



**HUBUNGAN PENERAPAN PERILAKU KADARZI (KELUARGA
SADAR GIZI) DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA
BALITA USIA 24-59 BULAN**
(Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

SKRIPSI

Oleh
ZUBDATUL WIDAD
NIM 152110101086

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**HUBUNGAN PENERAPAN PERILAKU KADARZI (KELUARGA
SADAR GIZI) DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA
BALITA USIA 24-59 BULAN**
(Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

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

**ZUBDATUL WIDAD
NIM 152110101086**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini
2. Kedua orang tua penulis Ibu Imaniyah dan Almarhum Rama Tajul Arifin yang telah memberikan kasih sayang, doa, motivasi, dukungan, pengorbanan dan menjadi penyemangat bagi penulis untuk berjuang dalam menempuh pendidikan hingga perguruan tinggi
3. Kakak penulis Ahmad Maghrobi dan Noval Elkahfi Halili yang telah memberikan semangat, doa, motivasi dan dukungan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini
4. Semua guru dari guru ngaji Musolla Nurul Jadid, TK Al Hidayah 3, SDN 5 Dawuhan, SMP Nurul Jadid, MA Nurul Jadid sampai Perguruan Tinggi yang telah mendidik dan memberikan ilmunya kepada penulis
5. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

MOTTO

“Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna. Dan kewajiban ayah menanggung nafkah dan pakaian mereka dengan cara yang patut. Seseorang tidak dibebani lebih dari kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita karena anaknya dan jangan pula seorang ayah menderita karena anaknya. Ahli waris pun berkewajiban seperti itu pula. Apabila keduanya ingin menyapih dengan persetujuan dan permusyawaratan antara keduanya, maka tidak ada dosa diantara keduanya. Dan jika kamu ingin menyusukan anakmu kepada orang lain, maka tidak ada dosa bagimu memberikan pembayaran dengan cara yang patut. Bertakwalah kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah maha melihat apa yang kamu kerjakan”

¹(Qs. Al-Baqarah: 233)

¹ Kementerian Agama Republik Indonesia. 2014. Al Quran Terjemah dan Tajwid. Bandung: Creative Media Corp.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Zubdatul Widad

NIM : 152110101086

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi saya yang berjudul: ”*Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)*” adalah hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 23 Oktober 2019

Yang Menyatakan,

Zubdatul Widad

152110101086

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENERAPAN PERILAKU KADARZI (KELUARGA
SADAR GIZI) DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA
BALITA USIA 24-59 BULAN**
(Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Oleh

Zubdatul Widad
NIM 152110101086

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.
Dosen Pembimbing Anggota : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 23 Oktober 2019
Tempat : Ruang Sidang 1

Pembimbing		Tanda Tangan
DPU	: Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. NIP. 198406052008122001	(.....)
DPA	: Sulistiyani, S.KM., M.Kes. NIP. 197606152002122002	(.....)
Penguji		
Ketua	: Dr. Farida Wahyu N., S.KM., M.Kes NIP. 198010092005012002	(.....)
Sekretaris	: Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. NIP. 198311132010122006	(.....)
Anggota	: drg. Ade Kusmaningsih NIP. 198002112008012015	(.....)

Mengesahkan
Dekan,

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

PRAKATA

Puji syukur berkat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
2. Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Ibu Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik. Terimakasih atas bimbingan, nasihat dan arahan yang diberikan pada penulis sejak mahasiswa baru hingga saat ini;
4. Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH selaku Dosen Pembimbing Utama. Terimakasih atas arahan, nasihat, motivasi dan ilmu yang diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini;
5. Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota. Terimakasih atas arahan, nasihat, motivasi dan ilmu yang diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini;
6. Tim penguji skripsi Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes., Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes dan Ibu drg. Ade Kusmaningsih yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan saran dan ilmunya kepada penulis;

7. Ibu dosen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan motivasi dan ilmu kepada penulis;
8. Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi yang telah memberikan beasiswa Bidikmisi sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan sampai jenjang S1;
9. Puskesmas Sumberjambe Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember yang telah membantu memberikan data dan yodium tes sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
10. Bapak Irvan dan Ibu Irmaniatin serta seluruh warga Desa Jambearum yang telah memberikan banyak bantuan, tempat penginapan dan menjadi orang tua kedua bagi penulis saat penelitian sehingga penelitian dapat berjalan dengan lancar;
11. Sahabat tercinta di tanah rantau yaitu keluarga gefop (Amrina, Ria, Kiki), Teman penelitian (Dida) dan keluarga sakera (Maudy, Nevita, Rima, Sofia, Fara, Yunita, Manda) yang telah memberikan motivasi, doa dan semangat.
12. Teman-teman bagian gizi 2015 dan FKM 2015 yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari penulisan skripsi ini belum sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan dari berbagai pihak. Atas perhatiannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 23 Oktober 2019

Penulis

RINGKASAN

Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember); Zubdatul Widad; 152110101086; 125 Halaman; Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita karena mengalami kekurangan gizi kronis sehingga anak sangat pendek jika dibandingkan dengan anak seusianya. Salah satu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi masalah gizi dengan menerapkan perilaku kadarzi. Keluarga dikatakan menerapkan perilaku kadarzi apabila menerapkan 5 indikator diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran. Penerapan perilaku kadarzi dalam keluarga memiliki hubungan signifikan dengan status gizi balita. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 prevalensi *stunting* sebesar 30,8%. Kabupaten Jember merupakan kabupaten yang masih mengalami masalah *stunting* dengan persentase sebesar 11,12%. Prevalensi *stunting* pertama ditemukan di Puskesmas Sumberjambe sebesar 32,32%. Prevalensi pertama dari 9 Desa ditemukan di Desa Jambearum sebesar 26%. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan diketahui bahwa tingginya prevalensi *stunting* di Desa Jambearum disebabkan oleh faktor ekonomi masyarakat yang tergolong menengah ke bawah dan berdampak pada pemenuhan makanan beraneka ragam yang dikonsumsi balita. Makanan beraneka ragam merupakan salah satu indikator perilaku kadarzi.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 82 ibu yang memiliki balita usia 24-59 bulan. Cara pengambilan sampel dengan *simple random sampling*. Penelitian ini dilakukan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember pada bulan Juli 2019. Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga

(pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, pemberian ASI eksklusif, konsumsi makanan beraneka ragam, penggunaan garam beryodium dan konsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner untuk mengetahui keberagaman konsumsi makanan menggunakan Kuesioner FFQ (*Food Frequency Questionnaire*). Data kejadian *stunting* pada balita dengan melakukan pengukuran TB/U. Analisis data menggunakan uji statistik *chi square*.

Hasil penelitian menggunakan univariat menunjukkan bahwa karakteristik balita yaitu usia balita 24-36 bulan sebesar 39% dan balita berjenis kelamin laki-laki sebesar 56,1%. Karakteristik keluarga terdiri dari mayoritas ibu memiliki tingkat pendidikan dasar sebesar 89%, pengetahuan rendah sebesar 86,6%, ibu tidak bekerja sebesar 76,8% dan pendapatan keluarga < UMK Rp. 2.170. 917,80 sebesar 82,9%. Kejadian *stunting* pada balita 24-59 bulan sebesar 52,4%. Penerapan perilaku kadarzi dalam keluarga mayoritas belum menerapkan perilaku kadarzi sebesar 95,1%. Adapun penerapan indikator perilaku kadarzi terdiri dari menimbang berat badan dengan kategori baik sebesar 82,9%, memberikan ASI eksklusif kategori baik sebesar 57,3%, mengkonsumsi makanan beraneka ragam kategori belum baik sebesar 87,8%, menggunakan garam beryodium kategori baik sebesar 61% dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran kategori baik sebesar 73,2%. Hasil analisis bivariat dengan *chi square* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara penerapan perilaku kadarzi ($p=0,047$), mengkonsumsi makanan beraneka ragam ($p=0,031$) dan menggunakan garam beryodium ($p=0,010$) dengan kejadian *stunting* sedangkan, tidak terdapat hubungan signifikan antara menimbang berat badan rutin ($p=0,063$), memberikan ASI eksklusif ($p=0,337$) dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran ($p=0,327$) dengan kejadian *stunting*.

Saran yang diberikan pada dinas kesehatan yaitu pemberian suplemen gizi selain vitamin A, pemasangan baleho atau poster tentang kadarzi dan *stunting* serta tidak memberikan surat keterangan jika belum memenuhi batas usia menikah. Saran untuk Puskesmas Sumberjambe yaitu rutin melakukan survei

kadarzi, mengoptimalkan pengadaan makan bersama di semua sekolah PAUD/KB, penyuluhan dan kunjungan rumah bagi balita yang belum mendapatkan vitamin A. Adapun saran untuk masyarakat yaitu memperhatikan pertumbuhan balita, penyediaan makanan beraneka ragam terutama buah dan menggunakan garam beryodium. Saran untuk peneliti selanjutnya yaitu menggunakan desain *case control* dan variabel lain (panjang badan ketika lahir dan pola asuh).

SUMMARY

The Relation Between The Implementation of Kadarzi's Behavior (Family Nutritional Consciousness) With the Phenomenon of Stunting in Age 24-59 Month (Study in Jambearum Village Sumberjambe District, Jember Regency); Zubdatul Widad; 152110101086; 125 Pages; Specialization of Public Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

Stunting is a condition of failure to thrive in children under five due to chronic malnutrition so that the child is shorter than another child his age in general. One specific nutritional intervention to overcome nutritional problems is applying kadarzi behaviour. Families are said to apply kadarzi behaviour when applying 5 indicators including weighing regularly, giving exclusive breastfeeding, consuming a variety of foods, using iodized salt and consuming nutritional supplements as recommended. The application of kadarzi behaviour in family has a significant relationship with the nutritional status of children. Based on Riskesdas data in 2018 the prevalence of stunting was 30.8%. Jember Regency is a regency that is still experiencing stunting problems with a percentage of 11.12%. The first stunting prevalence was found in Sumberjambe Health Center by 32.32%. The first prevalence of 9 villages was found in Jambearum Village by 26%. Based on the results of previous studies conducted, it is known that the high prevalence of stunting in Jambearum Village caused by economic factors that are classified as middle to lower class and have an impact on the fulfillment of diverse foods consumed by infants. Diverse food is one indicator of kadarzi behaviour.

This study uses an observational analytic research design using a cross sectional approach. The number of respondents in this study were 82 mothers who had toddlers. The way how to take samples is using simple random sampling. This research was conducted in Jambearum Village, Sumberjambe Subdistrict, Jember Regency in July 2019. Data collected included the characteristics of toddlers (age and gender), family characteristics (mother's education, mother's knowledge, mother's occupational status and family income) and indicators kadarzi (weighing

regularly, exclusive breastfeeding, consumption of various foods, use of iodized salt and consumption of nutritional supplements as recommended) using a questionnaire. Questionnaire to determine the food diversity consumption using the FFQ (Food Frequency Questionnaire) Questionnaire. The data on the incidence of stunting in infants by measuring height according to age. Data analysis used the chi square statistical test.

The results of the study using univariate showed that the characteristics of toddlers consisted of at most toddlers aged 24-36 months by 39% and male toddlers by 56.1%. Family characteristics consist of the majority of mothers having an elementary education level of 89%, low knowledge of 86.6%, mothers are not working by 76.8% and family income <UMK Rp. 2,170. 917.80 by 82.9%. The incidence of stunting in children aged 24-59 months was 52.4%. The application of *kadarzi* behavior in a family, the family majority do not apply *kadarzi* of 95.1%. As for the application of *kadarzi* indicators consists of weighing with a good category by 82.9%, giving exclusive breastfeeding good category by 57.3%, consuming various foods with a good category by 87.8%, using iodized salt in the good category by 61% and consuming nutritional supplements according to the recommended good category by 73.2%. The results of bivariate analysis with chi square showed that there was a significant relationship between the application of *Bezi* content ($p = 0.047$), consuming various foods ($p = 0.031$) and using iodized salt ($p = 0.010$) with stunting, whereas, there was no significant relationship between weighing routine body weight ($p = 0.063$), exclusive breastfeeding ($p = 0.337$) and consuming nutritional supplements as recommended ($p = 0.327$) with stunting.

The advice given to the health department is the provision of nutritional supplements except vitamin A, the framing of *baleho* or posters about *kadarzi* and stunting and not providing a certificate for people who have not met the marriage age limit. The suggestions for Sumberjambe puskesmas are routinely conducting *kadarzi* surveys, conducting lunch together in PAUD / KB, counseling and home visits for toddlers who have not received vitamin A. The suggestions for the community are paying attention to the growth of toddlers, providing

diverse food especially fruits and using iodized salt. The suggestions for future researchers are to use case control design and other variables (body length at birth and parenting).

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	i
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN	iv
PEMBIMBINGAN	v
PENGESAHAN	vi
PRAKATA	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxiii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Stunting	8
2.1.1 Pengertian <i>Stunting</i>	8
2.1.2 Faktor Penyebab <i>Stunting</i>	8
2.1.3 Dampak <i>Stunting</i>	12

2.2 Balita	13
2.2.1 Pengertian Balita.....	13
2.2.2 Karakteristik Balita	14
2.2.3 Kebutuhan Gizi Balita	15
2.2.4 Cara Penilaian Status Gizi Balita.....	15
2.3 Konsep Perilaku	17
2.3.1 Batasan Perilaku	17
2.3.2 Perilaku Kesehatan	18
2.3.3 Domain Perilaku	20
2.3.4 Determinan Perilaku	21
2.4 Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)	22
2.4.1 Pengertian Kadarzi.....	22
2.4.2 Indikator Kadarzi	23
2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kadarzi	27
2.5 Kerangka Teori	31
2.6 Kerangka Konseptual	32
2.7 Hipotesis	33
BAB 3. METODE PENELITIAN	35
3.1 Jenis Penelitian	35
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	35
3.2.1 Tempat Penelitian	35
3.2.2 Waktu Penelitian	35
3.3 Populasi dan Sampel	36
3.3.1 Populasi Penelitian	36
3.3.2 Sampel Penelitian	36
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	38
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	39
3.4.1 Variabel Penelitian	39
3.4.2 Definisi Operasional	40
3.5 Data dan Sumber Data	44
3.5.1 Data Primer.....	44

3.5.2 Data Sekunder	44
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	44
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	44
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	46
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	48
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	49
3.8.1 Validitas Instrumen	49
3.8.2 Reliabilitas Instrumen.....	49
3.9 Alur Penelitian	51
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil Penelitian	52
4.1.1 Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	52
4.1.2 Karakteristik Balita dan Karakteristik Keluarga di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	53
4.1.3 Penerapan Perilaku Kadarzi dan Indikator Perilaku Kadarzi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	54
4.1.4 Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi dan Indikator Perilaku Kadarzi dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambaerum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	58
4.2 Pembahasan	63
4.2.1 Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	63
4.2.2 Karakteristik Balita dan Karakteristik Keluarga di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	64
4.2.3 Penerapan Perilaku Kadarzi dan Indikator Kadarzi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	69

4.2.4 Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi dan Indikator Perilaku Kadarzi dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	75
BAB 5. PENUTUP.....	84
5.1 Kesimpulan.....	84
5.2 Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA	88
LAMPIRAN.....	97

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Penilaian Indikator Kadarzi berdasarkan Karakteristik Keluarga 24
2.2	Perubahan Warna Garam setelah Ditetesi Yodium Tes 26
3.1	Jumlah Sampel Tiap Posyandu Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember39
3.2	Definisi Operasional40
4.1	Distribusi Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember52
4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember53
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Keluarga Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember54
4.4	Distribusi Keluarga Balita Berdasarkan Penerapan Perilaku Kadarzi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember55
4.5	Distribusi Menimbang Berat Badan dengan Rutin pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember55
4.6	Distribusi Pemberian ASI Eksklusif pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember56
4.7	Distribusi Mengonsumsi Makanan Beraneka Ragam pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember56
4.8	Distribusi Menggunakan Garam Beryodium pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember57
4.9	Distribusi Mengonsumsi Suplemen Gizi sesuai Anjuran pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember58
4.10	Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember59

4.11	Hubungan Menimbang Berat Badan dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	60
4.12	Hubungan Memberikan ASI Eksklusif dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	60
4.13	Hubungan Mengonsumsi Makanan Beraneka Ragam dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	61
4.14	Hubungan Menggunakan Garam Beryodium dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	62
4.15	Hubungan Mengonsumsi Suplemen Gizi sesuai Anjuran dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	62

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	31
2.2 Kerangka Konseptual	32
3.1 Alur Penelitian	51

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Pernyataan.....	97
B. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	98
C. <i>Check List</i> Indikator Kadarzi.....	101
D. Kuesioner Penelitian	102
E. Kuesioner Pengetahuan Ibu tentang Kadarzi dan <i>Stunting</i>	103
F. Kuesioner FFQ (<i>Food Frequency Questionnaire</i>).....	105
G. Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	107
H. Frekuensi Keberagaman Makanan Balita	110
I. Hasil Penelitian Menggunakan <i>SPPS for Windows</i>	112
J. Dokumentasi Penelitian.....	121
K. Surat Ijin Penelitian dan Etik Penelitian	123

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

ASI	: Air Susu Ibu
BB/U	: Berat Badan menurut Umur
BB/TB	: Berat Badan menurut Tinggi Badan
BBLR	: Berat badan lahir rendah
BPS	: Badan Pusat Statistik
CI	: <i>Confidence Interval</i>
cm	: Sentimeter
Depdiknas	: Departemen Pendidikan Nasional
Depkes	: Departemen Kesehatan
FFQ	: <i>Food Frequency Questionnaire</i>
IGF-1	: <i>Insulin like Growth Factor 1</i>
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kadarzi	: Keluarga sadar gizi
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KIO3	: Kalium iodat
MP-ASI	: Makanan Pendamping ASI
OR	: <i>Odds Ratio</i>
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPM	: <i>Part Per Million</i>
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	: Republik Indonesia
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SD	: Standart Deviasi

SOR	: <i>Stimulus Organisme Respons</i>
SPM	: Standart Pelayanan Minimal
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUN	: <i>Scaling Up Nutrition</i>
TB/U	: Tinggi Badan Menurut Umur
TBC	: Tuberculosis
T3	: <i>Tiroksin Triiodotironin</i>
T4	: <i>Tiroksin Tetraiodotironin</i>
UMK	: Upah Minimum Kabupaten/Kota
WHO	: <i>World Health Organization</i>
1000 HPK	: 1000 Hari Pertama Kehidupan

Daftar Arti Lambang

n	= Besar sampel
n'	= Sampel koreksi
N	= Banyak populasi
$Z^2_{1-\alpha/2}$	= Derajat kepercayaan
P	= Proporsi kejadian
d	= Derajat kesalahan
f	= Kesalahan yang ditoleransi
nh	= Besarnya sampel untuk sub populasi
Nh	= Total masing-masing sub populasi
N	= Total populasi keseluruhan
<	= Kurang dari
>	= Lebih dari
≤	= Kurang dari sama dengan
≥	= Lebih dari sama dengan
%	= Persen
&	= dan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak Balita adalah anak kelompok usia 12-59 bulan (Kemenkes RI, 2014b: 3). Masa yang dialami balita berupa kemampuan berbahasa, emosional, kesadaran sosial dan kemampuan berpikir dengan cepat sehingga menjadi acuan dalam perkembangan awal. Masa ini juga dibentuk perkembangan moral dan dasar kepribadian. Periode emas pada tumbuh kembang anak dialami saat balita karena perkembangan anak di masa mendatang dipengaruhi oleh pertumbuhan dasar saat balita. Balita termasuk dalam kelompok rawan masalah gizi (Adriani & Wirjatmadi, 2016a: 161).

