

# TESIS

PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
GIZI ANAK PRASEKOLAH DENGAN PENDEKATAN  
INTEGRASI *HEALTH PROMOTION MODEL*  
DAN *SELF-REGULATION THEORY*

STUDI OBSERVASIONAL ANALITIK  
DI KELURAHAN KARANGTURI, KECAMATAN GRESIK



Oleh :

**EKA MISHBAHATUL M.Has**

**NIM : 131041006**

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2012

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Eka Mishbahatul Mar'ah Has**  
**NIM : 131041006**  
**Tanda Tangan :**   
**Tanggal : 21 Juni 2012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI ANAK  
PRASEKOLAH DENGAN PENDEKATAN INTEGRASI *HEALTH  
PROMOTION MODEL* DAN *SELF-REGULATION THEORY***

Eka Mishbahatul Mar'ah Has

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 16 JULI 2012

Oleh :

Pembimbing I



Dr. Florentina Sustini, dr., MS.  
NIP. 195305071981032001

Pembimbing II



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 197401292003122002

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., RMPDK, DTM&H, Sp.PD-KTI, FINASIM  
NIP. 194708121974121001

## LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Eka Mishbahatul Mar'ah Has

NIM : 131041006

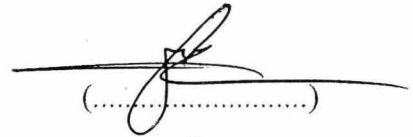
Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan Integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan  
Pada tanggal, 26 Juni 2012

Panitia penguji,

Ketua Penguji: Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP. 19661225198031004



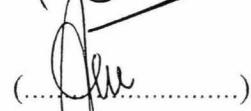
(.....)

Penguji : Dr. Florentina Sustini, dr., MS  
NIP. 19530507198032001



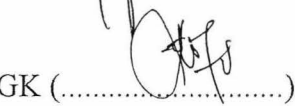
(.....)

Penguji : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes  
NIP.197401292003122002



(.....)

Penguji : Dr. Widati Fatmaningrum, dr., M.Kes, Sp.GK  
NIP. 196601081997022001



(.....)

Penguji : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.  
NIP. 196306081991031002



(.....)

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Unair



Prof.Dr.Suharto, dr., M.Sc., MPDK, DTM&H, Sp.PD-KTI, FINASIM  
NIP. 194708121974121001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala berkah dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul **PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI ANAK PRASEKOLAH DENGAN PENDEKATAN INTEGRASI HEALTH PROMOTION MODEL DAN SELF-REGULATION THEORY**.

Penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

- 1) Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menempuh pendidikan Program Magister Keperawatan.
- 2) Purwaningsih, S.Kp., MARS, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang magister.
- 3) Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK, DTM&H, Sp.PD-KTI, FINASIM, selaku Ketua Program Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, atas fasilitas yang diberikan selama proses pendidikan dan penulisan tesis.
- 4) Dr. Florentina Sustini, dr. MS., selaku pembimbing pertama, atas bimbingan dan kesempatan yang telah diberikan dengan penuh kesabaran ditengah kesibukan kepada peneliti selama penulisan tesis.
- 5) Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing kedua, atas masukan dan saran yang diberikan dengan penuh kesabaran kepada peneliti selama penulisan tesis.
- 6) Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku dosen penguji tesis, atas kesediaannya meluangkan waktu untuk memberikan saran dan masukan kepada peneliti.
- 7) Dr. Widati Fatmaningrum, dr., M.Kes, selaku dosen penguji tesis, atas saran dan masukan demi kesempurnaan penelitian peneliti.
- 8) Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., selaku dosen penguji tesis, atas waktu yang diberikan kepada peneliti untuk berkonsultasi, serta saran dan masukan demi kesempurnaan penelitian.
- 9) Drg. Pekik Pita Maharti, Kepala Puskesmas Nelayan, Kecamatan Gresik, beserta staf atas fasilitas dan kesempatan yang diberikan untuk melakukan penelitian.
- 10) Miswandi, S.Sos., Kepala Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, beserta staf atas kerja sama yang baik dan kesempatan yang berikan untuk peneliti melakukan penelitian.
- 11) Nisbaningsih, SST, Bidan Desa Kelurahan Karangturi beserta ibu-ibu kader Posyandu Balita, atas kontribusi yang diberikan selama pelaksanaan penelitian.
- 12) Almarhum Abah tercinta, Drs. H. Hasyim Faqih, M.Pd., atas doa yang tidak akan pernah terputus untuk kemajuan peneliti selama pengerjaan

- tesis. Semoga Allah SWT memberikan kekuatan kepada peneliti untuk meneruskan perjuangan dan mewujudkan cita-cita beliau. Amin.
- 13) Umi' (Hj. Masruchah, S.Pd), Mama-Papa (Hj. Elly Ismiyah/H.Suharsono), serta adik-adik (Dwi, Mauluddin, Oki, dan Afif), atas untaian doa yang tidak pernah putus, dukungan, dan keyakinan bahwa peneliti bisa menyelesaikan tesis dengan baik.
  - 14) Suami tercinta (Miftah Muhammad, AM.d) dan Putra tersayang (M. Ikromul Iman Al-Awwal). *Both of you are my sunshine...* Terima kasih atas doa, semangat, dan cinta kasih kepada peneliti. Semoga Allah SWT selalu memberkahi perjalanan dan perjuangan ini. Amin.
  - 15) Seluruh ibu-ibu yang bersedia meluangkan waktu dan menjadi responden dalam penelitian.
  - 16) Seluruh teman-teman pada Program Magister Keperawatan Angkatan 2010 yang telah berkenan berpartisipasi memberikan kritik dan saran demi kesempurnaan penulisan tesis.
  - 17) Serta semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu-persatu, yang telah banyak membantu peneliti, sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhir kata semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Surabaya, 21 Juni 2012

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eka Mishbahatul Mar'ah Has

NIM : 131041006

Program Studi : Magister Keperawatan

Departemen : -

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI ANAK  
PRASEKOLAH DENGAN PENDEKATAN INTEGRASI *HEALTH  
PROMOTION MODEL* DAN *SELF-REGULATION THEORY***

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : 21 Juni 2012

Yang menyatakan,



(Eka Mishbahatul Mar'ah Has)

## SUMMARY

### **MOTHER'S BEHAVIOR IN NUTRITION OF PRESCHOOL-AGED CHILDREN BASED ON INTEGRATION HEALTH PROMOTION MODEL AND SELF-REGULATION THEORY**

**Eka Mishbahatul Mar'ah Has**

Malnutrition remains a primary child health problem in Indonesia. Preschool-aged children have risk of malnutrition due to high need of protein energy for growth and development process. Preschool-aged children are unable to meet their nutrition need independently, so they still depend on their mothers. Mothers' behavior in meeting nutrition need has effect on the nutritional status of preschool children. However, up to the moment, mothers' behavior in meeting the nutrition for preschool children has never been evaluated. The effort to evaluate mothers' behavior in meeting nutrition needs of preschool aged children can be identified with integrated approach of Health Promotion Model and Self-Regulation Theory.

The aim of this study was to analyze mother's behavior on nutrition of preschool-aged children based on integration of Health Promotion Model and Self-Regulation Theory.

Method used in this study was observational analytic, since this study was conducted to identify correlation between independent and dependent variables, without manipulating the subjects. Design used in this study was cross-sectional design since the independent and dependent variables were measured in one time.

Population comprised mothers of preschool aged children scaled at Integrated Health Post for Under fives (Posyandu Balita) from April to May 2012, at Karangturi Village, Sub district Gresik, as many as 165 individuals. This study used simple random sampling, with sample size of 90 individuals selected according to the inclusion criteria. Studies variables comprised personal factors (age, motivation, and ethnicity), perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy, purchasing power, and mothers' behavior in meeting the needs of nutrition for their preschool-aged children. Data were collected using questionnaire and 24-hour food recall. Collected data were analyzed with PLS regression.

Results showed that: 1) personal factor (motivation) had correlation to perceived benefit, perceived barrier, and perceived self-efficacy; 2) perceived benefit and perceived barrier had correlation with commitment; 3) commitment had no correlation with mothers nutritional behavior; 4) perceived benefit and perceived barrier had direct correlation with mothers' nutritional behavior without commitment; and 5) self-regulation skill had correlation with mothers' nutritional behavior.

Result of path testing showed that 1) personal factor: motivation is the determinant mostly related with perceived benefit, perceived barrier, and perceived self-efficacy. Results also indicated that variable mostly related with



Mothers' behavior in meeting nutritional needs of preschool children can be improved by improving perception, increase knowledge and self-regulation skill. Efforts that can be done are: 1) optimizing table 4 at Posyandu Balita to provide health education on nutrition according to children nutritional status as stated in their Road-to-Health Card (*Kartu Menuju Sehat*); 2) health education with sub-topic definition of nutritious foods, benefit of nutritious foods, and menu of nutritious foods that can be prepared in a short time; 3) training to select healthy foods, processing foods without losing the nutrition, and attractive food serving for preschool children; 4) formation of peer discussion group or nutrition consultation center that can help mothers to find alternative strategy for reducing problems in meeting the nutritional needs of preschool-aged children. Further studies are expected to observe other variables in Health Promotion Model not investigated in this study, so that we can identify appropriate models to describe mothers' behavior in meeting preschool children nutritional needs.

**ABSTRACT****MOTHER'S BEHAVIOR IN NUTRITION OF PRESCHOOL-AGED CHILDREN BASED ON INTEGRATION HEALTH PROMOTION MODEL AND SELF-REGULATION THEORY****Eka Mishbahatul Mar'ah Has**

Preschool-aged children are not able to manage their nutrition independently. They need help, especially from their mother. Mother's behavior has effect on preschool's nutritional status. The aim of this study was to analyze mother's behavior on nutrition of preschool-aged children based on Integration Health Promotion Model and Self-Regulation Theory.

Design used in this research was an observational analytic with cross sectional approach that was conducted in Karangturi Village. The population was mothers of preschool aged children listed on Integrated Health Post for Under fives (Posyandu Balita) along April-May 2012. Simple random sampling was used to take the sample. Sample size was 90 respondents. The independent variables were personal factors (age, motivation, and ethnicity), perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy, purchasing power, commitment, and self-regulation skill. The dependent variable was mother's behavior on nutrition of preschool children. Data were collected using questionnaire and food recall 24 hour. Data were analyzed using PLS (Partial Least Square) Regression.

Result showed that 1) personal factors had correlation with perceived benefit, perceived barrier, and perceived self-efficacy; 2) perceived benefit and perceived barrier had correlation with commitment; 3) commitment had no correlation with mother's behavior on nutrition; 4) self-regulation skill had correlation with mother's behavior on nutrition. Perceived benefit and perceived barrier had direct correlation with mother's behavior on nutrition.

It can be concluded that mother's perceived benefit, perceived barrier and self-regulation skill was correlated with mother's behavior on nutrition. Nurses are key health care professionals responsible for increasing health education activities about how to manage nutrition of preschool age children. So, mother should have good behavior on preschool age children's nutrition.

**Keyword:** mother's behavior on nutrition, preschool aged children, health promotion model, self-regulation theory

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Dalam .....	i
Halaman Prasyarat Gelar .....	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah untuk Kepentingan Akademis .....	vii
Ringkasan .....	viii
Abstrak .....	x
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Gambar .....	xvi
Daftar Lampiran .....	xvii
Daftar Singkatan .....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	8
1.4 Tujuan .....	8
1.4.1 Tujuan umum .....	8
1.4.2 Tujuan khusus .....	8
1.5 Manfaat .....	9
1.5.1 Manfaat teoritis .....	9
1.5.2 Manfaat praktis .....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Anak Usia Prasekolah .....	11
2.1.1 Batasan anak usia prasekolah .....	11
2.1.2 Tahapan pertumbuhan anak usia prasekolah .....	11
2.1.3 Tahapan perkembangan anak usia prasekolah .....	12
2.1.4 Kebutuhan gizi anak usia prasekolah .....	14
2.1.5 Angka Kecukupan Gizi (AKG) anak prasekolah .....	22
2.1.6 Masalah gizi anak prasekolah .....	23
2.2 Konsep Perilaku Kesehatan .....	26
2.2.1 Definisi perilaku .....	26
2.2.2 Definisi perilaku kesehatan .....	27
2.2.3 Domain perilaku .....	28
2.2.4 Proses adopsi perilaku .....	32
2.2.5 Bentuk-bentuk perubahan perilaku .....	33
2.2.6 Strategi perubahan perilaku .....	33
2.3 Konsep <i>Health Promotion Model</i> .....	34
2.3.1 Asumsi mayor .....	35
2.3.2 Komponen .....	36
2.3.3 Konsep mayor .....	40

2.3.4	Proposisi teori .....	41
2.3.5	Komitmen .....	42
2.3.6	<i>Perceived benefit</i> .....	43
2.3.7	<i>Perceived barrier</i> .....	43
2.3.8	<i>Perceived self-efficacy</i> .....	44
2.3.9	Daya beli .....	44
2.3.10	Usia .....	45
2.3.11	Motivasi intrinsik .....	46
2.3.12	Suku .....	46
2.4	<i>Self-regulation Theory</i> .....	47
2.5	Penilaian Status Gizi .....	50
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>		<b>53</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	53
3.2	Hipotesis .....	55
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>56</b>
4.1	Desain Penelitian .....	56
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel ( <i>Sampling</i> ) .....	56
4.2.1	Populasi .....	56
4.2.2	Sampel .....	56
4.2.3	Besar sampel .....	57
4.2.4	<i>Sampling</i> .....	57
4.3	Variabel Penelitian .....	58
4.3.1	Variabel independen .....	58
4.3.2	Variabel dependen .....	58
4.3.3	Definisi operasional .....	59
4.4	Instrumen Penelitian .....	62
4.4.1	Usia .....	62
4.4.2	Motivasi .....	62
4.4.3	Suku bangsa .....	63
4.4.4	<i>Perceived benefit</i> .....	63
4.4.5	<i>Perceived barrier</i> .....	63
4.4.6	<i>Perceived Self efficacy</i> .....	64
4.4.7	Daya beli .....	64
4.4.8	Komitmen .....	64
4.4.9	<i>Self-regulation skill</i> .....	65
4.4.10	Perilaku pemenuhan gizi .....	65
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	66
4.6	Prosedur Pengumpulan Data .....	67
4.7	Cara Analisis Data .....	68
4.8	Kerangka Operasional .....	73
4.9	Etik Penelitian .....	73
<b>BAB 5 ANALISIS HASIL PEMBAHASAN .....</b>		<b>75</b>
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	75
5.2	Data Personal .....	77

5.2.1	Usia .....	77
5.2.2	Motivasi .....	77
5.2.3	Suku .....	78
5.3	Data Khusus .....	78
5.3.1	<i>Perceived benefit</i> .....	78
5.3.2	<i>Perceived barrier</i> .....	79
5.3.3	<i>Perceived self-efficacy</i> .....	79
5.3.4	Daya beli .....	79
5.3.5	Komitmen .....	80
5.3.6	<i>Self-regulation skill</i> .....	80
5.4	Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah .....	80
5.5	Analisis Asosiatif Antar Variabel .....	82
5.5.1	Asosiasi antara faktor personal dan <i>behavior specific cognition</i> .....	82
5.5.2	Asosiasi antara <i>behavior specific cognition</i> dan komitmen .....	87
5.5.3	Asosiasi antara komitmen dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi .....	91
5.5.4	Asosiasi antara <i>self-regulation skill</i> dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi .....	92
5.6	Analisis Uji Model .....	92
5.6.1	Evaluasi model pengukuran ( <i>outer model</i> ) .....	93
5.6.2	Hasil pengujian hipotesis .....	95
5.7	Hasil Diskusi Kelompok .....	98
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b> .....	101
6.1	Hubungan antara faktor personal dengan <i>perceived benefit</i> .....	101
6.2	Hubungan antara faktor personal dengan <i>perceived barrier</i> .....	106
6.3	Hubungan antara faktor personal dengan <i>perceived self efficacy</i> .....	109
6.4	Hubungan antara faktor personal dengan daya beli .....	113
6.5	Hubungan antara <i>perceived benefit</i> dengan komitmen .....	115
6.6	Hubungan antara <i>perceived barrier</i> dengan komitmen .....	117
6.7	Hubungan antara <i>perceived self-efficacy</i> dengan komitmen .....	120
6.8	Hubungan antara daya beli dengan komitmen .....	122
6.9	Hubungan antara komitmen dengan perilaku gizi .....	123
6.10	Hubungan antara <i>self-regulation skill</i> dengan perilaku gizi ...	124
6.11	Keterbatasan penelitian .....	126
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	127
7.1	Kesimpulan .....	128
7.2	Saran .....	128
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	129
	<b>LAMPIRAN</b> .....	137

