya sumbangan dana terhadap

keuangan rumah tangga mereka yang kemudian mereka gunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti kebutuhan makanan yang bergizi dan pemeliharaan kesehatan keluarga dan individu. Oleh karena itu terdapat hubungan antara status ekonomi keluarga dan konsumsi makanan dengan status gizi masyarakat (Suhardjo, dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 124).

Tingkat pendapatan juga dapat menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang akan diperoleh dengan uang yang tersedia lebih banyak (Berg dan Sayogo, 1986). Keluarga yang memiliki pendapatan rendah akan menggunakan sebagian besar dari uangnya untuk membelanjakan makanan dan bahan makanan. Pendapatan yang rendah berdampak pada pemenuhan zat gizi sehari-hari karena uang yang dibelanjakan untuk membeli makanan tidak cukup untuk memenuhi semua kebutuhan zat gizi. Apabila pendapatan meningkat, maka mereka akan mampu untuk membeli makanan yang memiliki kualitas dan kuantitas baik. Namun yang harus diketahui, bahwa pengeluaran uang yang lebih banyak digunakan untuk membeli makanan tidak menjamin bahwa makanan yang dikonsumsi lebih beragamnya. Terkadang yang terjadi adalah pangan yang dikonsumsi itu harganya lebih mahal. Konsumsi makanan yang tidak memenuhi kuantitas dan kualitas yang dianjurkan dengan baik dan dibiarkan dalam jarak waktu yang panjang akan berdampak terhadap masalah gizi. Kondisi tubuh yang kurang gizi akan berdampak pada menurunnya daya tahan tubuh akan berbagai penyakit, prestasi belajar dan kecerdasan otak akan terganggu serta produktivitas kerja yang menurun akhirnya pendapatannya juga menurun (Suhardjo, dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 124).

#### b) Pengetahuan tentang Gizi

Pengetahuan terkait kebutuhan zat gizi dalam tubuh berdampak pada konsumsi makanan yang memiliki kualitas dan kuantitas yang baik. Dalam kehidupan sekitar sehari-hari tampak keluarga yang memiliki pendapatan cukup, namun makanan yang tersedia justru sederhana. Keadaan ini menunjukkan kurangnya pengetahuan akan fungsi makanan untuk kekebalan tubuh, yang dapat berakibat derajat gizi makanan keluarga yang buruk (Moehji, dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 127)

Menurut Suhardjo (dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 127) jika tingkat pengetahuan gizi ibu baik, maka status gizi ibu dan anak balitanya akan baik pula, karena timbulnya masalah gizi salah satunya karena kurangnya pengetahuan terkait gizi. Ibu yang memiliki pemahaman tentang gizi baik akan peduli terhadap kepentingan akan gizi anaknya agar dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal. Sehingga ibu akan berusaha menyediakan bahan makanan yang selaras dengan yang dibutuhkan anak.

c) Ketersediaan Pangan

Kuantitas dan ragam makanan yang mempengaruhi pola konsumsi masyarakat di suatu tempat tertentu biasanya berasal dari bahan makanan yang tersedia atau yang ditanam di tempat itu untuk jangka waktu yang panjang (Suhardjo,dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 128).

WHO mengeluarkan indikator ekologi tahun 1996 untuk melihat populasi yang memiliki risiko kekurangan vitamin A (KVA), dimana populasi yang memiliki risiko KVA adalah apabila ketersediaan makanan sumber vitamin A di pasar tidak tersedia selama enam bulan dan ketersediaan konsumsi sumber vitamin A di rumah tangga juga kurang dalam tiga kali seminggu (McLaren, dalam Khairul,2009 dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 28).

d) Pengeluaran untuk Pangan

Pola konsumsi masyarakat secara mudah dapat diamati dari pengeluarannya. Pengeluaran rumah tangga ada dua jenis yaitu pengeluaran untuk pangan dan pengeluaran untuk non pangan. Apabila pendapatan semakin tinggi maka pengeluaran akan bergeser menjadi pengeluaran non pangan (BPS, 2017 : 180).

Pendapatan yang terpakai untuk membeli makanan merupakan faktor penting dalam penentuan untuk membeli makanan. Orang yang memiliki penghasilan rendah bukan berarti mereka tidak memperdulikan terkait makanan yang akan mereka konsumsi tetapi mereka akan lebih pemilih dalam pembelian bahan makanan. Orang yang memiliki penghasilan rendah maka cenderung akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk membeli bahan makanan (Gibney dalam Oktaviasari dan Muniroh, 2012 : 17). Keterjangkauan bahan pangan suatu keluarga sangat ditentukan oleh daya beli keluarga. Daya

beli dipengaruhi oleh besarnya pendapatan keluarga. Dan besarnya pendapatan keluarga mempengaruhi proporsi pengeluaran keluarga untuk pangan. Semakin besar proporsi pengeluaran keluarga untuk bahan pangan maka akses terhadap bahan pangan rendah dan sebaliknya. Rumah tangga dikatakan tahan pangan apabila proporsi pengeluaran untuk pangan rendah yaitu <60% dari pengeluaran rumah tangga (Rosyadi dan Purnomo, 2012 : 306).

## 2) Pola Asuh Gizi

Pola asuh anak yaitu ibu atau pengasuh lain yang dekat dengan anak, seperti memberi anak makanan, menjaga kebersihan anak, memberi anak cinta, dan lain-lain. Semua sesuatu yang berkaitan dengan keadaan ibu tentang kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak. Pola asuh yang tidak benar biasanya terjadi pada keluarga yang perekonomiannya tinggi yang kurang mempedulikan kandungan gizi makanan untuk anaknya. Pola asuh anak berpengaruh positif terhadap timbulnya kasus gizi buruk. Pola asuh yang berpengaruh pada kebutuhan dasar anak antara lain asah, asih, dan asuh (Soetjiningsih dan Roesli, dalam Sulistiyani, 2010 : 11).

- a) Asah, kecerdasan anak secara optimal membutuhkan rangsangan yang biasa disebut asah. Guru pertama bagi bayi adalah ibu, yaitu pada saat menyusui. Semakin sering bayi menyusui kepada ibu akan membuatnya terbiasa berhubungan dengan manusia lain yaitu dengan ibunya hal ini akan berdampak pada interaksi anak dengan lingkungannya kelak karena anak akan mudah mengembangkan kemampuan sosialnya. Psikomotor perkembangan anak sangat berkaitan dengan kemampuan sosial yang baik.
- b) Perkembangan emosi/kasih sayang dan spiritual adalah kebutuhan dasar bayi yang disebut asih. Hal paling penting adalah memberikan kasih sayang dan perasaan aman yang ditunjukkan dalam kontak fisik dan psikis sedini mungkin. Hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu/pengganti ibu dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang baik, baik secara fisik, mental maupun psikososial. Seseorang yang telah dewasa akan memiliki rasa mandiri yang baik dan emosional yang

stabil apabila dia selalu merasa aman dan terlindungi semenjak masih dalam bayi. Kasih sayang ibu yang kurang pada tahun-tahun pertama kehidupan memiliki dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak yang disebut “Sindrom Deprivasi Maternal”.

- c) Asuh, adalah pemenuhan kebutuhan nutrisi atau makanan yang memiliki gizi seimbang pada bayi yang berguna untuk pertumbuhan otak dan suatu jaringan. Disamping itu, asuh juga dapat diartikan sebagai kebutuhan fisik secara biomedis antara lain menjaga kesehatan primer seperti pemberian imunisasi, papan, hygiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani, refreshing dll.

(1) Praktik Memberi Makan pada Anak Anak balita (Pemberian ASI, Makanan tambahan, Penyiapan dan Penyediaan Makanan)

Air Susu Ibu (ASI) adalah sebuah cairan yang tidak adaandingannya dan merupakan ciptaan Allah yang berguna untuk memenuhi kepentingan bayi dalam memenuhi gizinya dan melindungi bayi dari risiko serangan penyakit. Zat gizi yang terkandung pada ASI berada pada tingkatan yang paling baik dan air susunya memiliki bentuk paling baik bagi tubuh bayi yang masih muda. Kandungan sari-sari makanan yang ada di dalam ASI berfungsi untuk merangsang percepatan pertumbuhan dan perkembangan sistem saraf. Keunggulan ASI tidak dapat ditandingi makanan lain yang dibuat untuk meniru bentuk ASI (Harun Yahya, dalam Maryunani, Anik, 2012 :40). Menurut Khumaidi (dalam Adriani dan Wirjatmadi, 2014 : 122), berpendapat bahwa jika bayi tidak memperoleh ASI dalam rentang waktu yang panjang akan mudah terkena infeksi secara repetitif. Sebaliknya, ASI yang diberikan secara eksklusif pada bayi maka akan jarang menderita sakit terutama infeksi. ASI eksklusif diberikan sampai usai 6 bulan setelah itu baru diberi makanan pendamping ASI. Hal ini karena pada usia tersebut, pencernaan bayi masih belum dapat bekerja secara sempurna, selain itu komposisi ASI yang kaya akan nutrisi dapat memenuhi semua kebutuhan gizi bayi. Dengan memberi ASI saja pada bayi hingga usia 6 bulan, maka produksi ASI akan terus meningkat

karena adanya rangsangan dari bayi yang terus mengisap payudara ibu. Selain itu, ibu juga perlu menyeimbangkan produksi ASI dengan mengonsumsi makanan kaya zat gizi bagi ibu menyusui (Soenardi, 2005 : 12).

Ada 3 tahapan keluarnya ASI yaitu : kolustrum, ASI transisi, dan ASI matur. Komposisi ASI hari 1-4 (Kolustrum) berbeda dengan ASI hari ke 5-10 (transisi) dan ASI matur. Kolustrum adalah air susu ibu yang pertama kali keluar berwarna kuning, kental dan agak lengket. Kolustrum ini dihasilkan kira-kira satu minggu pertama dan memiliki banyak manfaat diantaranya, memiliki lebih protein, immunoglobulin A yang lebih banyak dan lactoferrin dan juga sel darah putih yang memiliki peran penting dalam mencegah timbulnya penyakit infeksi, kandungan lemak dan lactosena sedikit dan mengandung vitamin A, natrium, dan seng yang lebih banyak (Suhardjo, 1992 : 71)

Segera susui bayi yaitu maksimal setengah jam pertama setelah persalinan. Hal ini adalah titik awal yang menentukan apakah nanti bayi akan cukup mendapatkan ASI atau tidak. Hal ini dipengaruhi oleh peran hormon pembuat ASI, yaitu hormon prolaktin. Hormon prolaktin dalam peredaran darah ibu akan menurun satu jam setelah persalinan yang disebabkan oleh lepasnya plasenta. Upaya agar dapat mempertahankan kadar prolaktin dalam peredaran darah ibu sebelum setengah jam pertama setelah persalinan, maka segera memposisikan bayi untuk menghisap puting susu ibu secara benar. Isapan pertama bayi akan merangsang hipofisis untuk mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin bekerja merangsang otot polos untuk memeras ASI yang ada di alveoli, lobus, serta ductus kemudian dikeluarkan melalui puting susu. Keadaan inilah yang memaksa agar hormon prolaktin terus memproduksi ASI. Simpanan ASI yang kosong mengakibatkan produksi ASI menjadi semakin besar untuk mengisi kembali “lambung” ASI yang kosong sehingga hormon prolaktin menjadi tinggi dalam peredaran darah. Namun jika bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam pasca persalinan, hormon prolaktin akan turun dan sulit

merangsang prolaktin akibatnya ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih. Hal ini yang menyebabkan bidan terpaksa memberikan makanan pengganti ASI kepada bayi yang tidak mendapat ASI cukup dan akan mencegah bayi menjadi rewel (Purwanti,2004: 65-66)

Manfaat ASI bagi bayi :

Memberikan ASI saja yang tidak dicampur dengan air putih ataupun susu formula mulai dari umur 0-6 bulan, akan memberikan banyak keuntungan diantaranya (Maryunani, 2012 :104-105) :

(a) Kesehatan

Bayi yang diberi ASI Eksklusif akan menjadi bayi yang sehat dan aktif karena kandungan gizi yang terkandung di dalam ASI sangat berlimpah dan lengkap. ASI sangat kaya akan antibody yang dapat melindungi bayi terserang berbagai macam penyakit.

(b) Kecerdasan

Proses mielinisasi otak pada bayi akan berjalan dengan baik apabila bayi mendapatkan DHA terbaik yang terkandung didalam ASI dan diberikan secara eksklusif .

(c) Emosi

Emosional anak dapat dilatih dari proses pemberian ASI dari ibu karena saat ibu menyusui ia dapat berkomunikasi secara intensif dari hati kepada anak.

Pada usia 6 bulan, bayi akan dikenalkan dengan makanan tambahan pendamping ASI atau disingkat MP-ASI. Pada tahap ini merupakan makanan kedua setelah ASI namun praktiknya masih disertai ASI. Makanan pendamping ASI sebaiknya diberikan secara bertahap, dilihat dari jenis makanannya, tekstur dan jumlah porsi. Manfaat pemberian makanan pendamping ASI yaitu untuk memenuhi kebutuhan zat gizi anak, menyesuaikan alat pencernaan dalam menerima makanan tambahan dan sebagai masa peralihan dari ASI ke makanan keluarga. MP-ASI bertujuan untuk melengkapi zat gizi yang kurang karena kebutuhan zat gizi yang meningkat sesuai dengan pertambahan umur dan untuk meningkatkan

kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai bentuk, tekstur, dan rasa (Sitompul, 20 : 26-27).

Makanan padat untuk bayi pertama-tama adalah semi liquid (setengah cair) jadi serba dihaluskan. Kondisi semacam ini diberikan sampai usia 7-10 bulan dan dilanjutkan dengan makanan cincang yang kemudian disesuaikan dengan pertumbuhan gigi bayi. Pemberian makanan pendamping semi liquid jangan diberikan melalui botol atau dot, berikan dengan menggunakan sendok kecil. Di sini sudah mulai diperkenalkan cara makan dengan sendok untuk permulaannya, dimana nanti setelah menginjak usia besar mudah untuk menerapkan makan yang benar (Soenardi, 2005 : 12).

MP ASI yang baik dan bergizi seimbang haruslah mengandung karbohidrat, lemak, protein serta vitamin dan mineral dalam proporsi seimbang. Kandungan utama dalam sebuah menu utama MP-ASI hendaknya mengutamakan karbohidrat sebagai sumber tenaga (kalori) tubuh, protein sebagai zat pembangun dan daya tahan tubuh, serta lemak sebagai komponen yang berperan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan sel-sel saraf. Kriteria dalam pemilihan bahan makanan untuk MP-ASI yang tepat adalah bahan local, alami, fresh, sehat dan bervariasi (Pratiwi *et al.*, 2017 : 58)

Hal yang perlu di perhatikan dalam penyediaan MP-ASI adalah:

- i. Memvariasikan menu untuk si Kecil. Misalnya, menambah sayuran hijau sehingga memudahkan proses penyerapan zat besi oleh tubuh
- ii. Memperhatikan konsistensi, tekstur dan ukuran sesuai tahapan usia. Misal, pada tahap awal memberikan si kecil makanan semi cair, secara bertahap mengental.

Awalnya sangat lembut dihancurkan, lalu bertahap makin kasar. Hingga usai 1 tahun si kecil sudah dapat makan makanan keluarga

- iii. Berikan secara bertahap dari bentuk encer dan berangsur ke bentuk yang lebih kental dan akhirnya padat

- iv. Perkenalkan setiap jenis makanan satu per satu hingga teramati betul-bahwa makanan dapat diterima dengan baik
- v. Mengatur jadwal makan sedemikian rupa sehingga setiap kali diberikan MP-ASI si kecil lahap
- vi. Jangan pernah memberikan makanan bayi secara memaksa

#### (2) Perawatan Anak (Imunisasi)

Tujuan pemberian imunisasi adalah untuk meningkatkan kekebalan tubuh pada anak dengan diberi vaksin. Vaksin ini berasal dari bibit penyakit yang telah dilemahkan/dimatikan sehingga tidak membahayakan manusia. Sistem kekebalan yang dapat membuat anak balita menjadi kebal terhadap serangan penyakit dan secara tidak langsung akan berdampak pada status gizi. Balita yang memiliki daya tubuh yang kuat maka tidak akan kehilangan nafsu makan sehingga status gizi tubuhnya dapat tetap terjaga dengan baik (Supartini dalam Novitasari, 2012 : 3;21). Dalam bidang keilmuan Imunologi, yang dimaksud imunisasi itu adalah reaksi yang terjadi antara antibody dan antigen di dalam tubuh manusia. Antigen yang dimaksud adalah kuman atau racun yang telah dilemahkan yang kemudian dimasukkan atau disuntikkan ke dalam tubuh manusia. Di dalam tubuh manusia, antigen tersebut akan bereaksi membentuk zat antibody yang dapat mencegah tubuh dari berbagai macam penyakit. Macam-macam imunisasi adalah sebagai berikut (Riyadi *et al*, 2009 : 47-50):

- (a) Imunisasi Aktif merupakan penyuntikan antigen ke dalam tubuh manusia, dan kemudian akan merangsang tubuh untuk membentuk antibody sendiri. Antibody tersebut dapat bertahan lama dan menahun yang berbeda dengan imunisasi pasif yang tidak dapat bertahan lama.
- (b) Imunisasi Pasif adalah imunisasi yang didapatkan anak dari ibu saat berada di dalam kandungan. Pada imunisasi jenis ini, tubuh tidak dapat membuat sendiri zat antibody akan tetapi didapatkan dari luar tubuh yaitu dengan cara menyuntikkan bahan atau serum yang telah mengandung zat antibody.