Permasalahan gizi yang terfokus pada balita di negara yang sedang berkembang dan miskin adalah masalah anak pendek atau biasa disebut *stunting*. *Stunting* adalah masalah gizi kronis yang diakibatkan oleh asupan gizi kurang dengan waktu yang cukup lama karena pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* merupakan kondisi tumbuh gagal pada anak balita karena mengalami kekurangan gizi kronis sehingga anak sangat pendek jika dibandingkan dengan anak seusianya. Kejadian ini terjadi sejak saat dalam kandungan namun kondisi *stunting* mulai terlihat ketika umur 2 tahun (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017: 5). Berdasarkan standart pertumbuhan menurut WHO kondisi *stunting* dapat dilihat dari *z-score* tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari -2 standart deviasi (SD) (Ni'mah & Nadiroh, 2015: 13).

Menurut Unicef (2013) *stunting* menjadi permasalahan karena dapat meningkatkan terjadinya kesakitan dan kematian serta perkembangan otak tidak optimal, sehingga menghambat pertumbuhan mental dan perkembangan motorik (Mitra, 2015: 255). *Stunting* menyebabkan dampak yang cukup besar baik dampak jangka pendek maupun jangka panjang. Dampak jangka pendek dari terjadinya *stunting* adalah gangguan perkembangan otak, metabolisme tubuh, kecerdasan dan pertumbuhan fisik. Dampak jangka panjang kondisi buruk akibat

stunting dapat menurunkan imunitas tubuh, kemampuan kognitif, prestasi belajar di sekolah sehingga cepat terserang penyakit dan berisiko tinggi terjadinya berbagai macam penyakit seperti obesitas, diabetes mellitus, pembuluh darah, kanker, stroke, penyakit jantung dan disabilitas saat usia lanjut (Sandjojo, 2017: 8).

Pemerintah berkomitmen untuk mengurangi *stunting*. Pencegahan *stunting* tercakup dalam RPJMN 2015-2019. Pada tingkat internasional Indonesia berperan untuk menurunkan *stunting* dengan bergabung dalam *Scaling Up Nutrition* (SUN). SUN merupakan gerakan global yang memiliki prinsip setiap orang di dunia mempunyai hak memperoleh makanan dan gizi yang baik (Satriawan, 2018: 4). Gerakan ini di Indonesia disebut Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan. Indonesia bergabung dengan gerakan tersebut melalui 2 kerangka besar intervensi *stunting* yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017: 8). Gerakan 1000 HPK akan menunjang proses tumbuh kembang janin sampai anak berusia 2 tahun sehingga anak siap memasuki dunia pendidikan (Laksono, 2013: 10-11). Penanggulangan *stunting* tidak hanya tanggung jawab pemerintah, melainkan semua pihak yaitu semua keluarga Indonesia (Kemenkes RI, 2018a: 9).

Salah satu intervensi gizi spesifik dan upaya untuk mengatasi masalah gizi dengan menerapkan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi). Kadarzi merupakan suatu program yang telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2007 hingga saat ini. Pada visi Indonesia sehat 2010 diharapkan 80% keluarga menjadi kadarzi (Depkes RI, 2007a: 9-11). Pada awal mulanya indikator kadarzi adalah menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan keluarga biasa sarapan pagi. Seiring berjalannya waktu indikator kelima yaitu keluarga terbiasa sarapan pagi mengalami perubahan menjadi mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran (Depkes RI, 2007b: 2).

Kadarzi (keluarga sadar gizi) merupakan masalah gizi yang dapat diselesaikan oleh keluarga pada setiap anggota keluarganya mulai dari mengenali

masalah, mencegah hingga mengatasi masalah gizi yang terjadi dalam keluarga (Kemenkes RI, 2014c: 3). Suatu keluarga dapat dikatakan kadarzi (keluarga sadar gizi) jika menerapkan indikator perilaku gizi diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI saja pada anak sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran. Masih banyak keluarga yang belum optimal dalam menerapkan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) sehingga masalah gizi pada balita masih banyak terjadi (Depkes RI, 2007b: 5).

Penelitian yang telah dilakukan di Kabupaten Tulungagung menunjukkan adanya hubungan antara penerapan perilaku kadarzi dengan status gizi (Wijayanti & Nindya, 2017: 385). Balita yang ditimbang berat badannya dengan rutin maka status gizi dan kesehatannya akan terpantau (Destiadi *et al.*, 2015:73). Makanan alamiah yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah pemberian ASI terutama 6 bulan pertama (Irianto, 2014: 298). Hasil penelitian Widyaningsih (2018) menyatakan adanya hubungan keragaman pangan dengan kejadian *stunting*. Balita yang memiliki asupan makan tidak beraneka ragam berisiko 3,213 kali akan mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki konsumsi makanan beraneka ragam (Widyaningsih *et al.*, 2018: 28). Selain itu penggunaan garam beryodium juga mempengaruhi status gizi anak karena yodium termasuk salah satu zat gizi yang berperan dalam pertumbuhan (Mahardika *et al.*, 2019: 308). Menurut penelitian Fatimah dan Wirjatmadi (2018) asupan vitamin A pada balita *stunting* lebih rendah dibandingkan balita normal. Tidak hanya yodium, zat gizi lain yang juga dapat mempengaruhi tinggi badan adalah vitamin A (Fatimah dan Wirjatmadi, 2018: 173).

Indonesia menduduki urutan ketiga prevalensi *stunting* tertinggi dalam cakupan Asia Tenggara dengan rata-rata prevalensi dari tahun 2005-2017 sebesar 36,4% (Kemenkes RI, 2018d: 1). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 prevalensi *stunting* sebesar 30,8% terdiri dari kategori sangat pendek sebesar 11,5% dan pendek sebesar 19,3%. Hal ini telah mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 (Kemenkes RI, 2018d: 12). Prevalensi *stunting* di Jawa

Timur tahun 2017 mengalami sebesar 26,7% (Kemenkes RI, 2018b: 39). Tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi sebesar 32,8% (Kemenkes RI, 2018c: 557). Kabupaten Jember merupakan Kabupaten yang masih mengalami masalah *stunting*. Tahun 2017 prevalensi *stunting* di Kabupaten Jember sebesar 17,73% dan pada tahun 2018 mengalami penurunan menjadi sebesar 11,12% (Dinkes Jember, 2018). Menurut WHO *stunting* dikatakan tinggi jika prevalensinya sebesar 30-39%. Pada tahun 2018 prevalensi *stunting* tertinggi pertama di Puskesmas Sumberjambe sebesar 32,32%, peringkat kedua di puskesmas Karangduren sebesar 26,50% dan ketiga di Puskesmas Sukorambi sebesar 25,68%. Prevalensi *stunting* di Sumberjambe 3 tahun berturut-turut selalu berkisar antara 30-39% tahun 2016 sebesar 38,38%, tahun 2017 sebesar 38,14% dan tahun 2018 sebesar 32,32% sehingga dapat disimpulkan bahwa prevalensi *stunting* di Sumberjambe selalu tergolong tinggi dan pada tahun 2018 tertinggi dibandingkan puskesmas lain dan kecamatan lain yang ada di Kabupaten Jember (Dinkes Jember, 2018). Wilayah Kerja Puskesmas Sumberjambe membawahi 9 Desa dengan jumlah kasus balita *stunting* sebanyak 811 kasus. Prevalensi pertama dari 9 Desa di Sumberjambe ditemukan di Desa Jambearum dengan persentase sebesar 26%.

Puskesmas Sumberjambe termasuk salah satu puskesmas yang melaksanakan kadarzi sampai saat ini. Kegiatan yang telah dilakukan dalam upaya mewujudkan keluarga sadar gizi di Puskesmas Sumberjambe yaitu menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengonsumsi suplemen gizi sesuai dengan anjuran. Namun dalam pelaksanaannya program ini belum berjalan optimal karena kendala dari pihak puskesmas.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Desa Jambearum, didapatkan keterangan bahwa tingginya angka *stunting* di Desa Jambearum disebabkan oleh faktor ekonomi masyarakat tergolong menengah ke bawah. Rendahnya ekonomi masyarakat Desa Jambearum berdampak pada pemenuhan makanan beraneka ragam yang dikonsumsi balita. Pemenuhan konsumsi makan beraneka ragam merupakan salah satu indikator perilaku kadarzi (keluarga sadar

gizi) sehingga perlu diketahui indikator lain terkait penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) di Desa Jambearum. Berdasarkan pemaparan latar belakang diatas, maka perlu dilakukan penelitian mengenai hubungan penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara penerapan perilaku kadarzi dan 5 indikator kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dan 5 indikator kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

- b. Mendeskripsikan karakteristik balita (umur dan jenis kelamin) di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- c. Mendeskripsikan karakteristik keluarga balita (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- d. Mendeskripsikan penerapan perilaku kadarzi dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis hubungan antara penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis hubungan antara menimbang berat badan dengan rutin dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- g. Menganalisis hubungan antara memberikan ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- h. Menganalisis hubungan antara mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- i. Menganalisis hubungan antara menggunakan garam beryodium dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- j. Menganalisis hubungan antara mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan menjadi referensi dan sumber informasi sehingga dapat menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya bidang gizi kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan hubungan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Instansi Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat menjadi masukan dan pertimbangan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Sumberjambe terkait perencanaan program untuk menanggulangi masalah gizi khususnya *stunting* pada balita.

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi terkait penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita.

c. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi kepada masyarakat khususnya ibu yang mempunyai balita agar memperhatikan status gizi balita dan menerapkan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) sehingga tumbuh kembang balita dapat berjalan optimal.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan saat perkuliahan serta dapat mengetahui hubungan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Stunting*

2.1.1 Pengertian *Stunting*

Stunting adalah keadaan kegagalan dalam pertumbuhan yang dialami anak balita. Hal tersebut terjadi akibat kekurangan energi kronis sehingga anak terlalu pendek jika dibandingkan dengan anak seusianya. *Stunting* biasa terlihat ketika anak sudah berumur 2 tahun, namun kekurangan gizi terjadi mulai dalam kandungan dan masa awal saat bayi baru dilahirkan. Menurut Kementerian Kesehatan *stunting* adalah seorang anak balita yang memiliki nilai *z-score* < -2 SD/standart deviasi dan < -3 SD (sangat pendek) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017: 5).

Masalah gizi kronis digambarkan dengan adanya balita pendek yang dipengaruhi dari keadaan ibu, masa janin, berat badan dan penyakit yang pernah diderita saat balita. Masalah gizi lain tidak hanya berkaitan dengan masalah kesehatan, tapi juga dipengaruhi keadaan tidak langsung yang mempengaruhi kesehatan (Kemenkes RI, 2016: 1).

2.1.2 Faktor Penyebab *Stunting*

Stunting disebabkan oleh banyak faktor. Penyebab *stunting* dikategorikan menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung terjadinya *stunting* yaitu :

a. Asupan Makanan

Risiko *stunting* dapat diperkecil dengan pemenuhan zat gizi adekuat baik gizi makro dan mikro. Komponen penting dalam makanan balita adalah pemberian MP-ASI dengan kualitas dan kuantitas yang baik karena sumber makanan zat gizi makro dan zat mikro memiliki peranan penting dalam pertumbuhan linier anak. Pemberian makanan pada anak dengan tinggi protein, vitamin A, kalsium dan zink dapat mempengaruhi tinggi badan anak. Pola

pertumbuhan normal anak dapat dicapai jika melakukan pemberian asupan makan yang adekuat. Peningkatan risiko *stunting* dapat terjadi jika diberikan MP-ASI berupa pemberian susu formula yang terlalu dini dan frekuensi pemberian makan yang kurang (Mitra, 2015: 256).

b. Penyakit infeksi

Pemenuhan kebutuhan gizi memiliki dampak pada kondisi kesehatan begitu pula sebaliknya. Status kesehatan seseorang terutama akibat penyakit infeksi berdampak pada status gizi. Penyakit infeksi yang dialami seseorang menyebabkan turunnya nafsu makan sehingga asupan makan menjadi kurang sedangkan tubuh membutuhkan asupan makan yang banyak untuk meningkatkan suhu tubuh dan proses destruksi jaringan (Sulistyoningsih, 2011: 6). Penelitian di Malawi menemukan durasi terjadinya diare berhubungan dengan kejadian *stunting*. Diare menyebabkan gangguan pertumbuhan disebabkan terjadinya gangguan absorpsi nutrisi setelah dan saat diare (Setiawan *et al.*, 2018: 281).

c. BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)

Bayi dengan berat lahir rendah adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Ibu merupakan kelompok masyarakat yang paling menderita terhadap kesehatan akibat krisis ekonomi. Kualitas bayi yang dilahirkan dan anak yang dibesarkan dipengaruhi oleh status kesehatan ibu. Bayi dengan berat lahir rendah menjadi salah satu dari dampak dari ibu hamil yang menderita kurang energi kronis dan mempunyai status gizi kurang. BBLR memiliki kaitan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, selain itu juga memiliki dampak pada perkembangan dan pertumbuhan anak di masa mendatang dan berpengaruh pada turunnya IQ anak (Irianto, 2014: 368). Hasil dari penelitian Rahayu *et al.* (2015) menunjukkan anak baduta dengan riwayat BBLR berpotensi mengalami *stunting* 5,6 kali lebih besar dibandingkan baduta dengan berat badan normal.

d. Genetik

Faktor genetik merupakan faktor dasar dalam mencapai tumbuh kembang anak dibandingkan faktor lain. Faktor genetik meliputi jenis kelamin, suku bangsa dan faktor bawaan. Faktor ini ditentukan dengan intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitivitas jaringan pada umur pubertas, rangsangan

dan pertumbuhan tulang. Faktor genetik antara lain faktor bawaan, patologis, jenis kelamin, *obstretic* dan suku bangsa. Jika genetik dapat berinteraksi dengan lingkungan yang baik maka akan menghasilkan pertumbuhan yang optimal (Supariasa *et al.*, 2012: 28). Orang tua pendek disebabkan karena membawa gen bersifat pendek yang berasal dari kromosom. Hal ini memungkinkan akan menurunkan pendek pada anak.

Faktor tidak langsung yang dapat mempengaruhi terjadinya *stunting* diantaranya sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden

1) Tingkat Pendidikan Ibu

Pendidikan ayah tidak berpengaruh langsung dengan asupan makanan anak, namun pendidikan berpengaruh langsung dengan asupan gizi dan cara pengasuhan anak. Tingkat pendidikan ibu berpengaruh pada derajat kesehatan. Seorang ibu memiliki banyak peran dalam pembentukan kebiasaan makan anak. Pendidikan ibu memiliki hubungan dengan kejadian *stunting*. Ibu yang memiliki pendidikan rendah berisiko mempunyai anak *stunting* sebesar 2,22 kali dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi (Hizni *et al.*, 2016: 135).

2) Pengetahuan Ibu

Pengetahuan dapat diperoleh dari pendidikan formal. Seorang ibu yang memiliki pengetahuan gizi baik akan mampu untuk menyajikan makanan yang baik untuk dikonsumsi anggota keluarganya. Semakin baik pengetahuan seseorang akan semakin memperhitungkan jumlah dan jenis makanan yang akan dikonsumsi (Dahlia, 2014: 3). Menurut Pormes *et al.* (2014:5) pengetahuan orang tua berhubungan dengan kejadian *stunting*. Ibu dengan pengetahuan kurang memiliki peluang untuk memiliki anak *stunting* sebesar 1,8 kali dibandingkan ibu dengan pengetahuan baik.

3) Status Pekerjaan Ibu

Menurut penelitian Irvania *et al.* (2015:72) status pekerjaan ibu tidak memiliki hubungan dengan kejadian *stunting*. Ibu yang bekerja tidak akan bisa memberikan perhatian secara penuh terhadap anaknya yang disebabkan beban kerja yang dialami menyebabkan perhatian ibu berkurang dalam segala hal mulai

dari mengasuh dan mendidik anak terutama dalam menyiapkan makan untuk anaknya.

4) Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga yang tinggi akan mempermudah keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Pendapatan rendah dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi keluarga. Menurut Anindita (2012: 619) tingkat pendapatan keluarga memiliki hubungan dengan kejadian *stunting*. Jika keluarga yang berasal dari pendapatan rendah dapat mengolah makanan bergizi meski dengan bahan yang murah dan sederhana, maka pertumbuhan anak menjadi baik. Keluarga yang memiliki pendapatan rendah berisiko mengalami *stunting* sebesar 2,3 kali dibandingkan keluarga yang memiliki pendapatan cukup (Illahi, 2017: 9).

b. Pola Asuh

Cara pengasuhan memiliki hubungan erat dengan pertumbuhan dan perkembangan pada balita. Ibu memiliki peran penting dalam perawatan dan pengasuhan anak, karena anak lebih banyak berinteraksi dengan ibu dibandingkan dengan ayah. Pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan asupan gizi sebelum melahirkan, saat melahirkan dan setelah melahirkan termasuk praktik pengasuhan yang kurang baik. Beberapa fakta menunjukkan 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak memperoleh ASI eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) yang diberikan pada anak usia diatas 6 bulan. MP-ASI juga dapat mencukupi kebutuhan tubuh bayi yang tidak hanya bersumber dari ASI, serta dapat membentuk daya tubuh dan sistem imunitas anak yang kuat (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017: 7). Balita dengan pola asuh kurang berpeluang 14,5 kali mengalami *stunting* dibandingkan balita yang memiliki pola asuh baik (Nabusa *et al.*, 2013: 27)

c. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi upaya pencegahan, peningkatan dan pengobatan baik pelayanan kesehatan konvensional maupun tradisional, alternatif dan komplementer melalui pelatihan dan pendidikan yang mengutamakan kualitas, keamanan dan manfaat. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan

kesehatan primer, sekunder dan tersier (Rachmat, 2017: 117-118). Peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat sudah dilakukan dengan berbagai cara seperti dengan menempatkan pelayanan kesehatan dasar berada pada sektor pelayanan dasar. Pelayanan dasar dapat dilaksanakan di posyandu, puskesmas pembantu, puskesmas induk, serta unit lainnya. Pelayanan kesehatan dilaksanakan agar pelayanan prima dapat diciptakan. Cakupan pelayanan kesehatan diperluas dengan melakukan pemerataan pelayanan kesehatan untuk semua aspek masyarakat. Upaya pemerataan pelayanan kesehatan dilakukan dengan penyebaran fasilitas balai kesehatan, bidan, perawat, puskesmas keliling dan pos kesehatan desa (Hidayat, 2008: 3).

d. Sanitasi

Sanitasi lingkungan mempunyai peran penting terhadap kesehatan dan tumbuh kembang anak. Kebersihan perorangan ataupun kebersihan lingkungan mempunyai peranan penting pada penimbunan penyakit. Anak yang sering sakit dapat diakibatkan karena kebersihan yang kurang seperti diare, hepatitis, kecacingan, tifoid, demam berdarah, malaria dan sebagainya. Tumbuh kembang anak yang sering sakit akan terganggu (Soetjiningsih & Ranuh, 2014: 65).

2.1.3 Dampak *Stunting*

Stunting menjadi indikator kunci dari kegagalan suatu pertumbuhan. *Stunting* memiliki dampak pada tingkat kecerdasan, rentan terhadap penyakit, menurunkan produktivitas dan menghambat pertumbuhan ekonomi. Menurut WHO (2010) anak *stunting* akan mengalami pertumbuhan terlambat, perkembangan mental terlambat, menurunnya prestasi sekolah dan kapasitas intelektual. Wanita yang pendek akan berisiko mengalami komplikasi kehamilan yang disebabkan karena pelvis yang lebih kecil. Dampak lain berisiko akan melahirkan anak dengan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). Anak BBLR akan cenderung lebih kecil saat tumbuh dewasa (Susanti & Citerawati, 2018: 67).

Dampak buruk yang diakibatkan oleh *stunting* terbagi menjadi 2 yaitu dampak jangka pendek dan jangka panjang :

a. Dampak jangka pendek

Perkembangan otak terganggu, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme dalam tubuh.

b. Dampak jangka panjang

Kemampuan kognitif menurun, prestasi belajar menurun, kekebalan tubuh menurun sehingga mudah sakit, berisiko mengalami diabetes, obesitas penyakit jantung, kanker, stroke, pembuluh darah dan disabilitas pada usia tua (Sanjojo, 2017: 8).

2.2 Balita

2.2.1 Pengertian Balita

Balita adalah seorang anak yang berada pada rentang usia 12-59 bulan (Kemenkes RI, 2014a: 3). Balita adalah seorang anak dengan usia dibawah 5 tahun yang memiliki karakteristik pertumbuhan cepat saat usia 0-1 tahun dimana saat umur 5 bulan berat badan anak mengalami kenaikan 2 kali lipat dibandingkan dengan berat badan saat lahir, saat usia 1 tahun mengalami kenaikan 3 kali lipat dibandingkan berat badan saat lahir sedangkan saat umur 2 tahun mengalami kenaikan 4 kali lipat. Saat masa prasekolah pertumbuhan mulai lambat dengan kenaikan berat badan 2 kg tiap tahun, kemudian pertumbuhan tetap mulai berakhir.

Masa pertumbuhan dan perkembangan anak saat balita memiliki perbedaan sendiri karena mengalami pola pertumbuhan dan perkembangan fisik seperti koordinasi antara motorik halus dan motorik kasar, selain itu juga kecerdasan anak sesuai dengan masa pertumbuhan dan perkembangannya. Usia balita terbagi atas 3 tahapan yaitu saat sebelum dilahirkan, saat bayi dan masa awal anak-anak. Tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh ketiga tahapan tersebut yang mengalami banyak perubahan baik fisik maupun psikologi (Septiari, 2012: 1-2).

2.2.2 Karakteristik Balita

Karakteristik balita dibagi menjadi 2 diantaranya berdasarkan umur dan jenis kelamin.

a. Umur

Bayi perempuan akan mendapatkan tinggi badan ideal saat memasuki usia 20 bulan sedangkan laki-laki saat usia 24 bulan (Zakaria & Arumsari, 2018: 94). Karakteristik balita berdasarkan umur dibagi menjadi 2 macam yakni saat berusia 1-3 tahun dan usia prasekolah 3-5 tahun. Saat umur 1-3 anak cenderung disebut konsumen pasif karena anak hanya mengkonsumsi makanan yang diberikan dan disediakan orang tua. Pada usia tersebut pertumbuhan berjalan cepat sehingga membutuhkan banyak makanan jika dibandingkan dengan anak usia prasekolah. Ukuran perut anak usia 1-3 tahun lebih kecil dibandingkan dengan anak usia 3-5 tahun sehingga kapasitas makanan yang diterima lebih banyak pada anak usia 3-5 tahun. Hal tersebut yang mendasari pemberian pola makan pada anak usia 1-3 tahun dianjurkan dengan porsi kecil dan frekuensi sering.

Pada usia prasekolah anak cenderung menjadi konsumen aktif karena masa tersebut anak sudah mulai memilih makanan sesuai dengan keinginan dan makanan yang disukai. Masa ini anak mulai beradaptasi dengan lingkungan sekitar dan lingkungan sekolah. Pada masa ini biasanya anak mulai gemar berkomentar jika suatu hal tidak sesuai kenyataan atau tidak sesuai yang diinginkan. Penurunan berat badan cenderung dialami anak usia prasekolah karena memiliki aktivitas yang cukup banyak dan melakukan penolakan atau pemilihan terhadap makanan tertentu (Septiari, 2012: 2).

b. Jenis Kelamin

Anak perempuan dan laki-laki memiliki peluang yang sama untuk mengalami masalah gizi kronik yang dapat menyebabkan *stunting*. Anak perempuan yang memiliki riwayat BBLR berisiko menjadi ibu *stunting*. Ibu *stunting* juga akan berisiko melahirkan anak *stunting* (Wellina *et al.*, 2016:59).

2.2.3 Kebutuhan Gizi Balita

Kebutuhan gizi seseorang adalah suatu jumlah yang diperkirakan cukup untuk menjaga dan memelihara kesehatannya. Pengeluaran energi dan asupan gizi yang dikonsumsi seseorang harus seimbang untuk mendapatkan status gizi yang baik (Irianto, 2014: 371). Seorang anak balita sangat membutuhkan nutrisi lengkap untuk pertumbuhan, perkembangan otak dan tubuh. Masa balita menjadi masa kritis anak sehingga kebutuhan nutrisi anak harus seimbang baik jumlah maupun kandungan gizi. Anak akan menjadi sehat, tidak mudah terserang penyakit dan cerdas jika gizi seimbang anak tercapai.

Gizi seimbang diperoleh dari asupan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi berdasarkan usia dan aktivitas sehingga berat badan normal tercapai. Zat gizi pada balita mencakup karbohidrat, protein, lemak, vitamin, air dan mineral. Balita membutuhkan karbohidrat sebesar 75-90%, protein sebesar 10-20% dan lemak sebesar 15-20%. Balita membutuhkan zat pembangun, zat tenaga dan zat pengatur (Sutomo & Anggraini, 2010: 21).

2.2.4 Cara Penilaian Status Gizi Balita

Cara pengukuran status gizi balita dapat berdasarkan berat badan, umur dan tinggi badan atau panjang badan. Variabel berat badan (BB) dan tinggi badan atau panjang badan (TB/PB) dibagi menjadi tiga indeks antropometri, yaitu BB/U, TB/U dan BB/TB.

Cara menilai status gizi balita, berat badan dan tinggi tiap individu balita harus dikonversikan ke dalam nilai terstandart (*Z-score*) menggunakan baku antropometri balita WHO 2005. Berikut ini batasan penentuan status gizi balita berdasarkan *Z-score* masing-masing indikator.

- a. Klasifikasi status gizi berdasarkan indeks BB/U:

Gizi buruk	: $Z\text{-score} < -3,0$
Gizi kurang	: $Z\text{-score} \geq -3,0 \text{ s/d } < -2,0$
Gizi baik	: $Z\text{-score} \geq -2,0$

- b. Kalsifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U:
- Sangat pendek : $Z\text{-score} < -3,0$
 Pendek : $Z\text{-score} \geq -3,0$ s/d $< -2,0$
 Normal : $Z\text{-score} \geq -2,0$
- c. Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/TB
- Sangat kurus : $Z\text{-score} < -3,0$
 Kurus : $Z\text{-score} \geq -3,0$ s/d $< -2,0$
 Normal : $Z\text{-score} \geq -2,0$ s/d $< 2,0$
 Gemuk : $Z\text{-score} > 2,0$
- d. Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U dan BB/TB (pendek adalah kombinasi dari pendek dan sangat pendek sedangkan kurus adalah kombinasi dari kurus dan sangat kurus) :
- Pendek – kurus : $Z\text{-score TB/U} < -2,0$ dan $BB/TB < -2,0$
 Pendek normal : $Z\text{-score TB/U} < -2,0$ dan BB/TB antara $-2,0$ s/d $2,0$
 Pendek gemuk : $Z\text{-score TB/U} < -2,0$ dan $BB/TB > 2,0$
 TB normal-kurus : $Z\text{-score TB/U} \geq -2,0$ dan $BB/TB < 2,0$
 TB normal-normal : $Z\text{-score TB/U} \geq -2,0$ dan BB/TB antara $-2,0$ s/d $2,0$
 TB normal-gemuk : $Z\text{-score} \geq -2,0$ dan $BB/TB > 2,0$
- Terdapat beberapa istilah status gizi yang dapat digunakan, antara lain:
- a. Gizi kurang : terdiri dari gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*)
 b. Pendek : terdiri dari sangat pendek dan pendek (*stunting*)
 c. Kurus : terdiri dari sangat kurus dan kurus (*wasting*)

Berdasarkan indikator status gizi indeks BB/U menjadi indikasi masalah gizi secara luas. Pada indikator ini tidak diberikan indikasi terkait masalah gizi yang bersifat kronis ataupun akut karena berat badan memiliki hubungan positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator BB/U yang rendah disebabkan karena masalah gizi kronis atau diare atau penyakit infeksi lain (masalah gizi akut).

Berdasarkan indikator status gizi indeks TB/U menjadi indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti perilaku

hidup yang tidak sehat, kemiskinan dan asupan makan kurang yang berlangsung lama sehingga menyebabkan anak menjadi pendek.

Berdasarkan indikator status gizi indeks BB/TB menjadi indikasi masalah gizi yang sifatnya akut akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu singkat seperti adanya wabah penyakit dan kekurangan makan sehingga anak menjadi kurus. Indikator BB/TB atau IMT/U dapat digunakan untuk mengidentifikasi kurus dan gemuk (Trihono *et al.*, 2015: 16-19).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Batasan Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas makhluk yang saling berkaitan. Jika dilihat dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk binatang dan manusia memiliki aktivitas yang berbeda. Manusia sebagai makhluk hidup yang memiliki banyak kegiatan dan sepanjang kegiatan yang dilakukannya seperti berbicara, berjalan, bekerja, membaca, menulis, berpikir dan sebagainya. Namun secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain seperti tertawa, bernyanyi, menari dan sebagainya. Yang kedua aktivitas yang tidak dapat diamati orang lain seperti berpikir, bersikap, berfantasi dan sebagainya.

Pada tahun (1938) Skinner seorang ahli psikologi mengemukakan bahwa perilaku merupakan respon seseorang terhadap rangsangan atau stimulus. Sehingga perilaku manusia dapat terjadi melalui proses: stimulus, organisme, respon, sehingga teori skinner ini disebut teori "S-O-R". Selain itu skinner juga menjelaskan adanya beberapa jenis respon yaitu :

- a. *Respondent respons* atau refleksi yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu yang disebut *electing stimuliti*, pada respon ini dapat menimbulkan respon yang relatif tetap. Misalnya makanan lezat yang akan menimbulkan nafsu untuk makan, cahaya terang akan menimbulkan reaksi untuk menutup mata dan sebagainya. Refleksi juga mencakup perilaku

emosional, misalnya ketika mendengar berita musibah akan timbul rasa sedih.

- b. *Instrumental respons* atau *operant respons* yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti rangsangan lain. Perangsang terakhir respon ini disebut *reinforcer* atau *reinforcing stimuli*, karena berfungsi untuk memperkuat respon. Misalnya, jika petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik mendapat respon berupa gaji yang cukup, misalnya (stimulus). Kemudian karena kerja yang baik menjadi stimulus untuk memperoleh promosi pekerjaan. Jadi, kerja yang baik sebagai *reinforcer* untuk memperoleh promosi pekerjaan.

Berdasarkan teori “S-O-R” perilaku manusia dikelompokkan menjadi dua yaitu :

- a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)
Respon ini terjadi apabila stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Pada *covert behavior* ini respon sangat terbatas yang dapat dilihat dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap. Misal ibu hamil yang tau pentingnya periksa kehamilan (pengetahuan) kemudian bertanya tempat periksa terdekat pada tetangga (sikap).
- b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)
Perilaku ini dapat terjadi jika respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan. Hal tersebut dapat diamati seseorang dari luar atau *observable behaviour*. Misalnya seorang penderita TBC mengkonsumsi obat anti TBC secara teratur dan ibu hamil memeriksakan kehamilannya pada bidan atau puskesmas (Notoatmodjo, 2010: 43-44).

2.3.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah semua kegiatan seseorang baik yang bisa diamati maupun tidak bisa diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup mencegah atau melindungi diri dari

penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan jika sakit atau terkena masalah kesehatan. Menurut garis besar perilaku kesehatan dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

a. Perilaku sehat

Perilaku sehat mencakup perilaku terbuka dan tertutup dalam mencegah dari penyakit, penyebab penyakit dan perilaku dalam mengupayakan meningkatkan kesehatan. Contoh : konsumsi makanan bergizi seimbang, rutin olahraga, cuci tangan menggunakan sabun, tidak merokok dan sebagainya.

b. Perilaku sakit

Perilaku ini mencakup tindakan yang dilakukan seseorang ketika sakit untuk mendapatkan kesembuhan. Tempat untuk mendapatkan kesembuhan yaitu fasilitas pelayanan kesehatan baik yang tradisional maupun modern.

Menurut Becker tahun 1979 membedakan perilaku kesehatan terbagi menjadi 3 yaitu :

a. Perilaku sehat

Perilaku kesehatan adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan antara lain makan dengan menu seimbang, aktivitas fisik yang cukup teratur, tidak merokok dan minuman keras maupun narkoba, istirahat cukup, gaya hidup positif dan manajemen stres.

b. Perilaku sakit

Perilaku sakit adalah suatu perilaku kesehatan berkaitan dengan tindakan seseorang yang sakit untuk mendapatkan kesembuhan. Saat sakit ada beberapa perilaku kesehatan yang harus timbul antara lain diabaikan saja, melakukan pengobatan sendiri dan pergi ke pelayanan kesehatan.

c. Perilaku peran orang sakit

Orang yang sakit memiliki hak dan kewajiban. Adapun peran perilaku orang sakit antara lain upaya untuk memperoleh kesembuhan, mengenal fasilitas kesehatan yang tepat untuk mendapatkan kesembuhan, pasien memiliki

kewajiban mematuhi nasihat dokter, tidak melakukan sesuatu yang merugikan dan melakukan kewajiban agar penyakitnya tidak kambuh.

2.3.3 Domain Perilaku

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan bahwa domain dibedakan menjadi 3 yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Ahli pendidikan di Indonesia menyebutkan bahwa ketiga domain tersebut diartikan dalam cipta (kognitif), rasa (afektif) dan karsa (psikomotor). Domain bloom ini terus di kembangkan untuk kepentingan pendidikan menjadi 3 tingkat ranah perilaku diantaranya :

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau objek melalui indra yang dimiliki seperti : mata, hidung, telinga dan lain sebagainya. Pengetahuan yang diperoleh sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan indra pengelihatannya. Sedangkan pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar terbagi menjadi 6 tingkat pengetahuan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

b. Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap rangsangan atau objek tertentu dengan melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan seperti : senang dan tidak senang, setuju dan tidak setuju. Menurut Campbell (1950) mendefinisikan sikap dengan sederhana yaitu "*An individual's attitude is syndrome of response consistency with regard to object*", dengan penjelasan tersebut bisa ditarik kesimpulan bahwa sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek seperti: pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. Menurut Allport (1954) sikap terdiri dari 3 komponen pokok yaitu keyakinan, kehidupan emosional atau evaluasi dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen tersebut akan membentuk sikap utuh yang

didukung oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi. Pengetahuan sikap terbagi menjadi beberapa tingkatan berdasarkan intensitasnya yaitu menerima, menanggapi, menghargai dan bertanggung jawab.

c. Tindakan atau praktik

Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena dalam mewujudkan tindakan diperlukan dukungan faktor lain seperti adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Dalam praktiknya tindakan dibedakan menjadi 3 tingkatan yang dilihat berdasarkan kualitasnya yaitu praktik terpimpin atau seseorang masih melakukan sesuatu namun masih bergantung pada panduan, seseorang melakukan sesuatu dengan mengembangkan yang sudah ada sebelumnya (Notoatmodjo, 2010: 49-55).