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Angka kejadian malnutrisi di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Januari-Maret 2012 .....	4
Tabel 1.2	Hasil wawancara perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, 9 April 2012 .....	4
Tabel 2.1	Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk anak prasekolah (3-5 tahun) .....	22
Tabel 2.2	Penjabaran AKG dalam jumlah porsi per hari untuk anak prasekolah (3-5 tahun) .....	23
Tabel 2.3	Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks	51
Tabel 2.4	Klasifikasi status gizi menurut WHO .....	52
Tabel 4.1	Tabel variabel penelitian perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi <i>Health Promotion Model</i> dan <i>Self-regulation Theory</i> .....	59
Tabel 4.2	Definisi operasional perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi <i>Health Promotion Model</i> dan <i>Self-regulation Theory</i> .....	60
Tabel 4.3	Jadwal kegiatan penelitian .....	66
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi usia responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	77
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi motivasi responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	78
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi suku responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	78
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi <i>perceived benefit</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	79
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi <i>perceived barrier</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	79
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi <i>perceived self-efficacy</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	80
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi daya beli responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	80
Tabel 5.8	Distribusi frekuensi komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	81
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi <i>self-regulation skill</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	81
Tabel 5.10	Distribusi tingkat kecukupan energi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	82
Tabel 5.11	Distribusi jenis makanan anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	82
Tabel 5.12	Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	82
Tabel 5.13	Tabulasi silang faktor personal dan <i>perceived benefit</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	83
Tabel 5.14	Tabulasi silang faktor personal dan <i>perceived barrier</i>	

	responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	84
Tabel 5.15	Tabulasi silang faktor personal dan <i>perceived self-efficacy</i> responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	86
Tabel 5.16	Tabulasi silang faktor personal dan daya beli responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	87
Tabel 5.17	Tabulasi silang <i>perceived benefit</i> dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	88
Tabel 5.18	Tabulasi silang <i>perceived barrier</i> dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	89
Tabel 5.19	Tabulasi silang <i>perceived self-efficacy</i> dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	90
Tabel 5.20	Tabulasi silang daya beli dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	91
Tabel 5.21	Tabulasi silang komitmen dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	92
Tabel 5.22	Tabulasi silang <i>self-regulation skill</i> dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012 .....	93
Tabel 5.23	Tabel faktor <i>loading</i> indikator pada variabel .....	94
Tabel 5.24	Tabel rekapitulasi hasil uji hipotesis penelitian perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan <i>health promotion model</i> dan <i>self-regulation skill</i> , di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Karangturi, Juni 2012 .....	97
Tabel 5.25	Hasil diskusi kelompok .....	100

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi masalah perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi <i>Health Promotion Model</i> dan <i>Self-regulation Theory</i> .....	6
Gambar 2.1	Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi .....	30
Gambar 2.2	<i>The Health Promotion Model</i> .....	38
Gambar 2.3	<i>Self-regulation Theory</i> .....	49
Gambar 3.1	Kerangka konseptual perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi <i>Health Promotion Model</i> dan <i>Self-regulation Theory</i> .....	53
Gambar 4.1	Kerangka operasional perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi <i>Health Promotion Model</i> dan <i>Self-regulation Theory</i> .....	73



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian .....	140
Lampiran 2	Surat Selesai Penelitian .....	145
Lampiran 3	Surat Laik Etik .....	146
Lampiran 4	Lembar Penjelasan Menjadi Responden Penelitian .....	147
Lampiran 5	Lembar Persetujuan Menjadi Responden ( <i>informed consent</i> ) .....	149
Lampiran 6	Kuesioner .....	150
Lampiran 7	Formulir Metode <i>Recall 24 Hours</i> .....	155
Lampiran 8	<i>Pre-planning</i> Panduan Diskusi Kelompok .....	156
Lampiran 9	Hasil Diskusi Kelompok .....	159
Lampiran 10	Hasil Uji Reliabilitas dengan <i>Cronbach Alpha</i> .....	162
Lampiran 11	Rekapitulasi Data Responden Penelitian .....	169
Lampiran 12	Hasil Tabulasi Silang .....	187
Lampiran 13	Hasil Analisis dengan <i>PLS Regression</i> .....	202
Lampiran 14	Daftar Hadir Diskusi Kelompok .....	204
Lampiran 15	Foto-foto Kegiatan Penelitian .....	205

**DAFTAR SINGKATAN**

HPM	: <i>Health Promotion Model</i>
SRT	: <i>Self-Regulation Theory</i>
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
IMT	: Indeks Massa Tubuh
MDGs	: <i>Millennium Development Goals</i>
WHO	: World Health Organization
BMR	: <i>Basal Metabolic Rate</i>
FAO	: Food and Agricultural Organization
AKG	: Angka Kecukupan Gizi
LIPI	: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
VLDL	: <i>Very Low Density Lipoprotein</i>
KEP	: Kurang Energi Protein
AGB	: Anemia Gizi Besi
GAKI	: Gangguan Akibat Kurang Iodium
KVA	: Kurang Vitamin A
SRQ	: <i>The Self-Regulation Questionnaire</i>
SSRQ	: <i>The Short Self-Regulation Questionnaire</i>
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LILA	: Lingkar Lengan Atas
BB/U	: Berat Badan per Usia
TB/U	: Tinggi Badan per Usia
BB/TB	: Tinggi Badan per Berat Badan
PLS	: <i>Partial Least Square</i>
RW	: Rukun Warga

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Malnutrisi masih menjadi masalah gizi utama anak di Indonesia (Nasution, 2004). Malnutrisi digunakan untuk menggambarkan kondisi gizi yang salah, yang memiliki rentang dari gizi buruk sampai gizi lebih (Amstrong, 2011). Malnutrisi terutama terjadi setelah anak melewati usia 6 bulan. Sampai 6 bulan pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan bayi relatif sama (Boggin, 1999), selanjutnya situasi lingkungan terutama asupan zat gizi dan infeksi turut berkontribusi (Syafiq, 2008). Anak prasekolah beresiko mengalami malnutrisi karena kebutuhan energi proteinnya yang tinggi untuk proses tumbuh dan berkembang (Verma & Prinja, 2008). Selain itu, anak juga mulai mengenal makanan jajanan yang tidak sesuai kecukupan gizi, sehingga anak hanya kenyang tapi asupan gizinya kurang (Uripi, 2004).

Anak prasekolah belum mampu memenuhi kebutuhan gizi secara mandiri, sehingga masih tergantung pada orang dewasa yang ada di lingkungan sosial terdekatnya, yaitu keluarga (Gregory, Paxton, & Brozovic, 2010). Pada mayoritas keluarga, ibu berperan penting dalam pengaturan makan anggota keluarga (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005). Perilaku ibu yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan menentukan dalam pemilihan bahan makanan bergizi, serta menyusun menu seimbang sesuai kebutuhan dan selera keluarga, sehingga pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah tergantung pada perilaku ibu

(Popularita, 2010). Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi berpengaruh terhadap status gizi anak prasekolah (Budiarti, Wahjurini, & Suryawati, 2011).

Berdasarkan hasil wawancara tanggal 9 April 2012 dengan Bidan Desa Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik diketahui selama Maret 2012, sekitar 9.79% (19 orang dari 194 orang) anak prasekolah di wilayah tersebut menderita malnutrisi. Jumlah ini meningkat dari bulan sebelumnya, yaitu 7% (14 orang dari 200 orang). Hasil wawancara terhadap 10 orang ibu dengan anak prasekolah di wilayah tersebut, diketahui 70% ibu tidak menyiapkan sendiri makanan untuk anaknya (beli di warung). Beberapa alasan yang dikemukakan adalah malas masak, tidak cukup waktu, dan anak lebih suka mengonsumsi makanan yang dibeli di warung. Sebagian besar ibu tersebut juga beranggapan bahwa yang terpenting anak mau makan, baru kemudian memikirkan gizi anak. Hal ini menunjukkan masih rendahnya perilaku ibu tersebut dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

Berdasarkan penjelasan Bidan Desa Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik disampaikan bahwa selama ini upaya yang dilakukan masih bersifat pemulihan, berupa pemberian makanan tambahan bagi penderita gizi buruk selama 90 hari. Sementara pengembangan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah belum dilakukan, sehingga diperlukan upaya peningkatan perilaku ibu di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik dengan pendekatan *Health Promotion Model* (HPM) diintegrasikan dengan *Self-Regulation Theory* (SRT). Namun, sampai saat ini perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory* belum pernah dievaluasi.

Menurut UNICEF (2006), setengah dari kelompok anak prasekolah di dunia menderita malnutrisi pada berbagai tingkatan yang berbeda. Prevalensi anak prasekolah yang menderita malnutrisi sangat tinggi di Asia Tenggara, termasuk Indonesia (Smith & Haddad, 2000). Hasil Riskesdas 2010, menunjukkan persentase masalah gizi buruk menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) pada anak prasekolah di Indonesia masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan target MDGs, yaitu 4,5% (target MDGs 3.6%). Selain itu, masih ditemukan 7% anak mengalami gizi kurang, dan 12,1% anak mengalami gizi lebih (Depkes RI, 2010). Propinsi Jawa Timur pada 2005, 2007, 2008, dan 2009 menduduki posisi kedua teratas kasus gizi buruk di Pulau Jawa dengan jumlah berurutan 6.591, 6.433, 6.358, dan 10.939. Pada 2010, kasus gizi buruk menyumbang angka terbesar di Indonesia, yaitu lebih dari 14.720 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2010). Berdasarkan laporan profil kesehatan Kabupaten Gresik tahun 2010, diketahui dari 95.521 balita (usia 0-5 tahun) yang ada, jumlah balita ditimbang 80.416 (84.19%), di mana 1,83% status gizinya kurang dan 0,25% gizi buruk. Kecamatan Gresik sebagai wilayah dengan jumlah penduduk tertinggi di Kabupaten Gresik (88.995 orang), rentan terhadap masalah gizi. Di Kecamatan Gresik, terdapat 3 puskesmas, yaitu Puskesmas Nelayan, Puskesmas Industri, dan Puskesmas Alun-alun. Dari 3 puskesmas yang tersebut, Puskesmas Nelayan memiliki prevalensi malnutrisi yang tertinggi (3.38% dari 1.125 balita yang ditimbang). Salah satu wilayah kerja Puskesmas Nelayan dengan masalah malnutrisi yang terus meningkat adalah Kelurahan Karangturi. Masalah malnutrisi pada anak prasekolah yang terjadi di Kelurahan Karangturi dipresentasikan pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Angka kejadian malnutrisi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Januari-Maret 2012

Kategori	Bulan					
	Januari 2012		Februari 2012		Maret 2012	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gizi buruk	0	0	0	0	0	0
Gizi kurang	7	4.0	8	4.0	13	6.7
Gizi baik	185	93.0	186	93.0	175	90.3
Gizi lebih	6	3.0	6	3.0	6	3.0
Total	198	100	200	100	194	100

Sumber: Laporan Bidan Desa (2012)

salah satu faktor penyebab masalah di atas adalah masih rendahnya perilaku ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan angka kecukupan gizi yang direkomendasikan. Hasil wawancara terhadap 10 orang ibu dengan anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, tentang perilaku pemenuhan kebutuhan gizinya dipresentasikan pada Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Hasil wawancara perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, 9 April 2012

Perilaku ibu	Baik		Kurang baik		Keterangan
	n	%	n	%	
Pengetahuan tentang kebutuhan gizi anak prasekolah	2	20.0	8	80.0	Ibu hanya tahu jika anak prasekolah perlu makan makanan bergizi tinggi
Kemampuan penyajian bahan makanan sesuai kebutuhan gizi anak prasekolah	3	30.0	7	70.0	Ibu tidak menyiapkan sendiri makanan untuk anaknya. Sebagian besar jenis bahan makanan yang dikonsumsi adalah nasi dan lauk nabati/ hewani

Berdasarkan penjelasan dari Bidan Desa, diketahui bahwa ibu memiliki komitmen yang kurang untuk berperilaku memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai angka kecukupan gizinya. Mereka beranggapan bahwa yang terpenting adalah anak mau makan, baru kemudian memikirkan gizinya.

Malnutrisi dipengaruhi langsung oleh asupan gizi dan penyakit dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosia-ekonomi, budaya, dan politik (Amstrong, 2011). Malnutrisi mencerminkan asupan

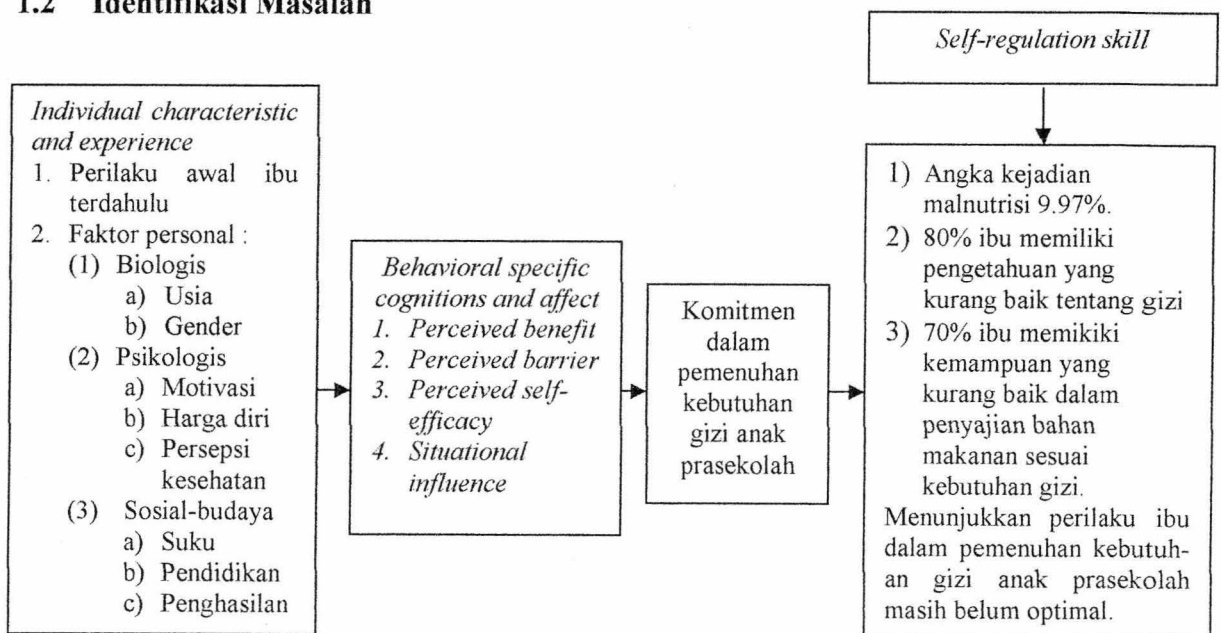
gizi yang tidak seimbang antara *intake* dan kebutuhan (Rachman & Ariani, 2008). Jika tidak segera ditangani, malnutrisi dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan, menurunkan produktifitas, menurunkan daya tahan tubuh, dan meningkatkan kesakitan, serta kematian (WHO, 2005).

Salah satu strategi untuk menurunkan prevalensi malnutrisi pada anak prasekolah adalah dengan pemberdayaan keluarga, terutama ibu (Syafiq, 2008). Ibu merupakan anggota keluarga yang memiliki peran penting dalam membantu anak prasekolah memenuhi kebutuhan gizinya (Guha & Hazarika, 2006). Sebagai salah satu upaya untuk mengevaluasi perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dapat diidentifikasi dengan mengintegrasikan HPM dan SRT. Dalam HPM, perilaku kesehatan individu dapat timbul dan dipertahankan karena adanya komitmen untuk berperilaku, bukan karena takut akan ancaman suatu penyakit. Komitmen individu dipengaruhi oleh *behavior specific cognition and affect* (*perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy, dan situational influences*). Sementara *behavior specific cognition and affect* dipengaruhi oleh perilaku individu terdahulu dan faktor personal (usia, motivasi, dan suku) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Selain komitmen, perilaku kesehatan individu juga dipengaruhi oleh keinginan tiba-tiba yang memunculkan kesadaran individu untuk berperilaku tertentu sesuai dengan yang direncanakan, biasanya akibat interaksi individu dengan lingkungan sekitar, yang disebut *immediate competing demand and preference*. Variabel ini belum jelas, sehingga memerlukan penelitian lebih lanjut (Ripollone, 2010). Menurut SRT, individu memiliki kemampuan internal untuk merubah perilakunya untuk mencapai tingkat



kesehatan yang lebih tinggi (Baumeister & Vohs, 2011). Kemampuan internal individu ini dinamakan *self-regulation skill*. *Self-regulation skill* merupakan proses yang otomatis dan terkontrol yang muncul dengan sendirinya saat ada perilaku baru yang perlu dipelajari (Kanfer & Gaelick, 1986). Miller & Brown (1991), mengembangkan tahapan yang ada dalam *Kanfer's Self-Regulation Theory* menjadi tujuh, yaitu *receiving*, *evaluating*, *triggering*, *searching*, *formulating*, *implementing*, dan *assessing*. *Self-regulation skill* turut menentukan pengambilan keputusan untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu (Brown, Baumann, Smith, & Etheridge, 1997).