Berikut ini adalah pemberian vaksin dalam kaitannya dengan imunisasi:

i. Vaksin Polio

Penyakit polio disebabkan oleh virus. Untuk pencegahan penyakit ini pada bayi, maka dibutuhkan vaksin yang disebut vaksin polio. Vaksin polio berasal dari virus yang telah dilemahkan, vaksin ini berbetuk cair dan kemasannya dilengkapi dengan pipet yang berguna untuk memberikan vaksin ini kepada bayi. Cara pemberiannya yaitu dengan meneteskan cairan vaksin menggunakan pipet yang telah tersedia melalui mulut bayi sebanyak dua tetes. Vaksin polio ini bersifat lebih mudah rusak apabila terkena panas matahari secara langsung jika dibandingkan dengan jenis vaksin lainnya.

ii. Vaksin Campak

Penyakit campak disebabkan oleh virus. Sama dengan vaksin polio, vaksin ini juga berasal dari virus yang telah dilemahkan dan bersifat sebagai vaksin hidup. Berbeda dengan vaksin polio, bentuk vaksin ini tidak cair melainkan berbetuk bongkahan yang beku dan kering sehingga untuk menggunakan vaksin ini harus dilarutkan terlebih dahulu ke dalam air sekitar 5cc. Apabila vaksin ini telah dicairkan, maka harus segera digunakan karena akan mudah rusak.

iii. Vaksin BCG

Tuberculosis atau TBC adalah penyakit yang mudah menyerang pada anak. Untuk melindungi anak dari terkena penyakit tersebut, maka diperlukan vaksin yang disebut vaksin BCG. Vaksin ini diambil dari bakteri yang kemudian dilemahkan. Vaksin ini bentuknya beku dan kering sehingga untuk menggunakannya harus dilarutkan terlebih dahulu ke dalam air. Setelah dilarutkan, maka vaksin harus segera digunakan tidak lebih dari 3 jam karena apabila telah lebih dari 3 jam maka vaksin ini rusak. Vaksin BCG dikemas di dalam kemasan botol dengan warna gelap tujuannya adalah agar dapat melindungi dari pancaran sinar UV secara langsung.

#### iv. Vaksin DPT

Vaksin DPT adalah vaksin yang dapat melindungi anak dari 3 penyakit yaitu difteri, pertussis dan tetanus. Vaksin ini disusun oleh toxoid difteri, bakteri pertussis, dan tetanus toxoid. Penggunaan vaksin DPT ini berbeda-beda takarannya, yaitu untuk DPT dan TT sebanyak 5cc dan untuk DT lebih banyak yaitu 25 cc.

#### v. Vaksin Toxoid Difteri

Vaksin toxoid difteri ini sebenarnya merupakan bagian dari vaksin DPT atau TT yang berasal dari racun yang sudah dilemahkan. Vaksin ini sangat sensitif jadi suhu nya harus normal karena akan rusak jika suhu terlalu dingin dan terlalu panas.

Tabel 2. 1 Jadwal Imunisasi pada Bayi dan Balita

<b>Pada Bayi</b>			
<b>Jenis Imunisasi</b>	<b>Usia Pemberian</b>	<b>Jumlah Pemberian</b>	<b>Interval Minimal</b>
Hepatitis B	0-7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio / IPV	1,2,3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-H1b	2,3,4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-
<b>Pada Balita</b>			
DPT-HB-H1b	18 bulan	1	-
Campak	24 bulan	1	-

Sumber : Dirjen PP dan PL Depkes RI, dalam Kemenkes RI, 2015

### 3) Pelayanan Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan

Pelayanan kesehatan adalah tempat dimana seseorang atau masyarakat mendapatkan pelayanan terkait pencegahan terhadap penyakit, memelihara kesehatan maupun proses rehabilitasi dari penyakit. Hal-hal yang dapat didapatkan dari pelayanan kesehatan adalah mendapatkan imunisasi dasar lengkap untuk anak balita agar terhindar dari berbagai macam penyakit, ibu hamil dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan, menimbang anak untuk melihat pertumbuhan dan perkembangan anak, mendapatkan penyuluhan terkait kesehatan dan gizi dari tenaga kesehatan yang kompeten di bidang masing-masing. Sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di sekitar kita diantaranya adalah posyandu, poskesdes, polindes, puskesmas, praktik bidan atau dokter, rumah sakit. Masalah yang masih terjadi ialah kurangnya partisipasi masyarakat untuk menggunakan sarana pelayanan kesehatan tersebut, kebanyakan

dari mereka hanya menggunakan untuk proses rehabilitasi dari penyakit padahal fungsi sarana pelayanan kesehatan tidak hanya itu. Masalah ini timbul karena beberapa hal diantaranya minimnya tingkat pendidikan masyarakat dan kurangnya pengetahuan akan kesehatan (Sulistiyani, 2010 : 12).

Sanitasi lingkungan juga berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat. Apabila sanitasi lingkungan tidak baik, maka akan beresiko menimbulkan penyakit infeksi seperti diare, kecacingan, dan infeksi saluran pencernaan. Infeksi saluran pencernaan yang terjadi pada anak berdampak pada terganggunya penyerapan zat-zat gizi didalam tubuh. Apabila anak tidak terpenuhi kebutuhan gizinya dan berlangsung dalam waktu yang panjang, maka imunitas anak akan menurun yang menyebabkan anak menjadi rawan sakit yang nantinya mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak (Supariasa *et al*, 2016 : 35).

## **2.2 Anak balita**

### **2.2.1 Definisi Anak balita**

Departemen Kesehatan 2006 menyebutkan anak balita sebagai anak usia 12-59 bulan. Sementara Hockenberry dan Wilson (2007) menyebutkan usia 0-1 tahun disebut fase bayi, satu sampai tiga tahun disebut fase toddler dan usia 3-6 tahun adalah fase prasekolah (Purwandariet *al.*, 2014 : 2). Definisi lain menyebutkan bahwa balita adalah anak usia 0-59 bulan, sedangkan anak balita adalah mereka yang berusia 12-59 bulan (Prasetya *et al*, 2010 : 96).

### **2.2.2 Faktor yang Harus Diperhatikan Pada Anak balita**

Anak anak balita 1-5 tahun (usia prasekolah) merupakan kelompok umur yang rawan gizi dan rawan penyakit. Beberapa kondisi yang menyebabkan usia ini rawan gizi dan kesehatan, antara lain :

- a. Anak anak balita usia 1-5 tahun masih berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa
- b. Biasanya anak sudah mempunyai adik, atau ibunya sudah bekerja penuh sehingga perhatian ibu sudah berkurang
- c. Usia ini anak sudah mulai bermain ditanah dan sudah bisa main di luar rumah sendiri, sehingga terpaksa lebih terpapar dengan lingkungan yang

kotor dan kondisi yang memungkinkan untuk terinfeksi dengan berbagai penyakit.

Anak sudah bisa mengurusinya sendiri, termasuk dalam memilih makanan. Di pihak lain, ibunya sudah tidak begitu memerlukan lagi makanan anaknya, karena dianggap anak sudah dapat makan sendiri (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 205-206).

### 2.2.3 Kebutuhan Gizi Anak balita

Fungsi gizi dalam pembentukan kualitas SDM telah banyak dinyatakan dari berbagai riset. Gangguan gizi yang terjadi sejak janin dapat menurunkan kualitas kesehatan pada kehidupan selanjutnya. Kurang gizi pada anak balita selain berdampak pada pertumbuhan fisik, namun juga mempengaruhi kualitas otak dan perkembangan di masa selanjutnya. Pada masa ini anak balita perlu memperoleh makanan yang mengandung gizi dengan kualitas dan kuantitas yang baik (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 206-207).

#### a. Energi

Kebutuhan energi setiap anak balita berbeda-beda berdasarkan metabolisme basal, pertumbuhan anak balita, dan aktivitas sehari-hari anak balita. Efisiensi penggunaan energi didasarkan padatnya aktivitas dengan asupan energi dan protein sehari-hari. (Istiany dan Rusilanti, 2014 : 121).

FAO/WHO (1985) berpendapat bahwa kebutuhan energi seseorang merupakan konsumsi energi yang bersumber dari makanan yang berfungsi untuk mengganti energi yang dikeluarkan disesuaikan dengan ukuran dan komposisi tubuh dan dengan tingkat aktivitas yang dilakukan. Terjadinya kekurangan energi yaitu apabila intake energi lebih kecil dari *outcome* sehingga terjadi ketidakseimbangan di dalam tubuh akan menjadi negatif dan berdampak pada perbedaan berat badan yang seharusnya. Apabila terjadi pada bayi dan anak-anak akan menghambat pertumbuhan. Akibat berat yang terjadi pada bayi adalah marasmus dan bila disertai kekurangan protein disebut kwashiorkor (Almatsier, 2009 : 136;150).

AKG energi menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia 1-3 tahun adalah sebesar 1125 kkal

dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 1600 kkal (Supriasa *et al*, 2016 : 276). Sumber energi yang baik untuk anak adalah dari sereal seperti beras, gandum, oat, roti, umbi-umbian (Istiany dan Rusilanti, 2014 : 124).

b. Protein

Kebutuhan protein menurut FAO/WHO/ONU (1985) adalah konsumsi yang diperlukan untuk mencegah kehilangan protein tubuh dan memungkinkan produksi protein yang diperlukan dalam masa pertumbuhan (Almatsier, 2009 : 98). Kebutuhan protein pada anak balita adalah untuk pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh, dan pembentukan jaringan baru (Istiany dan Rusilanti, 2014 : 124). Fungsi protein adalah sebagai zat pembangun, yaitu untuk pertumbuhan, dan pembentukan protein dalam hemoglobin, enzim, hormon dan antibodi. Untuk mengganti sel-sel tubuh yang rusak dan untuk menjaga keseimbangan asam basa tubuh dan sebagai sumber energi (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 208)

Kekurangan protein banyak terdapat pada masyarakat sosial ekonomi rendah. Kekurangan protein murni pada stadium berat menyebabkan kwashiorkor pada anak di bawah lima tahun (Almatsier, 2009 : 101).

AKG protein menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia 1-3 tahun adalah sebesar 26 gram dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 35 gram (Supriasa *et al*, 2016 : 276).

c. Lemak

Lemak dan minyak adalah sumber energi yang paling banyak, yang menghasilkan 9 kkalori untuk tiap gramnya, yang berarti 2,5 kali lebih besar dari energi yang dihasilkan dari karbohidrat dan protein walaupun jumlahnya sama. Sebagai simpanan, lemak adalah menyimpan energi dalam tubuh yang paling besar. Fungsi lemak dalam tubuh antara sebagai alat angkut vitamin larut lemak, sumber asam lemak esensial, menghemat protein, memberi rasa kenyang dan kelezatan, sebagai pelumas, memelihara suhu tubuh, dan pelindung organ tubuh (Almatsier, 2009 : 60-61).

AKG lemak menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia 1-3 tahun adalah sebesar 44 gram

dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 62 gram (Supariasaet *al*, 2016 : 276).

d. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energy saat pertumbuhan pada anak. Dalam sehari seseorang dihibau untuk mengonsumsi 60-70% energi total basal berasal dari hidrat arang. Pada ASI dan sebagian besar susu formula bayi, 40-50% kandungan kalori berasal dari hidrat arang terutama laktosa (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 210).

AKG karbohidrat berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia  $\leq 3$  tahun adalah sebesar 155 gram dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 220 gram (Supariasa *et al*, 2016 : 276).

e. Air

Sebagian besar tubuh manusia terdiri dari air sehingga air adalah salah satu zat gizi yang penting bagi tubuh. Kehilangan air pada bayi dan anak yang melalui kulit ataupun ginjal terjadi lebih sering pada anak-anak dibandingkan orang dewasa dan akibat kekurangan air dalam jumlah banyak dapat menyebabkan anak menjadi rentan terhadap penyakit (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 209).

AKG air berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia 1-3 tahun adalah sebesar 1200mL dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 1500mL (Supariasaet *al*, 2016 : 276).

f. Vitamin dan Mineral

Vitamin dan mineral esensial merupakan zat gizi yang paling utama bagi pertumbuhan dan kesehatan. Kebutuhan vitamin untuk anak balita digunakan untuk (Adriani dan Wirjatmadi, 2012 : 210-211) :

- 1) Vitamin A berguna untuk pertumbuhan sel-sel epitel dan sebagai pengatur kepekaan rangsangan sinar pada mata dan saraf
- 2) Vitamin B1 berguna untuk metabolisme karbohidrat, keseimbangan air dalam tubuh dan membantu penyerapan zat lemak dalam usus

- 3) Vitamin B2 berfungsi dalam pemindahan rangsang sinar ke saraf mata dan enzim, dan berguna dalam proses oksidasi dalam sel-sel
- 4) Vitamin B6 berfungsi dalam pembuatan sel-sel darah merah dan dalam proses pertumbuhan serta pekerjaan urat saraf
- 5) Vitamin C berfungsi sebagai aktivator macam-macam fermentasi perombakan protein dan lemak, dalam oksidasi dan dehidrasi dalam sel, penting dalam pembentukan trombosit
- 6) Vitamin D berfungsi mengatur kadar kapur dan fosfor, dan bersama-sama kelenjar gondok memperbesar penyerapan kapur dan fosfor dari usus dan memengaruhi kerja kelenjar endokrin
- 7) Vitamin E berfungsi mencegah perdarahan bagi wanita hamil serta mencegah keguguran dan diperlukan pada saat sel sedang membelah
- 8) Vitamin K berfungsi dalam pembentukan protombin yang berarti penting dalam proses pembekuan darah
- 9) Vitamin ada 2 macam yaitu vitamin yang dapat larut dengan lemak dan vitamin yang mudah larut dalam air.

g. Zat Besi (Fe)

Mineral mikro yang terdapat paling banyak di dalam tubuh manusia adalah zat besi. Fungsi zat besi di dalam tubuh banyak sekali, diantaranya adalah sebagai alat transportasi oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh, sebagai alat transportasi elektron di dalam sel, dan sebagai bagian terpadu berbagai reaksi enzim di dalam jaringan tubuh. Fungsi besi di dalam tubuh adalah untuk metabolisme energi, kemampuan belajar dan sebagai sistem kekebalan (Almatsier, 2009 : 250;254).

Angka kecukupan besi (Fe) menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2013 pada anak berusia 1-3 tahun adalah sebesar 8 mg dan pada anak berusia 4-6 tahun sebesar 9 mg (Supriasaet al, 2016 : 276).

#### 2.2.4 Penilaian Status Gizi Anak balita

Antropometri gizi adalah cara pengukuran status gizi yang telah umum digunakan di masyarakat. Pada masa sekarang, untuk mengukur status gizi anak

balita dan dalam kegiatan penyaringan gizi adalah dengan pemantauan status gizi menggunakan metode antropometri. Riskesdas mulai tahun 2007 sampai 2013 selalu menggunakan antropometri sebagai metode pengukuran status gizi. Pada tahun 2014, Survei Pemantauan Status Gizi yang dilaksanakan oleh Direktorat Bina Gizi Kemenkes juga menggunakan antropometri untuk menilai status gizi (Supariasa *et al*, 2016 : 30).

Parameter yang digunakan pada pengukuran antropometri antara lain : umur, berat badan, tinggi badan, LILA, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan TLBK (tebal lemak bawah kulit) (Supariasa *et al*, 2016 : 43).

a. Umur

Umur adalah salah satu faktor yang penting untuk menentukan status gizi, jika terjadi kesalahan dalam menentukan umur maka interpretasi status gizinya ikut salah. Karena ada beberapa indeks dipakai seperti BB/U, TB/U, LK/U. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat.