2.3.4 Determinan Perilaku

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berasal dari internal dan eksternal. Faktor tersebut yang akan menentukan atau membentuk perilaku. Dalam bidang perilaku kesehatan terdapat 3 teori yang menjadi acuan dalam penelitian kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2010: 59) Ketiga teori tersebut adalah :

a. Teori Lawrence Green

Dalam teori ini Green membedakan 2 determinan masalah kesehatan yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku, dimana faktor perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu :

1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang seperti : sikap, pengetahuan, keyakinan, kepercayaan, tradisi, nilai-nilai dan sebagainya. Contohnya seorang ibu mau membawa anaknya ke posyandu karena ia tahu bahwa dilakukan penimbangan untuk mengetahui pertumbuhan anak.

2) Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah suatu tindakan yang terjadi karena adanya suatu fasilitas seperti sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku kesehatan seperti adanya posyandu, puskesmas, rumah sakit, tempat olahraga dan sebagainya.

3) Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat yaitu suatu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku. Terkadang seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat namun masih saja tidak melakukan karena tokoh masyarakat atau panutan di tempatnya tidak melakukan hal tersebut.

b. Teori Snehandu B. Karr

Dalam teorinya Karr mengidentifikasi adanya 5 determinan perilaku yaitu adanya niat, adanya dukungan dari masyarakat, terjangkaunya informasi, adanya otonomi atau kebebasan, adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan.

c. Teori WHO

Dalam teori ini WHO merumuskan mengapa seseorang melakukan suatu perilaku karena adanya 4 alasan pokok yang mendasari yaitu pemikiran dan perasaan, adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai, sumber daya yang menjadi pendukung terhadap perilaku seseorang dan sosio budaya yang berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010: 56-58).

2.4 Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)

2.4.1 Pengertian Kadarzi

Kadarzi (keluarga sadar gizi) merupakan masalah gizi yang dapat diselesaikan oleh keluarga pada setiap anggota keluarganya mulai dari mengenali masalah, mencegah hingga mengatasi masalah gizi yang terjadi dalam keluarga. Keluarga dapat dikatakan kadarzi jika melakukan perilaku gizi yang baik diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI saja pada

anak sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran (Depkes RI, 2007a: 9-11).

Banyak aspek yang harus dipelajari agar perilaku kadarzi tercapai. Aspek tersebut mencakup di beberapa tingkatan diantaranya tingkat keluarga, tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan dan tingkat pemerintah. Aspek yang ada di tingkat keluarga adalah pengetahuan, keterampilan, kepercayaan dan nilai norma yang berlaku. Faktor pendukung pada perubahan perilaku keluarga yang menjadi perhatian pada tingkat masyarakat diantaranya norma yang tumbuh di masyarakat dan stakeholder. Pelayanan preventif dan promotif menjadi cakupan di tingkat pelayanan kesehatan. Tingkat pemerintahan mencakup kebijakan pemerintah yang mendukung dan pelaksanaan kebijakan yang dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 2007: 5).

2.4.2 Indikator Kadarzi

Suatu keluarga dikatakan telah menerapkan perilaku kadarzi apabila telah melakukan 5 indikator perilaku sadar gizi. Penerapan 5 indikator perilaku kadarzi harus disesuaikan dengan karakteristik masing-masing keluarga diantaranya (Depkes RI, 2007a: 11-12).

Tabel 2.1 Penilaian Indikator Kadarzi berdasarkan Karakteristik Keluarga

No	Karakteristik Keluarga	Indikator Kadarzi					Keterangan
		1	2	3	4	5	
1.	Jika dalam keluarga terdapat ibu hamil, bayi 0-6 bulan dan balita 6-59 bulan	√	√	√	√	√	Indikator 5 yang digunakan adalah balita yang memperoleh kapsul vitamin A
2.	Jika dalam keluarga terdapat bayi 0-6 bulan dan balita 6-59 bulan	√	√	√	√	√	-
3.	Jika dalam keluarga terdapat ibu hamil dan balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	Indikator 5 yang digunakan adalah balita yang memperoleh kapsul vitamin A
4.	Jika dalam keluarga hanya terdapat ibu hamil	-	-	√	√	√	Indikator 5 yang digunakan adalah ibu hamil yang memperoleh TTD 90 tablet
5.	Jika dalam keluarga hanya terdapat bayi 0-6 bulan	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu nifas yang mendapatkan suplemen gizi
6.	Jika dalam keluarga hanya terdapat balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	-
7.	Jika dalam keluarga tidak memiliki bayi, balita dan ibu hamil	-	-	√	√	-	-

Keterangan :

1. Menimbang berat badan dengan rutin
2. Memberikan ASI eksklusif
3. Mengonsumsi makanan beraneka ragam
4. Menggunakan garam beryodium
5. Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran

Perilaku kadarzi dengan kejadian *stunting* erat kaitannya dengan peran orang tua terutama ibu. Kesadaran ibu terhadap gizi keluarga memiliki dampak besar dalam mempengaruhi kejadian *stunting*. Ibu memiliki peran yang besar dalam pemilihan dan mempersiapkan bahan makanan yang dikonsumsi balita (Uliyanti *et al.*, 2017: 71). Adapun indikator yang harus dilakukan agar suatu keluarga dikatakan kadarzi diantaranya :

a. Menimbang berat badan dengan rutin

Menimbang berat badan dengan rutin adalah balita yang datang ke posyandu setiap bulan kemudian ditimbang berat badannya lalu dicatat pada buku KIA minimal 4 kali dalam 6 bulan terakhir (Depkes RI, 2008: 5). Menimbang berat badan anak untuk menentukan kurva pertumbuhan. Pertumbuhan merupakan bertambahnya struktur tubuh dan ukuran fisik anak. Kurva pertumbuhan menjadi salah satu alat untuk mengevaluasi dan menilai pertumbuhan anak. Saat penimbangan berat badan banyak hal yang harus diperhatikan diantaranya penggunaan timbangan yang sama tiap kali melakukan penimbangan, menggunakan timbangan yang terkalibrasi baik dan memperhatikan pakaian ataupun sepatu yang dipakai saat ditimbang (Monika, 2014: 91). Penimbangan dikatakan rutin jika balita ditimbang 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir secara berturut-turut (Depkes RI, 2008: 4).

b. Memberikan ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian asi saja tanpa minuman dan makanan tambahan lain sejak bayi baru lahir sampai umur 6 bulan. Bahkan air putih pun tidak boleh diberikan saat tahap ASI eksklusif. Pemberian ASI dengan jumlah yang cukup menjadi makanan yang baik untuk bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi pada 6 bulan pertama. Makanan alamiah utama yang dapat diberikan pada bayi agar dapat menggapai tumbuh kembang yang optimal adalah pemberian ASI (Irianto, 2014: 298). Pemberian ASI dapat memberikan semua energi dan gizi yang dibutuhkan bayi selama 6 bulan pertama. Pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi kematian bayi yang disebabkan oleh berbagai penyakit umum yang menimpa anak seperti radang paru-paru, diare dan mempercepat pemulihan saat sakit (Yuliarti, 2010: 31).

c. Mengonsumsi makanan beraneka ragam

Konsumsi makanan beraneka ragam memiliki banyak manfaat untuk kesehatan. Makanan beraneka ragam adalah makanan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya. Jika kekurangan salah satu zat gizi pada suatu makanan maka akan dilengkapi dengan zat gizi tersebut yang didapatkan dari makanan lain. Mengonsumsi makanan beraneka

ragam akan menjamin semua sumber zat tenaga, zat pengatur dan zat pembangun akan terpenuhi (Alhamda & Sriani, 2015: 65). Konsumsi makanan dikatakan beragam apabila dalam sehari mengkonsumsi makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah (Kemenkes RI, 2014a: 4). Hasil penelitian Widyaningsih (2018) menyatakan adanya hubungan keragaman pangan dengan kejadian *stunting*. Balita yang memiliki asupan makan tidak beraneka ragam berisiko 3,213 kali akan mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki konsumsi makanan beraneka ragam (Widyaningsih *et al.*, 2018: 28).

d. Menggunakan garam beryodium

Garam beryodium adalah garam yang mengandung mineral yodium dengan bentuk KIO₃ (Kalium iodat) sebanyak 30-80 ppm. Pada tingkat rumah tangga, suatu keluarga dikatakan cukup dalam penggunaan garam beryodium jika ≥ 30 ppm. Jika penggunaan < 30 ppm maka dikatakan kurang dalam penggunaan garam beryodium. Penggunaan garam beryodium dapat mencegah terjadinya penyakit gondok dan menyembuhkan benjolan gondok. Untuk mengetahui kandungan iodium pada garam dapat dilakukan yodium tes dengan panduan berikut (Susanti & Citerawati, 2018: 6-7).

Tabel 2.2 Perubahan Warna Garam setelah Ditetesi Yodium Tes

No.	Warna Garam	Arti
1.	Ungu pekat	Garam mengandung yodium yang cukup
2.	Ungu pucat	Garam tidak mengandung yodium yang cukup
3.	Putih (tidak berubah warna)	Garam tidak mengandung yodium

e. Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran

Vitamin A merupakan salah satu dari berbagai vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Irianto, 2014: 69). Vitamin A berperan untuk penglihatan dan fungsi faal tubuh. Vitamin A memiliki fungsi untuk penglihatan yang normal dalam cahaya yang remang (Adriani & Wirjatmadi, 2016b: 104). Sumber vitamin A banyak ditemui pada sayuran berwarna hijau, buah-buahan, biji-bijian, umbi-umbian dan lauk sumber hewani (Irianto, 2014: 69). Konsumsi suplemen gizi dikatakan baik jika balita mengonsumsi kapsul vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun (Depkes RI, 2008: 7).

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kadarzi

a. Pendidikan ibu

Pendidikan gizi merupakan suatu proses merubah pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua atau masyarakat untuk mewujudkan status gizi yang baik (Irianto, 2014: 626). Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang dalam memahami suatu informasi. Orang tua dengan pendidikan rendah akan mempertahankan tradisi yang berkaitan dengan makanan seperti pantang makanan tertentu sehingga akan sulit menerima pengetahuan baru tentang gizi.

Pendidikan ibu berkaitan dengan status gizi anak karena ibu yang langsung mengasuh anaknya termasuk dalam hal menyiapkan dan pemberian makan anak. Ibu dengan pendidikan tinggi tidak menjamin memiliki pengetahuan yang baik dalam pengasuhan anak. Pada satu sisi pendidikan memiliki dampak positif. Ibu yang semakin paham tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan seperti pemenuhan gizi keluarga, namun di sisi lain pendidikan tinggi memiliki pengaruh pola hidup sehat termasuk konsumsi makanan akibat adanya perubahan nilai sosial (Septikasari, 2018: 46-47). Hal ini berdampak pada penerapan perilaku kadarzi.

b. Pengetahuan Ibu

Perilaku tidak selalu berdasarkan pengetahuan baik dan sikap yang positif. Pengetahuan dan sikap yang baik tidak selalu menghasilkan perilaku yang baik. Perilaku pemenuhan gizi pada balita yang masih kurang diakibatkan karena pengetahuan dan sikap hanya merupakan salah satu faktor pembentuk perilaku, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku (Septikasari, 2018: 49).

Ibu dengan pendidikan tinggi berpeluang lebih besar dalam memperoleh informasi sehingga akan meningkatkan pengetahuan ibu. Informasi yang didapat akan dipraktikkan pada anak dalam perawatan anak dan dalam menerapkan perilaku kadarzi yang akan berakibat pada status gizi anak (Rosha *et al.*, 2012: 37).

c. Status Pekerjaan Ibu

Seorang ibu yang bekerja diluar rumah cenderung memiliki waktu yang terbatas dalam melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan ibu yang tidak

bekerja sehingga berdampak pada pola pengasuhan anak yang menyebabkan perkembangan dan pertumbuhan anak terganggu (Mentari dan Hermansyah, 2018: 1). Ibu yang bekerja diluar rumah juga berpengaruh dalam penyiapan makanan bergizi. Hal tersebut berdampak pada pemilihan makanan cenderung memilih makanan cepat saji sehingga kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi (Septikasari, 2018: 47)

d. Pendapatan Keluarga

Pendapatan dalam suatu keluarga secara tidak langsung diakibatkan oleh pendidikan orang yang berkaitan dengan pekerjaan (Septikasari, 2018: 48). Keadaan ekonomi keluarga yang baik menjamin kebutuhan pokok anggota keluarganya terpenuhi. Menurut Hanani (2009) akibat tingginya kemiskinan maka akses pada pekerjaan dan pengelolaan sumber daya menjadi rendah yang menyebabkan pendapatan masyarakat menjadi rendah. Dampak dari pendapatan yang rendah dapat menyebabkan daya beli masyarakat menjadi rendah. Daya beli yang rendah menyebabkan pemenuhan kebutuhan dasar berupa kebutuhan pangan yang memenuhi pola pangan harapan tidak terpenuhi sehingga berdampak pada status gizi keluarga terutama anaknya (Septikasari, 2018: 52). Pendapatan keluarga yang memadai dapat menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat memenuhi kebutuhannya (Soetjiningsih & Ranuh, 2014: 66).

e. Sosial Budaya

Adat istiadat yang ada di suatu daerah memiliki pengaruh pada tumbuh kembang anak. Seperti halnya di salah satu adat yang ada di Bali, upacara agama harus sering kali dilakukan dimana suatu keluarga menyajikan sajian makanan dan buah-buahan sehingga sangat jarang ditemukan anak yang mengalami masalah gizi karena makanan dan buah tersebut langsung dimakan setelah melakukan upacara agama. Demikian pula, norma dan tabu yang ada di masyarakat seperti tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi daging karena dapat menyebabkan kecacingan (Soetjiningsih & Ranuh, 2014: 67-68). Hal tersebut memiliki pengaruh terhadap tumbuh kembang anak dan penerapan salah satu perilaku kadarzi yaitu konsumsi makanan yang beraneka ragam.

f. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi upaya pencegahan, peningkatan dan pengobatan baik pelayanan kesehatan konvensional maupun tradisional, alternatif dan komplementer melalui pelatihan dan pendidikan yang mengutamakan kualitas, keamanan dan manfaat. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier (Rachmat, 2017: 117-118). Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan preventif dan promotif sangat diperlukan untuk mewujudkan perilaku kadarzi. Pelayanan Kesehatan umumnya menitikberatkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes RI, 2007b: 7).

g. Peran Tokoh Masyarakat

Masalah kesehatan dan gizi bisa dianggap sebagai masalah keluarga sehingga kepedulian masyarakat dalam penanganan masalah gizi dan kesehatan masih sangat rendah. Keterlibatan dan perhatian pihak LSM di pusat dan daerah terhadap masalah kesehatan belum memadai. Peran tokoh agama dan tokoh masyarakat sebenarnya memiliki pengaruh yang sangat besar pada masyarakat namun hal ini belum berperan secara optimal. Hal ini juga perlu keterlibatan pihak swasta atau dunia usaha yang memiliki pengaruh besar terhadap promosi kadarzi (Depkes RI, 2007b: 7)

h. Kebijakan Pemerintah

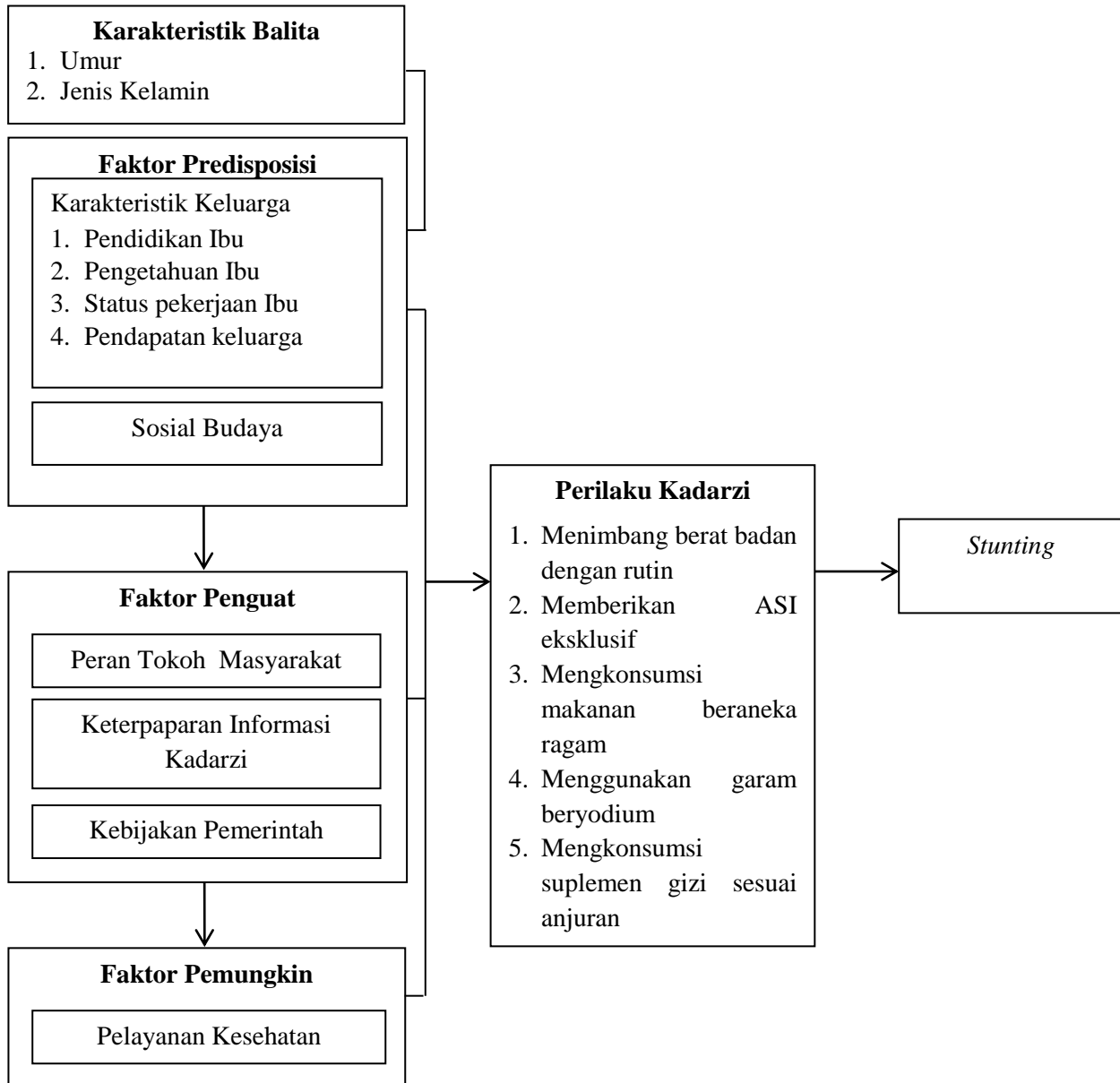
Pada tingkat pemerintah perlu adanya kebijakan pemerintah untuk mendukung terlaksananya perubahan perilaku kadarzi. Berlakunya otonomi daerah dan desentralisasi yang didukung oleh undang-undang Nomor 22 tahun 1999, bidang kesehatan termasuk salah satu kewenangan pemerintah daerah yang harus dipenuhi. Pemerintah daerah juga diwajibkan untuk melaksanakan Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang tertera pada Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 yang menyebutkan bahwa perilaku kadarzi merupakan bagian dari SPM. Tujuan adanya kebijakan dan peraturan yang mendukung kadarzi untuk menciptakan dan mengubah perilaku kadarzi (Depkes RI, 2007b: 7-12).