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*

Berdasarkan *Health Promotion Model* (HPM), perilaku kesehatan individu dapat timbul dan dipertahankan karena adanya komitmen untuk berperilaku kesehatan tertentu, termasuk strategi untuk melaksanakannya dengan sukses

(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Komitmen individu dipengaruhi oleh *behavior specific cognition and affect* (*perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy*, dan *situational influences*). Sementara *behavior specific cognition and affect* dipengaruhi oleh perilaku individu terdahulu dan faktor personal (usia, motivasi, dan suku). Selain itu, individu memiliki kemampuan internal untuk merubah perilaku kesehatan, sebagai akibat dari interaksi individu dengan lingkungan (Pender, 2011). Dalam *Self-Regulation Theory* (SRT), kemampuan internal ini dinamakan *self-regulation skill*.

Berdasarkan studi pendahuluan di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik diketahui bahwa perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah masih belum optimal. Perilaku tersebut ditunjukkan dengan 80% pengetahuan ibu tentang gizi anak prasekolah dan 70% kemampuan ibu dalam penyajian bahan makanan sesuai kebutuhan gizi anak prasekolah dalam kategori kurang baik. Angka kejadian malnutrisi juga masih tinggi (9.97%) dengan prevalensi yang semakin meningkat setiap bulannya. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*. Dalam penelitian ini, akan dilakukan identifikasi terhadap karakteristik dan pengalaman individu, yang meliputi faktor personal (usia, motivasi, dan suku); *behavior specific cognition and affect*, yang meliputi *perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy*, dan *situational influences*; komitmen; *self regulation skill*; dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

### 1.3 Rumusan Masalah

- 1) Apakah ada hubungan faktor personal (usia, motivasi, suku) dengan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dalam perilaku ibu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik?
- 2) Apakah ada hubungan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dengan komitmen dalam perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik?
- 3) Apakah ada hubungan komitmen dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik?
- 4) Apakah ada hubungan *self-regulation skill* dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik?

### 1.4 Tujuan

#### 1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis perilaku ibu di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Mendeskripsikan faktor personal (usia, motivasi, dan suku), *behavior specific cognition and affect* (*perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived*

*self efficacy*, dan *situational influences*), komitmen, *self regulation skill*, dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

- 2) Menganalisis hubungan faktor personal (usia, motivasi, dan suku) dengan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dalam perilaku ibu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 3) Menganalisis hubungan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dengan komitmen ibu dalam perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 4) Menganalisis hubungan komitmen dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 5) Menganalisis hubungan *self-regulation skill* dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Manfaat teoritis**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka pengembangan ilmu keperawatan kesehatan komunitas, khususnya memberikan masukan dalam pengembangan model peningkatan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi

anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*.

#### 1.5.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian diharapkan mampu menjadi bahan pertimbangan bagi perawat dalam penyusunan strategi untuk meningkatkan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Anak Prasekolah

##### 2.1.1 Batasan anak prasekolah

Anak prasekolah adalah anak usia 3 sampai kurang dari 6 tahun (Ball, Bindler, & Cowen, 2012). Pada rentang usia ini, perkembangan fisik anak terjadi lebih lambat dibanding kognitif dan psikososial. Anak prasekolah mulai mampu menunjukkan rasa ingin tahu, mengungkapkan alasan dan keinginannya terhadap sesuatu, serta berkomunikasi dengan orang lain (DeLaune & Ladner, 2010).

##### 2.1.2 Tahapan pertumbuhan anak prasekolah

Pertumbuhan anak prasekolah adalah sebagai berikut (Johnson & Keogh, 2010):

#### 1) Pertumbuhan fisik

- (1) Pertumbuhan fisik cenderung stabil, lambat.
- (2) Berat badan naik  $\pm 5$  *pound* per tahun, tinggi badan naik  $\pm 2$ -3 inchi per tahun.
- (3) Bentuk tubuh lebih langsing daripada *toddler*.
- (4) Sistem organ tubuh mampu beradaptasi dengan stres sedang.
- (5) Tulang dan otot masih belum sempurna, masih memerlukan nutrisi dan latihan yang baik untuk pertumbuhan yang optimal.
- (6) Terampil dalam berjalan, melompat, dan memanjat.
- (7) Mampu mengkoordinasikan mata-tangan dan otot.

- (8) Pertumbuhan yang progresif pada kemampuan motorik halus, seperti menulis dan menggambar.
- 2) Pertumbuhan sensoris
    - (1) Mampu mengontrol kandung kemih.
    - (2) Otak tumbuh sampai 90% pada usia 5 tahun, memiliki kemampuan mengenali rasa.

### 2.1.3 Tahapan perkembangan anak prasekolah

#### 1) Perkembangan kognitif

Menurut Piaget (1983) dalam Luxner (2005), perkembangan kognitif pada anak prasekolah termasuk pada tahap praoperasional. Anak mulai mampu memberikan alasan logis dan memiliki rasa ingin tahu tinggi, sehingga anak mulai banyak bertanya. Kemampuan komunikasi yang berkembang pesat sejalan dengan kemampuan anak bersosialisasi dengan teman sebayanya. Menurut DeLaune & Ladner (2010) pada fase ini, bermain menjadi sarana anak untuk mempelajari lingkungan di sekitarnya.

Pada tahap ini, perkembangan anak masih bersifat egosentris. Egosentris merupakan ketidakmampuan anak untuk menempatkan diri di posisi orang lain. Pada masa ini anak berpikir jika dua peristiwa terjadi bersama-sama, maka yang satu menjadi penyebab yang lain, atau menyamakan pengetahuan tentang suatu karakteristik ke hal yang lain (Wong, 2004). Ciri lain adalah pola pikir animisme, yaitu selalu memperhatikan adanya benda mati (Hidayat, 2006).

#### 2) Perkembangan psikoseksual

Menurut Freud (1939) dalam Wong (2004), perkembangan psikoseksual pada anak usia prasekolah, termasuk pada tahap anal dan tahap oedipal/falik,



dimana kepuasan pada tahap ini terletak pada rangsangan oterotik, yaitu merababab, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya, dan timbul rasa ingin tahu mengenai perbedaan yang terdapat pada lawan jenisnya. Selain itu, anak laki-laki cenderung menyukai ibu daripada ayahnya, demikian juga sebaliknya anak perempuan, cenderung menyukai ayah daripada ibunya.

### 3) Perkembangan psikososial

Menurut Erikson (1968), perkembangan psikososial pada anak prasekolah, termasuk pada tahap inisiatif vs rasa bersalah. Pada tahap ini anak mulai berinisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif, dan apabila pada tahap ini anak dilarang atau dicegah, akan muncul perasaan bersalah (Wong, 2004). Orang tua perlu memahami bahwa anak prasekolah mulai mempelajari kontrol diri dari lingkungan sekitarnya (DeLaune & Ladner, 2010). Selain itu, anak juga mulai mengimitasi perilaku sebagai hasil observasinya terhadap lingkungan (Johnson & Keogh, 2010).

### 4) Perkembangan moral

Menurut Kohlberg (1981) dalam Luxner (2005), perkembangan moral pada anak usia prasekolah termasuk pada tahap prakonvensional. Anak prasekolah mulai belajar konsep benar dan salah. Pada tahap ini moralitas berasal dari luar karena anak mematuhi aturan-aturan yang dibuat oleh orang yang berwenang. Tahap ini dibagi menjadi dua, yaitu (Wong, 2004):

- (1) Tahap orientasi hukuman dan kepatuhan (*punishment-and-obedience orientation*). Pada tahap ini anak menentukan baik buruknya tindakan dari sisi akibat yang ditimbulkannya. Anak menghindari hukuman dan mematuhi orang yang dianggapnya mempunyai kekuasaan untuk

menjatuhkan hukuman tersebut. Anak belum mengenal konsep moral yang mendasari konsekuensi tersebut.

- (2) Tahap orientasi relativitas instrumental (*instrumental-relativist orientation*). Perilaku yang benar adalah yang memuaskan kebutuhan anak itu sendiri (kadang-kadang juga kebutuhan orang lain). Anak sudah mulai menyadari aspek timbal balik dan berbagi dengan orang lain, namun hal tersebut belum disertai elemen kesetiaan, penghargaan, atau keadilan.

#### 5) Perkembangan spiritual

Tahap perkembangan spiritual anak prasekolah adalah intuisi-proyeksi dari kejujuran. Di tahap ini, anak belum memahami konsep spiritual. Anak hanya meniru perilaku orang tua (DeLaune & Ladner, 2010).

#### 2.1.4 Kebutuhan gizi anak usia prasekolah

Kebutuhan gizi adalah jumlah gizi minimal yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan individu pada umumnya (Almatsier, 2003). Anak prasekolah memerlukan asupan gizi yang tinggi untuk proses tumbuh dan berkembang secara optimal (Verma & Prinja, 2008). Anak prasekolah memerlukan enam jenis zat gizi yang harus terkandung dalam makanannya, yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, dan air. Zat gizi tersebut diperlukan sebagai zat tenaga, pembangun, dan pengatur (Uripi, 2004).

##### 1) Zat tenaga (energi)

Energi yang dibutuhkan oleh tubuh dapat bersumber dari zat gizi karbohidrat, lemak, dan protein. Energi diperlukan untuk berbagai proses metabolisme di dalam tubuh, yaitu untuk proses pertumbuhan dan

mempertahankan suhu tubuh agar tetap stabil, dan gerakan otot untuk aktifitas (Sediaoetama, 2000). Kebutuhan energi anak dihitung dengan *Basal Metabolic Rate* (BMR). Rumus BMR untuk anak usia 3-10 tahun, laki-laki  $22.7B + 495$  dan perempuan  $22.5B + 499$  (FAO/WHO/UNU, 1985; Muhilal, Jus'at, Anwar, Djalal, & Tarwotjo, 1993).

(1) Karbohidrat (60-70%)

Karbohidrat dibutuhkan sebagai sumber energi utama, membuat cadangan energi di dalam tubuh, dan memberikan rasa kenyang (Rolfes, Pinna, & Whitney, 2011). Bahan makanan yang banyak mengandung karbohidrat adalah jenis sereal dan umbi-umbian. Jenis sereal yang sesuai untuk anak prasekolah adalah beras putih karena kandungan karbohidrat yang tinggi, tetapi lebih mudah dicerna dibandingkan dengan varietas lain. Sereal dapat dimasak dalam bentuk biji-bijian atau tepung, seperti terigu, tepung beras, dan maizena. Tepung tersebut dapat digunakan sebagai bahan utama pembuat roti, kue, *crackers*, dan berbagai mi atau makaroni. Sementara jenis umbi-umbian yang paling dianjurkan untuk anak prasekolah adalah kentang (Keyzer, et al., 2011).

(2) Lemak (15-20%)

Lemak adalah sumber energi berkonsentrasi tinggi. Selain itu, lemak juga memiliki fungsi penting sebagai sumber asam lemak esensial yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan kesehatan kulit, zat pelarut vitamin A-D-E-K, dan menambah kelezatan makanan (Prentice & Paul, 2000). Lemak dapat berbentuk cair atau padat. Lemak dalam

bentuk cair adalah minyak yang biasanya bersumber dari bahan nabati, seperti minyak sawit, kelapa, kedelai, dan kacang. Lemak padat dalam bentuk padat, misalnya mentega (*butter*), lemak sapi, dan lemak ayam (DeLaune & Ladner, 2010). Akan tetapi, lemak kurang bisa dicerna, sehingga pemberian lemak pada anak prasekolah dibatasi (Rolfes, Pinna, & Whitney, 2011).

(3) Protein (10-20%)

Protein berfungsi sebagai zat tenaga dan pembangun. Fungsi protein sebagai zat pembangun tidak dapat digantikan dengan karbohidrat dan lemak. Jika karbohidrat dan lemak sudah cukup dalam makanan, fungsi protein sebagai zat pembangun tidak berkurang. Akan tetapi, jika asupan karbohidrat dan lemak kurang, protein dapat digunakan sebagai zat tenaga (DCC, 2010).

2) Zat pembangun

Zat pembangun merupakan zat yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, pembentukan darah, enzim dan hormon, serta mengganti sel-sel jaringan yang rusak akibat aus atau infeksi penyakit (DCC, 2010). Satu-satunya zat pembangun adalah protein. Protein dapat bersumber dari bahan nabati dan hewani. Protein yang memiliki mutu cerna dan daya manfaat tinggi adalah protein hewani (Muhilal, Jus'at, Anwar, Djalal, & Tarwotjo, 1993). Bahan makanan hewani untuk anak prasekolah, di antaranya telur, daging unggas, daging sapi, dan ikan. Sementara bahan nabati sumber protein, yaitu jenis kacang-kacangan (kedelai, kacang merah, kacang hijau, kacang panjang, buncis, kacang mete, kenari, almon, dan wijen) (Uripi, 2004). Menurut Zeeman (1991), perkiraan kebutuhan protein

berdasar rasio energi : nitrogen sebesar 150 : 1, artinya setiap energi 150 kkal dibutuhkan 1 g nitrogen (1 g nitrogen = 6,25 g protein).

### 3) Zat pengatur

Zat gizi yang termasuk dalam zat pengatur adalah air, vitamin, dan mineral (Uripi, 2004).

#### (1) Air

Air mempunyai berbagai fungsi dalam proses vital tubuh, yaitu sebagai pelarut dan pengangkut zat gizi, katalisator berbagai reaksi biologis dalam sel, pelumas sendi tubuh, fasilitator pembangunan, pengatur suhu, dan peredam benturan (Mayo Clinic, 2011). Menurut PERSAGI (1992), kebutuhan air pada anak prasekolah sehat adalah 100-110 mg/kg berat badan per hari.

#### (2) Vitamin

Vitamin adalah zat organik yang terdapat dalam bahan makanan, baik hewani maupun nabati. Walaupun dibutuhkan dalam jumlah sedikit, vitamin merupakan unsur penting dalam makanan karena sifatnya yang tidak dapat dibentuk sendiri oleh tubuh (Albon & Mukherji, 2008). Vitamin berfungsi sebagai katalisator dalam berbagai proses metabolisme (Almatsier, 2003). Berdasarkan sifat kelarutannya, vitamin diklasifikasikan menjadi vitamin larut lemak (A-D-E-K) dan vitamin tidak larut lemak (C dan B kompleks).

##### a) Vitamin A

Vitamin A berperan dalam proliferasi jaringan epitel, pigmentasi retina, meningkatkan sistem imun, dan antioksidan (DeLaune &

Ladner, 2010). Vitamin A hanya terdapat dalam bahan makanan hewani, seperti hati, kuning telur, susu, dan keju. Vitamin A dapat dibentuk oleh tubuh, jika ada provitamin A (karoten). Bahan makanan sumber provitamin A adalah sayuran dan buah-buahan berwarna kuning, merah, atau hijau tua, misalnya papaya, wortel, labu kuning, bayam, brokoli, dan seledri (Sediaoetama, 2000).

b) Vitamin D

Peran utama vitamin D yaitu membantu metabolisme kalsium dalam pembentukan tulang dan gigi. Selain itu, vitamin D juga mengatur keseimbangan mineral dalam tubuh melalui pengaruhnya terhadap hormon paratiroid. Sumber vitamin D adalah telur, susu fortifikasi, minyak ikan, *oatmeal*, kentang, dan minyak sayur (Uripi, 2004).

c) Vitamin E

Vitamin E berperan sebagai antioksidan. Zat antioksidan melindungi anak-anak dari berbagai radiasi termasuk sinar ultraviolet dan pencernaan lingkungan. Selain itu, vitamin E berperan dalam sirkulasi darah, dalam sintesis heme. Vitamin E banyak terdapat dalam kecambah, berbagai biji-bijian, tunas muda tanaman, kuning telur, dan minyak yang terbuat dari biji-bijian (Traber, 2006).

d) Vitamin K

Vitamin K berperan dalam pembentukan zat yang berfungsi sebagai faktor-faktor dalam pembekuan darah, misalnya protrombin. Vitamin K dapat dibentuk sendiri oleh flora usus (Triana, 2006). Sejumlah makanan yang mengandung vitamin K, adalah sayuran berwarna hijau, asparagus, brokoli, sawi, kembang kol, gandum, kuning telur, daging, serta susu dan hasil olahannya (DeLaune & Ladner, 2010).

e) Vitamin C

Menurut Hartono & Kristiani (2000), vitamin C berfungsi membentuk jaringan ikat (penghubung antara sel-sel tubuh), yang penting dalam proses penyembuhan luka. Vitamin C juga dibutuhkan dalam pembentukan sel darah merah, serta menjaga kesehatan gigi, gusi, dan tulang. Sumber vitamin C adalah buah-buahan dan sayuran yang dimakan segar. Vitamin C mudah rusak oleh pemanasan dan oksidasi udara (Almatsier, 2003). Oleh karena itu, penyimpanan sayur dan buah sebagai sumber vitamin C perlu diperhatikan.

f) Vitamin B kompleks

Hampir semua jenis vitamin B kompleks berperan dalam proses metabolisme. Delapan vitamin yang termasuk dalam golongan vitamin B kompleks, yaitu thiamin ( $B_1$ ), riboflavin ( $B_2$ ), niasin ( $B_3$ ), asam pantotenat ( $B_5$ ), piridoksin ( $B_6$ ), asam folat, sianokobalamin ( $B_{12}$ ), dan biotin. Vitamin B kompleks terdapat

dalam daging, hati, susu, kacang-kacangan, biji-bijian, dan sayuran berwarna hijau tua (DeLaune & Ladner, 2010). Vitamin B tidak terlalu terpengaruh pada efek pengolahan, penyimpanan, dan pengalengan, tetapi sangat peka terhadap cahaya matahari (Uripi, 2004).