Menurut Puslitbang Gizi Bogor(1980) dalam Supariasa *et al*, 2016 batasan umur digunakan adalah umur penuh dan untuk anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh. Maksud dari perhitungan umur berdasarkan tahun penuh adalah umur dihitung satu tahun apabila telah genap 12 bulan, dan bulan penuh artinya umur dihitung satu bulan apabila telah genap 30 hari. Jadi sisa hari tidak dihitung. Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada contoh di bawah ini :

Contoh : Tahun umur penuh  
Umur : 8 tahun 7 bulan, dihitung 8 tahun  
4 tahun 2 bulan, dihitung 4 tahun

Contoh : Bulan umur penuh  
Umur : 4 bulan 5 hari, dihitung 4 bulan  
5 bulan 27 hari, dihitung 5 bulan

Di pedesaan banyak keluarga yang tidak mempunyai catatan tanggal lahir anaknya. Selain itu, juga kecenderungan untuk menulis angka yang mudah seperti 1,5 tahun, 2 tahun atau 5 tahun. Untuk melengkapi data umur dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut :

- 1) Menanyakan akta kelahiran, kartu keluarga atau catatan lain yang dibuat oleh orang tuanya. Jika tidak ada bisa meminta keterangan pada pihak desa.
- 2) Apabila yang diketahui adalah kalender lokal seperti bulan arab atau bulan lokal (Jawa, Sunda, dll) cocokkan dengan kalender Nasional.
- 3) Jika tetap tidak diketahui, maka bisa dicari tau berdasarkan ingatan kedua orang tua atau tanggal-tanggal penting seperti hari-hari besar atau momen penting seperti pemilu kepala desa atau terjadinya peristiwa bencana alam. Sebelum pengumpulan data sebaiknya membuat daftar tentang tanggal, bulan dan tahun kejadian dari peristiwa penting di daerah tempat kita melakukan pengumpulan data.
- 4) Cara lain bisa dengan membandingkan anak tetangga atau saudara yang diketahui umurnya secara pasti.
- 5) Jika tanggal lahirnya tidak diketahui dengan tepat, sedangkan bulan dan tahunnya diketahui, maka tanggal lahir tersebut ditentukan tanggal 15 bulan yang bersangkutan.

b. Berat Badan

Bayi baru lahir dapat didiagnosis normal atau mengalami BBLR adalah dengan melihat berat badan bayi. Bayi didiagnosis BBLR apabila berat badan bayi  $< 2.500$  gram atau  $< 2,5$  kg. Kegunaan berat badan adalah untuk melihat laju pertumbuhan fisik dan status gizi pada bayi-anak balita kecuali jika mengalami kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema dan adanya tumor. Berat badan digunakan sebagai indikator dalam pemberian takaran obat dan makanan pada anak.

Berat badan merupakan keseluruhan kandungan protein, lemak, air dan mineral tulang di dalam tubuh. Pada orang yang kekurangan gizi dan memiliki tumor, maka jumlah kandungan jaringan lemak dan jaringan ototnya akan menurun sehingga berat badan juga akan menurun. Berbeda halnya dengan anak remaja, tubuh remaja mengandung lemak yang semakin banyak sedangkan protein dalam ototnya menurun yang juga akan berpengaruh terhadap perubahan berat badan. Seseorang yang memiliki edema dan asites pada bagian tubuhnya,

maka akan menambah cairan di dalam tubuhnya dan berpengaruh pada perubahan berat badan.

Indikator antropometri berat badan merupakan salah satu indikator yang memiliki banyak kelebihan, antara lain :

- 1) Perubahan berat badan mudah diamati dalam waktu yang singkat karena seseorang mudah mengalami perubahan pada pola konsumsi dan pola hidupnya.
- 2) Berat badan dapat menggambarkan keadaan gizi saat ini dan apabila diamati secara teratur dan berkala maka dapat menggambarkan apakah pertumbuhan anak itu baik atau buruk.
- 3) Pengukuran berat badan sangat mudah dan dapat dilakukan oleh semua orang tanpa penjelasan yang rinci.
- 4) Keterampilan pengukur dalam melakukan pengukuran berat badan tidak berpengaruh terhadap ketelitian hasil yang didapatkan.
- 5) Berat badan adalah dasar dalam mengisi Kartu Menuju Sehat atau KMS yang digunakan tenaga kesehatan untuk memantau pertumbuhan anak dan sebagai alat komunikasi kesehatan antara ibu dan tenaga kesehatan.
- 6) Dalam menilai status gizi kesehatan anak, faktor umur sangat berperan penting.

Penentuan berat badan dilakukan dengan cara menimbang. Alat yang digunakan di lapangan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan :

- a) Mudah digunakan dan dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain
- b) Mudah diperoleh dan harga yang relative murah
- c) Ketelitian penimbangan sebaiknya maksimum 0,1 kg
- d) Skala mudah dibaca
- e) Cukup aman untuk menimbang anak-anak balita

c. Tinggi Badan

Tinggi badan atau panjang badan jika dihubungkan dengan berat badan maka faktor umur dapat dikesampingkan, maka dari itu, tinggi badan adalah faktor terpenting kedua dalam pengukuran antropometri. Tinggi badan dapat menggambarkan keadaan yang lalu dan keadaan sekarang jika umur tidak

diketahui dengan tepat. Pengukuran tinggi badan dapat dilakukan dengan alat penukur mikrotoa (*microtoise*) dengan tingkat ketelitian 0,1cm.

Adapun keunggulan dan kelemahan penentuan status gizi secara antropometri adalah sebagai berikut (Ningtyias, 2010 : 97-98) :

a. Keunggulan Penentuan Status Gizi secara Antropometri

- 1) Prosedurnya sederhana, aman dan dapat digunakan untuk mengukur status gizi individu dan juga dapat diaplikasikan pada sampel dalam jumlah besar.
- 2) Tidak membutuhkan peralatan yang mahal. Mudah dibawa, tahan lama dan dapat dibuat di daerah setempat.
- 3) Tidak membutuhkan tenaga ahli, jika sesuai dengan standar yang ada tenaga bukan ahlipun bisa melakukannya.
- 4) Metode ini tepat dan akurat
- 5) Dapat menggambarkan status gizi di masa lalu. Memiliki ambang batas yang jelas sehingga dapat menentukan status gizi sedang, kurang dan gizi buruk karena sudah ada ambang batas yang jelas.
- 6) Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari satu generasi ke generasi berikutnya.
- 7) Metode antropometri gizi dapat digunakan untuk penyaringan kelompok yang rawan terhadap gizi.

b. Kekurangan Penentuan Status Gizi secara Antropometri

- 1) Kepekaan alatnya kurang  
Metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat. Di samping itu juga tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi seperti Zink dan Fe.
- 2) Faktor di luar gizi seperti penyakit, genetik dan penurunan penggunaan energi dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri.
- 3) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran antropometri gizi
- 4) Tidak bisa menunjukkan jenis kekurangan zat gizi

- 5) Tidak bisa menunjukkan apakah kelainan tersebut karena nutrisi atau bukan (penyakit atau genetik)
- 6) Kesalahan dalam pengukuran (ketelitian dalam mengukur, alat ukur dan pencatatan hasil ukur)
- 7) Kadang keterbatasan kebudayaan, tidak ada suatu kesamaan standar dalam antropometri.

Peraturan Kepmenkes RI No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, kategori dan ambang batas status gizi anak berumur 0-60 bulan berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U) adalah sebagai berikut:

- a. Gizi Buruk :  $< -3SD$
- b. Gizi Kurang :  $-3SD$  sampai dengan  $< -2SD$
- c. Gizi Baik :  $-2SD$  sampai dengan  $2SD$
- d. Gizi Lebih :  $> 2SD$

#### 2.2.5 Penilaian Konsumsi Makanan

Metode untuk menentukan status gizi perorangan atau kelompok adalah metode penilaian konsumsi makanan, yaitu menilai kandungan zat gizi yang terdapat dalam makanan. Setelah dihitung kandungan gizinya kemudian dibandingkan antara makanan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang dengan angka kecukupannya gizinya. Penilaian konsumsi makanan juga mencari tau informasi tentang jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang pada saat tertentu.

Terdapat beberapa cara untuk mengumpulkan informasi atau data konsumsi pangan. Pemilihan cara yang digunakan ditentukan oleh satuan penelitian, waktu, tenaga dan dana yang tersedia. Metode pengumpulan data data konsumsi makanan diantaranya adalah :

- a. Metode penimbangan langsung seperti *weighing method* dan *food inventory method*
- b. Metode penimbangan tidak langsung seperti metode mengingat (*food recall method*), metode pengeluaran pangan (*food list method*).

Pada prinsipnya, penilaian jumlah konsumsi adalah berdasarkan data konsumsi pangan, data kandungan zat gizi bahan makanan dan data kecukupan gizi. Penilaian terhadap kandungan zat gizi dari konsumsi pangan yang berasal dari beragam merupakan penjumlahan dari masing-masing zat gizi. Konsumsi makanan dalam satu hari merupakan penambahan antara makan pagi siang dan malam selama 24 jam (Istiany dan Rusilanti, 2013: 32).

Berdasarkan buku karangan Supriasa *et al.*, 2016 : 109 Beberapa metode penilaian konsumsi pangan individu dapat diukur dengan metode *Food Recall 24 Jam*. Prinsip metode *Recall 24 jam* adalah mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode waktu 24 jam yang lalu. Hal penting yang perlu diketahui adalah bahwa data yang diperoleh dari *recall* cenderung lebih bersifat kualitatif. Oleh sebab itu untuk mendapatkan data kuantitatif jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti dengan menggunakan alat URT ( gelas, piring, sendok, dll) atau ukuran lainnya yang biasa digunakan sehari-hari. Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali, data yang diperoleh kurang representative untuk menggambarkan kebiasaan makanan individu. Dengan demikian recall 24 jam sebaiknya dilakukan berulang-ulang dalam beberapa hari berturut-turut.

*Single 24-hours recalls*, dapat digunakan dalam penelitian skala besar untuk mengetahui asupan makanan kelompok masyarakat jika subjek yang digunakan representative untuk masyarakat dan penilaian dapat dilakukan secara berturut-turut selama 1 minggu. Data ini tidak cocok untuk menjelaskan konsumsi makanan dan zat gizi individu, sehingga perlu dilakukan recall 24 jam beberapa hari secara berulang pada individu untuk mendapatkan data individu tersebut. Langkah-langkah pelaksanaan *Recall 24 jam* :

- a. Petugas atau pewawancara menayakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT), dengan menggunakan food model terstandart atau foto/gambar terstandart, atau sampel nyata makanan serta dengan menggunakan alat makanan yang digunakan responden tersebut selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Dalam metode ini, responden/ibu atau pengasuh diminati meneritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu. Biasanya waktu yang diambil sejak responden bangun pagi kemarin sampai istirahat tidur malam harinya,

atau dapat juga dimulai dari waktu dilakukan wawancara mundur kebelakang sampai 24 jam penuh.

- b. Wawancara dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan menggunakan kuisioner terstruktur, sehingga wawancara terarah menurut urutan-urutan waktu dan pengelompokan bahan makanan. Urutan waktu makan sehari dapat disusun berupa makan pagi , siang , malam dan snack serta makanan jajan. Pengelompokan bahan makanan dapat berupa makanan pokok sumber protein nabati, sumber protein hewani, sayuran, buah-buahan, dll. Dalam membantu responden mengingat apa yang dimakan, perlu diberi penjelasan waktu kegiatannya seperti waktu baru bangun, setelah sembahyang, pulang dari sekolah/bekerja, sesudah tidur siang dan sebagainya. Selain makanan utama, makanan kecil atau jajan dan minum juga dicatat. Termasuk makanan yang dimakan diluar rumah seperti restoran, di kantor dan di rumah teman atau saudara. Untuk masyarakat perkotaan, konsumsi tablet yang mengandung vitamin dan mineral juga dicatat serta adanya pemberian tablet besi atau kapsul vitamin A.
- c. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram). Dalam menaksir URT ke dalam ukuran badan (gram) pewawancara menggunakan beberapa alat bantu seperti contoh ukuran rumah tangga (piring, magkok, gelas, sendok dan lain-lain). Makanan yang dikonsumsi dapat dihidangkan dengan alat bantu ini atau dengan menimbang langsung.

Kelebihan metode *recall* 24 jam :

- 1) Mudah dilaksanakan dan tidak terlalu membebani responden
- 2) Biaya relative murah karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat luas untuk wawancara
- 3) Cepat sehingga dapat mencakup banyak responden
- 4) Dapat digunakan untuk responden buta huruf
- 5) Dapat memberikan gambaran nyata makanan yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung asupan zat gizi sehari
- 6) Lebih objektif dibandingkan dengan metode *dietary history*
- 7) Baik digunakan di klinik

Kelemahan metode *recall* 24 jam :

- 1) Daya ingat responden menjadi harapan utama peneliti karena ketelitian metode ini berdasarkan daya ingat responden. Metode ini tidak cocok dilakukan pada anak-anak yang berusia < 8 tahun, lansia dan orang hilang ingatan atau pelupa
- 2) Sering terjadi kesalahan dalam memperkirakan ukuran porsi yang dikonsumsi sehingga *over* atau *underestimate*.
- 3) Membutuhkan tenaga atau petugas yang terampil dalam menggunakan alat bantu URT dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat.
- 4) Tidak dapat menggambarkan asupan makanan yang actual jika hanya dilakukan recall sehari
- 5) Sering terjadi kesalahan dalam melakukan perubahan dari ukuran rumah tangga (URT) ke dalam ukuran berat
- 6) Jika tidak mencatat penggunaan bumbu, saos dan minuman menyebabkan kesalahan perhitungan jumlah energy dan zat gizi yang dikonsumsi.
- 7) Metode *recall* tidak bisa dan tidak mungkin dilakukan di waktu akhir minggu, saat penuaian maupun hari belanja nasional agar hasil yang didapatkan maksimal.

#### 2.2.6 Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Tingkat konsumsi makanan (energi dan zat gizi) pada populasi yang diteliti dinilai menggunakan standar kecukupan yang dianjurkan atau disebut *Recommended Dietary Allowance* (RDA). Di Indonesia, Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang digunakan secara nasional saat ini adalah menurut Widyakarya-Nasional Pangan dan Gizi XI tahun 2012, yaitu pada Permenkes Nomor 75 tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang diperuntukkan bagi bangsa Indonesia (Supriasa *et al.*, 2016 : 136).

Penilaian untuk mengetahui tingkat konsumsi gizi menurut Istiany dan Rusilanti, 2013: 34-35 adalah perbandingan antara konsumsi gizi yang sesungguhnya dengan kecukupan gizi yang dianjurkan dan dinyatakan dalam bentuk persen. Perhitungan tersebut bisa dipakai pada perorangan atau kelompok. Rumus perhitungan tingkat konsumsi adalah sebagai berikut :

$$TKGi = \left( \frac{Ki}{AKGi} \right) \times 100\%$$

Keterangan :

TKG i = Tingkat konsumsi zat gizi i

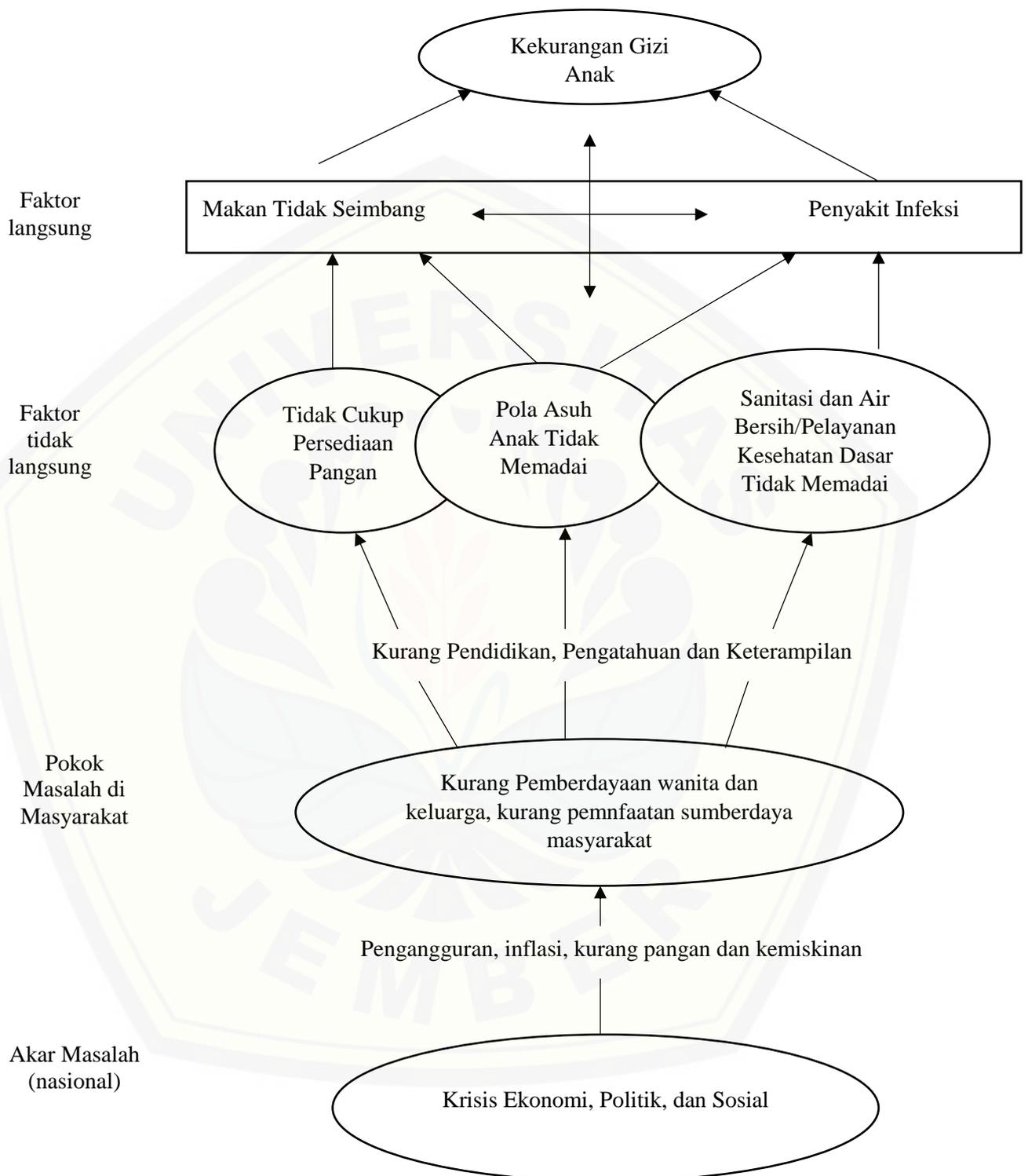
Ki = Konsumsi zat gizi aktual

AKGi = Kecukupan zat gizi i yang dianjurkan

Interpretasi hasil pengukuran tingkat konsumsi tersebut, dilakukan berdasarkan dengan klasifikasi tingkat konsumsi yang dibagi menjadi empat dengan cut off point masing-masing sebagai berikut :