i. Keterpaparan Informasi Kadarzi

Strategi KIE merupakan suatu upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga dengan melakukan pembelajaran bersama masyarakat untuk dapat

mengenali, mengatasi dan mencegah masalah kesehatan anggota keluarganya, serta mengembangkan berbagai kegiatan yang menggunakan sumber daya masyarakat sesuai dengan budaya yang ada dan kebijakan yang mendukung upaya kadarzi (Depkes RI, 2007b: 10). Penyampaian komunikasi, informasi dan edukasi tentang perilaku kadarzi dapat dilakukan secara langsung melalui promosi ataupun secara tidak langsung melalui media berupa media massa, media cetak dan berbagai media lainnya (Depkes RI, 2007b: 16).

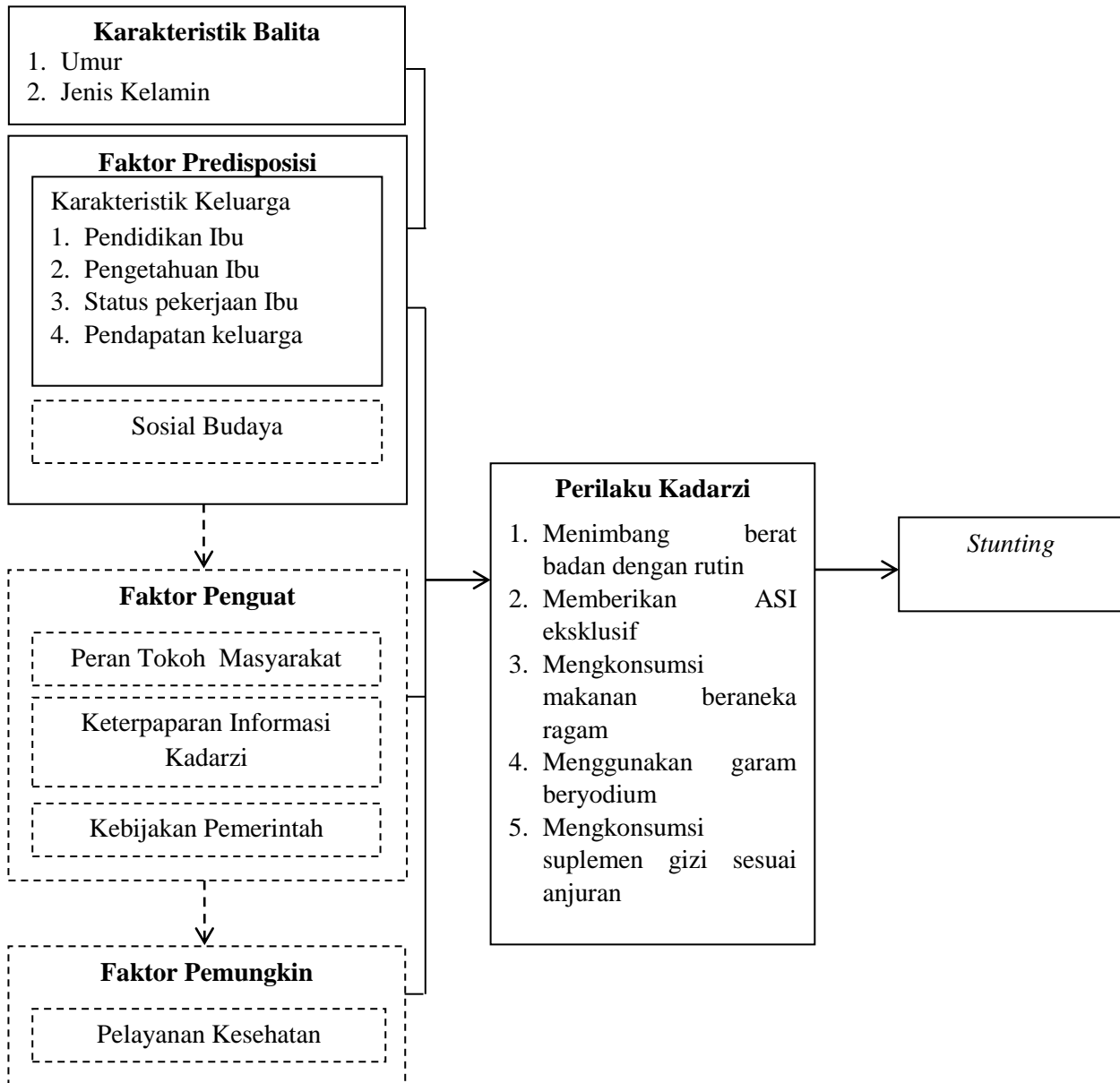
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari Teori Lawrence Green dalam (Notoatmodjo, 2010: 59), (Depkes RI, 2007: 5)

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

Keterangan :

	Variabel diteliti
	Variabel tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konseptual diatas, Penerapan perilaku kadarzi mempengaruhi terjadinya *stunting*. Suatu keluarga dikatakan kadarzi apabila menerapkan 5 indikator kadarzi yaitu menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran. Penerapan perilaku kadarzi dipengaruhi beberapa faktor diantaranya faktor predisposisi (karakteristik keluarga meliputi pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga), faktor penguat (peran tokoh masyarakat, keterpaparan informasi Kadarzi dan kebijakan pemerintah) dan faktor pemungkin (pelayanan kesehatan).

Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga), perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) dan *stunting* pada balita usia 24-59 bulan. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan penerapan perilaku kadarzi dan indikator perilaku kadarzi dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

2.7 Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga yang menerapkan perilaku kadarzi dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- b. Keluarga balita yang menimbang berat badan rutin dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

- c. Keluarga balita yang memberikan ASI eksklusif dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- d. Keluarga balita yang mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- e. Keluarga balita yang menggunakan garam beryodium dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- f. Keluarga balita yang mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dipakai pada penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian analitik adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang mengapa dan bagaimana kejadian gizi dan kesehatan dapat terjadi (Rachmat, 2016: 91). Penelitian ini menggunakan observasional karena peneliti hanya melakukan pengamatan pada subjek dan melakukan pengumpulan data tanpa adanya intervensi pada subjek penelitian (Sugiyono, 2015: 4). Pendekatan *cross sectional* merupakan suatu penelitian deskriptif dengan subjek penelitian yang diamati, diukur dan diminta jawaban hanya dalam waktu satu kali (Wibowo, 2014: 132). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember. Pada tahun 2018 prevalensi *stunting* tertinggi pertama ditemukan di Puskesmas Sumberjambe sebesar 32,32% dan dari 9 desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe sebesar 26% balita *stunting* ditemukan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian adalah waktu yang diperlukan peneliti mulai dari pengambilan data, penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian sampai penyusunan laporan hasil penelitian. Pengambilan data dilakukan pada bulan

November 2018. Penyusunan proposal, penelitian dan penyusunan hasil penelitian dilaksanakan pada bulan November 2018 sampai bulan Oktober 2019.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek karakteristik dan kualitas yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti sehingga dapat menjadi pelajaran untuk ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015: 80). Populasi penelitian ini adalah balita berumur 24-59 bulan yang tinggal di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember yang berjumlah 326 balita.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dijadikan objek penelitian (Rachmat, 2016: 211). Sampel dalam penelitian ini adalah ibu balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember yang memenuhi kriteria berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dipenuhi oleh setiap populasi untuk dijadikan sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012: 130). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini, yaitu :

- 1) Balita usia 24-59 bulan yang tinggal dan menetap di tempat penelitian
- 2) Ibu balita yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria anggota populasi yang tidak dapat dijadikan sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012: 130). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yaitu :

- 1) Balita yang mengalami cacat fisik (tidak memiliki kaki, anak *cerebral palsy*)

c. Besar Sampel

Rumus yang digunakan untuk menghitung besar sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus Lemeshow yaitu :

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

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,52 (1-0,52) \cdot 326}{(0,1)^2 \cdot (326-1) + (1,96)^2 \cdot 0,52 (1-0,52)}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,52 \cdot 156,48}{3,25 + 0,9589}$$

$$n = \frac{312,5895}{4,2089}$$

$$n = 74,3$$

$$n = 74$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Banyak populasi (326)

P = Proporsi suatu kejadian ($168/326 = 0,52$)

$Z^2 1-\alpha/2$ = Derajat kepercayaan (1,96)

d = Derajat kesalahan (0,1%)

Berdasarkan perhitungan diatas diperoleh jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 74 responden, untuk mengantisipasi subjek tidak patuh saat penelitian (*drop out*). Antisipasi dapat dilakukan dengan menambahkan jumlah subjek agar tetap terpenuhi melalui penetapan koreksi terhadap besar sampel (Sastroasmoro & Ismael, 2013:376). Rumus sampel koreksi sebagai berikut :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{74}{1-0,1}$$

$$n' = 82$$

Keterangan :

n' = sampel koreksi penelitian

n = sampel penelitian

f = kesalahan yang ditoleransi (10%)

Jadi jumlah sampel yang didapatkan setelah dikoreksi untuk mengantisipasi adanya *drop out* sebanyak 82 responden.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *simple random sampling*. Teknik *simple random sampling* merupakan suatu teknik pengambilan sampel secara acak pada populasi homogen tanpa memperhatikan strata yang ada di dalam suatu populasi (Sugiyono, 2015: 82). Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan cara melakukan undian. Berdasarkan hasil dari perhitungan sampel didapatkan sampel pada penelitian ini sebanyak 82 responden.

Rumus perhitungan sampel pada tiap posyandu di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember sebagai berikut:

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

nh = Besarnya sampel untuk sub populasi

Nh = Total masing-masing sub populasi

N = Total populasi keseluruhan

n = Besarnya sampel

Tabel 3.1 Jumlah Sampel tiap Posyandu di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe

No	Nama Posyandu	Nh	N	n	$nh = \frac{Nh}{N} \times n$
1.	Durian 61	47	326	82	12
2.	Durian 62	102	326	82	26
3.	Durian 63	33	326	82	8
4.	Durian 64	18	326	82	5
5.	Durian 65	44	326	82	11
6.	Durian 66	28	326	82	7
7.	Durian 67	21	326	82	5
8.	Durian 68	13	326	82	3
9.	Durian 69	20	326	82	5
Total Sampel					82

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu objek atau sifat, atau atribut atau nilai dari orang, atau kegiatan yang memiliki berbagai macam variasi yang telah ditetapkan oleh peneliti sehingga dapat dipelajari dan ditarik kesimpulan (Wibowo, 2014: 73). Terdapat 2 variabel dalam penelitian ini, yaitu:

a. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi adanya variabel terikat (Wibowo, 2014: 74). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga), penerapan perilaku kadarzi dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran).

b. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang memiliki ikatan dan hubungan dengan variabel bebas (Wibowo, 2014: 73). Variabel terikat umumnya hanya terdiri dari satu. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu *stunting* pada balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan suatu variabel berupa pengertian dan cara mengukurnya (Rachmat, 2016: 74). Definisi operasional dalam penelitian ini dipaparkan pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
Variabel Bebas					
1. Karakteristik Balita					
a.	Umur	Lamanya hidup seseorang mulai lahir hingga saat waktu penelitian dengan menggunakan perhitungan CDC 2000	Wawancara dengan kuesioner	1. 24-36 bulan 2. 37-48 bulan 3. 49-59 bulan (KPPA, 2018: 16)	Interval
b.	Jenis kelamin	Pengelompokan balita berdasarkan ciri genital (perempuan dan laki-laki).	Observasi	1. Laki- laki 2. Perempuan	Nominal
2. Karakteristik Keluarga					
a.	Pendidikan ibu	Pendidikan formal akhir yang telah ditamatkan oleh ibu	Wawancara dengan kuesioner	1. Pendidikan dasar (SD/MI/SMP/MTS/ sederajat) 2. Pendidikan menengah (SMA/SMK/MA/sederajat) 3. Pendidikan tinggi (D1,D2,D3,S1,S2, S3) (Depdiknas RI, 2003).	Ordinal
b.	Pengetahuan Ibu	Pengertian dan pemahaman ibu terkait pengertian, manfaat dan dampak dari tiap indikator kadarzi dan <i>stunting</i>	Wawancara dengan kuesioner	Skoring Benar = 1 Salah = 0 Terdiri dari 16 soal Kategori 1. Baik : skor jawaban benar > 80% 2. Sedang : skor jawaban benar 80-60% 3. Rendah : skor jawaban benar < 60% (Ni'mah & Muniroh, 2015: 86)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
c.	Status Pekerjaan Ibu	Status pekerjaan yang dilakukan ibu selain menjadi ibu rumah tangga	Wawancara dengan kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
d.	Pendapatan keluarga	Gaji/ hasil upah yang didapatkan selama 1 bulan oleh seluruh anggota keluarga yang telah bekerja	Wawancara dengan kuesioner	1. < UMK Rp. 2.170.917,80 2. \geq UMK Rp. 2.170.917,80 (UMK Kabupaten Jember, 2019)	Ordinal
3.Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)					
a.	Kadarzi (keluarga sadar gizi)	Keluarga yang mampu mengatasi masalah gizi anggota keluarganya mulai dari mengenali, mencegah dan mengatasi masalah gizi (menerapkan 5 indikator kadarzi diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makananan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran)	Melihat hasil wawancara dengan kuesioner dan <i>check list</i> indikator perilaku kadarzi	Skoring Kadarzi = 1 Belum kadarzi = 0 Kategori 1.Baik: jika menerapkan 5 indikator kadarzi dengan kategori baik (total skor 5) 2. Belum baik : tidak menerapkan salah satu indikator kadarzi dengan kategori baik (total skor <5) (Depkes RI, 2008:5).	Ordinal
Indikator Perilaku Kadarzi					
a.	Menimbang berat badan dengan rutin	Balita yang datang ke posyandu tiap bulan dan ditimbang berat badannya kemudian dicatat dalam buku KIA minimal 4 kali dalam 6 bulan terakhir berturut-turut.	Melihat catatan penimbangan di buku KIA dan wawancara dengan kuesioner (terdapat pada pertanyaan nomor 1-3)	Skoring Baik = 1 Belum baik = 0 Kategori 1.Baik : \geq 4 kali berturutan 2. Belum baik : < 4 kali berturutan (Kemenkes RI, 2016: 6)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
b.	Memberikan ASI eksklusif	Bayi diberi ASI saja tanpa makanan atau minuman apapun selain ASI sejak umur 0-6 bulan	Melihat catatan status ASI eksklusif pada buku KIA dan wawancara dengan kuesioner (terdapat pada pertanyaan nomor 4-6)	Skoring Baik = 1 Belum baik = 0 Kategori 1. Baik : Bila sampai 6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa makanan/minuman lain 2. Belum baik : diberikan makanan atau minuman selain ASI saat berumur 0-6 bulan (Yuliarti, 2010: 31)	Ordinal
c.	Mengonsumsi makanan beraneka ragam`	Balita yang mengonsumsi makanan beragam baik antar kelompok pangan yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah	Wawancara dengan FFQ (<i>Food Frequency Questionnaire</i>) dan wawancara dengan kuesioner (terdapat pada pertanyaan nomor 7-10)	Skoring Baik = 1 Belum baik = 0 Klasifikasi a. 1x/sehari b. > 1 kali sehari c. 3-6x/ seminggu d. 1-2x/ seminggu e. 1x/bulan f. 1x/tahun g. Tidak pernah Frekuensi makan Sering : memenuhi point a-c Jarang : memenuhi point d-f Tidak pernah : point g Kategori 1. Baik : jika tiap hari mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah 2. Belum baik : tidak tiap hari mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah (Kemenkes RI, 2014a: 4).	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
d.	Menggunakan garam beryodium	Keluarga memakai garam beryodium untuk memasak setiap hari	Melakukan pengujian dengan yodium tes dan wawancara dengan kuesioner (terdapat pada pertanyaan nomor 11-12)	Skoring Baik = 1 Belum baik = 0 Kategori 1. Baik : berwarna ungu pekat (beryodium) 2. Belum baik : tidak berubah warna (tidak beryodium) (Susanti & Citerawati, 2018: 7)	Ordinal
e.	Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran	Balita mendapatkan kapsul vitamin A warna merah setiap Februari dan Agustus dalam 1 tahun terakhir	Melihat catatan KIA dan wawancara dengan kuesioner (terdapat pada pertanyaan nomor 13-15)	Skoring Baik = 1 Belum baik = 0 Kategori 1. Baik : mendapat kapsul vitamin A merah pada bulan februari dan agustus dalam 1 tahun terakhir 2. Belum baik : jika tidak mendapatkan kapsul vitamin A merah pada bulan februari dan agustus dalam 1 tahun terakhir (Depkes RI, 2008).	Ordinal
Variabel Terikat					
1.	<i>Stunting</i>	Suatu keadaan tinggi badan tidak sesuai dengan indikator pengukuran TB/U atau PB/U yang mengacu pada standart WHO 2005.	Pengukuran TB/U menggunakan <i>microtoise</i>	1. <i>Severely stunting</i> : : Z-score < -3 SD 2. <i>Stunting</i> : Z-score < -2 3. Normal : Z-score \geq - 2 SD (Trihono <i>et al.</i> , 2015:17)	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber yang pertama (Rachmat, 2016: 177). Data primer pada penelitian ini adalah karakteristik responden (umur dan jenis kelamin balita), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberi ASI saja sejak bayi umur 0-6 bulan, konsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan konsumsi suplemen sesuai anjuran) yang didapatkan dari wawancara dengan menggunakan kuesioner dan melakukan yodium tes pada garam yang digunakan responden, selain itu juga bisa dilakukan dengan melihat catatan pada buku KIA dan pengukuran antropometri tinggi badan untuk mengetahui status *stunting* pada balita.