### (3) Mineral

Mineral bersama-sama dengan vitamin berperan penting dalam kesehatan. Mineral yang penting bagi pertumbuhan anak, antara lain kalsium, besi, iodium, fluor, dan fosfor (Aven-Hen, 1992).

#### a) Kalsium

Kalsium berperan dalam kesehatan dan pertumbuhan tulang dan gigi. Selain itu, kalsium berperan dalam dalam proses pembekuan darah dan pengaturan denyut jantung. Susu, kacang-kacangan dan hasil olahannya (misalnya tempe dan tahu), serta ikan yang dimakan bersama tulangnya (misalnya, ikan teri) merupakan sumber kalsium utama bagi anak prasekolah (Uripi, 2004).

#### b) Besi

Zat besi merupakan komponen esensial untuk pembentukan hemoglobin (komponen pada sel darah merah) (Almatsier, 2003). Zat besi terdapat dalam bahan makanan hewani, seperti hati, daging, unggas, ikan, dan telur. Sementara bahan makanan nabati sumber zat besi di antaranya sayuran berwarna hijau, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Zat besi yang berasal dari



bahan makanan hewani lebih mudah diserap daripada nabati, sehingga lebih disarankan untuk anak prasekolah (Ekiz, Agaoglu, Karakaz, Gurel, & Yalcin, 2005).

c) Iodium

Iodium merupakan mineral utama untuk membentuk hormon tiroksin (yang diproduksi oleh kelenjar gondok). Hormon tiroksin berfungsi untuk mengatur metabolisme tubuh dan penting untuk perkembangan fisik, serta mental. Sumber utama iodium adalah ikan dan hasil laut. Untuk daerah yang jauh dari laut, bisa dipenuhi dari garam beriodium (Uripi, 2004).

d) Fluor

Menurut Hartono & Kristiani (2000), fluor dibutuhkan untuk pembentukan gigi dan mencegah karies gigi. Fluor terdapat dalam air minum. Sementara kandungan fluor dalam bahan makanan hewani dan nabati kadarnya hanya sedikit.

e) Fosfor

Fosfor merupakan mineral yang berfungsi dalam pertumbuhan tulang dan gigi, bersama kalsium dan vitamin D. Fosfor berperan dalam pembentukan energi dari karbohidrat, pertumbuhan dan perbaikan sel-sel, serta aktifitas otot dan saraf. Bahan makanan sumber fosfor di antaranya, daging, unggas, ikan, telur, dan beras (Aven-Hen, 1992; Uripi, 2004).

Di samping cukup dari segi gizi, makanan yang dikonsumsi anak prasekolah juga harus beraneka ragam, meliputi kelima jenis zat gizi, yaitu karbohidrat,

lemak, protein, mineral, dan vitamin di setiap penyajian makan utama (Departemen Pertanian RI, 2003). Sementara jadwal makan untuk anak prasekolah sama dengan orang dewasa, yaitu tiga kali makan utama (pagi, siang, dan malam) dan dua kali makan selingan di antara dua kali makan utama (Departemen of Health and Children, 2004).

#### 2.1.5 Angka Kecukupan Gizi (AKG) anak prasekolah

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) diartikan sebagai suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi hampir semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, dan aktifitas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Muhilal, Jus'at, Anwar, Djalal, & Tarwotjo, 1993). AKG digunakan untuk perencanaan makanan dan menilai tingkat konsumsi makanan individu/masyarakat (Almatsier, 2003).

Tabel 2.1 Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk anak prasekolah (3-5 tahun)

Jenis Zat Gizi	Golongan Umur	
	1-3 tahun	4-6 tahun
Energi (kkal)	1000	1550
Protein (g)	25	39
Vitamin A (RE)	400	450
Vitamin D (g)	5	5
Vitamin E (mg)	6	7
Vitamin K (g)	15	20
Tiamin (mg)	0.5	0.8
Riboflavin (mg)	0.5	0.6
Niasin (mg)	6	8
Vitamin B <sub>12</sub> (ug)	0.9	5
Asam Folat (ug)	150	200
Piridoksin (mg)	0.5	0.6
Vitamin C (mg)	40	45
Kalsium (mg)	500	500
Fosfor (mg)	400	400
Magnesium (mg)	60	80
Besi (mg)	8	9
Seng (mg)	8.2	9.7
Iodium (ug)	90	120
Selenium (ug)	17	20
Mangan (mg)	1.2	1.5

Fluor (mg)	0.6	0.8
------------	-----	-----

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, LIPI (2004)

Tabel 2.2 Penjabaran AKG dalam jumlah porsi per hari untuk anak prasekolah (3-5 tahun)

Bahan Makanan	Golongan Umur	
	1-3 tahun (1200 kkal)	4-6 tahun (1700 kkal)
Nasi	3 porsi	4 porsi
Sayuran	1 porsi	2 porsi
Buah	3 porsi	3 porsi
Tempe	1 porsi	2 porsi
Daging	1 porsi	2 porsi
ASI	Dilanjutkan sampai usia 2 tahun	
Susu	1 porsi	1 porsi
Minyak	3 porsi	4 porsi
Gula	2 porsi	2 porsi

Sumber : Soekirman & Atmawikarta (2002)

#### 2.1.6 Masalah gizi anak prasekolah

Malnutrisi masih menjadi masalah gizi utama anak di Indonesia (Nasution, 2004). Malnutrisi adalah keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara relatif satu atau lebih zat gizi. Empat bentuk malnutrisi di antaranya (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2002):

- 1) *Under nutrition*, yaitu kekurangan konsumsi pangan secara relatif atau absolut untuk periode tertentu.
- 2) *Specific deficiency*, yaitu kekurangan zat gizi tertentu (misalnya kekurangan vitamin A, yodium, Fe, dan lain-lain).
- 3) *Over nutrition*, yaitu kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu.
- 4) *Imbalance*, yaitu keadaan karena disproporsi zat gizi (misalnya kolesterol terjadi karena tidak seimbangnya *Low Density Lipoprotein*-LDL, *High Density Lipoprotein*-HDL, dan *Very Low Density Lipoprotein*-VLDL).

Ketidakseimbangan, baik kekurangan atau kelebihan dapat mengakibatkan status kesehatan yang tidak sehat (Uripi, 2004). Empat masalah gizi kurang yang dialami anak prasekolah di Indonesia, di antaranya:

1) Kurang Energi Protein (KEP)

KEP adalah gangguan gizi akibat kekurangan makan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein (Almatsier, 2003). Beberapa penyebab kurangnya asupan energi dan protein, yaitu makanan yang tersedia kurang mengandung energi, penurunan nafsu makan, gangguan absorpsi makanan di saluran cerna, dan kebutuhan metabolisme energi yang meningkat (misalnya karena penyakit infeksi) (Uripi, 2004). KEP yang bersifat akut akan menyebabkan anak mengalami pelisutan tubuh yang disebut *wasting*. Jika KEP bersifat kronis, maka terjadi keadaan *stunting*, yaitu anak menjadi pendek dan tinggi badan tidak sesuai dengan usianya meski secara fisik anak tidak kurus. Mayoritas penelitian *cross sectional* memperlihatkan keterkaitan antara *stunting* dengan perkembangan motorik dan mental yang buruk, serta prestasi kognitif dan sekolah yang rendah (Gibney, Mergetts, Kearney, & Arab, 2009).

2) Anemia Gizi Besi (AGB)

AGB merupakan masalah anemia gizi akibat kekurangan zat besi (Fe). Penyebabnya adalah kurangnya daya beli masyarakat untuk mengkonsumsi makanan sumber zat besi, terutama dengan ketersediaan biologis tinggi (hewani) (Almatsier, 2003). Selain itu, pola makan yang sebagian besar terdiri dari nasi dan menu yang kurang beraneka ragam dan infeksi cacing juga turut memicu AGB. (Wahyuni, 2004). Defisiensi zat besi pada masa kanak-kanak mengakibatkan gangguan pada perkembangan motorik dan kognitif, serta masalah perilaku. Anak

prasekolah dengan AGB memiliki perilaku sosial yang rendah, selalu ingin berada dekat dengan ibunya, kurang begitu menunjukkan rasa senang, dan tampak lebih kuatir/penakut (Lozoff, *et al.*, 2007). Defisiensi zat besi juga mengganggu imunitas seluler dan humoral anak, sehingga daya tubuhnya menurun dan rentan terinfeksi penyakit (Ekiz, Agaoglu, Karakaz, Gurel, & Yalcin, 2005).

### 3) Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)

Kekurangan iodium terutama terjadi di daerah pegunungan, di mana tanah kurang mengandung iodium (Almatsier, 2003). GAKI pada anak meliputi penyakit gondok (*goiter*), kretinisme endemik, serta gangguan pada fungsi kognitif, sensorik, dan motorik. Metanalisis terhadap 18 penelitian yang menyelidiki hubungan antara defisiensi iodium dan kemampuan kognitif pada anak-anak menemukan adanya deficit nilai IQ rata-rata sebesar 13.5 poin pada anak yang mengalami defisiensi iodium, dibandingkan kelompok kontrol (Gibney, Mergetts, Kearney, & Arab, 2009).

### 4) Kurang Vitamin A (KVA)

KVA terjadi akibat rendahnya konsumsi pangan yang mengandung vitamin A atau provitamin A. Penyebabnya adalah kemiskinan dan kurang pengetahuan tentang gizi. KVA dapat menyebabkan kebutaan dan menurunkan daya tahan tubuh anak (Almatsier, 2003).

Di samping masalah gizi kurang, masalah gizi lain yang mulai meningkat prevalensinya adalah masalah gizi lebih (*overnutrition*) akibat kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu, disertai dengan pengetahuan yang kurang tentang gizi (Azwar, 2004). Peningkatan pendapatan berdampak pada perubahan gaya hidup di mana aktifitas fisik semakin berkurang dan pola makan menjadi

tidak sehat. Kedua hal tersebut menyebabkan jumlah anak dengan masalah gizi lebih berupa kegemukan atau obesitas semakin meningkat (Chopra, Galbraith, & Darnton-Hill, 2002). Anak prasekolah dengan gizi lebih lebih rentan mengalami masalah kesehatan karena penurunan imunitas (Somartin & Chandra, 2001), hiperkolesterolemia (Grundy, Barnett, & JP, 1990), dan perilaku sosial yang cenderung menarik diri (Amstrong, Dorosty, Reilly, Emmett, & Team, 2003). Selain itu, dampak jangka panjang dari masalah gizi lebih adalah semakin meningkatnya resiko menderita penyakit degeneratif, seperti jantung koroner, diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit hati (Almatsier, 2003).

## **2.2 Konsep Perilaku Kesehatan**

### **2.2.1 Definisi perilaku**

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai rentang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Perilaku (manusia) diartikan sebagai semua kegiatan/aktivitas manusia, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar (Machfoedz & Suryani, 2007). Perilaku adalah seluruh aktivitas atau kegiatan yang bisa dilihat ataupun tidak pada diri seseorang sebagai hasil dari proses pembelajaran (Dermawan & Setiawati, 2008).

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Spiegler & Guevremont, 2009):

1) Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup (*covert*). Respons terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam tindakan/praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati oleh orang lain.

### 2.2.2 Definisi perilaku kesehatan

Menurut Notoatmojo (2005), perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan meliputi semua kegiatan individu yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak (*unobservable*).

Perilaku kesehatan individu secara umum dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu (Skinner, 1983; Smet, 1994):

1) Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat

Perilaku sehat (*healthy behavior*), mencakup perilaku (*overt* dan *covert*) dalam mencegah/menghindar dari penyakit dan penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif), dan perilaku dalam mengupayakan peningkatan kesehatan (perilaku promotif). Misalnya, makan dengan gizi seimbang, olah raga teratur,

menggosok gigi setelah makan, cuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan, dan lain-lain.

## 2) Perilaku orang yang sakit

Perilaku ini disebut juga perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional (dukun, *sinshe*) maupun pengobatan modern atau profesional (RS, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain).

### 2.2.3 Domain perilaku

Bloom (1954) yang dikutip oleh DeLaune & Ladner (2002), membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) *domain* yaitu: 1) kognitif (*cognitive*), 2) afektif (*affective*), 3) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

#### 1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan *domain* yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan yang tercakup dalam *domain* kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan. Bloom (1956) membagi tingkatan tersebut dalam *knowledge, comprehension, application, analysis, synthesis, dan evaluation*. Akan tetapi, berdasarkan hasil penelitian pengembangan yang telah dilakukan, taksonomi tersebut direvisi menjadi (Krathwohl, 2002):



- (1) *Remember*, berarti kemampuan untuk me-*recall* pengetahuan yang relevan dengan sesuatu yang sedang dipelajari, dari memori jangka panjang.
  - (2) *Understand*, berarti kemampuan untuk menentukan arti suatu pesan instruksional, baik melalui ucapan, tulisan, maupun gambar.
  - (3) *Apply*, berarti kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).
  - (4) *Analyze*, berarti kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
  - (5) *Evaluate*, berarti kemampuan untuk mengambil keputusan berdasarkan kriteria dan standar.
  - (6) *Create*, berarti kemampuan untuk menyatukan berbagai elemen untuk membentuk hal baru.
- 2) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Bloom, Engelheart, Furst, Hill & Krathwohl, 1956; Notoatmojo, 2003). Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut (Azwar S. , 2010):

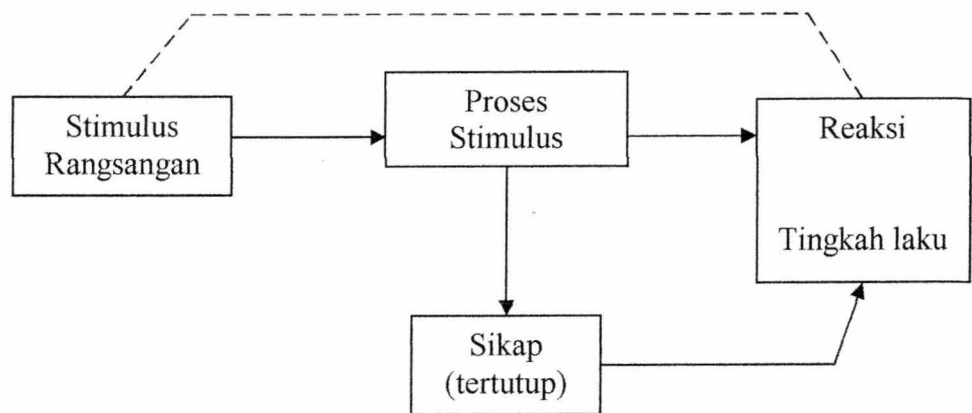
“*An individual’s sosial attitude is a syndrome of response consistency with regard to sosial object*” (Campbell, 1950).

“*Sikap sosial individu merupakan suatu respons kepekaan dari penghargaan objek sosial*” (Campbell, 1950)

“*A mental and neural state of readiness, organized through experience exerting a directive or dynamic influence up on the individual’s response to all objects and situation with which it is related*” (Allport, 1954).

“*Tahap kesiapan untuk berpikir dan mental, melalui pendesakan keahlian memerintah atau pengaruh dinamik terhadap respons individu ke semua objek dan situasi yang berhubungan*” (Allport, 1954).

Gambar di bawah ini dapat lebih menjelaskan uraian tersebut.