- a. Lebih : >120% AKG
- b. Normal : 90-120% AKG
- c. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG
- d. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG
- e. Defisit tingkat berat : <70% AKG (Depkes RI dalam Supriasa dan Kusharto, 2014)

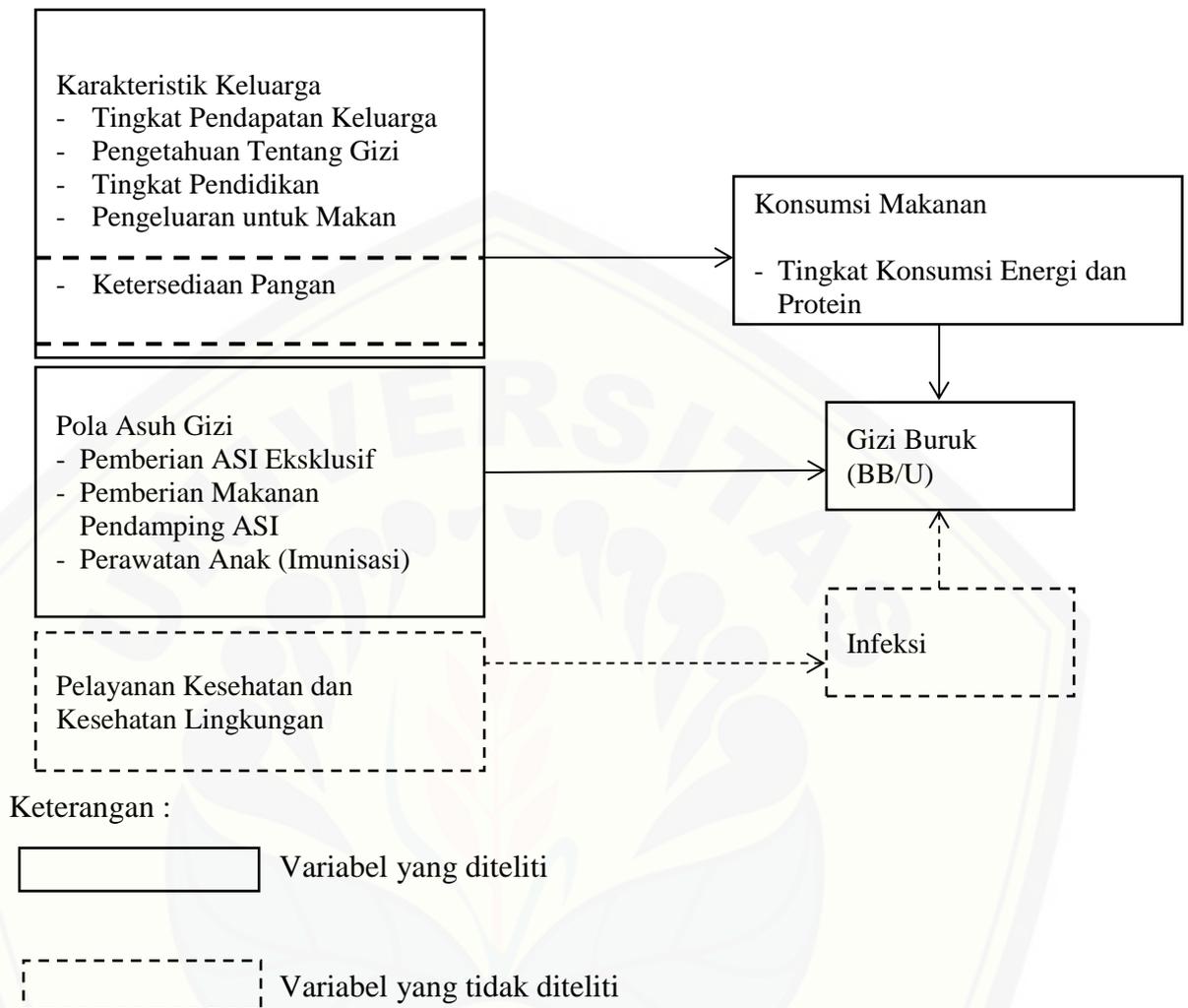
### 2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Penyesuaian dari bagan UNICEF (1998) dalam Soekirman, 2000 : 83

## 2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka konsep penelitian dapat diketahui bahwa terdapat dua faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang, yaitu faktor penyebab langsung dan faktor penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung diantaranya adalah asupan makanan individu yang dapat diketahui dari tingkat konsumsi energi dan protein. Pada penelitian ini tidak diteliti mengenai status kesehatan dan penyakit. Kemudian faktor penyebab tidak langsung adalah status ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh gizi. Pada penelitian ini tidak diteliti mengenai kondisi kesehatan dan hygiene responden. Penyebab tidak langsung tersebut dipengaruhi oleh

karakteristik keluarga meliputi pendapatan keluarga, pengetahuan keluarga tentang gizi, tingkat pendidikan keluarga, dan pengeluaran untuk makanan.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif memiliki tujuan utama adalah membuat sebuah gambaran atau mendeskripsikan terkait suatu hal secara obyektif untuk memecahkan suatu masalah yang dihadapi saat ini (Notoatmodjo, 2010 : 37). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan determinan kejadian gizi buruk yang meliputi karakteristik keluarga (tingkat pendapatan keluarga, pengeluaran untuk pangan, tingkat pengetahuan keluarga terkait gizi dan tingkat pendidikan ibu), pola asuh ibu (pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP-ASI, dan imunisasi), dan tingkat konsumsi energi dan protein anak balita.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Juli-November 2018

### 3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah yang luas terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015: 80). Populasi pada penelitian ini terdiri dari populasi balita gizi buruk dan populasi balita normal. Populasi balita gizi buruk berjumlah 31 anak balita sedangkan populasi balita normal berjumlah 1.314 anak balita.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu yang didasarkan pada suatu pertimbangan yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010 : 124-125). Sampel pada penelitian ini berjumlah 62 responden yang terdiri dari sampel anak balita gizi buruk dan anak balita normal yang masing-masing berjumlah

31 sampel balita gizi buruk dan 31 sampel balita normal. Sampel sebagian besar berusia 3-4 tahun. Sampel yang diambil pada penelitian diambil berdasarkan pertimbangan yang dibuat oleh peneliti dan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi berikut ini :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso (Ibu dan anak balita).
- 2) Responden yang tercatat dalam laporan posyandu di Puskesmas Kotakulon (Anak balita).
- 3) Bersedia menjadi responden penelitian (Ibu dan anak balita).

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Anak balita yang sakit atau dirawat di rumah sakit.

### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel berarti ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Definisi lain menyebutkan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2010 : 103). Ada dua variabel penelitian yaitu :

a. Variabel Bebas

Variabel bebas (variabel independen) merupakan variabel yang bisa mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan yang terjadi atau adanya variabel terikat (variabel dependen) (Sugiyono, 2015:39). Variabel bebas yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah Karakteristik Ibu, Karakteristik Keluarga (Tingkat pendapatan orang tua, pengetahuan tentang gizi), Pola Asuh Gizi (Pemberian ASI, pemberian makanan tambahan, perawatan anak (imunisasi) dan konsumsi makanan.

b. Variabel Terikat

Variabel tergantung atau *dependen* karena variabel ini dipengaruhi oleh variabel bebas atau variabel *independen* dengan kata lain disebut variabel akibat

atau efek (Notoatmodjo, 2010 : 104). Pada penelitian ini, variabel terikat adalah status gizi anak balita.

### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah suatu pengertian yang dibatasi dari variabel yang akan diteliti atau diukur saat penelitian berlangsung (Notoatmodjo, 2010 : 112). Definisi operasional dalam penelitian akan dijabarkan dalam tabel berikut :

Tabel 3. 1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Kategori
<b>Variabel Bebas</b>					
<b>1. Karakteristik Keluarga</b>					
a.	Tingkat Pendapatan keluarga	Jumlah keseluruhan pendapatan yang diperoleh keluarga atas jenis pekerjaan yang dilakukan dalam waktu satu bulan.		Kuesioner	1) $\geq$ UMK Kabupaten Bondowoso ( $\geq$ Rp 1.667.505,41) 2) $<$ UMK Kabupaten Bondowoso ( $<$ Rp 1.667.505,41)  <b>(Kurnia dan Maharani, 2018)</b>
b.	Pengetahuan tentang Gizi	Hal yang dipahami responden terkait Gizi Seimbang untuk anak balita	Wawancara	Kuesioner	Skoring : 0 = jika jawaban salah 1 =jika jawaban benar  Kategori: a) Pengetahuan dikatakan kurang apabila hasilnya $<$ 60 % dari jawaban benar b) Pengetahuan dikatakan cukup apabila hasilnya 60-80% dari jawaban benar c) Pengetahuan dikatakan baik apabila hasilnya $>$ 80% dari jawaban benar <b>(Baliwati et al,dalam Jayanti, 2015)</b>
c.	Tingkat Pendidikan	Lamanya sekolah atau tingkat sekolah yang telah diikuti	Wawancara	Kuesioner	Dinyatakan dengan : 1) Tidak sekolah 2) Tidak lulus SD/MI 3) Lulus SD/MI 4) Lulus SMP/MTS 5) Lulus SMA/MA

				6) Lulus diploma/PT <b>(Kemenkes RI, 2013:109)</b>
d. Pengeluaran untuk Makanan	Sebagian pendapatan yang dibelanjakan untuk makanan	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 2. < 60% dari pengeluaran rumah tangga 3. $\geq$ 60% dari pengeluaran rumah tangga <b>(Milifpk dalam Rosyadi dan Purnomo, 2012 : 306)</b>
<b>2. Pola Asuh</b>				
a. Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian Air Susu Ibu saja dan tidak dicampuri oleh air atau makanan lainnya dan susu formula	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Tidak, apabila bayi yang berusia <6 bulan sudah diberi MP-ASI, PASI dan air (skor 0). 2. Ya, yaitu pemberian MP-ASI, susu formula dan air kepada bayi yang telah berusia $\geq$ 6 bulan (skor 1) <b>(Kemenkes RI, 2013 : 148)</b>
b. Pemberian Makanan Pendamping ASI	Makanan yang diberikan kepada bayi setelah umur 6 bulan	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Tidak Benar, apabila MP-ASI yang diberikan tidak tepat waktu, frekuensi dan jenis MP-ASI yang diberikan (skor 0) 2. Benar, , apabila MP-ASI yang diberikan tidak tepat waktu, frekuensi dan jenis MP-ASI yang diberikan (skor 1 ) <b>(Kemenkes RI, 2013 : 202)</b>
c. Perawatan Anak (imunisasi)	Anak secara rutin disuntik antigen yang berasal dari virus yang dilemahkan atau dimatikan dan antibodi langsung.	Observasi	Buku KMS	1. Lengkap, apabila imunisasi yang diberikan sampai usia 5 tahun ada 5 macam imunisasi dan waktu pemberian imunisasi tepat (skor 0) 2. Tidak lengkap, apabila imunisasi yang diberikan sampai usia 5 tahun kurang dari 5 jenis imunisasi dan tidak

					tepat waktu dalam pemberian imunisasi (skor 1)
<b>3. Konsumsi Makanan</b>					
a.	Tingkat konsumsi energi	Jumlah rata-rata konsumsi pangan sumber energi di dalam tubuh yang berasal dari konsumsi makanan dan minuman sehari-hari oleh subjek yang diukur dengan menggunakan <i>recall</i> 24 jam selama 2 hari tidak berturut-turut dibandingkan dengan AKG dikalikan 100%	Wawancara	Formulir <i>Food Recall</i> 2x24 jam	a. Lebih : >120% AKG b. Normal : 90-120% AKG c. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG d. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG e. Defisit tingkat berat : <70% AKG  AKG energi anak usia 1-3 tahun : 1125 kkal  AKG energi anak usia 4-6 tahun : 1600 kkal  (Depkes RI, dalam Supariasa dan Kusharto,2014)
b.	Tingkat konsumsi protein	Jumlah rata-rata konsumsi pangan sumber protein ke dalam tubuh yang berasal dari makanan dan minuman sehari-hari oleh sampel yang diukur dengan menggunakan <i>recall</i> 24 jam selama 2 hari tidak berturut-turut dibandingkan dengan AKG dikalikan 100%	Wawancara	Formulir <i>Food Recall</i> 2x24 jam	a. Lebih : >120% AKG b. Normal : 90-120% AKG c. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG d. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG e. Defisit tingkat berat : <70% AKG  AKG protein anak usia 1-3 tahun : 26 gram  AKG protein anak usia 4-6 tahun : 35 gram  (Depkes RI,dalam Supariasa dan Kusharto,2014)
<b>Variabel Terikat</b>					
11.	Status Gizi	Ukuran keberhasilan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak balita yang diukur berdasarkan indikator	Pengukuran Langsung	Pengukuran langsung dengan alat pengukur berat badan yaitu dacin dan atau timbangan digital yang	a. Gzi Buruk b. Gizi Kurang c. Gizi Baik d. Gizi Lebih (Kemenkes RI, 2010 : 19)

---

BB/U oleh standar antropometri penilaian status gizi anak oleh kepmenkes RI 2010	telah di kalibrasi
--	--------------------

---

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer yang didapatkan pada penelitian ini adalah menggunakan kuesioner panduan wawancara kepada responden (sampel penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso yang memenuhi kriteria inklusi) angket, dan formulir *food recall* 2x24 jam. Data primer berupa karakteristik keluarga, pola asuh gizi, hasil *recall* 2x24 jam, berat badan dan usia anak balita.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini adalah sumber-sumber yang tercantum dalam penelitian, yakni dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso. Data sekunder dalam penelitian ini meliputi :

Tabel 3. 2 Data Sekunder dan Sumber Data

No	Data Sekunder	Sumber Data
1	Jumlah kasus anak balita gizi buruk di Kabupaten Bondowoso pada tahun 2015, 2016 dan 2017	Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso
2	Jumlah anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon dan hasil penimbangan anak balita	Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso

### 3.6 Teknik Pengumpulan dan Instrumen Penelitian

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

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

##### a. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data secara lisan dan bertatap muka dengan responden penelitian (Notoatmodjo, 2010 : 139). Teknik ini digunakan oleh peneliti untuk mengetahui karakteristik ibu, pola asuh gizi, dan tingkat konsumsi energi dan protein anak balita.

b. Observasi

Pengamatan/observasi adalah suatu hasil perbuatan secara sadar akan adanya rangsangan. Pada sebuah penelitian, pengamatan merupakan kegiatan melihat, mendengarkan, dan melakukan pencatatan beberapa hal yang terjadi pada saat penelitian dilakukan (Notoatmodjo, 2010 : 131). Dalam penelitian ini, cara observasi yang dilakukan oleh peneliti yaitu ingin mengetahui imunisasi apa saja yang telah diterima oleh anak balita melalui buku KMS anak balita.

c. Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan indeks antropometri BB. Data BB dan Umur yang diperoleh kemudian diubah menjadi bentuk nilai terstandar *Z-Score* yang di keluarkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.