3.5.2 Data Sekunder

Data Sekunder merupakan suatu data yang telah tersedia sehingga peneliti dapat dengan mudah untuk mengumpulkan dan mencari data tersebut (Sumantri, 2015 : 224). Data sekunder pada penelitian ini adalah data balita *stunting* di tiap puskesmas yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember beserta jumlah balita *stunting* di wilayah Puskesmas Sumberjambe dan data jumlah balita tiap posyandu di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan suatu cara yang dilakukan untuk mengumpulkan data dengan cara wawancara, pengamatan, dokumentasi, angket, tes dan cara lainnya (Rachmad, 2016: 178). Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian yaitu:

a. Wawancara

Wawancara adalah salah satu cara pengumpulan data dengan melakukan *interview* atau tanya jawab secara langsung antara peneliti dengan responden (Rachmad, 2016: 186). Pada penelitian ini peneliti menggunakan 1 enumerator dengan tujuan membantu dalam pengumpulan data. Data yang akan dihasilkan dari wawancara dengan menggunakan kuesioner pada penelitian ini adalah karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, pemberian ASI eksklusif, konsumsi makanan beraneka ragam, penggunaan garam beryodium dan konsumsi suplemen gizi sesuai anjuran).

b. Studi Dokumen

Dokumen merupakan catatan yang telah berlalu baik berbentuk gambar, tulisan atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2015: 240). Pada penelitian ini melakukan studi dokumen dengan melihat catatan pada buku KIA tentang kerutinan menimbang berat badan, pemberian ASI eksklusif dan pemberian suplemen gizi sesuai anjuran.

c. Pengukuran

Pada penelitian ini tujuan dilakukan pengukuran untuk mengetahui status *stunting* pada balita. Alat ukur yang digunakan berupa *microtoise* karena balita yang akan menjadi sasaran penelitian adalah balita berumur 24-59 bulan. Jika hasil pengukuran tinggi badan menurut umur (TB/U) < -2 SD maka balita dikatakan *stunting*. Berikut prosedur penggunaan *microtoise* (Almatsier *et al.*, 2011: 94) yaitu :

- 1) *Microtoise* diletakkan pada lantai datar dan menempel dinding yang lurus.
- 2) Papan penggeser ditarik tegak lurus keatas sampai jendela baca menunjukkan angka 0 (nol), lalu paku bagian atas *microtoise*.
- 3) Untuk mengantisipasi perpindahan posisi pita, kira-kira 10 cm dari atas *microtoise* diberi lagi perekat.
- 4) Responden diminta untuk melepas topi atau alas kaki seperti sandal atau sepatu.

- 5) Memastikan alat geser berada di posisi atas.
- 6) Meminta responden untuk berdiri tegak tepat dibawah alat geser.
- 7) Bahu belakang, kepala, pantat, lengan, tumit menempel dinding dan pandangan lurus ke depan.
- 8) Alat geser digerakkan sampai menyentuh kepala bagian atas, namun bagian belakang alat geser harus tetap menempel pada dinding.
- 9) Membaca angka tinggi badan pada jendela baca kearah angka yang lebih besar (kebawah) dan membaca angka tepat pada garis merah.
- 10) Pengukuran lebih rendah dari ketelitian sampai satu angka dibelakang koma (0,1 cm).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini sebagai berikut.

a. Kuesioner

Kuesioner adalah suatu lembaran yang disusun secara berurutan berisi tentang kumpulan pertanyaan penelitian (Wibowo, 2014: 214). Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini berisi tentang karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, pemberian ASI eksklusif, konsumsi makanan beraneka ragam, penggunaan garam beryodium dan konsumsi suplemen gizi sesuai anjuran). Kuesioner untuk mengetahui keberagaman konsumsi makanan menggunakan kuesioner FFQ (*Food Frequency Questionnaire*).

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang digunakan pada penelitian adalah sebagai berikut:

a. Penyuntingan Data (*Editing*)

Editing merupakan suatu kegiatan yang dilakukan dengan melakukan pengecekan dan perbaikan pada kuesioner. Hasil dari wawancara yang didapatkan melalui kuesioner diedit terlebih dahulu. Jika data yang yang didapatkan tidak lengkap, maka kuesioner tersebut dikeluarkan karena tidak memungkinkan jika melakukan pengulangan wawancara (Notoatmodjo, 2012: 174-176).

b. Kartu Kode (*Coding Sheet*)

Kartu kode adalah suatu instrumen berbentuk kolom yang berisi data secara manual. Kartu kode berisi tentang nomor pertanyaan dan nomor responden. Jika semua kuesioner sudah diedit kemudian dilakukan pengkodean untuk mengubah kalimat atau huruf menjadi angka. Tujuan pemberian kode untuk memudahkan saat proses memasukkan data (Notoatmodjo, 2012: 174).

c. Memasukkan Data (*Data Entry*)

Data yang dimasukkan dengan mengisi kolom atau kartu kode berdasarkan jawaban dari tiap pertanyaan. Semua jawaban responden yang sudah berbentuk huruf atau angka dimasukkan dalam *software* komputer. *Software* yang akan digunakan adalah *SPSS for window*. Dalam proses memasukkan data sangat diperlukan ketelitian karena jika terjadi kesalahan dalam memasukkan data maka akan timbul bias (Notoatmodjo, 2012: 176-177).

d. Tabulasi

Tabel yang dibuat pada penelitian ini disesuaikan dengan keinginan peneliti agar hasil penelitian mudah dibaca dan dipahami oleh pembaca (Notoatmodjo, 2012: 176).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah pembuatan laporan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti agar mudah untuk dipahami dan dianalisis sesuai keinginan sehingga data tersaji dengan ringkas dan mudah dimengerti oleh pembaca. Teknik penyajian data biasanya dalam bentuk tabel, teks dan grafik (Notoatmodjo, 2012: 188). Penyajian data pada penelitian ini dalam bentuk tabel

dan teks berupa karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran).

3.7.3 Analisis Data

Suatu data tidak akan memiliki makna jika tidak dianalisis. Menganalisis data tidak hanya menginterpretasikan data yang sudah diolah. Hasil dari data yang analisis diharapkan dapat mengetahui hasil suatu penelitian (Notoatmodjo, 2012: 180). Analisis data pada penelitian ini, yaitu:

a. Analisis Univariat

Analisis Univariat adalah suatu analisis yang dilakukan terhadap variabel. Tujuan dilakukan analisis univariat untuk mengetahui konsep yang akan diukur sehingga dapat dianalisis lebih lanjut (Rachmat, 2016: 246). Analisis univariat pada penelitian ini adalah karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga) dan indikator kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah suatu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel (Rachmad, 2016: 246). Analisis bivariat pada penelitian dapat dilakukan pada variabel penerapan perilaku kadarzi dengan kejadian *stunting*, menimbang berat badan secara rutin dengan kejadian *stunting*, pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*, konsumsi makanan beraneka ragam dengan kejadian *stunting*, penggunaan garam beryodium dengan kejadian *stunting* dan konsumsi suplemen

gizi sesuai anjuran dengan kejadian *stunting*. Untuk dapat menganalisis dua variabel dapat dilakukan uji *chi-square* dengan bantuan SPSS.

- 1) Jika $p\text{-value} < 0,05$ maka H_0 ditolak
- 2) Jika $p\text{-value} > 0,05$ maka H_0 diterima

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Kuesioner yang akan digunakan untuk penelitian perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga harus dilakukan uji coba di lapangan. Responden yang akan digunakan untuk uji coba sebaiknya memiliki karakteristik responden sama dengan responden di tempat penelitian. Jumlah responden untuk uji coba minimal 20 orang agar hasil pengukuran mendekati normal (Notoatmodjo, 2012: 164). Uji validitas dan reabilitas pada penelitian ini dengan memberikan kuesioner pada ibu balita di Desa Pringgondani Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.8.1 Validitas Instrumen

Validitas instrumen adalah suatu alat ukur atau instrumen dengan mengukur sesuatu yang harus diukur untuk mendapatkan data (Sugiyono, 2015: 121). Untuk mengetahui kuesioner yang sudah dibuat dapat mengukur yang akan diukur, maka perlu dilakukan uji tiap item pertanyaan dengan total nilai kuesioner (Korelasi antar nilai) (Notoatmodjo, 2012: 164). Instrumen dikatakan valid jika setelah dilakukan uji validitas instrumen dengan menggunakan teknik *product moment* dimana nilai r hitung $>$ r tabel. Kuisisioner pengetahuan pada mulanya terdiri dari 20 pertanyaan setelah dilakukan uji validitas sebanyak 16 pertanyaan yang valid.

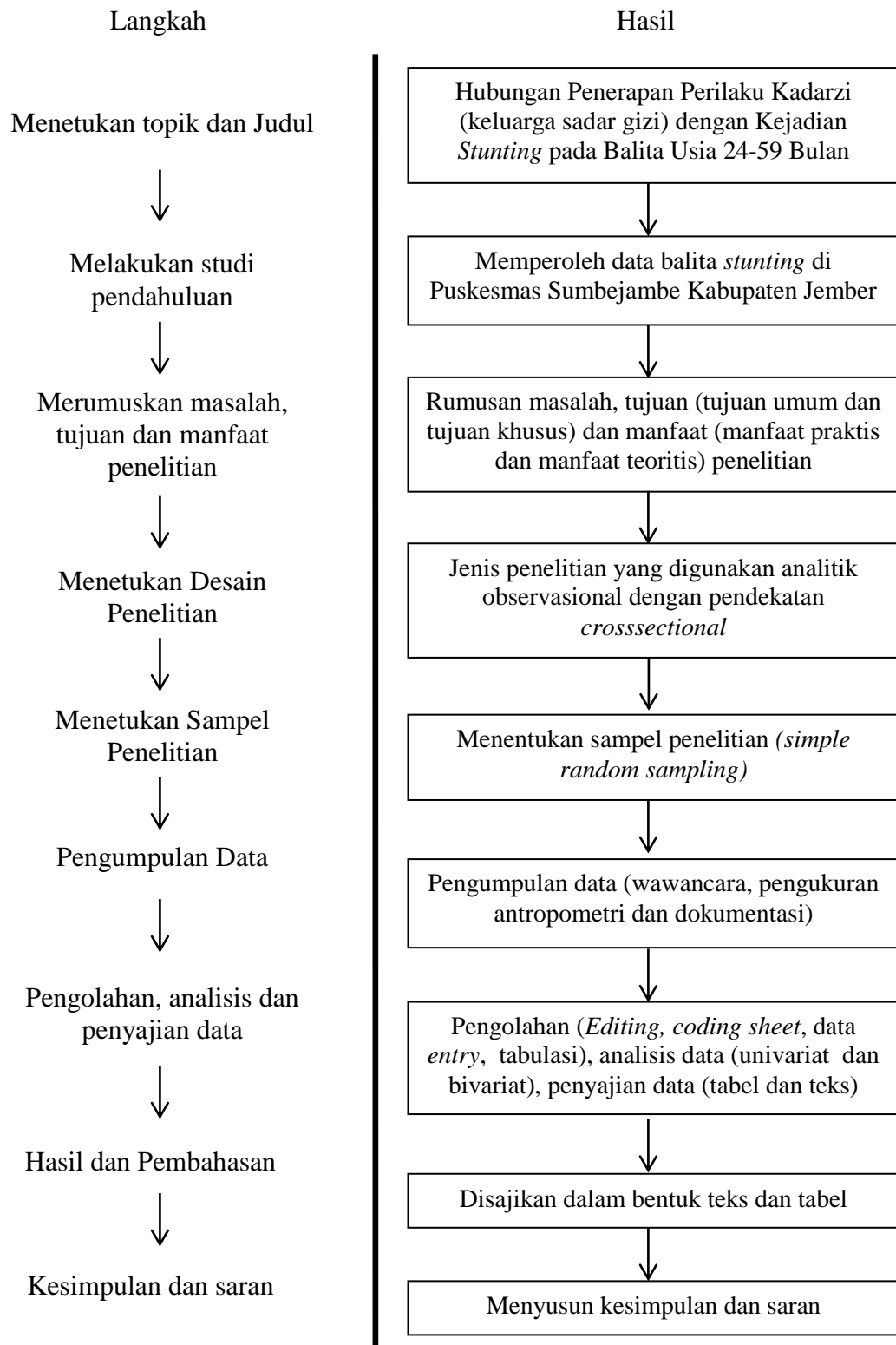
3.8.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas instrumen merupakan suatu alat ukur yang digunakan dalam waktu yang tidak sama dengan ciri-ciri reliabilitas untuk menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2015: 121). Uji reliabilitas digunakan untuk mengukur sejauh mana instrumen dapat dipercaya. Pengukuran reabilitas dapat dilakukan ketika

pertanyaan sudah valid (Hastono, 2016: 62). Setelah dilakukan uji reliabilitas pada 16 pertanyaan yang valid dihasilkan 16 pertanyaan yang reliabel. Uji yang dapat dilakukan untuk mengetahui reabilitas dengan uji *Combach Alpha*.

- a. Variabel reliabel : jika *Combach Alpha* $\geq 0,6$
- b. Variabel tidak reliabel: jika *Combach Alpha* $< 0,6$

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember sebesar 52,4%. Prevalensi *stunting* di Desa Jambearum lebih dari 40% sehingga termasuk kategori serius dan menjadi permasalahan kesehatan yang harus segera diselesaikan.
- b. Karakteristik balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember meliputi umur 24-36 bulan sebesar 39,0% dan balita berjenis kelamin laki-laki sebesar 56,1%.
- c. Karakteristik keluarga balita di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember meliputi tingkat pendidikan ibu dasar sebesar 89,0%, tingkat pengetahuan ibu rendah sebesar 86,6%, status pekerjaan ibu tidak bekerja sebesar 76,8% dan pendapatan keluarga < UMK Rp. 2.170.917,80 sebesar 82,9%.
- d. Keluarga balita yang belum menerapkan perilaku kadarzi sebesar 95,1%, keluarga balita yang menimbang berat badannya dengan kategori baik sebesar 82,9%, keluarga balita yang memberikan ASI eksklusif dengan kategori baik sebesar 57,3%, balita yang mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan kategori belum baik sebesar 87,8%, keluarga balita yang menggunakan garam beryodium dengan kategori baik sebesar 61% dan balita yang mendapatkan suplemen gizi sesuai anjuran dengan kategori baik sebesar 73,2%.
- e. Keluarga yang menerapkan perilaku kadarzi dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- f. Keluarga balita yang menimbang berat badan rutin dengan baik kemungkinan tidak lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

- g. Keluarga balita yang memberikan ASI eksklusif dengan baik kemungkinan tidak lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- h. Keluarga balita yang mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- i. Keluarga balita yang menggunakan garam beryodium dengan baik kemungkinan akan lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- j. Keluarga balita yang mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran dengan baik kemungkinan tidak lebih rendah mengalami kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

5.2 Saran

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 - 1) Dinas kesehatan Kabupaten Jember diharapkan mengadakan program untuk mencegah *stunting* dengan melakukan pemberian suplemen gizi selain vitamin A seperti pemberian tablet zink pada balita dengan dosis 10 mg/hari pada saat posyandu.
 - 2) Dinas kesehatan Kabupaten Jember diharapkan bekerja sama dengan Puskesmas Sumberjambe untuk melakukan pemasangan baleho atau poster tentang pentingnya kadarzi dan bahaya *stunting* di balai desa dan jalan desa.
 - 3) Dinas kesehatan Kabupaten Jember diharapkan lebih mengoptimalkan bekerja sama dengan kantor desa/kelurahan setempat untuk tidak mengeluarkan surat keterangan boleh menikah jika pasangan calon

pengantin belum memenuhi batas minimal usia menikah. Hal ini untuk mencegah terjadinya pernikahan dini.

b. Bagi Puskesmas Sumberjambe

- 1) Puskesmas Sumberjambe diharapkan rutin melakukan survei kadarzi setiap tahun dan diselingi dengan penyuluhan tentang kadarzi saat mendatangi rumah warga agar masyarakat lebih mengetahui pentingnya penerapan perilaku kadarzi dalam keluarga.
- 2) Puskesmas Sumberjambe diharapkan lebih optimal lagi dalam bekerja sama dengan semua sekolah PAUD dan KB yang ada di Kecamatan Sumberjambe untuk mengadakan makan bersama di setiap sekolah berupa makanan beraneka ragam yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah minimal 1 kali dalam seminggu.
- 3) Puskesmas Sumberjambe diharapkan lebih optimal lagi melakukan peningkatan pengetahuan ibu terkait perilaku kadarzi dan *stunting* melalui bidan desa dan kader desa dengan melakukan penyuluhan terkait pentingnya penerapan perilaku kadarzi dan bahaya *stunting* bagi balita saat posyandu berlangsung.
- 4) Puskesmas Sumberjambe diharapkan menghimbau kepada bidan desa untuk mencatat dan melakukan kunjungan rumah bagi balita yang belum mendapatkan suplemen vitamin A.

c. Bagi Masyarakat

- 1) Keluarga balita diharapkan membantu ibu dalam memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan balita, pola asuh pada balita, perawatan kebersihan balita dan menerapkan perilaku kadarzi (menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran) agar balita tidak berisiko *stunting*.
- 2) Keluarga balita diharapkan setiap hari menyediakan dan memberikan makanan beraneka ragam pada balita yang terdiri dari makanan pokok,

lauk-pauk, sayur dan buah terutama dalam penyediaan buah meskipun buah yang disediakan didapatkan dari kebun pribadi.