Gambar 2.1 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi  
(Notoatmodjo, 2003)

Allport (1954), yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu :

- (1) Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, sebagai berikut (Krathwohl, Bloom, Masia, 1964; Boyle, 2007):

- (1) Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.
- (2) Merespon (*responding*), diartikan dengan ada tidaknya perilaku yang ditunjukkan. Misalnya memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- (3) Menghargai (*valuing*), diartikan dengan upaya mengajak orang lain untuk mendiskusikan sikap yang sesuai terhadap suatu masalah. Misalnya: seorang

ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya, dan sebagainya) untuk mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

- (4) Mengatur (*organisation*), diartikan sebagai proses pengintegrasian nilai baru dalam pola pikir individu. Misalnya ibu mulai memikirkan untuk berkomitmen menjaga gizi anak tetap seimbang.
  - (5) *Characterisation by value*, diartikan dengan tindakan yang konsisten terhadap sikap yang baru.
- 3) Tindakan atau praktik (*practice*)

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2003). Tindakan mempunyai beberapa tingkatan (Dave, 1975):

- (1) Imitasi, yaitu mampu melakukan tindakan setelah mengobservasi perilaku orang lain.
- (2) Manipulasi, yaitu mampu melakukan tindakan dengan mengikuti instruksi tertentu.
- (3) Presisi, yaitu mampu melakukan tindakan sesuai dengan tindakan yang dulu pernah dilakukan pada kondisi yang sama.
- (4) Artikulasi, yaitu mampu mengkoordinasikan beberapa tindakan dengan konsistensi internal yang baik.

- (5) Naturalisasi, yaitu mampu melakukan tindakan yang tepat tanpa perlu berpikir lama, tindakan spontan/natural.

#### 2.2.4 Proses adopsi perilaku

Menurut Rogers (2003), sebelum individu mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Knowledge*, dimana individu mengetahui stimulus (obyek), tetapi belum tertarik untuk mencari informasi lebih lanjut.
- 2) *Persuasion*, dimana individu mulai tertarik kepada stimulus dan mulai mencari informasi lebih detail,
- 3) *Decision*, dimana individu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) *Implementation*, dimana individu telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Confirmation*, dimana individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Sedangkan menurut teori kognitif, Piaget lebih memperhatikan proses belajar untuk melakukan suatu perubahan melewati tiga proses yaitu asimilasi, akomodasi, dan equilibrasi. Asimilasi adalah proses penyatuan berbagai informasi baru ke struktur kognitif yang sudah ada dalam pikiran peserta didik. Akomodasi adalah penyesuaian struktur kognitif ke dalam situasi baru. Sementara equilibrasi adalah penyesuaian berkesinambungan antara asimilasi dan akomodasi (Dermawan dan Setiawati, 2008).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2003).

#### 2.2.5 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Menurut WHO dalam Dermawan dan Setiwati (2008), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian antara lain:

##### 1) Perubahan Alamiah

Perilaku yang dihasilkan dari proses belajar sangat tergantung dari stimulus dan lingkungan saat proses belajar berlangsung. Secara alamiah perubahan perilaku seseorang bergeser karena banyak stimulus baru dan pengaruh lingkungan tempat tinggal.

##### 2) Perubahan Terencana

Perubahan perilaku yang memang benar-benar direncanakan.

##### 3) Kesiediaan untuk berubah

Kesiediaan untuk berubah bagi setiap orang sangatlah berbeda-beda. Perbedaan individual berupa bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual sangat mempengaruhi pengambilan keputusan bagi individu dalam perubahan perilakunya.

#### 2.2.6 Strategi perubahan perilaku

Strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian, yaitu (Notoatmojo, 2005):

1) Kekuatan/dorongan/kekuasaan

Perilaku dipaksa dirubah dengan instrumen yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Perilaku dirubah dengan keharusan serta lebih bersifat paksaan. Strategi ini menitikberatkan pada faktor paksaan dan kekuasaan.

2) Pemberian informasi

Perilaku berubah dengan terlebih dahulu diberikan sebuah penguatan berupa informasi-informasi tentang sesuatu hal yang bisa merubah perilaku terlebih dahulu.

3) Diskusi partisipatif

Diskusi adalah bagian dari strategi yang berperan penting dalam merubah proses pikir individu untuk mempercepat perubahan perilaku. Diskusi akan membuat individu berpikir, dengan diskusi pengetahuan akan bertambah. Semakin banyak informasi yang diyakini kebenarannya, maka semakin cepat pula perubahan perilaku terjadi.

### **2.3 Konsep *Health Promotion Model***

*Health Promotion Model* (HPM) awalnya dikembangkan pada tahun 1980an oleh Pender. Model tersebut kemudian direvisi pada 1996 berdasarkan perubahan perspektif teori dan temuan ilmiah (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). HPM merupakan perspektif teori yang mengeksplorasi faktor-faktor dan hubungannya dengan perilaku promosi kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup (Srof & Velsor-Friedrich, 2006). HPM membantu perawat memahami determinan perilaku kesehatan individu, yang menjadi dasar

intervensi/konseling perilaku untuk meningkatkan gaya hidup sehat (Pender, 2011).

HPM merupakan panduan bagi perawat untuk mengeksplorasi proses biopsikososial yang kompleks, yang memotivasi individu untuk berperilaku tertentu, yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatannya (Pender, 1996; Pender, 2010). HPM dapat digunakan pada semua perilaku sehat, dimana ancaman kesakitan tidak menjadi sumber utama motivasi perilaku (Pender, 1996; Ripollone, 2010).

HPM dikonstruksi dari *expectancy-value theory* dan *social cognitive theory*. *Expectancy-value theory* meyakini bahwa perilaku tertentu dimunculkan untuk mendapatkan hasil tertentu, hasil inilah yang akan menjadi nilai personal yang positif. Sementara *social cognitive theory* berfokus pada konsep *self efficacy*, yaitu penilaian individu terhadap kemampuan diri untuk berperilaku tertentu. Pender memprediksi tingkat kepercayaan diri yang tinggi akan membawa nilai-nilai positif dalam diri individu dan perilaku akan dimunculkan (Tomey & Alligood, 2006).

### 2.3.1 Asumsi mayor

Asumsi mayor dalam HPM dijelaskan sebagai berikut (Pender, 2011):

#### 1) Manusia

Manusia adalah organism biopsikososial yang sebagian dibentuk oleh lingkungan, tetapi juga mencari lingkungan yang sesuai dengan keinginan diri, sehingga potensi dirinya dapat diekspresikan dengan baik. Individu dan lingkungannya selalu berinteraksi. Karakteristik individu dan pengalaman hidup akan membentuk perilaku, termasuk perilaku kesehatan.

## 2) Lingkungan

Konteks sosial, budaya, dan fisik, dimana individu hidup. Lingkungan dapat dimanipulasi oleh individu untuk membentuk isyarat positif dan memfasilitasi perilaku promosi kesehatan.

## 3) Keperawatan

Keperawatan adalah kolaborasi perawat dengan individu, keluarga, dan komunitas untuk membentuk kondisi positif, sehingga derajat kesehatannya berada pada level tertinggi.

## 4) Sehat

Sehat merupakan aktualisasi kesesuaian lingkungan dengan potensi individu melalui perilaku yang berorientasi pada tujuan, kemandirian dalam perawatan diri, dan membangun hubungan saling memuaskan dengan orang lain. Sedangkan penyesuaian diri dibutuhkan untuk mempertahankan integritas struktural dan harmoni dengan lingkungan. Sehat merupakan pengalaman hidup yang terus berkembang.

## 5) Sakit

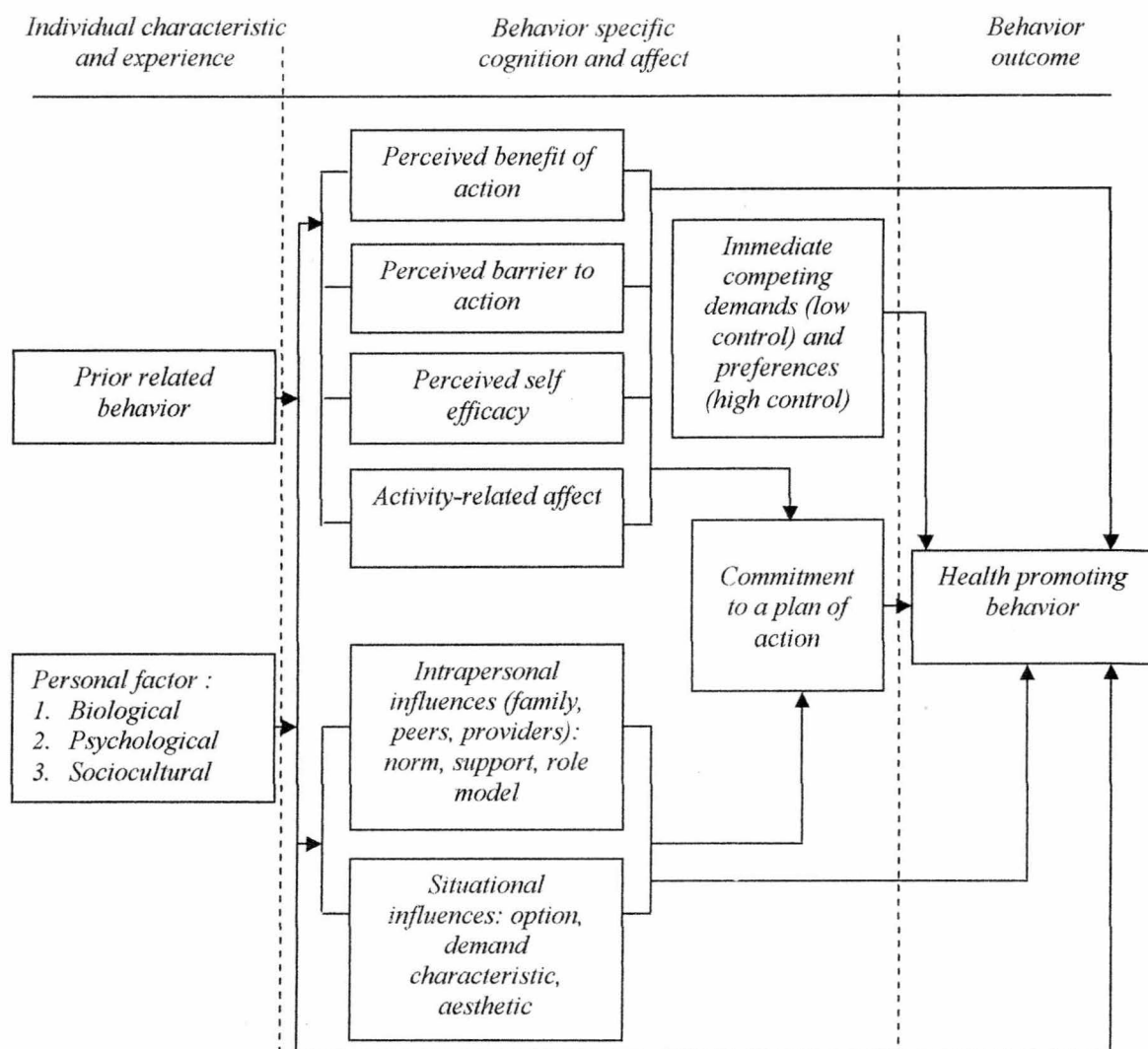
Sakit merupakan peristiwa abstrak sepanjang usia dengan durasi singkat (akut) atau lama (kronis) yang dapat menghalangi potensi individu, sehingga memaksa individu mencari bantuan kesehatan.

### 2.3.2 Komponen

HPM mengklasifikasikan determinan perilaku individu menjadi tiga kelompok proposisi yang spesifik, yaitu 1) karakteristik individu dan pengalaman; 2) *behavior specific cognition and affect*; dan 3) faktor interpersonal/situasional. Karakteristik individu dan pengalaman adalah faktor pembawaan (jenis kelamin,



usia, genetik) dan pengalaman yang membentuk perilaku ke depan. Faktor latar belakang ini umumnya tidak dapat dimodifikasi. *Behavior specific cognitions and affect* meliputi *perceived benefit-barrier to behavior*, *perceived self efficacy*, dan sikap yang mendasari perilaku. Faktor ini merupakan target utama dari pengkajian perilaku promosi kesehatan individu. Sementara faktor interpersonal/situasional adalah faktor lingkungan dan sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; Srof & Velsor-Friedrich, 2006).



Gambar 2.2 *The Health Promotion Model* (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; Tomey & Alligood, 2006)

Definisi masing-masing komponen HPM, antara lain (Pender, 2011):

- 1) Karakteristik individu dan pengalaman
  - (1) *Prior related behavior*, yaitu frekuensi perilaku kesehatan yang sama di masa lalu
  - (2) Faktor personal (biologis, psikologis, sosiokultural), yaitu karakteristik umum individu yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Faktor biologis meliputi usia dan jenis kelamin. Faktor psikologis meliputi motivasi, harga diri, persepsi terhadap sakit. Sementara

faktor sosiokultural meliputi tingkat suku, pendidikan, dan tingkat ekonomi.

2) *Behavior-specific cognition and affect*

- (1) *Perceived benefits of action*, yaitu persepsi positif atau konsekuensi yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
- (2) *Perceived barrier to action*, yaitu persepsi adanya hambatan, kesulitan, dan biaya yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
- (3) *Perceived self efficacy*, yaitu penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu, kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik.
- (4) *Activity-related to action*, yaitu perasaan subjektif atau emosi yang muncul sebelum, selama, dan setelah berperilaku kesehatan tertentu.
- (5) Faktor interpersonal (keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan): norma, dukungan sosial, model, yaitu persepsi yang berhubungan dengan perilaku, kepercayaan, sikap orang lain yang membuat individu ikut berperilaku kesehatan tertentu.
- (6) Faktor situasional (pilihan, karakteristik kebutuhan, estetika, daya beli), yaitu persepsi kesesuaian lingkungan jika individu berperilaku kesehatan tertentu.
- (7) Komitmen terhadap perilaku yang direncanakan, yaitu intensi/niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melakukannya dengan baik.

- (8) *Immediate competing demands and preferences*, yaitu perilaku alternatif yang mengganggu kesadaran individu untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkan, akibat adanya perencanaan perilaku kesehatan.
- 3) Perilaku yang dihasilkan-perilaku promosi kesehatan, yaitu perilaku akhir yang diharapkan, atau hasil pengambilan keputusan dan persiapan aksi.

### 2.3.3 Konsep mayor

Pender (1996), menyusun HPM berdasarkan beberapa asumsi, dimana asumsi tersebut merefleksikan perspektif keperawatan dan ilmu perilaku. Asumsi tersebut di antaranya (Tomey & Alligood, 2006):

- 1) Individu cenderung membentuk kondisi hidup melalui cara dimana mereka dapat mengekspresikan potensi kesehatannya yang unik.
- 2) Individu memiliki kemampuan untuk merefleksikan kesadaran diri, termasuk mengkaji kompetensi diri.
- 3) Nilai-nilai individu tumbuh ke arah yang dipandang positif dan mencoba mencapai penerimaan personal yang seimbang antara perubahan dan stabilitas.
- 4) Individu cenderung secara aktif mengatur perilakunya sendiri.
- 5) Individu dalam interaksi biopsikososialnya yang kompleks dengan lingkungan, secara terus-menerus merubah lingkungan dan dirubah oleh lingkungan.
- 6) Tenaga kesehatan profesional menjadi bagian dari lingkungan interpersonal, dimana turut berupaya mempengaruhi individu sepanjang usianya.

- 7) Perwujudan kembali pola interaktif individu-lingkungan merupakan faktor penting dalam perubahan perilaku.

#### 2.3.4 Proposisi teori

HPM didasarkan pada proposisi teoritis berikut (Tomey & Alligood, 2006):

- 1) Perilaku sebelumnya dan sifat-sifat yang diwarisi turun-temurun dan karakteristik yang didapat mempengaruhi keyakinan, sikap, dan pembuatan perilaku promosi kesehatan.
- 2) Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku dimana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan.
- 3) *Perceived barrier* dapat menurunkan komitmen untuk berperilaku, mediator perilaku seperti perilaku aktualnya.
- 4) *Perceived self efficacy* untuk melakukan perilaku yang diharapkan dapat meningkatkan komitmen untuk melakukan perilaku secara umum.
- 5) Semakin tinggi *perceived self efficacy*, maka akan semakin rendah *perceived barrier* untuk berperilaku sehat.
- 6) Sikap positif terhadap suatu perilaku berakibat pada *perceived self efficacy* yang tinggi.
- 7) Jika emosi atau sikap positif berhubungan dengan perilaku, kemungkinan komitmen dan pelaksanaan perilakunya semakin meningkat.
- 8) Individu cenderung komitmen terhadap suatu perilaku promosi kesehatan jika orang lain yang berpengaruh menunjukkan perilaku yang sama, mengharapkan perilaku dimunculkan, dan membantu memberikan dukungan untuk pelaksanaan perilaku tersebut.

- 9) Keluarga, teman sebaya, dan petugas kesehatan merupakan sumber pengaruh interpersonal yang dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen individu untuk berperilaku promosi kesehatan.
- 10) Pengaruh situasional dalam lingkungan eksternal dapat meningkatkan dan menurunkan komitmen atau partisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- 11) Komitmen yang tinggi untuk berperilaku tertentu sesuai rencana, meningkatkan kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku promosi kesehatannya sepanjang waktu.
- 12) Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika individu mendapatkan kontrol yang lemah.
- 13) Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika ada perilaku lain yang lebih atraktif dan disukai oleh individu.