Konsumsi makanan diukur menggunakan metode *food recall* yang merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung yang melihat jenis dan jumlah zat gizi yang dikonsumsi selama 2x24 jam. Waktu untuk melakukan *recall* 2x24 jam adalah 2 hari dengan jarak 1 hari dan tidak dilakukan pada akhir pekan.

d. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bias berbentuk gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumentasi yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Sedangkan dokumentasi yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa, 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 yang digunakan dalam pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010 : 152).

a. Kuesioner

Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang telah disusun dengan baik untuk memudahkan saat penelitian dimana peneliti dapat membaca daftar

pertanyaan dan responden dapat langsung memberikan jawaban yang dihendaki (Notoatmodjo, 2010 : 152). Kuesioner yang digunakan yaitu panduan wawancara yang berupa kuesioner informasi mengenai karakteristik ibu, pola asuh gizi dan tingkat konsumsi energi dan protein.

b. Angket

Berupa kuesioner yang diisi langsung oleh responden penelitian yang berisi tentang pengetahuan gizi ibu dan status imunisasi anak balita.

c. Pengukuran

1) *Form Food Recall* 2x24 jam

*Form Food Recall* 2x24 jam adalah untuk mengetahui jenis dan bahan makanan yang di konsumsi responden.

Menurut Kusharto dan Supariasa (2014:28), beberapa langkah dan prosedur dari pelaksanaan recall 2x24 jam adalah sebagai berikut:

- a) Responden mengingat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi pada 24 jam yang lalu.
- b) Responden menjabarkan secara rinci masing-masing bahan makanan yang dikonsumsi seperti bahan makanan atau makanan jadi. Mulai dari sarapan, selingan siang, makan siang, selingan sore, dan makan malam, dan berakhir sampai akhir hari tersebut.
- c) Responden memprediksi ukuran porsi yang dimakan, sesuai dengan ukuran rumah tangga yang biasa digunakan, antara lain dengan menggunakan *food sampel* atau foto-foto, bahan makanan asli 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.

2) Alat pengukur berat badan

Menurut Supariasa *et al* (2014 : 46), penentuan berat badan dilakukan dengan cara menimbang. Alat yang digunakan di lapangan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan diantaranya :

- a) Dapat dipakai dengan mudah dan juga tidak susah untuk di bawa kemana – mana

- b) Alat dapat dibeli dengan murah
- c) Ketelitian penimbangan sebaiknya maksimum 0,1 kg
- d) Skala mudah dibaca
- e) Tidak berbahaya saat menimbang anak balita

Alat untuk mengukur berat badan untuk anak balita pada penelitian ini menggunakan *Digital Weight Scale*. Prosedur penggunaan alat penimbang berat badan digital adalah sebagai berikut :

- (a) Letakkan alat permukaan lantai yang rata dan kering
- (b) Minta anak untuk naik ke atas alat penimbang dan kemudian pengukuran akan dimulai saat anak telah berdiri secara stabil
- (c) Angka pada alat akan menunjukkan hasil penimbangan
- (d) Alat akan otomatis mati setelah hasil penimbangan ditampilkan. Apabila anak berdiri tidak stabil maka hasil penimbangan akan berkedip dan akan mati otomatis dalam waktu 10 detik.

### **3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data**

#### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik olah data yang dilakukan dalam analisis data yang telah diperoleh adalah sebagai berikut :

##### a. Pengecekan Data (*Editing*)

*Editing* adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2010:176-177). 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, 2010:177). Peneliti mengklasifikasikan setiap data untuk memudahkan proses analisis.

c. Penilaian (*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 yang dilakukan setelah penelitian untuk membuat informasi hasil yang telah diteliti agar datanya dapat dimengerti dan dianalisa berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Cara penyajian data biasanya dibagi menjadi dua, diantaranya ada yang berbentuk kalimat dan tabel (Notoatmodjo, 2010:188). Dalam penelitian ini, data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan diberi penjelasan dalam bentuk narasi untuk mempermudah memahami.

### 3.7.3 Analisis Data

Analisis data adalah elemen yang sangat berharga dalam metode ilmiah, dimana hal ini mampu memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Tujuan dari analisis data yang dilakukan adalah untuk mendapatkan prediksi hasil yang sebelumnya sudah tercantum dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2012:180). Penelitian ini menggunakan teknik analisis univariat yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010:182). Analisis univariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai variabel bebas dan variabel terikat dalam penelitian.

### 3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

#### 3.8.1 Validitas

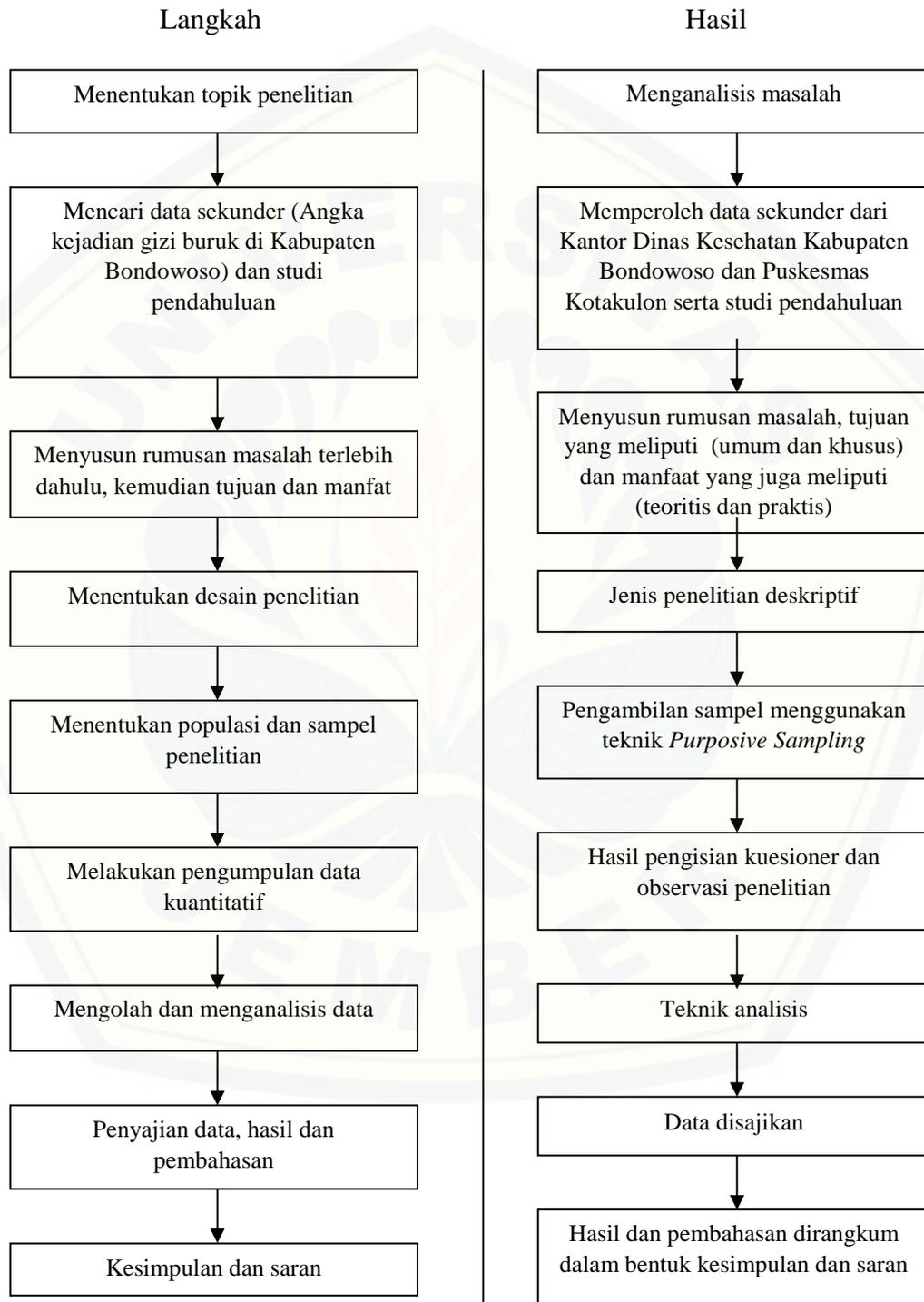
Validitas adalah suatu cara untuk menunjukkan bahwa alat ukur itu benar-benar mengukur objek yang diukur. Tujuan dilakukan sebuah uji validitas adalah untuk mengetahui apakah kuesioner yang telah disusun oleh peneliti telah dapat digunakan untuk mengukur objek yang akan diukur, yaitu dengan cara melakukan uji korelasi antara skor tiap item dengan skor total kuesioner. Apabila semua pertanyaan mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*), maka semua item (pertanyaan) di dalam kuesioner yang telah disusun dikatakan dapat mengukur objek yang akan diukur oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012:164-165). Penelitian ini menggunakan uji Produk Momen Pearson, yaitu yang menggunakan taraf signifikansi 0,05 dan mempunyai kriteria yaitu apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, maka item pertanyaan memiliki korelasi dengan signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan bahwa pertanyaan tersebut valid (Hidayat, 2010:83). Syarat minimum yang harus dipenuhi agar dikatakan valid adalah apabila  $r = 0,3$ , jadi apabila korelasi antar skor tiap item dengan skor total kurang dari 0,3 maka item dalam instrumen tersebut dinyatakan tidak valid (Sugiyono, 2015:134). Pada penelitian ini dari total 19 pertanyaan, yang memenuhi syarat dikatakan valid adalah 18 pertanyaan. Uji validitas kuesioner dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Kademangan yang telah memenuhi syarat yaitu memiliki karakteristik yang sama dengan tempat penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon. Uji validitas dilakukan kepada 30 responden.

#### 3.8.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat yang digunakan untuk mengetahui sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya. Hal ini digunakan untuk menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan yang sudah memiliki validitas (Notoatmodjo, 2012:168). Penelitian ini menggunakan uji *internal consistency*, yaitu dengan cara mencobakan instrumen sekali saja (Sugiyono, 2014:359). Hasil yang telah diperoleh kemudian dianalisis menggunakan *Alpha Cronbach*. Keputusan uji

*Alpha Cronbach* adalah apabila *Cronbach Alpha* memiliki nilai  $\geq 0,6$  maka pertanyaan dalam instrumen yang telah disusun dinyatakan reliabel (Hastono, 2016:62).

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

- a. Tingkat pendapatan keluarga responden gizi buruk adalah sebagian besar yang memiliki pendapatan <UMK. Tingkat pengetahuan responden gizi buruk yaitu sebagian besar termasuk dalam kategori kurang. Tingkat pendidikan responden gizi buruk yaitu sebagian besar adalah memiliki pendidikan terakhir SMP. Pengeluaran pangan responden gizi buruk yaitu sebagian besar memiliki pengeluaran pangan  $\geq 60\%$  dari total pengeluaran keluarga.
- b. Sebagian besar responden gizi buruk tidak memberikan ASI Eksklusif pada anaknya ketika masih bayi. Semua responden penelitian tidak tepat dalam memberikan praktik pemberian MP-ASI. Sebagian besar responden memberikan imunisasi kepada anak balitanya secara lengkap dan tepat waktu.
- c. Sebagian besar responden gizi buruk memiliki tingkat konsumsi energi dan protein yang defisit.
- d. Ditinjau dari karakteristik keluarga, sebagian besar anak balita yang mengalami defisit energi dan protein adalah anak dari keluarga yang memiliki tingkat pendapatan <UMK, tingkat pendidikan SMP dan yang memiliki tingkat pengeluaran untuk makan  $\geq 60\%$  dari total pengeluaran keluarga.
- e. Ditinjau dari pola asuh ibu pada anak, sebagian besar anak balita yang mengalami gizi buruk adalah anak yang tidak diberikan ASI eksklusif.
- f. Ditinjau dari tingkat konsumsi energi sebagian besar anak balita yang menderita gizi buruk adalah yang mengalami defisit energi. Sebagian besar anak balita yang menderita gizi buruk adalah memiliki tingkat konsumsi protein yang defisit.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan

Dengan adanya hasil penelitian ini, diharapkan menjadi landasan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowso melakukan kerjasama lintas sektor dengan perangkat desa Kotakulon untuk ikut serta dalam penanganan anak balita gizi buruk dengan cara ikut memberikan intervensi kepada balita gizi buruk.

### 5.2.2 Bagi Puskesmas Kotakulon

Dengan adanya hasil penelitian ini, diharapkan menjadi landasan untuk Puskesmas Kotakulon untuk memaksimalkan program yang ada terkait pemenuhan gizi pada anak balita seperti menjalankan program KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI Eksklusif) dan program-program yang ada pada kelompok ibu hamil dan ibu balita.

### 5.2.3 Bagi Masyarakat

Dengan hasil penelitian ini, sebaiknya perangkat desa setempat ikut memantau kegiatan posyandu setiap wilayahnya agar apabila ditemukan anak balita yang memiliki kategori 2T untuk wasapada dan segera diberi intervensi. Kepada masyarakat agar lebih peduli terhadap pemberian makanan pendamping ASI secara tepat jumlah, jenis dan waktunya.

### 5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan penelitian dengan metode kualitatif untuk mengetahui bagaimana alasan ketidaktepatan pemberian MP-ASI kepada anak.

### 5.2.5 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat mengadakan kegiatan penyuluhan pada kelompok KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI Eksklusif) dan dapat membentuk desa binaan di Kotakulon Kabupaten Bondowoso.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, S. 2010. *Waspada! Gizi Anak balita Anda*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo.
- Adriani, M. & Wirjatmadi, B. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta : Kencana Prenadamedia Group.
- Adriani, M. & Wirjatmadi, B. 2014. *Gizi dan Kesehatan Anak balita*. Jakarta : Kencana Prenadamedia Group. [Online] <https://books.google.co.id/> [Diakses pada tanggal 7 Maret 2018].
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Ariesthi, K. D. 2015. Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk dan Kurang pada Balita di Puskesmas Kori Kecamatan Kodi Utara Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2014. *Tesis*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat : Universitas Udayana. Denpasar.
- Arisman. 2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan Ed-2*. Jakarta : EGC.
- Aulina, R. 2011. Gizi Seimbang dan Makanan Sehat untuk Anak Usia Dini. *Artikel*. [Online] <http://repository.maranatha.edu/> [Diakses pada tanggal 5 April 2018].
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. 2017. *Laporan Eksekutif Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2016*. Surabaya : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik. 2017. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2017*. Jakarta : Badan Pusat Statistik.
- Budiyanto, A. K. 2004. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi Edisi Revisi*. Malang : UMM Press.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso (Dinkes Bondowoso). 2017. *Data Jumlah Balita Gizi Buruk (Sangat Kurus) Kabupaten Bondowoso*. Bondowoso : Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso.
- Diniyyah, S. R. & Nindya, T. S. 2017. Asupan Energi, Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Suci, Gresik.

Amerta Nutr.1(4):341-350. [Online] <https://e-journal.unair.ac.id> [Diakses pada tanggal 4 September 2018].

Febry, A.,B. & Marendra, Z. 2008. *Buku Pintar Menu Anak balita*. Jakarta : PT Wahyu Media.

Fitri, D. I., Chundrayetti, E., Semiarty, R. 2014. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Tumbuh Kembang Bayi Umur 6 Bulan di Puskesmas Nanggalo. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 3(2):136-140. [Online] <http://download.portalgaruda.org/> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018].

Handini, D. 2013. Hubungan Tingkat Pendapatan dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijambe. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online] <http://journals.ums.ac.id/> [Diakses pada tanggal 11 September 2018].

Hidayat, A. A. A. 2008. *Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika. [Online]<https://books.google.co.id>[Diakses pada tanggal 8 April 2018].

In'am, M. Hubungan Tingkat Pengetahuan Orang Tua dengan Status Gizi Anak di Bawah 5 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan Surakarta. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online] <http://eprints.ums.ac.id/> [Diakses pada tanggal 10 September 2018].

Irianto, K. & Waluyo, K. 2004. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Bandung : Yrama Widya.

Irmawati. 2015. *Bayi dan Balita Sehat & Cerdas*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo. [Online] <https://books.google.co.id/> [Diakses pada tanggal 8 April 2018].

Istiani, A. & Ruslianti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.

Jati, D. K. & Nindya, T. S. 2017. Asupan Energi dan Protein Berhubungan dengan Gizi Kurang pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Amerta Nurt*. 1(2):124-132. [Online] <https://www.google.co.id/> [Diakses pada tanggal 3 September 2018].

Jayanti, E. N. 2015. Hubungan Antara Pola Asuh Gizi dan Konsumsi Makanan dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Anak balita Usia 6-24 Bulan. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Jember.

Kartasapoetra, G. & Marsetyo. *Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2011. *Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku I*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2011. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta : Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2013. *Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2017. *WartaKESMAS*. Jakarta : Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2015. *Buku Ajar Imunisasi*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan. [Online] <http://bppsdmk.kemkes.go.id/>[Diakses pada tanggal 5 April 2018].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). 2014. *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta : Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA. [Online] <http://gizi.depkes.go.id/>[Diakses pada tanggal 5 Desember 2017].