- 3) Keluarga balita diharapkan menggunakan garam beryodium karena yodium pada garam dapat mempengaruhi tinggi badan sehingga balita tidak berisiko *stunting*.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1) Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian dengan menggunakan desain *case control*.
- 2) Peneliti selanjutnya diharapkan meneliti variabel yang belum diteliti dalam penelitian ini seperti panjang badan ketika lahir dan pola asuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditianti., Prihatini, S., & Hermina. 2016. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Individu tentang Makanan Beraneka Ragam sebagai Salah Satu Indikator Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). *Jurnal Buletin Penelitian Kesehatan*. 44(2): 117-126.
- Adriani, M & Wirjatmadi, B. 2014. *Gizi dan Kesehatan Balita*. Jakarta: Kencana.
- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. 2016a. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kencana
- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. 2016b. *Peranan gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana
- Alhamda, S., & Sriani, Y. 2015. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Deepublish
- Almatsier. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, S., Susirah, S., & Moesijanti, S. 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Umum
- Anindita, P. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein dan Zinc dengan *Stunting* pada Balita Usia 6-35 Bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2):617-626.
- Apriani, L. 2018. Hubungan Karakteristik Ibu, Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan Kejadian *Stunting* (Studi kasus pada baduta 6 - 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pucang Sawit Kota Surakarta). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 6(4): 198-205.
- Astutik, Rahfiludin, M.Z., & Aruben, R. 2018. Faktor Risiko Kejadian *Stunting* Pada Anak Balita Usia 24-59 Bulan (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 6(1):409-418.

Ayustawati. 2019. *Kehamilan*. Bali: Informasi Medika.

Dahlia, S. 2014. Pengaruh Pendekatan Positive Deviance terhadap Peningkatan Status Gizi Balita. *Jurnal Media Gizi Masyarakat Indonesia*, 2(1):1-5.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007a. *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007b. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Pedoman Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi Kesehatan Masyarakat.

Departemen Pendidikan Nasional. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.

Destiadi, A., Nindya, T.S., & Sumarmi, S. 2015. Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat Badan sebagai Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 3-5 Tahun. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 10(1):71-75.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Angka Balita Stunting Bulan September Tahun 2018*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Fatimah, N.S.H., & Wirjatmadi, R.B. 2018. Tingkat Kecukupan Vitamin A, Seng dan Zat Besi serta Frekuensi Infeksi pada Balita *Stunting* dan Non *Stunting*. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 13(2):168-175.

Fitri, L. 2017. Hubungan BBLR dan ASI eksklusif dengan Kejadian *Stunting* di Puskesmas Lima Puluh Pekanbaru. *Jurnal Endurance*. 3(1): 131-137.

- Hapsari, W. 2018. Hubungan Pendapatan Keluarga, Pengetahuan Ibu tentang Gizi, Tinggi Badan Orang Tua dan Tingkat Pendidikan Ayah dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Umur 12-59 Bulan. Dipublikasikan. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hariyadi, D. 2016. Asupan Suplemen Bukan Determinan Kejadian *Stunting* pada Balita (1-3 Tahun). *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 2(2):108-112.
- Hariyadi, D., & Ekayanti, I. 2011. Analisis Pengaruh Perilaku Keluarga Sadar Gizi terhadap *Stunting* di Propinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*, 34(1):71-80.
- Hastono, S.P. 2016. *Analisis Data Bidang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Hidayat, A.A. 2010. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hizni, A., Julia, M., & Gamayanti, I.L., 2016. Status *Stunted* dan Hubungannya dengan Perkembangan Anak Balita di Wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemahwungkuk Kota Cirebon. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 6(1): 131-137.
- Illahi, R.K. 2017. Hubungan Pendapatan Keluarga, berat lahir dan Panjang lahir dengan Kejadian *Stunting* Balita 24-59 Bulan di Bangkalan. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 3(1):1-14.
- Imelda., Rahman N., & Nur R. 2018. Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Umur 2-5 Tahun di Puskesmas Biromaru. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, 2(1): 39-43.
- Indriani, D., Dewi, Y.L.R., Murti, B., & Qadrijati, I. 2018. Prenatal Factors Associated with the Risk of *Stunting*: A Multilevel Analysis Evidence From Nganjuk, East Java. *Jornal Of Maternal and Child Health*, 3 (4): 294-300.
- Indrati, R & Gardjito, M. 2013. *Pendidikan Konsumsi Pangan*. Jakarta: PT. Fajar Interpramata Mandiri.
- Irianto, K. 2014. *Gizi Seimbang dalam Kesehatan Reproduksi*. Bandung: Alfabeta.

- Irvania, A., Ibrahim & Ratih, F. 2015. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian *Stunting* Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barombang Kota Makassar Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1):63-75.
- Karolina, E., Nasution, E., & Aritonang, E.Y. 2013. Hubungan Perilaku Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kecamatan Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues Tahun 2012. *Jurnal Gizi Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi*, 2(2): 1-10.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014a. *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014c. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Bulan Kapsul Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan dan Crash Program Campak*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018a. *Cegah Stunting itu Penting*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018b. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017*. Jakarta : Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018c. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018d. *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. 2018. *Profil Anak Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
- Laksono, A. 2013. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Mahardika, P.T.N., Suyatno & Kartini, A. 2019. Perbedaan Kadar Ekskresi Yodium Urin (EYU) Konsumsi Garam Beryodium dan Tinggi Badan Anak Baru Sekolah (TBABS)(Studi di Daerah Replete dan Non Replete Gaky Kabupaten Magelang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1): 304-313.
- Mentari, S., & Hermansyah, A. 2018. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status *Stunting* Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja UPK Puskesmas Siantan Hulu. *Jurnal Gizi Pontianak*, 1(1):1-5
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standart Vitamin A bagi Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Mitra. 2015. Permasalahan Anak Pendek (*Stunting*) dan Intervensi untuk Mencegah terjadinya *Stunting* (Suatu Kajian Kepustakaan). *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(6): 254-261
- Monika, F.B. 2014. *Buku Pintar ASI dan Menyusui*. Jakarta Selatan: PT.Mizan Publika.
- Mugianti, S., Mulyadi, A., Anam, A.K., & Najah, Z.K. 2018. Faktor Penyebab Anak *Stunting* Usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *Jurnal Ners dan Kebidanan*. 5(3): 268-278.
- Muliah, N., Wardoyo, A.S & Mahmudiono, T. 2017. Hubungan Frekuensi Penimbangan, Penggunaan Garam Beryodium dan Pemberian Vitamin A dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Media Gizi*. 12(1): 40-46.

- Nabusa, C.D., Juffrie, M., & Huriyati E. 2013. Riwayat Pola Asuh, Pola Makan, Asupan Zat Gizi Berhubungan dengan *Stunting* Pada Anak 24-59 Bulan di Biboki Utara, Timur Tengah Utara, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Diet Indonesia*, 1(3):26-31.
- Ni'mah, C., & Muniroh, L. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan *Wasting* dan *Stunting* pada Balita Keluarga Miskin. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 10(1):84-90.
- Ni'mah, K., & Nadiroh, S.R. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10(1):13-19
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pormes, W.E., Rompas, S., & Ismanto, A.Y. 2014. Hubungan Pengetahuan Orang Tua tentang Gizi dengan Kejadian *Stunting* Pada Anak Usia 4-5 Tahun di TK Malaekat Pelindung Manado. *Jurnal Keperawatan*, 2(2):1-6.
- Rachmad, H.H. 2017. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Rachmat, M. 2016. *Metodologi Penelitian Gizi dan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O., & Rahman F. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 10(2):67-73.
- Rahmayana. Ibrahim, A.A., & Damayanti, D.S. 2014. Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Kejadian *Stunting* Anak Usia 24-59 Bulan Di Posyandu Asoka II Wilayah Pesisir Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar Tahun 2014. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 6(2): 424-436
- Rosha, B.C., Hardiansyah & Baliwati, Y.F. 2012. Analisis Determinan *Stunting* Anak 0-23 bulan pada Daerah Miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur. *Jurnal gizi dan makanan*, 35(1):34-41.

- Rukmana, E., Briawan, D., & Ekayanti, I. 2016. Faktor Risiko *Stunting* Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kota Bogor. *Jurnal MKMI*. 12(3): 192-199.
- Sandjojo, E.P. 2017. *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting*. Jakarta: Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. 2014. *Dasar Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Satriawan, E. 2018. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- Septiari, B.A. 2012. *Mencetak Balita Cerdas dan Pola Asuh Orang Tua*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Septikasari, M. 2018. *Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta: UNY Press.
- Setiawan, E., Machmud, R., & Masrul. 2018. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2): 275-284.
- Sugiani, H., Previanti, P., Sukrido, & Pratomo,U. 2015. Penentuan Pengaruh Pemanasan dan Waktu Penyimpanan Garam Beryodium Terhadap Kalium Iodat. *Jurnal Chimica et Natura Acta*. 3(2):66-69.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistyaningsih, D.A., Panunggal, B., & Murbawani, E.A. 2018. Status Iodium Urine dan Asupan Iodium pada Anak *Stunting* Usia 12-24 Bulan. *Jurnal MGMI*, 9(2): 73-82.
- Sulistyoningih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Sumantri, A. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup
- Sunartyo, N. 2009. *Panduan Merawat Bayi dan Balita Agar Tumbuh Sehat dan Cerdas*. Jogjakarta: Diva Press.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., & Fajar I. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Susanti, N., & Citerawati, Y.W. 2018. *NCP Komunitas*. Malang: Wineka Media.
- Sutomo, B., & Anggraini, D.Y. 2010. *Menu Sehat Alami untuk Batita dan Balita*. Jakarta: Demedia.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. *100 Kabupaten/ Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Indonesia.
- Trihono, A., Tjandrarini, D.W., Irawati, A., Utami, N.H., Tejayanti, T., & Nurlinawati, I. 2015. *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Uliyanti, Tamtomo, D.G., & Anantanyu, A. 2017. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 3(2):67-77.
- Welasasih B.D., & Wirjatmadi R.B. 2012. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita *Stunting*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 8(2): 99-104.
- Wellina, W.F., Kartasurya, M.I., & Rahfilludin, M.Z. 2016 Faktor Risiko *Stunting* pada Anak Umur 12-24 Bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*, 5(1):55-61.
- Wibowo, A. 2014. *Metodologi Penelitian Praktis bidang Kesehatan*. Jakarta: PT. Praja Grafindo Parseda.
- Widyaningsih, N.N., Kusnandar, & Anantanyu, S. 2018. Keragaman Pangan, Pola Asuh Makan dan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*, 7(1):22-29.

Wijayanti, S., & Nindya, T.S. 2017. Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Status Gizi Balita di Tulungagung. *Jurnal Gizi Indonesia*. 2(1): 378-388.

Yuliarti, N. 2010. *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil*. Yogyakarta: Andi Offset.

Zakaria, M.,& Arumsari, D. 2018. *Jeli Membangun Karakter Anak*. Jakarta. Bhuana Ilmu Populer.

LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Pernyataan

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan S-1 dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir yang wajib diselesaikan. Tujuan dilakukan penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan penerapan perilaku kadarzi (keluarga sadar gizi) dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Dengan hormat peneliti meminta kesediaan saudara untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang diajukan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Kerahasiaan identitas dan jawaban saudara akan mendapatkan kode etik penelitian. Penelitian ini semata-mata hanya untuk bahan penyusunan skripsi.

Atas kesediaan saudara untuk mengisi kuesioner penelitian yang diajukan, peneliti mengucapkan banyak ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya.

Jember,.....2019

(Zubdatul Widad)

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN
(*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

No.HP :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian dari :

Nama : Zubdatul Widad

Nim : 152110101086

Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (keluarga sadar gizi)
dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di
Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan risiko atau dampak apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal yang belum dipahami dan telah mendapatkan jawaban yang jelas serta peneliti menjamin kerahasiaan jawaban dari responden.

Dengan ini saya menyatakan sukarela dan bersedia untuk menjadi responden pada penelitian ini.

Jember,.....2019

(.....)

Lampiran C. Check List Indikator Kadarzi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93-Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878,331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

CHECK LIST INDIKATOR KADARZI

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda \surd jika keluarga melaksanakan indikator perilaku kadarzi

Berilah tanda x jika keluarga belum melaksanakan indikator perilaku kadarzi

No.	Indikator	Kriteria	Hasil	Skor
1.	Menimbang berat badan dengan rutin	Bila menimbang ≥ 4 berturut –turut kali dalam 6 bulan terakhir		
2.	Memberikan ASI Eksklusif	Bila saat bayi umur 0-6 bulan diberikan ASI eksklusif		
3.	Mengonsumsi Makanan beraneka ragam	Setiap hari mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah dalam 2 hari terakhir		
4.	Menggunakan garam beryodium	Jika ditetesi yodium tes berwarna ungu (beriodium)		
5.	Memberikan suplemen gizi/ vitamin A sesuai anjuran	Mendapatkan kapsul vitamin A warna merah pada bulan agustus dan februari dalam 1 tahun terakhir		
TOTAL SKOR				

Lampiran D. Kuesioner Penelitian



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93-Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878,331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

KUESIONER PENELITIAN

Judul : Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan
Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa
Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Identitas Responden

Tanggal Penelitian :

Kode Responden :

Nama Responden :

Karakteristik Balita

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Nama Balita	
2.	Nama Posyandu/Dusun	
3.	Tanggal Lahir Balita	
4.	Umur	<input type="checkbox"/> 24-36 bulan <input type="checkbox"/> 37-48 bulan <input type="checkbox"/> 49-59 bulan
5.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
6.	Tinggi Badancm
7.	Status Gizi	<input type="checkbox"/> <i>Severely Stunting</i> <input type="checkbox"/> <i>Stunting</i> <input type="checkbox"/> Normal

Karakteristik Keluarga

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Tingkat pendidikan terakhir ibu	<input type="checkbox"/> Tidak tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SD/MI sederajat <input type="checkbox"/> Tamat SMP/MTS sederajat <input type="checkbox"/> Tamat SMA/MA/SMK sederajat <input type="checkbox"/> Tamat D1/D3/S1/S2/S3
2.	Status pekerjaan ibu	<input type="checkbox"/> Bekerja <input type="checkbox"/> Tidak bekerja
3.	Pendapatan keluarga per bulan	<input type="checkbox"/> < Rp. 2.170.917,80 <input type="checkbox"/> ≥ Rp. 2.170.917,80

Indikator Perilaku Kadarzi

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah anak ibu pernah ditimbang?	a. Ya b. Tidak
2.	Apakah balita dalam keluarga ini ditimbang setiap bulan?	a. Ya b. Tidak
3.	Sudah berapa kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir?	a. ≥ 4 kali b. < 4 kali
4.	Apakah ibu dulu pernah memberikan ASI kepada bayi ibu?	a. Ya b. Tidak
5.	Pada saat anak berusia 0-6 bulan, apakah ibu pernah memberikan makanan lain (seperti pisang, bubur, susu formula dan sebagainya)?	a. Ya b. Tidak
6.	Berapa umur anak ibu pertama kali diberikan makanan atau minuman selain ASI?	a. ≥ 6 bulan b. < 6 bulan
7.	Bagaimana frekuensi balita mengkonsumsi nasi?	a. Setiap hari/minggu b. 1 kali/minggu c. 1 kali/bulan d. 1 kali/tahun
8.	Bagaimana frekuensi balita mengkonsumsi lauk pauk ?	a. Setiap hari/minggu b. 1 kali/minggu c. 1 kali/bulan d. 1 kali/tahun
9.	Bagaimana frekuensi balita mengkonsumsi sayur?	a. Setiap hari/minggu b. 1 kali/minggu c. 1 kali/bulan d. 1 kali/tahun
10.	Bagaimana frekuensi balita mengkonsumsi buah?	a. Setiap hari/minggu b. 1 kali/minggu c. 1 kali/bulan d. 1 kali/tahun

11.	Apakah ibu menggunakan garam setiap kali memasak?	a. Ya b. Tidak
12.	Apa jenis garam yang digunakan ibu untuk memasak?	a. Garam halus b. Garam bata/kasar
13.	Apakah anak ibu pernah mendapatkan suplementasi vitamin A?	a. Ya b. Tidak
14.	Apakah pada bulan february balita ibu diberikan suplementasi vitamin A?	a. Ya b. Tidak
15.	Apakah pada bulan agustus balita ibu diberikan suplementasi vitamin A?	a. Ya b. Tidak

Lampiran E. Kuesioner Pengetahuan Ibu tentang Kadarzi dan *Stunting*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93-Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878,331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Petunjuk pengisian : berilah tanda (√) pada jawaban benar atau salah pernyataan dibawah ini!