Individu dapat memodifikasi pengaruh kognitif, sikap, interpersonal, dan situasional supaya lebih mendukung perilaku promosi kesehatannya.

### 2.3.5 Komitmen

Komitmen didefinisikan sebagai intensi/niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melakukannya dengan baik (Pender, 2011). Seseorang berperilaku karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (*behavioral intention*) masih merupakan suatu keinginan atau rencana. Niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (*behavior*) adalah tindakan nyata yang dilakukan. Komitmen yang tinggi untuk berperilaku tertentu sesuai rencana,

meningkatkan kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku promosi kesehatannya sepanjang waktu (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

### 2.3.6 *Perceived benefit*

*Perceived benefit*, yaitu persepsi positif atau konsekuensi/keuntungan yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Keuntungan berperilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan di antaranya, berat badan dalam rentang normal, mencegah penyakit, lebih sehat, lebih berenergi dalam beraktifitas, tetap sehat, tampak lebih menarik, dan hidup lebih lama (Strolla, Gans, & Risica, 2006). Hasil studi pada populasi wanita dewasa, diketahui tingginya keuntungan yang dipersepsikan dari perilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan berhubungan dengan komitmen untuk melakukan perilaku kesehatan tersebut (Walker, Pullen, Hertzog, Broekner, & Hageman, 2006). Belum diketahui, hubungan antara keuntungan yang dipersepsikan dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

### 2.3.7 *Perceived barrier*

*Perceived barrier*, yaitu persepsi adanya hambatan yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Hambatan dalam perilaku pemenuhan gizi sesuai rekomendasi di antaranya, selera, biaya, kesulitan dalam penyediaan (misalnya, tidak bisa memasak, tidak ada waktu, tidak tersedia pilihan bahan makanan) (Fowles & Feucht, 2004; Strolla, Gans, & Risica, 2006). Persepsi yang rendah terhadap hambatan dalam berperilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan meningkatkan komitmen untuk berperilaku kesehatan tersebut (Walker, Pullen, Hertzog, Broekner, & Hageman, 2006). Penelitian tentang

hubungan antara hambatan yang dipersepsikan dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah belum dilakukan di Indonesia.

### 2.3.8 *Perceived self-efficacy*

*Perceived self efficacy*, yaitu penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). *Perceived self efficacy* juga didefinisikan sebagai kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik (Bandura A. , 2004). *Self-efficacy* dalam pemenuhan kebutuhan gizi di antaranya, kepercayaan diri dalam menyediakan dan mengkonsumsi makanan yang sehat (beraneka ragam dan memenuhi zat gizi) (Sallis, *et al*, 1988; Grizzle, 2009). Hubungan antara *perceived self-efficacy* dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah belum diteliti, di Indonesia.

### 2.3.9 Daya beli

Faktor situasional dalam lingkungan eksternal, turut mempengaruhi komitmen individu untuk berperilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Salah satu faktor tersebut adalah daya beli. Menurut Kotler (2006), daya beli adalah kemampuan keluarga untuk mendapatkan atau memperoleh barang yang dibutuhkan. Kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan secara ekonomi, yaitu kemampuan untuk mengeluarkan uang yang dimiliki untuk mendapatkan barang yang diinginkan, dalam hal ini makanan yang bergizi untuk anak prasekolah. Berdasarkan penelitian Aswatini, Noveria, & Fitranita (2008), daya beli mempengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi oleh individu.



### 2.3.10 Usia

Usia didefinisikan sebagai hasil penghitungan lama hidup seseorang sejak lahir sampai waktu tertentu yang telah ditentukan (yang dihitung dalam tahun penuh). Misalnya hasil penghitungan 25 tahun 3 bulan, maka usia orang tersebut adalah 25 tahun (Kemenkes RI, 2010).

Penelitian yang mencari kaitan antara usia ibu dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak masih sangat terbatas. Beberapa penelitian yang mengidentifikasi hubungan antara usia ibu dan status gizi anak belum memperoleh hasil yang konsisten tentang hal tersebut. Penelitian di Bolivia, menemukan bahwa prevalensi anak yang menderita *stunting* menurun sejalan dengan pertambahan usia ibu (Frost, Frost, & Haas, 2005). Hasil yang sama di Kongo, prevalensi anak dengan malnutrisi menurun pada ibu yang berusia di atas 35 tahun (Emina, Kandala, & Inungu, 2009). Hasil yang sebaliknya diperoleh di Nigeria, di mana prevalensi anak prasekolah yang mengalami malnutrisi semakin meningkat sejalan dengan pertambahan usia ibu (Ojiako, Manyong, & Ikpi, 2009). Sementara hasil penelitian Rahayu (1994), tidak menemukan hubungan usia ibu dengan status gizi anak.

Usia berhubungan dengan perilaku ibu dalam pengasuhan anak, termasuk penyediaan nutrisi yang sesuai. Ibu yang terlalu muda (usia <20 tahun) cenderung kurang memiliki pengetahuan dan pengalaman, sehingga mereka menyiapkan dan menyusun menu untuk anak berdasarkan pada pengalaman orang tua terdahulu. Selain itu, ibu yang terlalu muda juga lebih memperhatikan kepentingannya sendiri dari pada kepentingan anaknya. sehingga kualitas dan kuantitas pengasuhannya kurang terpenuhi. Sebaliknya, pada ibu yang memiliki usia yang

telah matang (dewasa) akan cenderung menerima perannya dengan sepenuh hati (Hurlock, 2002).

### 2.3.11 Motivasi intrinsik

Motivasi intrinsik merupakan keinginan kuat dari dalam diri individu untuk melakukan sesuatu, untuk mencapai tujuan tertentu. Motivasi intrinsik dipengaruhi keinginan dan harapan dari individu (Handoko, 2001). Motivasi intrinsik ibu mempengaruhi cara mereka menyiapkan makanan untuk anaknya. Menurut Contento, *et al.* (1993), ada hubungan antara motivasi ibu dengan kualitas diet anak. Sebaliknya, penelitian Alderson & Ogden (1999) menyimpulkan bahwa motivasi ibu yang baik kadang tidak berakhir pada perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak yang baik, salah satunya mungkin dipengaruhi oleh faktor kognitif. Hasil yang kontradiksi ini membutuhkan penelitian lebih lanjut.

### 2.3.12 Suku

Suku merupakan unit sosial tertinggi, terdiri dari satu atau lebih marga. Biasanya identitas kesukuan seseorang dilihat dari daerah asal keluarganya (Sugono, 2008). Setiap suku memiliki budaya tertentu yang menjadi ciri khas anggota kelompok, yang berbeda dengan suku lain. Budaya mempengaruhi kebiasaan makan, serta status gizinya. Kebiasaan makan merupakan sesuatu yang sangat kompleks karena menyangkut tentang cara memasak, suka dan tidak suka, serta adanya berbagai kepercayaan (religi), pantangan-pantangan dan persepsi mitis (tahayul) yang berkaitan dengan kategori makan: produksi, persiapan dan konsumsi makanan (Foster & Anderson, 1986; Meliono-Budianto, 2004). Belum

diketahui hubungan antara suku dan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

## 2.5 *Self-Regulation Theory*

Perilaku kesehatan individu dapat ditingkatkan dengan meningkatkan *self-regulation skill*, di samping pengetahuan, kepercayaan, dan dukungan sosial (Ryan, 2009). *Self-regulation* adalah kemampuan individu untuk merencanakan, menyusun pedoman, dan memonitor fleksibilitas perubahan perilaku, sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Kanfer, 1970; Brown, 1998). *Self-regulation skill* turut menentukan pengambilan keputusan untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu (Brown, Baumann, Smith, & Etheridge, 1997).

*Self-Regulation Theory* pertama kali diperkenalkan oleh Kanfer tahun 1970an. Meskipun teori ini dikembangkan untuk mempelajari perilaku adiktif alkoholik, proses *self-regulation* yang digambarkan merupakan prinsip kontrol diri terhadap perilaku secara umum (Brown, 1998). Penelitian perilaku kesehatan diuntungkan dari pendekatan *self-regulation*. *Self-regulation* merupakan kerangka eksplisit dari perilaku kesehatan, sebagai proses perubahan perilaku yang panjang untuk mencapai tujuan, sehingga memerlukan kontrol *immediate needs*, salah satu tugas *self regulatory* yang penting dan sulit (Mischel et al., 1996; deRidder & deWit, 2006).

*Kanfer's Self-Regulation Theory* menjelaskan tiga tahapan dalam *self-regulation*, antara lain (Kanfer, 1970; Davis, 2011):

- 1) *Self monitoring*, meliputi kemampuan untuk mengobservasi atau sadar terhadap perilaku orang lain.

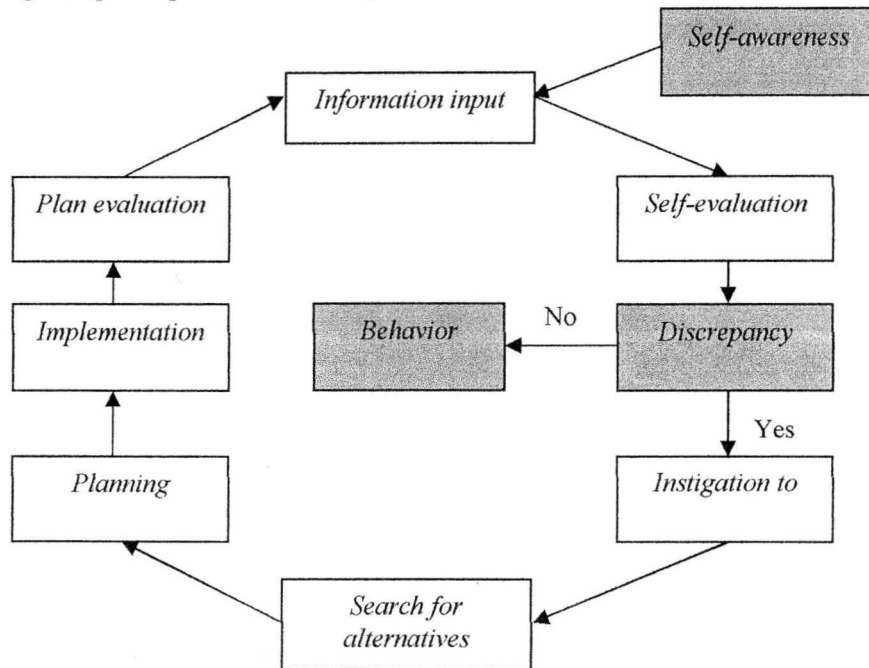
- 2) *Self evaluation*, yaitu kemampuan untuk membandingkan perilaku yang direncanakan dengan standar internal dan eksternal. Adanya perbedaan akan menjadi *trigger* untuk merubah perilaku.
- 3) *Self reinforcement*, yaitu reaksi individu (puas atau tidak puas) terhadap perilaku baru berdasarkan hasil *self evaluation*.

*Kanfer's Self Regulation Theory* yang digunakan dalam promosi kesehatan menjelaskan bahwa regulasi perilaku kesehatan (seperti pemenuhan gizi sesuai AKG) dipengaruhi oleh beberapa variabel diri, yaitu motivasi untuk hidup sehat, kontrol kesehatan diri yang dipersepsikan, dan dukungan sosial (Tucker, et al., 2001).

Sementara Miller & Brown (1991) mengembangkan tahapan yang ada dalam *Kanfer's Self Regulation Theory* menjadi tujuh. Model ini menjelaskan bahwa *self regulation* suatu perilaku dapat terputus akibat kesaiahan atau kekurangan salah satu dari ketujuh tahapan tersebut, di antaranya:

- 1) *Receiving*, yaitu menerima informasi yang relevan dari lingkungan.
- 2) *Evaluating*, yaitu mengevaluasi perilaku, membandikan dengan standar perilaku yang ada. Semakin jauh perbedaan dengan standar, maka akan semakin memicu perubahan perilaku.
- 3) *Triggering*, yaitu keinginan untuk berubah, untuk mengurangi perbedaan.
- 4) *Searching*, yaitu mengidentifikasi berbagai pilihan perilaku yang akan dimunculkan.
- 5) *Formulating*, yaitu menyusun perencanaan (meliputi, menyusun strategi koping, aturan untuk mengadopsi perilaku, dan beberapa formulasi rencana).

- 6) *Implementing*, yaitu melaksanakan perilaku yang telah direncanakan.
- 7) *Assessing*, yaitu mengkaji efektifitas perilaku yang direncanakan (mengulang tahap ke-1 dan ke-2).



Gambar 2.3 *Self-Regulation Theory* (Miller & Brown, 1991)

Konsep *self-awareness* ditambahkan dalam proses *self-regulation* karena tanpa kesadaran diri individu tidak bisa memahami informasi yang didapat, dalam arti informasi tersebut relevan atau tidak untuk dirinya (Clifford & Maisto, 2000; Davis, 2011).

Brown, Miller, & Lawendowski (1999), mengembangkan kuesioner untuk menilai fungsi *self-regulation* individu dalam berperilaku berdasarkan Kanfer's *SRT*. *The Self-Regulation Questionnaire* (SRQ) terdiri dari 63 item pernyataan yang menggambarkan ketujuh tahapan *self-regulation*. Carey, Neal, & Collins (2004), menyusun versi singkat dari SRQ, yaitu *The Short Self-Regulation Questionnaire* (SSRQ) yang hanya terdiri dari 31 item pernyataan, dengan validitas dan reliabilitas yang telah teruji.

## 2.6 Penilaian Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseir variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam t (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2002). Misalnya, Kekuranga merupakan keadaan tidak seimbangya pemasukan dan pengeluaran energi-protein dalam tubuh. Sementara penilaian status gizi merupakan pengukuran pada variasi dimensi fisik dan komposisi besaran tubuh manusia pada tingkat usia dan derajat nutrisi yang berbeda (Narendra, 2002).

Status gizi dapat dinilai secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dilakukan dengan penilaian antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sementara penilaian status gizi secara tidak langsung dilakukan dengan survey konsumsi makan, statistik vital, dan faktor ekologi. Setiap metode memiliki kelebihan dan kelemahan (Arisman, 2004).

Metode penilaian status gizi anak sesuai Kemenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 dilakukan secara antropometri. Penilaian status gizi secara antropometri adalah suatu metode penilaian status gizi yang didasarkan pada hasil pengukuran dimensi fisik seperti berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LILA), lingkaran kepala dan/atau tebal lipatan lemak di bawah kulit (Riyadi, 2003). Penilaian status gizi secara antropometri mempunyai berbagai kelebihan antara lain dapat menjadi indikator terjadinya ketidakseimbangan energi dan protein pada anak secara kronis, sehingga penilaian ini dapat digunakan untuk mendeteksi malnutrisi, baik derajat sedang maupun berat. Kelebihan lain adalah penilaian status gizi secara antropometri dapat memberikan informasi yang lebih baik tentang riwayat gizi masa lampau dibandingkan dengan cara penilaian

lainnya (Sukandar, 2008). Sementara kekurangan penilaian status gizi dengan cara ini adalah tidak dapat memberikan informasi tentang *total body fat* atau distribusi lemak (Moore M. , 2009).

Indeks antropometri yang umum digunakan untuk menilai status gizi anak usia 0-60 bulan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) atau panjang badan menurut umur (PB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) atau berat badan menurut panjang badan (Kemenkes RI, 2011).

Beragam-macam indeks antropometri, BB/U merupakan indikator yang paling umum digunakan. Selain penilaian status gizi dengan indeks BB/U, dianjurkan juga menggunakan indeks TB/U dan BB/TB untuk membedakan apakah kekurangan gizi terjadi akut atau kronis. Sejak 1978, WHO lebih menyarankan penggunaan BB/TB karena menghilangkan faktor umur, yang menurut pengalaman sulit didapatkan dengan benar. Indeks BB/TB juga dapat menggambarkan kekurangan gizi akut waktu sekarang, walaupun tidak dapat menggambarkan keadaan gizi waktu lampau (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2002).

Tabel 2.3 Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang batas (Z-score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak umur 0-60 bulan	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat pendek	< 3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Tinggi	>2 SD
	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD

\*Keterangan : umur dihitung dalam bulan penuh.