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI). 2010. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Kurnia, D., & Maharani, E. 2018. *Gubernur Jawa Timur Tetapkan UMK JATIM 2018*. [Online] <http://nasional.republika.co.id/>[Diakses pada tanggal 5 April 2018].

Kurniawati, M. C., Dasuki, M. S., Candrasari, A. 2016. Perbedaan Status Gizi Bayi Berumur 4-6 Bulan pada Pemberian ASI Eksklusif dengan ASI non Eksklusif. *Jurnal Biomedika*. 8(1):30-34 [Online] <https://www.researchgate.net/> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018].

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

- Lastono. 2015. Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Anak balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan. *Skripsi*. Program Studi S-1 Keperawatan : STIKES Kusuma Husada.
- Lestari, N. D. 2016. Analisis Determinan Gizi Kurang pada Anak balita di Kulon Progo, Yogyakarta. *Indonesian Journal of Nursing Practices*. Departemen Jiwa dan Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. *1(1):15-21*. [online] <https://media.neliti.com/> [Diakses pada tanggal 15 April 2018]
- Maryunani, A. 2012. *Inisiasi Menyusui Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Maysaroh, S. 2016. Pengaruh Imunisasi Terhadap Tingkat Morbiditas dan Status Gizi (IMT/U) Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Polokarto Sukoharjo. *Publikasi Ilmiah*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online] <http://eprints.ums.ac.id/> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018]
- Muchtadi, D. 2009. *Pengantar Ilmu Gizi*. Bogor : ALFABETA
- Namangboling, A. D., Murti, B., Sulaeman, E. S. 2017. Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Usia 7-12 Bulan di Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang. *Jurnal Seri Pediatri*. *19(2):91-96*. [Online] <https://www.researchgate.net/> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018].
- Nagari, R. K. & Nindya, T. S. 2017. Tingkat Kecukupan Energi dan Status Ketahanan Pangan Rumah Tangga Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6-8 Tahun. *Amerta Nutr*. *1(3):189-197*. [Online] <https://e-journal.unair.ac.id> [Diakses pada tanggal 5 September 2018].
- Ningtyias, F. W. 2010. *Penentuan Status Gizi Secara Langsung : Buku Ajar*. Jember : Jember University Press.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novitasari, D. A. 2012. Faktor-Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk pada Balita yang Dirawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Laporan Akhir Hasil Penelitian Karya Tulis Ilmiah*. Fakultas Kedokteran : Universitas Diponegoro. [Online] <http://eprints.undip.ac.id/> [Diakses pada tanggal 3 Juni 2018].

- Oktaviasari, D.I., & Muniroh, L. 2012. Hubungan Antara Besar Pengeluaran Keluarga untuk Rokok dengan Status Gizi Balita pada Keluarga Miskin. *The Indonesian Journal of Public Health*. 9(1):10-18.
- Prasetya, E., Baculu, H., Juffrie, M., Helmiyanti, S. 2015. Faktor Risiko Gizi Buruk pada Anak balita di Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*. 3(1):51-59. [Online] <https://ejournal.almaata.ac.id/> [Diakses pada tanggal 4 April 2018].
- Prasetya, S., Herawati., Siswati, T. 2010. Status Gizi Anak Balita di Desa Bangunkerto Kecamatan Turi Kabupaten Sleman. *Gizi Kita*. 11(3):95-102.
- Pratiwi, W.M., Taufiq, Z., Biomed, M. 2017. *Diary Pintar Bunda Menyusui dan MP-ASI*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo.
- Purwandari, H., Mulyono, W. A., Suryanto. 2014. *Perkembangan Anak balita : Deteksi Dini dan Stimulasi Tumbuh Kembang Anak balita*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Purwanti, H.,S. 2004. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*. Jakarta : EGC. [Online] <https://books.google.co.id/>[Diakses pada tanggal 7 Maret 2018].
- Puspasari, N. & Andriani, M. 2017. Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Asupan Makan Balita dengan Status Gizi Balita (BB/U) Usia 12-24 Bulan. *Amerta Nutr*. 1(4):369-378. [Online] <https://www.researchgate.net/> [Diakses pada tanggal 3 September 2018].
- Putri, D.A., Hartini, S., Akhmadi. 2008. Status Imunisasi Pada Balita Kurang Energi Protein di Kecamatan Wirobrajan Kota Yogyakarta Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 3(1):62-66.
- Ratifah, Supadi, & Maulida, S. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dnegan Status Gizi Balita. *LINK*. 11 (1):921-928.
- Riyadi, S., & Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Republik Indonesia. 2013. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)*. Jakarta : Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. [Online] <https://www.bappenas.go.id/>[Diakses pada tanggal 8 Maret 2018].

- Rosyadi, I., & Purnomo, D. 2012. Tingkat Ketahanan Pangan Rumah Tangga di Desa Tertinggal. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*. 2(1):303-315.
- Roesli, U. 2009. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta : Trubus Agriwidya. [Online] <https://books.google.co.id> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018].
- Rozali, N. A. 2016. Peranan Pendidikan, Pekerjaan Ibu dan Pendapatan Keluarga Terhadap Status Gizi Balita di Posyandu RW 24 dan 08 Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan Kabupaten Surakarta. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online] <http://eprints.ums.ac.id/> [Diakses pada tanggal 11 September 2018].
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional.
- Soernardi, T. 2005. *Makanan Selingan Anak balita*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Soetjiningsih. 1997. *ASI (Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan)*. Jakarta : EGC.
- Sarlis, N. & Ivanna, C.N. 2018. Faktor Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Sidomulyo Pekanbaru Tahun 2016. *Jurnal Endurance*. 3(1): 146-152. [Online] <http://ejournal.kopertis10.or.id> [Diakses pada tanggal 11 September 2018].
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5*. Jakarta: Sagung Seto.
- Septikasari, M. 2018. *Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta : UNY Press.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Sulistya, K. H. & Sunarto. 2013. Hubungan Tingkat Asupan Energi dan Protein dengan Kejadian Gizi Kurang Anak Usia 2-5 Tahun. *Jurnal Gizi*. 2(1):25-30. [Online] <https://jurnal.unimus.ac.id> [Diakses pada tanggal 25 Agustus 2018].

- Suhardjo. 1992. *Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak*. Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Sulistiyani. 2010. *Gizi Masyarakat 1 Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember : Jember University Press.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2016. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Susiloningrum, W.R. 2017. Hubungan Pengathuan Ibu dan Status Imunisasi dengan Status Gizi Balita 2-3 Tahun (Studi di Puskesmas Klego 1 Boyolali). *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online] <http://eprints.ums.ac.id/> [Diakses pada tanggal 24 Agustus 2018].
- Unicef Indonesia. 2012. *Ringkasan Kajian*. Unite For Children.
- Wijayanti, P. B. & Sudarsih, S. 2013. Hubungan Antara Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Balita Usia 30-60 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gondang Kecamatan Gondang Kabupaten Mojokerto. *Medica Majapahit*. 5(1):1-16. [Online] <http://ejurnal.stikesmajapahitmojokerto.ac.id> [Diakses pada tanggal 3 September 2018].
- Wirawan, N. N. & Rahmawati, W. 2016. Ketersediaan dan Keragaman Pangan serta Tingkat Ekonomi sebagai Prediktor Status Gizi Balita. *Indonesian Journal of Human Nutrition*. 3(1):80-90. [Online] <http://ijhn.ub.ac.id/index.php/> [Diakses pada tanggal 11 September 2018].
- Yuliarti, N. 2010. *Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil*. Yogyakarta : Andi Offset. [serial online] tersedia : <https://books.google.co.id/> diakses pada tanggal 24 Agustus 2018.

## LAMPIRAN

### Lampiran A. Pengantar Kuesioner

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM.), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor determinan yang menyebabkan terjadinya gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso.

Agar tercapainya tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner meliputi pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dengan keadaan yang sebenarnya, mengingat makanan apa saja yang dikonsumsi oleh anak balita selama 2x24 jam tidak berturut-turut, bersedia untuk dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan saat proses penelitian. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan dan bersedia diukur tinggi badan dan berat badan oleh peneliti.

Bondowoso,.....2018

Peneliti

(Yuniar Rofiqotul Masriah)

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

No Telepon : .....

Menyanggupi untuk menjadi responden penelitian dalam penelitian yang berjudul  
**“Determinan Kejadian Anak balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas  
Kotakulon 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 C. Kuesioner Penelitian**

Judul : Determinan Kejadian Anak balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten Bondowoso

Nomor Responden :

Nama Ibu :

Nama Anak :

Umur Anak :

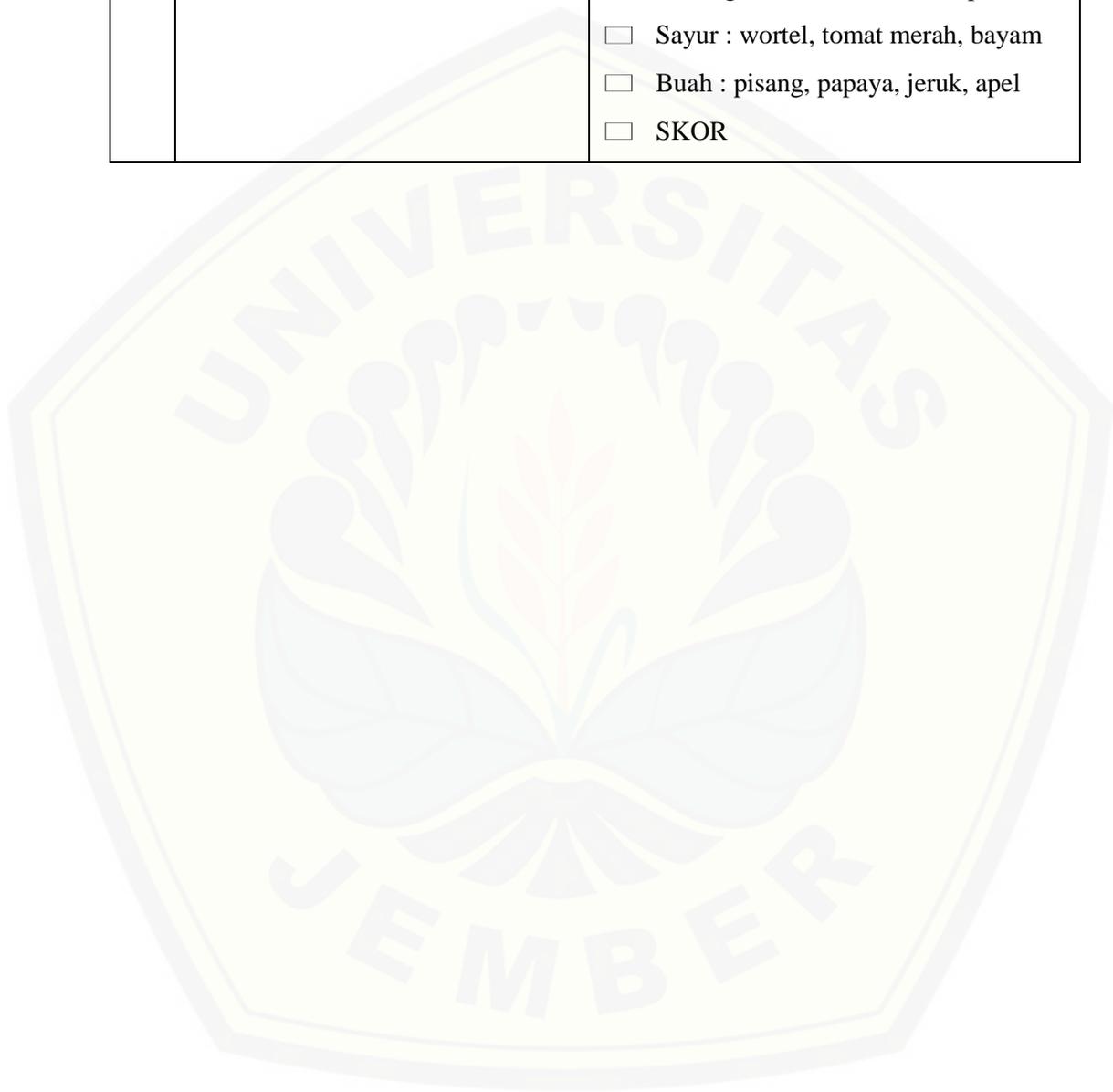
Alamat :

Tanggal Wawancara :

<b>A. KARAKTERISTIK KELUARGA</b>		
A1	Tingkat Pendidikan Ibu	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> Tidak lulus SD/MI <input type="checkbox"/> Lulus SD/MI <input type="checkbox"/> Lulus SMP/MTS <input type="checkbox"/> Lulus SMA/MA <input type="checkbox"/> Lulus diploma/PT
A2	Tingkat Pendapatan	<input type="checkbox"/> $\geq$ UMK Kabupaten Bondowoso ( $\geq$ Rp 1.667.505,41) <input type="checkbox"/> $<$ UMK Kabupaten Bondowoso ( $<$ Rp 1.667.505,41)
A3	Pengeluaran untuk Pangan	<input type="checkbox"/> $<$ 60% pengeluaran rumah tangga <input type="checkbox"/> $\geq$ 60% pengeluaran rumah tangga
<b>B. POLA ASUH GIZI</b>		
B1	Apakah bayi ibu diberi makanan seperti air kelapa, air tajin, madu pisang, yang diberikan pada bayi yang lahir sebelum ASI keluar ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
B2	Apakah bayi ibu diberi ASI saja tanpa makanan lain saat usia 0-6 bulan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
B3	Apakah bayi ibu diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
B4	Kapan ibu mulai memberikan anak makanan selain ASI (MP-ASI)?	<input type="checkbox"/> Pada saat usia $\leq$ 6 bulan <input type="checkbox"/> Pada saat usia $\geq$ 6 bulan

		<input type="checkbox"/> Pada saat usia 6 bulan atau usia 6 bulan 29 hari (perhitungan bulan penuh)
B5	Apa saja jenis MP-ASI yang ibu berikan ?	<input type="checkbox"/> Usia 6-8 bulan : bubur susu, pisang, papaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring. Secara bertahap sesuai pertambahan umur diberi bubur tim lumat ditambah telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi/wortel/bayam/kacang hijau <input type="checkbox"/> Usia 9-11 bulan : MP-ASI berupa makanan yang lebih padat dan kasar, seperti bubur, nasi tim, atau nasi lembik ditambah kuning telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi/wortel/bayam/kacang hijau <input type="checkbox"/> Usia 12-24 bulan : makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak <input type="checkbox"/> SKOR
B6	Berapa kali dan berapa banyak MP-ASI yang diberikan kepada anak dalam sehari ?	<input type="checkbox"/> 6-8 bulan : sesuai umur : 6 bulan 2x6 sdm peres atau 12 sdm sehari, 7 bulan 2-3x 7 sdm peres atau 14-21 sdm sehari, 8 bulan 3x8 sdm peres atau 24 sdm sehari. <input type="checkbox"/> 9-11 bulan : frekuensi 3x porsi sesuai umur ; 9 bulan 9 sdm peres atau 27 sdm sehari, 10 bulan 10 sdm peres 30 sdm sehari, 11 bulan 11 sdm peres 33 sdm sehari. Makanan selingan diberikan 2x sehari diantara waktu makan. <input type="checkbox"/> 1-2 tahun : 3x sehari sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa.