No.	Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Untuk mengetahui pertumbuhan anak dapat dilakukan penimbangan setiap hari		
2.	Penimbangan balita diperlukan untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan balita		
3.	ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan pada bayi sejak umur 0-8 bulan tanpa tambahan makanan apapun		
4.	Bayi sebelum berusia 6 bulan perlu diberikan makanan selain ASI agar lebih kenyang		
5.	Makanan bergizi adalah makanan yang mengenyangkan		
6.	Konsumsi makanan beraneka ragam mempengaruhi status gizi dan kesehatan anak		
7.	Makanan yang sehat untuk anak cukup makanan yang mengandung karbohidrat dan lemak		
8.	Penggunaan garam beryodium tidak memiliki pengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan anak		
9.	Penggunaan garam kasar lebih baik dari pada garam halus		
10.	Suplemen vitamin A cukup diberikan 1 kali dalam 1 tahun		
11.	Pemberian vitamin A dapat mempengaruhi tinggi badan		
12.	<i>Stunting</i> adalah tinggi badan anak yang sesuai dengan usianya		
13.	Anak <i>stunting</i> memiliki ciri-ciri pertumbuhan gigi dan tanda pubertas terlambat		
14.	Anak yang lahir dengan berat badan < 2500 gram tidak berisiko <i>stunting</i>		
15.	Anak yang mengalami <i>stunting</i> disebabkan karena asupan makan yang kurang dalam waktu yang cukup lama		
16.	<i>Stunting</i> tidak memiliki pengaruh pada kecerdasan anak		

Kunci Jawaban :

1. Salah
2. Benar
3. Salah
4. Salah
5. Salah
6. Benar
7. Salah
8. Salah
9. Salah
10. Salah
11. Benar
12. Salah
13. Benar
14. Salah
15. Benar
16. Salah

Lampiran G. Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Correlations		
		Total pengetahuan
pengetahuan 1	Pearson Correlation	,516 ^{**}
	Sig. (1-tailed)	0,010
	N	20
pengetahuan 2	Pearson Correlation	,566 ^{**}
	Sig. (1-tailed)	0,005
	N	20
pengetahuan 3	Pearson Correlation	,491 [*]
	Sig. (1-tailed)	0,014
	N	20
pengetahuan 4	Pearson Correlation	,516 ^{**}
	Sig. (1-tailed)	0,010
	N	20
pengetahuan 5	Pearson Correlation	0,210
	Sig. (1-tailed)	0,187
	N	20
pengetahuan 6	Pearson Correlation	,566 ^{**}
	Sig. (1-tailed)	0,005
	N	20
pengetahuan 7	Pearson Correlation	,692 ^{**}
	Sig. (1-tailed)	0,000
	N	20
pengetahuan 8	Pearson Correlation	,495 [*]
	Sig. (1-tailed)	0,013
	N	20
pengetahuan 9	Pearson Correlation	-0,105
	Sig. (1-tailed)	0,330
	N	20
pengetahuan 10	Pearson Correlation	,485 [*]
	Sig. (1-tailed)	0,015
	N	20
pengetahuan 11	Pearson Correlation	,498 [*]
	Sig. (1-tailed)	0,013
	N	20

pengetahuan 12	Pearson Correlation	,576**
	Sig. (1-tailed)	0,004
	N	20
pengetahuan 13	Pearson Correlation	0,118
	Sig. (1-tailed)	0,311
	N	20
pengetahuan 14	Pearson Correlation	,651**
	Sig. (1-tailed)	0,001
	N	20
pengetahuan 15	Pearson Correlation	,485*
	Sig. (1-tailed)	0,015
	N	20
pengetahuan 16	Pearson Correlation	,588**
	Sig. (1-tailed)	0,003
	N	20
pengetahuan 17	Pearson Correlation	,524**
	Sig. (1-tailed)	0,009
	N	20
pengetahuan 18	Pearson Correlation	0,072
	Sig. (1-tailed)	0,381
	N	20
pengetahuan 19	Pearson Correlation	,491*
	Sig. (1-tailed)	0,014
	N	20
pengetahuan 20	Pearson Correlation	,570**
	Sig. (1-tailed)	0,004
	N	20
total pengetahuan	Pearson Correlation	1
	Sig. (1-tailed)	
	N	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

b. Uji Reliabilitas

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,739	17

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pengetahuan 1	23,50	67,947	,476	,726
pengetahuan 2	23,50	67,211	,571	,723
pengetahuan 3	23,50	68,158	,449	,727
pengetahuan 4	23,50	67,632	,517	,725
pengetahuan 6	23,50	67,526	,530	,724
pengetahuan 7	23,50	66,368	,680	,718
pengetahuan 8	23,60	67,832	,468	,726
pengetahuan 10	23,40	68,463	,458	,728
pengetahuan 11	23,45	68,261	,457	,728
pengetahuan 12	23,65	66,976	,570	,722
pengetahuan 14	23,40	67,200	,636	,722
pengetahuan 15	23,40	68,568	,444	,729
pengetahuan 16	23,55	67,208	,554	,723
pengetahuan 17	23,45	68,366	,443	,728
pengetahuan 19	23,50	68,158	,449	,727
pengetahuan 20	23,35	68,239	,534	,727
total pengetahuan	10,65	18,239	,973	,853

Lampiran H. Frekuensi Keberagaman Makanan Balita

Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah	
	n	%	n	%	n	%
Makanan Pokok						
Nasi	82	100	0	0,0	0	0,0
Mie	43	52,4	39	47,6	0	0,0
Lontong	40	48,8	42	51,2	0	0,0
Biskuit	38	46,3	39	47,6	5	6,1
Roti	31	37,8	51	62,2	0	0,0
Singkong	27	33	45	54,9	10	12,1
Kentang	0	0,0	0	0,0	82	100
Lauk Pauk						
Tahu	80	97,6	2	2,4	0	0,0
Tempe	79	96,3	3	3,7	0	0,0
Telur	61	74,4	19	23,2	2	2,4
Ikan tongkol	52	63,4	26	31,7	4	4,9
Dadar jagung	41	50	41	50	0	0,0
Perkedel kentang	37	45,1	40	48,8	5	6,1
Ikan asin	33	40,2	40	48,8	9	11
Daging ayam	28	34,1	52	63,4	2	2,5
Ikan teri	5	6,1	53	64,6	24	29,3
Hati rampelo	3	3,7	49	59,7	30	36,6
Ikan lele	3	3,7	43	52,4	36	43,9
Daging kambing	0	0,0	19	23,2	63	76,8
Daging sapi	0	0,0	71	86,6	11	13,4
Udang	0	0,0	59	72	23	28
Cumi-cumi	0	0,0	29	35,4	53	64,6
Sayuran						
Sawi	54	65,9	17	20,7	11	13,4
Kelor	52	63,4	19	23,2	11	13,4
Salada air	49	59,8	22	26,8	11	13,4
Wortel	44	53,7	27	32,9	11	13,4
Bayam	43	52,4	28	34,2	11	13,4
Kentang	41	50	30	36,6	11	13,4
Nangka muda	39	47,6	32	39	11	13,4
Ketimun	35	42,7	47	57,3	0	0,0
Kacang panjang	33	40,3	38	46,3	11	13,4
Jagung	32	39	50	61	0	0,0
Buncis	24	29,3	47	57,3	11	13,4
Kubis	17	20,7	54	65,9	11	13,4
Kecambah	9	11	52	63,4	21	25,6
Daun katuk	5	6,1	62	75,6	15	18,3
Rebung	5	6,1	66	80,5	11	13,4
Terong	3	3,7	54	65,9	25	30,4
Kangkung	2	2,4	68	82,9	12	14,7
Jamur	0	0,0	52	63,4	30	36,6
Buah-Buahan						
Jeruk	48	58,5	34	41,5	0	0,0
Salak	44	53,7	38	46,3	0	0,0

Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah	
	n	%	n	%	n	%
Pisang	42	51,2	40	48,8	0	0,0
Mangga	29	35,4	53	64,6	0	0,0
Rambutan	23	28	59	72	0	0,0
Semangka	14	17,1	68	82,9	0	0,0
Melon	9	11	73	89	0	0,0
Apel	7	8,5	75	91,5	0	0,0
Pepaya	6	7,3	73	89	3	3,7
Jambu	4	4,9	73	89	5	6,1
Anggur	2	2,4	80	97,6	0	0,0
Alpukat	0	0,0	56	68,3	26	31,7
Belimbing	0	0,0	52	63,4	30	36,6
Buah naga	0	0,0	58	70,7	24	29,3
Duku	0	0,0	82	100	0	0,0
Durian	0	0,0	63	76,8	19	23,2
Srikaya	0	0,0	51	62,2	31	37,8
Sawo	0	0,0	54	65,9	28	34,1
Sirsak	0	0,0	48	58,5	34	41,5
Nanas	0	0,0	80	97,6	2	2,4
Nangka	0	0,0	76	92,7	6	7,3
Minuman						
Air putih	82	100	0	0,0	0	0,0
Teh	39	47,6	43	52,4	0	0,0
Air gula	22	26,8	25	30,5	35	42,7
Susu	17	20,7	65	79,3	0	0,0
Sirup	3	3,7	79	96,3	0	0,0
Jus buah	0	0,0	50	61	32	39

Lampiran I. Hasil Penelitian Menggunakan *SPPS for Windows*

a. Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pelaksanaan Kadarzi * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Pelaksanaan Kadarzi * Status Gizi Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			Stunting	Normal	
Pelaksanaan Kadarzi	Belum baik	Count	43	35	78
		% within Pelaksanaan Kadarzi	55,1%	44,9%	100,0%
	Baik	Count	0	4	4
		% within Pelaksanaan Kadarzi	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	43	39	82	
	% within Pelaksanaan Kadarzi	52,4%	47,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,636 ^a	1	,031		
Continuity Correction ^b	2,689	1	,101		
Likelihood Ratio	6,172	1	,013		
Fisher's Exact Test				,047	,047
Linear-by-Linear Association	4,580	1	,032		
N of Valid Cases	82				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures			
		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,231	,031
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Status Gizi = Normal	,449	,351	,574
N of Valid Cases		82	

b. Hubungan Menimbang Berat Badan Rutin dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Menimbang Berat Badan * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Menimbang Berat Badan * Status Gizi Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			Stunting	Normal	
Menimbang Berat Badan	Belum Baik	Count	11	3	14
		% within Menimbang Berat Badan	78,6%	21,4%	100,0%
	Baik	Count	32	36	68
		% within Menimbang Berat Badan	47,1%	52,9%	100,0%
Total		Count	43	39	82
		% within Menimbang Berat Badan	52,4%	47,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,623 ^a	1	,032		
Continuity Correction ^b	3,445	1	,063		
Likelihood Ratio	4,900	1	,027		
Fisher's Exact Test				,041	,030
Linear-by-Linear Association	4,566	1	,033		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,66.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,231	,032
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Menimbang Berat Badan (Belum Baik / Baik)	4,125	1,056	16,112
For cohort Status Gizi = Stunting	1,670	1,151	2,422
For cohort Status Gizi = Normal	,405	,145	1,131
N of Valid Cases	82		

c. Hubungan Memberikan ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ASI Eksklusif * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

ASI Eksklusif * Status Gizi Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			Stunting	Normal	
ASI Eksklusif	Belum baik	Count	21	14	35
		% within ASI Eksklusif	60,0%	40,0%	100,0%
	Baik	Count	22	25	47
		% within ASI Eksklusif	46,8%	53,2%	100,0%
Total		Count	43	39	82
		% within ASI Eksklusif	52,4%	47,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,400 ^a	1	,237		
Continuity Correction ^b	,921	1	,337		
Likelihood Ratio	1,406	1	,236		
Fisher's Exact Test				,270	,169
Linear-by-Linear Association	1,383	1	,240		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,130	,237
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASI Eksklusif (Belum baik / Baik)	1,705	,703	4,136
For cohort Status Gizi = Stunting	1,282	,853	1,927
For cohort Status Gizi = Normal	,752	,462	1,223
N of Valid Cases	82		

d. Hubungan Mengonsumsi Makanan Beraneka Ragam dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Makanan Beragam * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Makanan Beragam * Status Gizi Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			Stunting	Normal	
Makanan Beragam	Belum baik	Count	41	31	72
		% within Makanan Beragam	56,9%	43,1%	100,0%
	Baik	Count	2	8	10
		% within Makanan Beragam	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Count	43	39	82
		% within Makanan Beragam	52,4%	47,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,805 ^a	1	,028		
Continuity Correction ^b	3,438	1	,064		
Likelihood Ratio	5,053	1	,025		
Fisher's Exact Test				,042	,031
Linear-by-Linear Association	4,747	1	,029		
N of Valid Cases	82				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,235	,028
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Makanan Beragam (Belum baik / Baik)	5,290	1,049	26,684
For cohort Status Gizi = Stunting	2,847	,811	9,995
For cohort Status Gizi = Normal	,538	,358	,809
N of Valid Cases		82	

e. Hubungan Menggunakan Garam Beryodium dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Garam beryodium * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Garam beryodium * Status Gizi Crosstabulation

		Status Gizi			
		Stunting	Normal	Total	
Garam beryodium	Belum baik	Count	23	9	32
		% within Garam beryodium	71,9%	28,1%	100,0%
	Baik	Count	20	30	50
		% within Garam beryodium	40,0%	60,0%	100,0%
Total		Count	43	39	82
		% within Garam beryodium	52,4%	47,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	7,949 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	6,722	1	,010		
Likelihood Ratio	8,155	1	,004		
Fisher's Exact Test				,007	,004
Linear-by-Linear Association	7,852	1	,005		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,297	,005
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Garam beriodium (Belum baik / Baik)	3,833	1,474	9,972
For cohort Status Gizi = Stunting	1,797	1,201	2,688
For cohort Status Gizi = Normal	,469	,258	,853
N of Valid Cases	82		

f. Hubungan Memberikan Vitamin A dengan Kejadian *Stunting*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pemberian Vitamin A * Status Gizi	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Pemberian Vitamin A * Status Gizi Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			Stunting	Normal	
Pemberian Vitamin A	Belum baik	Count	14	8	22
		% within Pemberian Vitamin A	63,6%	36,4%	100,0%
	Baik	Count	29	31	60
		% within Pemberian Vitamin A	48,3%	51,7%	100,0%
Total		Count	43	39	82
		% within Pemberian Vitamin A	52,4%	47,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,512 ^a	1	,219		
Continuity Correction ^b	,960	1	,327		
Likelihood Ratio	1,529	1	,216		
Fisher's Exact Test				,318	,164
Linear-by-Linear Association	1,493	1	,222		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,135	,219
N of Valid Cases		82	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pemberian Vitamin A (Belum baik / Baik)	1,871	,684	5,113
For cohort Status Gizi = Stunting	1,317	,874	1,984
For cohort Status Gizi = Normal	,704	,385	1,288
N of Valid Cases	82		

Lampiran J. Dokumentasi Penelitian

Gambar 1. Wawancara dengan Responden



Gambar 2. Wawancara dengan Responden



Gambar 3. Penandatanganan Lembar Persetujuan



Gambar 4. Pengukuran Tinggi Badan



Gambar 5. Garam untuk di tetesi
Yodium Tes



Gambar 6. Pengisian Kuesioner



Gambar 7. Contoh Garam yang
Mengandung Yodium



Gambar 8. Perbedaan antara Garam
Halus dan Garam Kasar

Lampiran K. Surat Ijin Penelitian dan Etik Penelitian


PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Camat Sumberjambe Kab. Jember
 di - J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/1614/415/2019
 Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 12 Juni 2019 Nomor : 2539/UN25.1.12/SP/2019 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Zubdatul Widad / 152110101086
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul : "Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan (Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember)"
 Lokasi : ▪ Kantor Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember
 ▪ Kantor Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kab. Jember
 Waktu Kegiatan : Juni s/d Agustus 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 26-06-2019
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris

 Drs. HEKI WIDODO
 Pembina Tk. I
 NIR/1961124-198812 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
CAMAT SUMBERJAMBE

JL. PB. SUDIRMAN NOMOR 69 (0331) 566552 SUMBERJAMBE 68195

Sumberjambe, 08 Juli 2019

Nomor : 072 / 128 / 31 / 2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Ijin Kegiatan
Penelitian.

Kepada
Yth. Sdr. Kades. Jambearum

di -
Jambearum

Berdasarkan Surat dari BAKESBANG dan Politik Kabupaten Jember Nomor. 072/ 1614 / 415 / 2019 tanggal 26 Juni 2019 perihal seperti pada pokok Surat, bersama ini disampaikan bahwa :

Nama / NIM : Zubdatul Widad / 15211010186
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember.
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk Penyusunan skripsi dengan Judul: Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga sadar Gizi) dengan kejadian Stunting pada Balita usia 24-59 bulan Studi di Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe Kab. Jember.
Waktu : Bulan juni s./d Agustus 2019.

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku Diharapkan saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk Kelancaran kegiatan tersebut:

1. Kegiatan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan.
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas Politik.
3. Apabila situasi dan kondisi tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatian dan kehadirannya disampaikan terimakasih

An. CAMAT SUMBERJAMBE
SEKCAM
KECAMATAN
SUMBERJAMBE
* JEMBER *
SISWANTO.S.SIT.MT
19740616 199703 1 003



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
 (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
 FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

ETHIC COMMITTEE APPROVAL

No.517/UN25.8/KEPK/DL/2019

Title of research protocol : "The Relation Between The Implementation of Kadarzi's Behaviour (Family Nutritional Consciousness) with the phenomom of stunting in Age 25-59 month (study in Jambearum Village Sumberjambe District Jember Regency"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Zubdatul Widad

Member of research : -

Responsible Physician : Zubdatul Widad


Date of approval : 25-31 Juli 2019

Place of research : Desa Jemberarum, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, August 15th, 2019

Dean of Faculty of Dentistry
 Universitas Jember



R. Mardyan P. M. Kes, Sp. Pros.)

Chairperson of Research Ethics Committee
 Faculty of Dentistry Universitas Jember



Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)