Sumber: Kemenkes RI (2011)

Tabel 2.4 Klasifikasi status gizi menurut WHO

<b>BB/U</b>	<b>TB/U</b>	<b>BB/TB</b>	<b>Status Gizi</b>
Rendah	Rendah	Normal	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Tinggi	Tinggi	Normal	Jangkung, masih baik
Rendah	Tinggi	Rendah	Buruk
Rendah	Normal	Rendah	Buruk, kurang
Normal	Tinggi	Rendah	Kurang
Tinggi	Rendah	Tinggi	Lebih, obesitas
Tinggi	Normal	Tinggi	Lebih, tidak obesitas
Normal	Rendah	Tinggi	Lebih, pernah kurang

Sumber : Supriasa, Bakri, & Fajar (2002)

Adapun penjelasan dari kesimpulan tiga indeks status gizi di atas adalah sebagai berikut:

- 1) Jika BB/U rendah, TB/U rendah, sedangkan BB/TB normal, maka dapat disimpulkan bahwa status gizi anak saat ini dalam kondisi baik. Akan tetapi, anak tersebut pernah mengalami masalah gizi kurang yang kronis di masa lalu. Hal ini tampak dari berat badannya yang tidak proporsional dengan tinggi badannya (lebih pendek).
- 2) Jika BB/U, TB/U, dan BB/TB normal, maka dapat disimpulkan bahwa status gizi anak saat ini dalam kondisi baik. Anak juga tidak pernah mengalami masalah gizi di masa lalu, tampak dari berat badan yang proporsional dengan tinggi badannya dan sesuai usia.
- 3) Jika BB/U tinggi, TB/U tinggi, dan BB/TB normal, maka dapat disimpulkan bahwa status gizi anak saat ini dan masa lalu dalam kondisi baik. Akan tetapi, anak tampak kurus karena tinggi badannya yang melebihi standar usianya.
- 4) Jika BB/U rendah, TB/U tinggi, dan BB/TB rendah, maka dapat disimpulkan saat ini anak mengalami masalah kurang gizi yang berat.



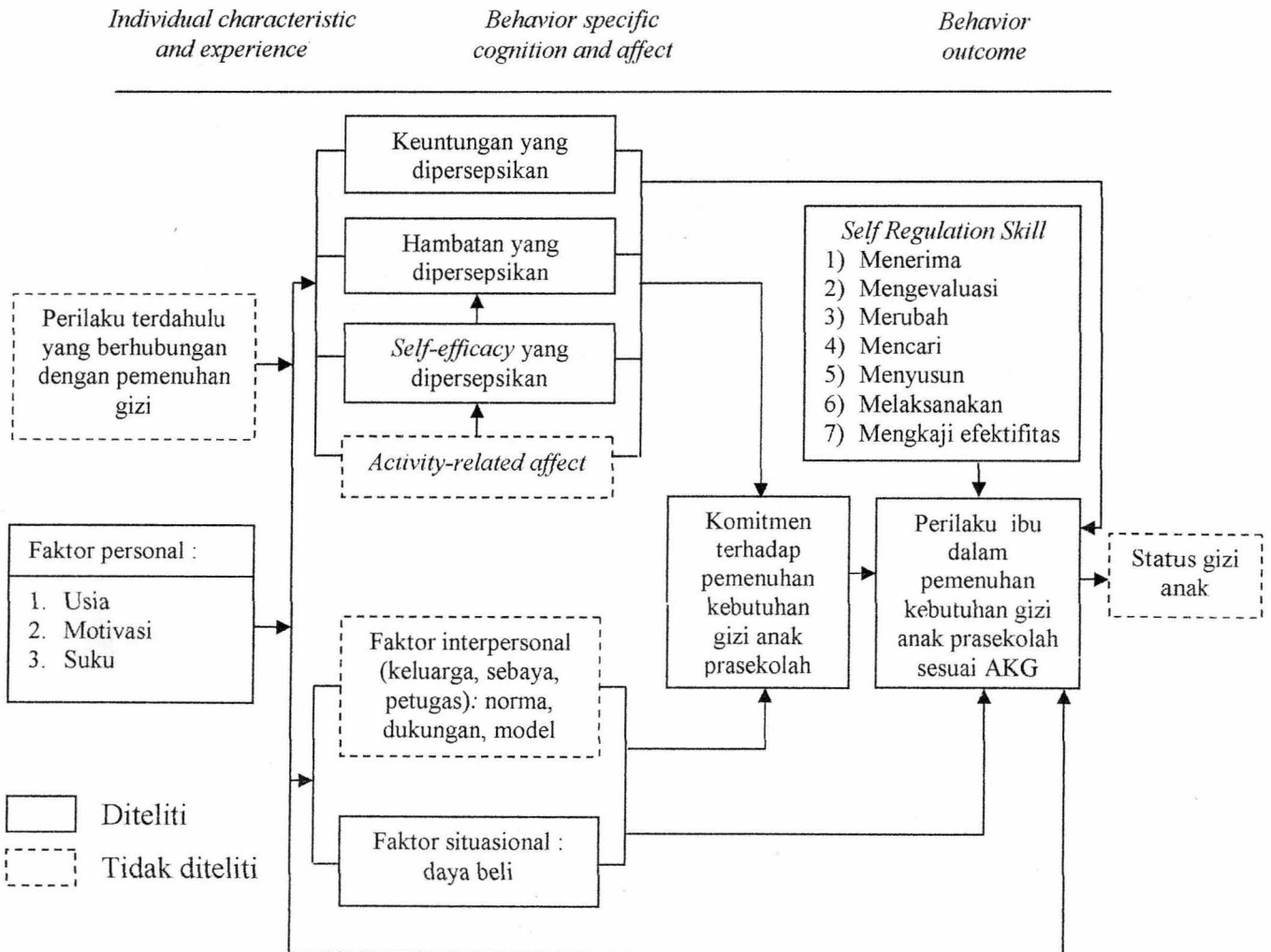
- 5) Jika BB/U rendah, TB/U normal, dan BB/TB rendah, maka dapat disimpulkan anak mengalami masalah kurang gizi yang berat. Keadaan gizi anak secara umum baik, tetapi berat badannya kurang proporsional terhadap tinggi badannya karena tubuh anak yang jangkung.
- 6) Jika BB/U normal, TB/U tinggi, dan BB/TB rendah, maka dapat disimpulkan bahwa anak saat ini mengalami kurang gizi.
- 7) Jika BB/U tinggi, TB/U rendah, dan BB/TB tinggi, maka dapat disimpulkan bahwa anak mengalami masalah gizi kronis dan pada saat ini anak menderita kegemukan karena berat badan yang lebih dari proporsional terhadap tinggi badan.
- 8) Jika BB/U tinggi, TB/U normal, dan BB/TB tinggi, maka dapat disimpulkan bahwa anak mengalami masalah gizi lebih. Anak tampak gemuk karena berat badan yang kurang proporsional terhadap tinggi badannya.
- 9) Jika BB/U normal, TB/U rendah, dan BB/TB tinggi, maka dapat disimpulkan bahwa anak saat ini mengalami masalah gizi lebih. Akan tetapi, anak pernah mengalami masalah kurang gizi pada masa lalunya karena tinggi badan yang lebih rendah dari usianya.

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*

Keterangan :

*Health Promotion Model* (HPM) menjelaskan proses biopsikososial yang kompleks, yang memotivasi individu untuk berperilaku tertentu, yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatannya (Pender, 1996; Pender, 2010), dalam hal ini perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Menurut HPM, perilaku kesehatan individu dipengaruhi oleh tiga determinan, yaitu karakteristik dan pengalaman individu (perilaku kesehatan terdahulu dan faktor personal-usia, motivasi, suku); *behavior specific cognitions and affect* (di antaranya keuntungan dan hambatan yang dipersepsikan/*perceived benefit-barrier*, *self efficacy* yang dipersepsikan/*perceived self-efficacy*, dan *situational influences*: daya beli); serta *immediate behavior contingencies* (komitmen) (Pender, 2011).

Selain ketiga faktor di atas, individu juga memiliki kemampuan internal untuk merubah perilaku kesehatan, sebagai akibat dari interaksi individu dengan lingkungan (Pender, 2011). Dalam *Self Regulation Theory* (SRT), kemampuan internal individu ini dinamakan *self regulation skill*. *Self regulation skill* merupakan proses yang otomatis dan terkontrol yang muncul dengan sendirinya saat ada perilaku baru yang perlu dipelajari (Kanfer & Gaelick, 1986). *Self regulation skill* turut menentukan pengambilan keputusan untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan AKG (Brown, Baumann, Smith, & Etheridge, 1997). Hasil akhir dari perilaku kesehatan yang diharapkan adalah status gizi anak baik.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

- 1) Ada hubungan faktor personal (usia, motivasi, suku) dengan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dalam perilaku ibu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 2) Ada hubungan *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, dan *situational influences* dengan komitmen dalam perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 3) Ada hubungan komitmen dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.
- 4) Ada hubungan *self-regulation skill* dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik karena penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen, tanpa memanipulasi subyek penelitian. Sementara desain yang digunakan adalah *cross sectional* karena variabel independen dan variabel dependen diukur dalam satu waktu (Dharma, 2011).

#### 4.2 Populasi, Sampel, *Sampling*

##### 4.2.1 Populasi

Populasi target dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak usia prasekolah (3-5 tahun) di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik sejumlah 194 orang. Sementara populasi terjangkau adalah ibu dengan anak usia prasekolah (3-5 tahun) yang ditimbang di Posyandu Balita, Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik pada April-Mei 2012 sejumlah 165 orang.

##### 4.2.2 Sampel

Untuk menyeleksi sampel dari populasi, peneliti menggunakan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Ibu berstatus warga tetap di Kelurahan Karangturi.
- 2) Ibu tinggal satu rumah dengan anak.
- 3) Ibu mengasuh anak secara mandiri (anak tidak diasuh kakek-nenek atau pembantu).

4) Ibu bisa membaca dan menulis.

Sementara kriteria eksklusinya, yaitu :

1) Ibu dengan anak prasekolah yang menderita penyakit kronis (seperti Tb) dan penyakit kecacangan.

#### 4.2.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini diestimasi dengan menggunakan rumus *rule of thumb*, yang biasa digunakan untuk penelitian dengan analisis multivariat, di mana jumlah sampel minimal yang diperlukan ditentukan antara 5-50 kali lebih banyak dari jumlah variabel independen. Angka yang disarankan adalah 10 kali lebih banyak dari jumlah variabel independen (Dharma, 2011).

Variabel independen dalam penelitian ini berjumlah 9. Jika peneliti menggunakan perhitungan 10 kali jumlah variabel independen, maka jumlah sampel yang diperlukan adalah 90 orang.

#### 4.2.4 Sampling

Dalam penelitian ini digunakan teknik *probability sampling* dengan metode *simple random sampling*, di mana setiap anggota populasi terjangkau dapat dijadikan sampel tanpa mempertimbangkan stratifikasi yang dimiliki individu tersebut (Dharma, 2011). Pertama-tama peneliti membuat daftar secara berurutan dari *sampling frame* (165 ibu dengan anak usia prasekolah yang ditimbang di posyandu selama April-Mei 2012). Kemudian peneliti membuat undian untuk memilih sampel dari *sampling frame* sampai mendapatkan 90 orang.



### 4.3 Variabel Penelitian

#### 4.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, motivasi, suku, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self-efficacy*, *situational influences*, komitmen, dan *self regulation skill*.

#### 4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku ibu dalam pemenuhan gizi anak prasekolah.

Tabel 4.1 Tabel variabel penelitian perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Skill*.

Variabel	Keterangan	Indikator
X <sub>1</sub>	Faktor personal	X <sub>1.1</sub> = usia
		X <sub>1.2</sub> = motivasi
		X <sub>1.3</sub> = suku
X <sub>2</sub>	<i>Behavior specific cognition</i>	X <sub>2.1</sub> = <i>perceived benefit</i>
		X <sub>2.2</sub> = <i>perceived barrier</i>
		X <sub>2.3</sub> = <i>perceived self-efficacy</i>
		X <sub>2.4</sub> = <i>situational influences</i>
X <sub>3</sub>	Komitmen	
X <sub>4</sub>	<i>Self-regulation skill</i>	
Y	Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah	

## 4.3.3 Definisi operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan model integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*.

Jenis Variabel	Nama Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Penilaian
Independen	Usia	Lama hidup ibu anak prasekolah, sejak lahir hingga saat wawancara (dalam tahun penuh)	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1) $\leq 20$ tahun 2) 21-40 tahun 3) $\geq 41$ tahun
	Motivasi	Keinginan kuat ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah	Penilaian motivasi internal menggunakan skala likert modifikasi dari <i>Intrinsic Motivation Inventory-22</i>	Kuesioner	Ordinal	1) Kuat ( $T \geq \text{mean}$ ) 2) Lemah ( $T < \text{mean}$ )
	Suku	Identitas ibu sebagai bagian dari kelompok yang lebih besar, dilihat dari daerah asal keluarga.	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Nominal	1) Jawa 2) Non-Jawa
	<i>Perceived benefit</i>	Persepsi ibu tentang keuntungan memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah	Penilaian <i>perceived benefit</i> menggunakan skala likert	Kuesioner	Ordinal	1) Positif ( $T \geq \text{mean}$ ) 2) Negatif ( $T < \text{mean}$ )
	<i>Perceived barrier</i>	Persepsi ibu tentang hambatan yang dihadapi ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah	Penilaian <i>perceived barrier</i> menggunakan skala likert	Kuesioner	Ordinal	1) Ada hambatan ( $T \geq \text{mean}$ ) 2) Tidak ada hambatan ( $T < \text{mean}$ )
	<i>Perceived self-efficacy</i>	Persepsi ibu tentang kemampuan diri untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah	Penilaian <i>perceived self-efficacy</i> menggunakan skala likert	Kuesioner	Ordinal	1) Kuat ( $T \geq \text{mean}$ ) 2) Lemah ( $T < \text{mean}$ )
	<i>Situational influences: daya beli</i>	Kemampuan ibu membeli makanan bergizi untuk anak dilihat dari pendapatan keluarga dalam satu bulan	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1) $\leq 1.000.000$ 2) 1.000.001-1.030.000 3) 1.030.001-1.775.000 4) $>1.775.000$
	Komitmen	Niat ibu untuk melakukan pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah secara suka rela, dalam	Penilaian komitmen menggunakan skala likert	Kuesioner	Ordinal	1) Kuat ( $T \geq \text{mean}$ ) 2) Lemah ( $T < \text{mean}$ )

		arti berasal dari dalam diri individu yang bersangkutan				
	<i>Self-regulation skill</i>	Kemampuan ibu untuk mengambil keputusan berperilaku atau tidak berperilaku memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, dengan mempertimbangkan standar di lingkungan	Penilaian <i>self-regulation skill</i> menggunakan <i>The Short Self-Regulation Questionnaire</i>	Kuesioner	Ordinal	1) Tinggi ( $\geq 64$ ) 2) Sedang (47-63) 3) Rendah ( $\leq 46$ )
Dependen	Perilaku pemenuhan gizi	Aktifitas ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah yang beraneka ragam dan sesuai AKG	Penilaian perilaku pemenuhan gizi dinilai dengan :	<i>Food recall 24 hours</i>	Nominal	1) Baik $\geq 100\%$ AKG 2) Sedang 80-99% AKG 3) Kurang 70-80% AKG 4) Defisit $< 70\%$ AKG
			1) Tingkat kecukupan energi protein anak prasekolah			Beraneka ragam = Mengandung jenis zat gizi karbohidrat, lemak, protein, mineral, dan vitamin Tidak beraneka ragam = Kurang satu/lebih jenis zat gizi
			2) Jenis makanan anak prasekolah			Perilaku gizi baik : Tingkat kecukupan energi baik Jenis makanan beraneka ragam Perilaku gizi tidak baik : Selain kesimpulan di atas

#### 4.4 Instrumen Penelitian

##### 4.4.1 Usia

Instrumen usia menggunakan kuesioner terbuka dengan, yang terdiri dari 1 pertanyaan. Jawaban diklasifikasikan berdasarkan psikologi perkembangan dari Hurlock (2002), 1)  $\leq 20$  tahun (usia remaja tua); 2) 21-40 tahun (usia dewasa muda); 3)  $\geq 41$  tahun (usia dewasa lanjut).

##### 4.4.2 Motivasi

Instrumen motivasi menggunakan skala likert, dengan 8 item pernyataan. Rentang nilai mulai dari 1 jika sangat tidak setuju dan 4 jika sangat setuju pada item yang *favorable*, dan berlaku sebaliknya untuk item *unfavorable* (nomor 3, 4, 7, dan 8). Selanjutnya setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan skor motivasi. Hasil skor maksimal adalah 32 dan skor minimal adalah 8. Kriteria motivasi kuat, jika  $T \geq \text{mean}$  dan lemah  $T < \text{mean}$ .

$$T = 50 + 10 \left[ \frac{\omega - \varpi}{s} \right]$$

Keterangan :

$\omega$  = skor responden pada skala yang akan dirubah menjadi skor T

$\varpi$  = mean skor kelompok

s = deviasi standar skor kelompok

(Azwar S. , 2010)

Menurut Anastasi dan Urbina (1997), instrumen dianggap reliabel dan memiliki nilai konsistensi internal yang tinggi, jika nilai koefisien *Cronbach alpha*  $\geq 0.8$ . Sementara menurut Nunnally & Bernstein (1994), nilai *item-total correlation* pernyataan yang valid adalah  $\geq 0.3$  (Dharma, 2011). Hasil uji reliabilitas instrumen motivasi dengan *Cronbach alpha* menunjukkan  $\alpha = 0.862$  dengan *item-total correlation*  $\geq 0.3$ . Hal ini menunjukkan bahwa instrumen yang akan digunakan reliabel dan valid. Hasil uji reliabilitas dan validitas terlampir.