		<input type="checkbox"/> SKOR
	Apa saja jenis atau ragam MP-ASI yang diberikan pada anak ?	<input type="checkbox"/> Makanan pokok : nasi, jagung, ubi, singkong, talas dan hasil olahan seperti mie dan bihun <input type="checkbox"/> Lauk-pauk : daging, ayam, ikan, kerrang, telur, hati, tahu, tempe <input type="checkbox"/> Sayur : wortel, tomat merah, bayam <input type="checkbox"/> Buah : pisang, papaya, jeruk, apel <input type="checkbox"/> SKOR



**Lampiran D. Angket Penelitian**

Petunjuk Pengisian : Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang tepat dan sesuai

1. Menurut ibu, apa yang dimaksud dengan anak balita sehat ?
  - a. Anak balita yang berat badannya terus bertambah melebihi batas normal dan tinggi badannya tidak bertambah
  - b. Anak balita yang badannya kurus atau kurang dari normal dan tinggi badannya tidak bertambah
  - c. Anak balita yang mudah terserang penyakit, tidak mudah bergaul dengan teman-temannya, tampak pucat dan tidak bersemangat
  - d. Anak balita yang setiap bulan berat badannya bertambah mengikuti pita hijau pada KMS dan tinggi badannya bertambah sesuai umur anak
2. Menurut ibu, apa makanan sehat dan bergizi itu?
  - a. Makanan yang mengandung vitamin dan mineral seperti sayuran
  - b. Makanan dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur dan buah)
  - c. Makanan yang enak dan menyenangkan
  - d. Makanan yang harganya mahal dan menarik
3. Apa saja zat gizi utama yang dibutuhkan oleh anak anak balita ?
  - a. Karbohidrat, protein dan mineral
  - b. Protein, vitamin dan mineral
  - c. Karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral
  - d. Karbohidrat, lemak, protein
4. Menurut ibu, apa fungsi utama karbohidrat di dalam tubuh?
  - a. Zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan
  - b. Zat gizi untuk penghasil energi atau tenaga
  - c. Berfungsi sebagai zat pembangun
  - d. Berfungsi sebagai zat pengatur
5. Kelompok bahan makanan manakah di bawah ini yang termasuk sumber energi (karbohidrat) ?
  - a. daging, susu, tempe, tahu

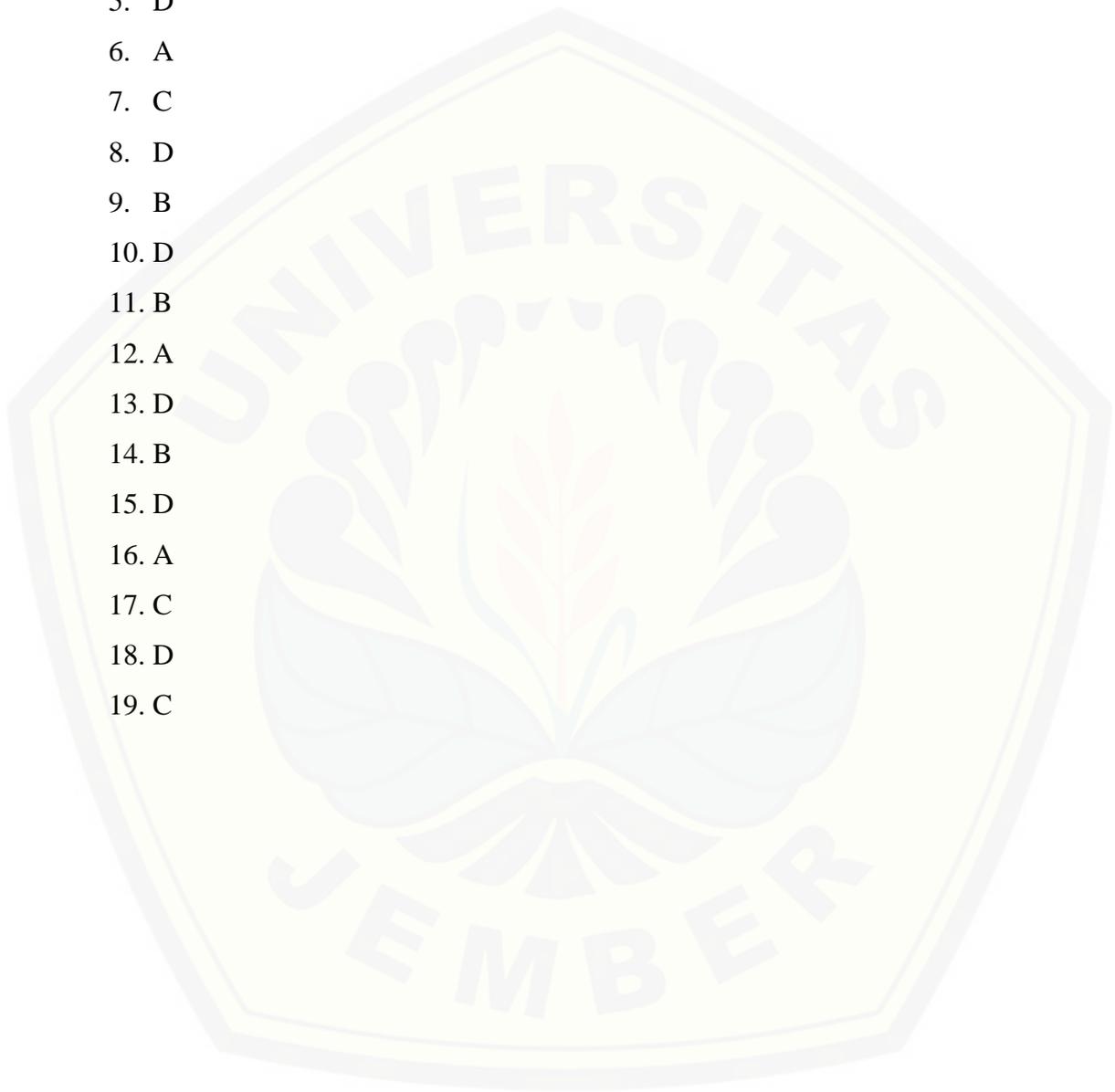
- b. Tahu, telur, ikan, daging
  - c. Sayur, daging, susu, ikan
  - d. Nasi, roti, mie, singkong
6. Apa manfaat protein ?
- a. Memperbaiki sel-sel tubuh yang rusak dan untuk pertumbuhan
  - b. Sumber energi utama
  - c. Dapat mencegah timbulnya penyakit gondok
  - d. Memelihara kesehatan mata
7. Kelompok bahan makanan manakah di bawah ini yang mengandung banyak protein hewani ?
- a. Singkong, tempe, ikan, wortel
  - b. Sayuran, tahu, tempe
  - c. Ikan, daging, telur, ayam
  - d. Nasi, sayur, ikan, tempe
8. Susunan makanan keluarga sehari-hari sebaiknya terdiri dari apa saja ?
- a. Makanan pokok + lauk pauk + tempe tahu + ikan laut
  - b. Makanan pokok + lauk pauk + sayur + ikan
  - c. Makanan pokok + lauk pauk + buah + daging sapi
  - d. Makanan pokok + lauk pauk + sayur + buah
9. Menurut ibu, apa manfaat ASI untuk bayi ?
- a. Agar bayi menjadi sehat dan gemuk
  - b. Untuk kekebalan tubuh bayi dan kecerdasan anak
  - c. ASI mudah diberikan
  - d. Agar bayi tidak sering menangis
10. Apa yang dimaksud ASI Eksklusif ?
- a. Pemberian ASI pada bayi dengan selingan susu formula
  - b. Pemberian ASI dengan makanan
  - c. ASI yang diberikan kepada bayi sesaat setelah ibu melahirkan
  - d. Pemberian ASI saja tanpa tambahan makanan lainnya
11. ASI Eksklusif diberikan kepada bayi pada usia ?
- a. 0-4 bulan
  - b. 0-6 bulan

- c. 0-12 bulan
  - d. 6-12 bulan
12. Menurut ibu, kapan sebaiknya bayi mulai diberikan makanan atau minuman selain ASI?
- a. Ketika bayi umur 6 bulan
  - b. Ketika bayi umur 4 bulan
  - c. Ketika bayi umur 2 tahun
  - d. Ketika bayi umur 1 tahun
13. Apa manfaat MP-ASI bagi anak ?
- a. Mengenyangkan perut
  - b. Agar anak tidak rewel
  - c. Makanan selingan
  - d. Memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI
14. Pada usia berapa anak boleh diberikan makanan seperti orang dewasa?
- a. 2 tahun
  - b. 1 tahun
  - c. 6 bulan
  - d. 8 bulan
15. Menurut ibu, jenis makanan pendamping apa yang sebaiknya diberikan pada anak usia 6 bulan ?
- a. Nasi tim
  - b. Bubur
  - c. Nasi lembik
  - d. Bubur tim lumat
16. Menurut ibu apa yang dimaksud dengan anak balita gizi buruk ?
- a. Anak anak balita yang berat badannya tidak sesuai dengan tinggi badan
  - b. Anak anak balita yang tinggi badannya tidak sesuai dengan usia
  - c. Anak anak balita yang berat badannya tidak sesuai dengan umur
  - d. Anak anak balita yang berat badan dan tinggi badannya tidak sesuai dengan usianya
17. Menurut ibu, apa saja penyebab timbulnya kejadian anak balita gizi buruk ?

- a. Tidak pernah ditimbang berat badan dan diukur tinggi badannya di posyandu
  - b. Asupan makanan anak balita yang berlebih dan kurang bergerak
  - c. Asuan makanan yang tidak memadai dan adanya penyakit infeksi yang terjadi
  - d. Anak kurang mendapat kasih sayang dari orang tuanya
18. Apa dampak yang ditimbulkan dari kejadian anak balita gizi buruk ?
- a. Pertumbuhan dan perkembangan anak anak balita akan optimal
  - b. Anak anak balita menjadi sering rewel
  - c. Anak anak balita tumbuh menjadi anak yang aktif dan kreatif
  - d. Dapat menyebabkan ketidakmatangan organ yang dampaknya kekebalan tubuh anak akan menurun
19. Menurut ibu apa manfaat memantau pertumbuhan anak anak balita ?
- a. Untuk mengetahui berat badan anak balita
  - b. Untuk mengetahui kesehatan anak
  - c. Untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan anak balita
  - d. Untuk mengetahui perkembangan anak balita

Kunci Jawaban

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



**Lampiran E. Kuesioner Food Recall 2x24 Jam**

**KUESIONER FOOD RECALL 2x24 JAM**

Nama : Umur : Jenis Kelamin : Tanggal Wawancara :					Kondisi Saat Wawancara 1. Biasa 2. Hajatan 3. Hari Raya 4. Puasa 5. Sakit 6. Diit				
Waktu Makan	Menu Makan	Bahan Makanan	URT	Gram		Energi (kkal)	Karbohidrat (g)	Protein (g)	Lemak (g)
				BK	BB				
Pagi/Jam									
<b>Selingan</b>									
Siang/Jam									
<b>Selingan</b>									
Malam/Jam									
Apakah masih mendapat ASI Eksklusif ? b. Ya c. Tidak					Bila Ya, Frekuensi Mendapat ASI <input type="checkbox"/> Kali sehari semalam (24 jyl) Volume Mendapat ASI <input type="checkbox"/> Banyak / tidak				

Sumber : Kemenkes RI,dalam Kusharto dan Supariasa, 2014 : 30

## Lampiran F. ANGKET IMUNISASI

<b>Pada Bayi</b>			
<b>Jenis Imunisasi</b>	<b>Usia Pemberian</b>	<b>Jumlah Pemberian</b>	<b>Interval Minimal</b>
Hepatitis B			
BCG			
Polio / IPV			
DPT-HB-H1b			
Campak			
<b>Pada Balita</b>			
DPT-HB-H1b			
Campak			

Lampiran G. Hasil Uji *Crosstab* dan Uji Validitas dan Reliabilitas

## a. Karakteristik Keluarga

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
TingkatPendapatan	kurang dari sama dengan UMK	Count	20	9	2	31
		% within TingkatPendapatan	64.5%	29.0%	6.5%	100.0%
		% within statusgizi1	64.5%	31.0%	100.0%	50.0%
		% of Total	32.3%	14.5%	3.2%	50.0%
	Lebih dari UMK	Count	11	20	0	31
		% within TingkatPendapatan	35.5%	64.5%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	35.5%	69.0%	0.0%	50.0%
		% of Total	17.7%	32.3%	0.0%	50.0%
Total		Count	31	29	2	62
		% within TingkatPendapatan	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%
		% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
Pengetahuan	Kurang	Count	12	5	0	17
		% within Pengetahuan	70.6%	29.4%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	38.7%	17.2%	0.0%	27.4%
		% of Total	19.4%	8.1%	0.0%	27.4%
	Cukup	Count	11	16	1	28
		% within Pengetahuan	39.3%	57.1%	3.6%	100.0%
		% within statusgizi1	35.5%	55.2%	50.0%	45.2%
		% of Total	17.7%	25.8%	1.6%	45.2%
	Baik	Count	8	8	1	17
		% within Pengetahuan	47.1%	47.1%	5.9%	100.0%
		% within statusgizi1	25.8%	27.6%	50.0%	27.4%
		% of Total	12.9%	12.9%	1.6%	27.4%
Total		Count	31	29	2	62
		% within Pengetahuan	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%
		% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
T.Pendidikan	Lulus SD	Count	7	5	0	12
		% within T.Pendidikan	58.3%	41.7%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	22.6%	17.2%	0.0%	19.4%
		% of Total	11.3%	8.1%	0.0%	19.4%
	Lulus SMP	Count	18	7	1	26
		% within T.Pendidikan	69.2%	26.9%	3.8%	100.0%
		% within statusgizi1	58.1%	24.1%	50.0%	41.9%
		% of Total	29.0%	11.3%	1.6%	41.9%
	Lulus SMA	Count	6	15	1	22
		% within T.Pendidikan	27.3%	68.2%	4.5%	100.0%
		% within statusgizi1	19.4%	51.7%	50.0%	35.5%
		% of Total	9.7%	24.2%	1.6%	35.5%
Lulus diploma	Count	0	2	0	2	
	% within T.Pendidikan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	% within statusgizi1	0.0%	6.9%	0.0%	3.2%	
	% of Total	0.0%	3.2%	0.0%	3.2%	
Total	Count	31	29	2	62	
	% within T.Pendidikan	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
P.untukmakan	<60% pengeluaran rumah tangga	Count	12	15	1	28
		% within P.untukmakan	42.9%	53.6%	3.6%	100.0%
		% within statusgizi1	38.7%	51.7%	50.0%	45.2%
		% of Total	19.4%	24.2%	1.6%	45.2%
	≥60% pengeluaran rumah tangga	Count	19	14	1	34
		% within P.untukmakan	55.9%	41.2%	2.9%	100.0%
		% within statusgizi1	61.3%	48.3%	50.0%	54.8%
		% of Total	30.6%	22.6%	1.6%	54.8%
Total	Count	31	29	2	62	
	% within P.untukmakan	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

## b. Pola Asuh Gizi

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
P.AsiEKs	tidak	Count	21	7	1	29
		% within P.AsiEKs	72.4%	24.1%	3.4%	100.0%
		% within statusgizi1	67.7%	24.1%	50.0%	46.8%
		% of Total	33.9%	11.3%	1.6%	46.8%
	ya	Count	10	22	1	33
		% within P.AsiEKs	30.3%	66.7%	3.0%	100.0%
		% within statusgizi1	32.3%	75.9%	50.0%	53.2%
		% of Total	16.1%	35.5%	1.6%	53.2%
Total	Count	31	29	2	62	
	% within P.AsiEKs	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
PMT	tidak benar	Count	31	29	2	62
		% within PMT	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%
		% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%
Total	Count	31	29	2	62	
	% within PMT	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
Imunisasi	Lengkap	Count	24	22	2	48
		% within Imunisasi	50.0%	45.8%	4.2%	100.0%
		% within statusgizi1	77.4%	75.9%	100.0%	77.4%
		% of Total	38.7%	35.5%	3.2%	77.4%
	Tidak lengkap	Count	7	7	0	14
		% within Imunisasi	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	22.6%	24.1%	0.0%	22.6%
		% of Total	11.3%	11.3%	0.0%	22.6%
Total	Count	31	29	2	62	
	% within Imunisasi	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

## c. Tingkat Konsumsi Gizi

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
T.KonsumsiE	lebih	Count	4	16	1	21
		% within T.KonsumsiE	19.0%	76.2%	4.8%	100.0%
		% within statusgizi1	12.9%	55.2%	50.0%	33.9%
		% of Total	6.5%	25.8%	1.6%	33.9%
	normal	Count	3	9	1	13
		% within T.KonsumsiE	23.1%	69.2%	7.7%	100.0%
		% within statusgizi1	9.7%	31.0%	50.0%	21.0%
		% of Total	4.8%	14.5%	1.6%	21.0%
	defisit ringan	Count	1	1	0	2
		% within T.KonsumsiE	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	3.2%	3.4%	0.0%	3.2%
		% of Total	1.6%	1.6%	0.0%	3.2%
defisit sedang	Count	6	1	0	7	
	% within T.KonsumsiE	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%	
	% within statusgizi1	19.4%	3.4%	0.0%	11.3%	
	% of Total	9.7%	1.6%	0.0%	11.3%	
defisit berat	Count	17	2	0	19	
	% within T.KonsumsiE	89.5%	10.5%	0.0%	100.0%	
	% within statusgizi1	54.8%	6.9%	0.0%	30.6%	
	% of Total	27.4%	3.2%	0.0%	30.6%	
Total	Count	31	29	2	62	
	% within T.KonsumsiE	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

Crosstab

			statusgizi1			Total
			gizi buruk	gizi baik	gizi lebih	
T.KonsumsiP	lebih	Count	10	12	2	24
		% within T.KonsumsiP	41.7%	50.0%	8.3%	100.0%
		% within statusgizi1	32.3%	41.4%	100.0%	38.7%
		% of Total	16.1%	19.4%	3.2%	38.7%
	normal	Count	7	12	0	19
		% within T.KonsumsiP	36.8%	63.2%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	22.6%	41.4%	0.0%	30.6%
		% of Total	11.3%	19.4%	0.0%	30.6%
	defisit ringan	Count	2	2	0	4
		% within T.KonsumsiP	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within statusgizi1	6.5%	6.9%	0.0%	6.5%
		% of Total	3.2%	3.2%	0.0%	6.5%
defisit sedang	Count	3	0	0	3	
	% within T.KonsumsiP	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	% within statusgizi1	9.7%	0.0%	0.0%	4.8%	
	% of Total	4.8%	0.0%	0.0%	4.8%	
defisit berat	Count	9	3	0	12	
	% within T.KonsumsiP	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%	
	% within statusgizi1	29.0%	10.3%	0.0%	19.4%	
	% of Total	14.5%	4.8%	0.0%	19.4%	
Total	Count	31	29	2	62	
	% within T.KonsumsiP	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	
	% within statusgizi1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	46.8%	3.2%	100.0%	

## d. Status Gizi

statusgizi1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gizi buruk	31	50.0	50.0	50.0
	gizi baik	29	46.8	46.8	96.8
	gizi lebih	2	3.2	3.2	100.0
	Total	62	100.0	100.0	



Correlations

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	total
p1 Pearson Correlation	1	.845**	.068	.118	.247	.906**	.247	.315	.024	1.000**	.118	.024	-.035	.068	.024	.388*	.315	.315	.388*	.654**
Sig. (2-tailed)		.000	.720	.534	.188	.000	.188	.090	.901	.000	.534	.901	.853	.720	.901	.034	.090	.090	.034	.000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p2 Pearson Correlation	.843**	1	-.017	.036	.171	.764**	.171	.400*	-.066	.843**	.036	-.066	-.098	-.017	-.066	.293	.218	.218	.293	.512**
Sig. (2-tailed)	.000		.928	.849	.366	.000	.366	.028	.730	.000	.849	.730	.608	.928	.730	.116	.247	.247	.116	.004
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p3 Pearson Correlation	.068	-.017	1	.906**	.247	-.079	.247	-.079	.380*	.068	.906**	.380*	-.035	.255	.380*	.176	.315	.315	.176	.575**
Sig. (2-tailed)	.720	.928		.000	.188	.679	.188	.679	.038	.720	.000	.038	.853	.174	.038	.352	.090	.090	.352	.001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p4 Pearson Correlation	.118	.036	.906**	1	.294	-.042	.294	-.042	.264	.118	1.000**	.264	.000	.315	.264	.224	.375*	.375*	.224	.608*
Sig. (2-tailed)	.534	.849	.000		.115	.827	.115	.827	.159	.534	.000	.159	1.000	.090	.159	.235	.041	.041	.235	.000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p5 Pearson Correlation	.247	.171	.247	.294	1	.294	.135	.294	.207	.247	.294	.207	.088	.711**	.207	.351	.049	.049	.351	.543*
Sig. (2-tailed)	.188	.366	.188	.115		.115	.478	.115	.272	.188	.115	.272	.645	.000	.272	.057	.797	.797	.057	.002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p6 Pearson Correlation	.906**	.764**	-.079	-.042	.294	1	.049	.375*	.075	.906**	-.042	.075	.000	.118	.075	.224	.167	.167	.224	.545**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.679	.827	.115		.797	.041	.692	.000	.827	.692	1.000	.534	.692	.235	.379	.379	.235	.002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p7 Pearson Correlation	.247	.171	.247	.294	.135	.049	1	.294	-.237	.247	.294	-.237	.088	.247	-.237	.088	.294	.294	.088	.321
Sig. (2-tailed)	.188	.366	.188	.115	.478	.797		.115	.208	.188	.115	.208	.645	.188	.208	.645	.115	.115	.645	.084
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p8 Pearson Correlation	.315	.400*	-.079	-.042	.294	.375*	.294	1	.075	.315	-.042	.075	.447*	.118	.075	.224	.375*	.375*	.224	.482**
Sig. (2-tailed)	.090	.028	.679	.827	.115	.041	.115		.692	.090	.827	.692	.013	.534	.692	.235	.041	.041	.235	.007
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p9 Pearson Correlation	.024	-.066	.380*	.264	.207	.075	-.237	.075	1	.024	.264	1.000**	.337	.202	1.000**	.135	-.113	-.113	.135	.493**
Sig. (2-tailed)	.901	.730	.038	.159	.272	.692	.208	.692	.000	.901	.159	.000	.069	.284	.000	.477	.552	.552	.477	.006
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p10 Pearson Correlation	1.000**	.843**	.068	.118	.247	.906**	.247	.315	.024	1	.118	.024	-.035	.068	.024	.388*	.315	.315	.388*	.654**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.720	.534	.188	.000	.188	.090	.901		.534	.901	.853	.720	.901	.034	.090	.090	.034	.000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p11 Pearson Correlation	.118	.036	.906**	1.000**	.294	-.042	.294	-.042	.264	.118	1	.264	.000	.315	.264	.224	.375*	.375*	.224	.608*
Sig. (2-tailed)	.534	.849	.000	.000	.115	.827	.115	.827	.159	.534		.159	1.000	.090	.159	.235	.041	.041	.235	.000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p12 Pearson Correlation	.024	-.066	.380*	.264	.207	.075	-.237	.075	1.000**	.024	.264	1	.337	.202	1.000**	.135	-.113	-.113	.135	.493**
Sig. (2-tailed)	.901	.730	.038	.159	.272	.692	.208	.692	.000	.901	.159		.069	.284	.000	.477	.552	.552	.477	.006
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p13 Pearson Correlation	-.035	-.098	-.035	.000	.088	.000	.088	.447*	.337	-.035	.000	.337	1	-.035	.337	.040	.000	.000	.040	.248
Sig. (2-tailed)	.853	.608	.853	1.000	.645	1.000	.645	.013	.069	.853	1.000	.069	.834	.853	.069	.834	1.000	1.000	.834	.187
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p14 Pearson Correlation	.068	-.017	.255	.315	.711**	.118	.247	.118	.202	.068	.315	.202	-.035	1	.202	.388*	-.079	-.079	.388*	.436*
Sig. (2-tailed)	.720	.928	.174	.090	.000	.534	.188	.534	.284	.720	.090	.284	.853		.284	.034	.679	.679	.034	.016
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p15 Pearson Correlation	.024	-.066	.380*	.264	.207	.075	-.237	.075	1.000**	.024	.264	1.000**	.337	.202	1	.135	-.113	-.113	.135	.493**
Sig. (2-tailed)	.901	.730	.038	.159	.272	.692	.208	.692	.000	.901	.159	.000	.069	.284		.477	.552	.552	.477	.006
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p16 Pearson Correlation	.388*	.293	.176	.224	.351	.224	.088	.224	.135	.388*	.224	.135	.040	.388*	.135	1	.224	.224	1.000**	.585**
Sig. (2-tailed)	.034	.116	.352	.235	.057	.235	.645	.235	.477	.034	.235	.477	.834	.034	.477	.000	.235	.235	.000	.001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p17 Pearson Correlation	.315	.218	.315	.375*	.049	.167	.294	.375*	-.113	.315	.375*	-.113	.000	-.079	-.113	.224	1	1.000**	.224	.482**
Sig. (2-tailed)	.090	.247	.090	.041	.797	.379	.115	.041	.552	.090	.041	.552	1.000	.679	.552	.235	.000	.000	.235	.007
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p18 Pearson Correlation	.315	.218	.315	.375*	.049	.167	.294	.375*	-.113	.315	.375*	-.113	.000	-.079	-.113	.224	1.000**	1	.224	.482**
Sig. (2-tailed)	.090	.247	.090	.041	.797	.379	.115	.041	.552	.090	.041	.552	1.000	.679	.552	.235	.000	.000	.235	.007
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
p19 Pearson Correlation	.388*	.293	.176	.224	.351	.224	.088	.224	.135	.388*	.224	.135	.040	.388*	.135	1.000**	.224	.224	1	.585**
Sig. (2-tailed)	.034	.116	.352	.235	.057	.235	.645	.235	.477	.034	.235	.477	.834	.034	.477	.000	.235	.235	.000	.001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total Pearson Correlation	.654**	.512**	.575**	.608**	.543**	.545**	.321	.482**	.493**	.654**	.608**	.493**	.248	.436*	.493**	.585**	.482**	.482**	.585**	.3
Sig. (2-tailed)	.000	.004	.001	.000	.002	.002	.084	.007	.006	.000	.000	.006	.187	.016	.006	.001	.007	.007	.001	.001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Reliability

Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.854	19

## Lampiran H. Rekapitulasi Hasil Penelitian

## a. Karakteristik Responden, Pola Asuh Gizi, Tingkat Konsumsi Gizi.

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
violin	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	defisit berat	lebih	gizi buruk	8,4	30
m.badri	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	normal	lebih	gizi buruk	8,5	31
gibran	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi buruk	10	48
albia	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	lebih	gizi buruk	12	59
lufia dw	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	defisit berat	gizi buruk	12	59
nuria	kurang dari sama	Baik	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	defisit berat	gizi buruk	7	24

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
	dengan UMK											
m restu	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	7	18
reva ok	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	6,5	22
moh fiq	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	7,2	24
rafa az	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	10	34
sisca n	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	11	55
Anis Al	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	defisit sedang	defisit sedang	gizi buruk	10	36

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
Anisa f	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	lebih	lebih	gizi buruk	10	40
Ayra	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi buruk	9	25
Elisha	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	9,8	40
anindya	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	9,3	35
afran	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	lebih	gizi buruk	10	38
ali fath	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	lebih	gizi buruk	10	37
radit	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	11,5	48

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
M dava	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	12	52
yusuf	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	10,8	46
aldi	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	lebih	gizi buruk	10	38
bilal	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	normal	lebih	gizi buruk	7,1	13
rizky	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi buruk	11	47
vina	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi buruk	10	40
ghufron	Lebih dari UMK	Kurang	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	defisit ringan	gizi buruk	10,2	42

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
jefri	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi buruk	12	48
alesha n	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	normal	defisit ringan	gizi buruk	10	35
sandafa	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SD	$\geq 60\%$ pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	defisit ringan	defisit sedang	gizi buruk	9	31
m syaf	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMP	$\geq 60\%$ pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Tidak lengkap	defisit berat	defisit sedang	gizi buruk	10	39
gian	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SMP	$\geq 60\%$ pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	defisit berat	gizi buruk	5	12
samara	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMA	$\geq 60\%$ pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	normal	normal	gizi baik	13,5	29
ghafin	kurang dari sama	Kurang	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	normal	normal	Gizi baik	9,2	12

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
	dengan UMK											
anugerah	Lebih dari UMK	Kurang	Lulus SD	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	14,8	53
albizar	Lebih dari UMK	Kurang	Lulus SD	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	10,6	23
reza	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi lebih	19,0	36
nadhin	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	8,8	17
febrian	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit sedang	defisit berat	gizi baik	13,9	53
zaky	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	normal	defisit ringan	gizi baik	10,3	24
sherin	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	12,7	44

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
aira	Lebih dari UMK	Kurang	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	normal	normal	gizi baik	8,9	12
bilqis	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	defisit berat	gizi baik	9	16
bima	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	17	40
rafa	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	normal	lebih	gizi baik	9,6	20
yola	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	defisit berat	normal	gizi baik	8,2	14
elma	Lebih dari UMK	Baik	Lulus diploma	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Tidak lengkap	lebih	lebih	gizi baik	14	48
ilma	Lebih dari UMK	Baik	Lulus diploma	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Tidak lengkap	normal	normal	gizi baik	15	45
Hasim	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Tidak lengkap	normal	lebih	gizi baik	12	33

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
Risi	kurang dari sama dengan UMK	Kurang	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Tidak lengkap	lebih	normal	gizi baik	14,2	45
vani	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	13,5	36
siti	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	normal	lebih	gizi baik	13,1	38
rosida	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi baik	12,6	40
aqila	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	defisit ringan	gizi baik	13,2	42
sisil	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	defisit ringan	normal	gizi baik	15	53
nanda	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	14	36

Nama	T. Pendapatan	T. Pengetahuan	T. Pendidikan	Pengeluaran Untuk Makan	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian MP-ASI	Status Imunisasi	T.K. Energi	T.K. Protein	Status Gizi	BB	U
vina	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi baik	12	26
via	Lebih dari UMK	Cukup	Lulus SD	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi baik	10	26
akbar	kurang dari sama dengan UMK	Baik	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	tidak	tidak benar	Tidak lengkap	normal	defisit berat	gizi baik	12	30
afan	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMA	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi baik	13,5	36
dana	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	normal	lebih	gizi lebih	19	38
farid	Lebih dari UMK	Baik	Lulus SMA	<60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	lebih	gizi baik	14	46
faruq	kurang dari sama dengan UMK	Cukup	Lulus SMP	≥60% pengeluaran rumah tangga	ya	tidak benar	Lengkap	lebih	normal	gizi baik	14,5	53

## b. Recall 2x24 Jam

Moh Fiqri										
26 Bulan										
Recall Hari I (Mulai jam 08.00 WIB)										
Waktu Makan	menu makanan	Bahan Makanan	URT	gram		Per	Energi	Protein	Energi	Protein
				BK	BB	100	(kkal)	(g)	hitung	hitung (gr)
						gram			(kkal)	
Pagi	Nasi	nasi	seperempat centong	25	25	100	180	3	45	0.75
Malam	bakso pentol	pentol	5 buah kecil	25	25	100	350	23.5	87.5	5.875
Selingan	sisis daging	sisis daging	2 biji	50	50	100	448	14.5	224	7.25
	penyerapan minyak	minyak kelapa sawit	2 sdm	7.2	7.2	100	884	0	63.648	0
Siang	Biskuit PMT	Biskuit PMT	4 keping	40	40	100	112.5	2.5	45	1
Pagi	Nasi	Nasi	seperempat centong	25	25	100	180	3	45	0.75

	Sayur sop	wortel rebus	1 sendok makan	12	12	100	28	0.7	3.36	0.084
TOTAL									513.508	15.709

Recall Hari II										
Pagi	nasi goreng	Nasi	seperempat centong	25	25	100	180	3	45	0.75
		penyerapan minyak	2 sdm	7.2	7.2	100	884	0	63.648	0
Malam	susu indomilk	susu indomilk	1 kotak sedang	125	125	190	120	4	78.9473684	2.631578947
Siang	nasi	Nasi	1 centonh	50	50	100	180	3	90	1.5
	tempe goreng	tempe murni	2 ptg sedang	50	50	100	201	20.8	100.5	10.4
		penyerapan minyak	2 sdm	7.2	7.2	100	884	0	63.648	0
Pagi	nasi	Nasi	seperempat centong	25	25	100	180	3	45	0.75

	sayur katuk	daun katuk rebus	1 sendok makan	10	10	100	53	5.3	5.3	0.53
									492.043368	16.56157895

**Perhitungan**

Nama : Moh Fiqri

Usia : 26 bulan

AKG : Energi : 1.125 kkal

Protein : 26 gram

Asupan : Energi : 502.7757 kkal

Protein : 16.13529 gram

Perhitungan :  $TKGi = \left(\frac{Ki}{AKGi}\right) \times 100\%$

Energi : 44,69% → Defisit Tingkat Berat

Protein : 62% → Defisit Tingkat Berat





**PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO  
DINAS KESEHATAN**

JL. IMAM BONJOL NO. 13 TELP 421341 Fax (0332) 425930  
Email : perencanaanbondowoso@gmail.com, website : dinkes.bondowosokab.go.id

**BONDOWOSO**

Bondowoso, 2 Juli 2018

Nomer : 070 / ~~2768~~ / 430.9.3/ 2018  
Lampiran : -  
Sifat : Penting  
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala Puskesmas Kotakulon

Di

Bondowoso

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik  
Kabupaten Bondowoso Nomor : 070/528/430.10.5/ 2018 Tanggal : 2 Juni 2018  
Rekomendasi Penelitian atas nama :

Nama : YUNIAR ROFIQOTUL M  
NIM : 142110101104  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Judul Proposal : " Determinan Kejadian Gizi Buruk Pada Anak Balita  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotakulon Kabupaten  
Bondowoso"  
Waktu : 2 ( dua ) bulan terhitung sejak tanggal 2 Juli s/d  
2 September 2018

Berkaitan dengan perihal tersebut diminta Saudara memberikan bantuan  
berupa data / keterangan yang diperlukan.

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Bondowoso  
Kabid. Sumber Daya Kesehatan

  
**BAGUS SUPRIYADI, S.Kep. Ns. M.MKes**  
Pembina

NIP. 19640102 198503 1 010

Tembusan : Kepada

Sdr. Wakil Dekan Bidang, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Sdr. Yuniar Rofiqotul M

Lampiran J. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Proses Wawancara dengan Ibu yang memiliki anak balita



Gambar 2. Proses Pengisian Angket dengan Ibu yang memiliki anak balita



Gambar 3. Proses Pengukuran TB (Tinggi Badan)



Gambar 4. Proses Pengukuran BB (Berat Badan)



Gambar 5. Gambar *Food Sampel* Tempe Goreng



Gambar 6. Gambar *Food Sampel* Nasi



Gambar 7. Gambar *Food Sampel* Tongkol Goreng



Gambar 8. Gambar *Food Sampel* Nasi Tim