#### 4.4.3 Suku bangsa

Instrumen suku bangsa menggunakan kuesioner terbuka, yang terdiri dari 1 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban, yaitu Suku Jawa dan Suku Non-Jawa.

#### 4.4.4 *Perceived benefit*

Instrumen *perceived benefit* menggunakan kuesioner dengan skala likert, dengan 8 item pernyataan dan 4 pilihan jawaban. Nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju dan nilai 4 untuk sangat setuju untuk item *favorable*, dan sebaliknya untuk item *unfavorable* (no. 3, 5, 6, dan 8). Setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan nilai *perceived benefit*. Hasil skor maksimal adalah 32 dan skor minimal 8. Kriteria *perceived benefit* positif jika  $T \geq \text{mean}$  dan negatif  $T < \text{mean}$ . Hasil uji reliabilitas instrumen *perceived benefit* dengan *Cronbach alpha* menunjukkan  $\alpha = 0.896$  dengan *item-total correlation* masing-masing pernyataan  $\geq 0.3$ . Hal ini menunjukkan bahwa instrumen yang akan digunakan reliabel dan valid. Hasil uji reliabilitas dan validitas terlampir.

#### 4.4.5 *Perceived barrier*

Instrumen *perceived barrier* menggunakan kuesioner dengan skala likert, dengan pilihan jawaban sebanyak 4 pilihan jawaban. Skala terdiri dari 10 item pernyataan. Nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju dan nilai 4 untuk sangat setuju pada item *favorable*, dan berlaku sebaliknya untuk item *unfavorable* (nomor 3, 4, 7, dan 9). Setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan nilai *perceived barrier*. Hasil skor maksimal adalah 40 dan skor minimal 10. Kriteria *perceived barrier* ada hambatan jika  $T \geq \text{mean}$  dan tidak ada hambatan  $T < \text{mean}$ . Hasil uji reliabilitas instrumen *perceived barrier* dengan *Cronbach alpha* menunjukkan  $\alpha = 0.823$  dengan *item-total correlation*  $\geq 0.3$ . Hal ini menunjukkan

bahwa instrumen yang akan digunakan reliabel dan valid. Hasil uji reliabilitas dan validitas terlampir.

#### 4.4.6 *Perceived self-efficacy*

Instrumen *perceived self-efficacy* dimodifikasi dari *The Nutrition Self-Efficacy* milik Schwarzer & Renner (2000). Kuesioner menggunakan skala likert, terdiri dari 4 item pernyataan. Pada instrumen, nilai 1 diberikan untuk jawaban tidak yakin dan nilai 4 untuk yakin. Setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan nilai *perceived self-efficacy*. Hasil skor maksimal adalah 16 dan skor minimal 4. Kriteria *perceived self-efficacy* kuat jika  $T \geq \text{mean}$  dan lemah  $T < \text{mean}$ . Hasil uji reliabilitas dengan *Cronbach alpha* menunjukkan nilai  $\alpha = 0.833$  dengan *item-total correlation*  $\geq 0.3$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen yang akan digunakan reliabel dan valid. Hasil uji validitas dan reliabilitas terlampir.

#### 4.4.7 Daya beli

Daya beli digunakan untuk mewakili *situational influences* dalam perilaku ibu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Instrumen daya beli menggunakan kuesioner terbuka dengan 1 pertanyaan. Jawaban kemudian diklasifikasikan menjadi empat, berdasarkan persentil 25. Yaitu,  $\leq \text{Rp. } 1.000.000,00$ ;  $\text{Rp. } 1.000.001,00-1.030.000,00$ ;  $\text{Rp. } 1.030.001-1.775.000,00$ ; dan  $> \text{Rp. } 1.775.000,00$ .

#### 4.4.8 Komitmen

Instrumen komitmen menggunakan kuesioner dengan skala likert, terdiri dari 5 item pernyataan. Nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju dan nilai 4 untuk setuju. Setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan nilai komitmen. Hasil skor maksimal adalah 20 dan skor minimal 5. Kriteria komitmen kuat jika  $T \geq \text{mean}$  dan lemah  $T < \text{mean}$ . Hasil uji reliabilitas instrumen komitmen dengan

*Cronbach alpha* menunjukkan  $\alpha = 0.817$  dengan *item-total correlation*  $\geq 0.3$ . Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner yang akan digunakan reliabel dan valid. Hasil uji reliabilitas dan validitas terlampir.

#### 4.4.9 *Self-regulation skill*

Instrumen *self-regulation skill* menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *The Short Self-Regulation Questionnaire* (Carey, Neal, & Collins, 2004). Kuesioner terdiri dari 21 item pernyataan. Nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju dan 4 untuk sangat setuju, untuk item *favorable*. Sementara untuk item *unfavorable* (no. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 17, dan 19) nilai berlaku sebaliknya. Setiap nilai dijumlahkan untuk mendapatkan nilai *self-regulation skill*. Hasil skor maksimal adalah 84 dan skor minimal 21. Kriteria *self-regulation skill* tinggi skor  $\geq 64$ , sedang 47-63, dan rendah  $\leq 46$ . Hasil uji reliabilitas menggunakan *Cronbach alpha* menunjukkan bahwa instrumen reliabel dengan nilai  $\alpha = 0.945$  dan *item-total correlation*  $\geq 0.3$ . Hasil uji validitas dan reliabilitas terlampir.

#### 4.4.10 Perilaku pemenuhan gizi

Instrumen perilaku pemenuhan gizi menggunakan *food recall 24 hours* dan status gizi anak. Menurut Arisman (2004), anak kurang mampu mengingat, memperkirakan, dan bekerja sama, sehingga dalam penilaian *food recall 24 hours*, dibutuhkan pelapor pengganti, dalam hal ini adalah ibu. Untuk mempermudah pemahaman ibu terhadap porsi yang diberikan kepada anak, peneliti menggunakan *food model*. Perilaku pemenuhan gizi diukur melalui 2 hal, yaitu tingkat kecukupan energi (karbohidrat-lemak-protein) dan jenis makanan yang dikonsumsi anak (karbohidrat-lemak-protein-mineral-vitamin). Tingkat kecukup-

an energi-protein dinilai dengan membandingkan hasil identifikasi *food recall 24 hours* dengan AKG. Kemudian dikategorikan sebagai berikut: 1) Baik  $\geq 100\%$  AKG; 2) Sedang 80-99% AKG; 3) Kurang 70-80% AKG, dan 4) Defisit  $< 70\%$  AKG.

Sementara penilaian jenis makanan yang dikonsumsi anak dengan *food recall 24 hours* digunakan untuk menilai keanekaragaman bahan makanan dalam menu anak, dengan klasifikasi zat gizi: 1) Karbohidrat; 2) Lemak; 3) Protein; 4) Mineral; dan 5) Vitamin. Kemudian dikategorikan sebagai berikut: 1) Beraneka ragam (jika meliputi kelima zat gizi tersebut), dan 2) Tidak beraneka ragam (kurang salah satu atau lebih dari kelima zat gizi tersebut).

Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dikategorikan sebagai berikut:

Baik = Tingkat kecukupan energi anak baik dan jenis makanan yang dikonsumsi anak beraneka ragam

Tidak Baik = Selain kesimpulan di atas

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Waktu penelitian dilakukan dengan jadwal sebagai berikut :

Tabel 4.3 Jadwal kegiatan penelitian

No	Kegiatan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
1	Pengumpulan bahan dan materi						
2	Pengajuan usulan penelitian/proposal						
3	Studi pendahuluan						
4	Ujian proposal						
5	Revisi proposal penelitian						
6	Pelaksanaan penelitian						
7	Penyusunan hasil						



8	Ujian hasil						
9	Revisi dan pengumpulan tesis						

#### 4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

- 1) Administrasi
- 2) Persiapan instrumen
  - (1) Penyusunan instrumen berdasarkan telaah literatur dan konsultasi dengan ahli di bidang yang diteliti.
  - (2) Pengujian instrumen dilakukan pada anggota populasi yang tidak menjadi subyek penelitian, untuk menilai validitas dan reliabilitas instrumen.
- 3) Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan penjelasan dan *informed consent* kepada responden.
- 4) Pengambilan data dengan dimulai dari pengukuran faktor personal (usia, motivasi, dan suku) dilanjutkan dengan pengukuran *behavior specific cognition and affect (perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy*, dan daya beli), komitmen, dan *self regulation skill* dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden dipandu oleh peneliti, serta menilai perilaku responden dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan *food recall 24 hours* dan memeriksa status gizi anak dengan metode antropometri.
- 5) Setelah melakukan pengukuran dan menghubungkan antar variabel, dilanjutkan dengan diskusi kelompok untuk mendapatkan isu strategis.

- 6) Memberikan gambaran perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi model HPM dan SRT di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

#### 4.7 Cara Analisis Data

- 1) Analisis deskriptif, digunakan untuk memberikan deskripsi data yang terkumpul dan disajikan dalam bentuk tabel dan diagram.

- (1) Usia

$\leq 20$  tahun = 1

21-40 tahun = 2

$\geq 41$  tahun = 3

- (2) Motivasi ibu

Jawaban responden menggunakan 4 skala, untuk item *favorable* :

1 = sangat tidak setuju

2 = tidak setuju

3 = setuju

4 = sangat setuju

Sementara untuk item *unfavorable* :

1 = sangat setuju

2 = setuju

3 = tidak setuju

4 = sangat tidak setuju

Total nilai dikategorikan menjadi, motivasi kuat, jika  $T \geq \text{mean}$  dan motivasi lemah, jika  $T < \text{mean}$ . Kemudian diberikan kode 1 = kuat, 2 = lemah.

(3) Suku

1 = Suku Jawa

2 = Suku non-Jawa

(4) *Perceived benefit*

Jawaban responden menggunakan 4 skala, untuk item *favorable* :

1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju

Sementara untuk item *unfavorable* :

1 = sangat setuju; 2 = setuju; 3 = tidak setuju; 4 = sangat tidak setuju

Total nilai dikategorikan menjadi, *perceived benefit* positif, jika  $T \geq \text{mean}$  dan negatif, jika  $T < \text{mean}$ . Kemudian diberikan kode 1 = positif, 2 = negatif.

(6) *Perceived barrier*

Jawaban responden menggunakan 4 skala, untuk item *favorable* :

1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju

Sementara untuk item *unfavorable* :

1 = sangat setuju; 2 = setuju; 3 = tidak setuju; 4 = sangat tidak setuju

Total nilai dikategorikan menjadi, *perceived barrier* ada, jika  $T \geq \text{mean}$  dan tidak ada, jika  $T < \text{mean}$ . Kemudian diberikan kode 1 = ada, 2 = tidak ada.

(7) Daya beli

$\leq \text{Rp. 1.000.000,00} = 1$

Rp. 1.000.001,00-1.030.000,00 = 2

Rp. 1.030.001,00-1.775.000,00 = 3

> Rp. 1.775.000,00 = 4

(8) *Perceived self-efficacy*

Jawaban responden menggunakan 4 skala :

1 = tidak yakin; 2 = kurang yakin; 3 = agak yakin; 4 = yakin

Total nilai dikategorikan menjadi, *perceived self-efficacy* kuat, jika  $T \geq \text{mean}$  dan lemah, jika  $T < \text{mean}$ . Kemudian diberikan kode 1 = kuat, 2 = lemah.

(9) *Komitmen*

Jawaban responden menggunakan 4 skala:

1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju

Total nilai dikategorikan menjadi, *komitmen* kuat, jika  $T \geq \text{mean}$  dan lemah, jika  $T < \text{mean}$ . Kemudian diberikan kode 1 = kuat, 2 = lemah.

(10) *Self-regulation skill*

Jawaban responden menggunakan 4 skala:

1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju

Total nilai dikategorikan menjadi, tinggi  $\geq 64$ , sedang 47-63, dan rendah  $\leq 46$ , Kemudian diberikan kode 1 = tinggi, 2 = sedang, 3 = lemah.

(11) *Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah*

dikategorikan sebagai berikut:

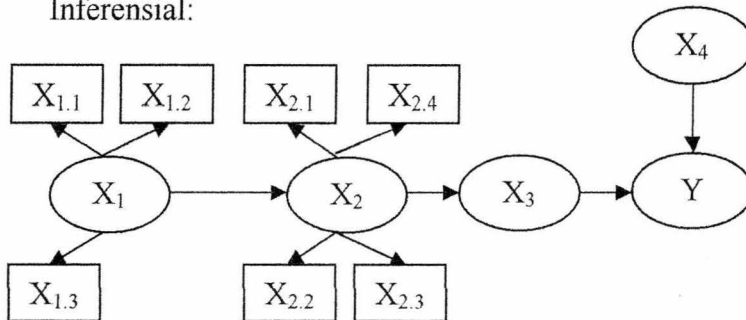
Baik = Tingkat kecukupan energi anak baik; Jenis makanan yang dikonsumsi anak beraneka ragam; Status gizi anak baik

Tidak Baik = Selain kesimpulan di atas

Kemudian diberikan kode, 1 = perilaku baik, 2 = perilaku tidak baik

## 2) Analisis multivariat

Inferensial:



Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan *Partial Least Squares* (PLS) *Regression*. Analisis ini digunakan untuk memprediksi variabel dependen (perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah) berdasarkan variasi beberapa variabel independen.

PLS *regression* memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan. Model analisis jalur semua variabel dalam PLS *regression* terdiri atas tiga rangkaian hubungan yaitu: 1) *inner model* mengkhhususkan hubungan antar variabel laten (*structural model*), 2) *outer model* yang mengkhhususkan hubungan antara variabel laten dengan indikator (*measurement model*), dan 3) *weight relation*, di mana nilai kasus dari variabel laten dapat diperkirakan (Ghozali, 2008).

Model evaluasi PLS *regression* berdasarkan pada pengukuran prediksi yang mempunyai sifat nonparametrik. Evaluasi model terdiri atas dua bagian, yaitu (Ghazali, Imam, & Fuad, 2006):

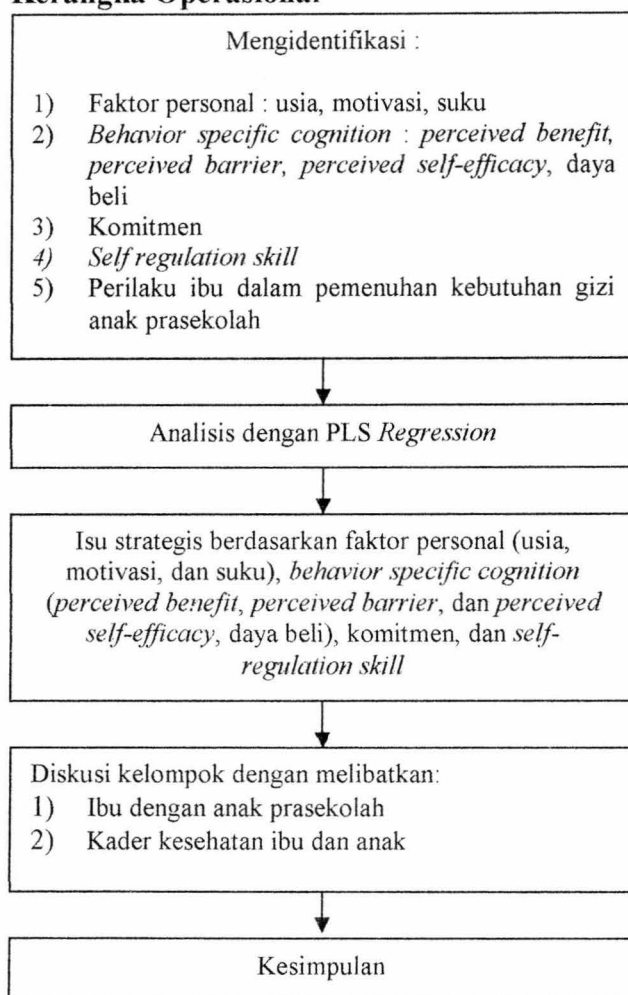
(1) Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

Model pengukuran (*outer model*) dengan indikator reflektif, dievaluasi berdasarkan hasil reliabilitas dan validitas indikator. Indikator dinyatakan valid jika memiliki nilai *outer loading*  $>0,5$  dan nilai *T-Statistic*  $>1,96$ . Sementara reliabilitas diketahui dengan menguji nilai reliabilitas indikator dari konstruk yang membentuknya.

(2) Pengujian hipotesis

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik t. Jika hasil pengujian didapatkan nilai  $t > 1,96$  (alpha 5%) berarti pengujian signifikan, dan jika nilai  $t < 1,96$  berarti pengujian tidak signifikan.

#### 4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi HPM dan SRT

#### 4.9 Etik Penelitian

##### 4.9.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Jika subyek bersedia diteliti dan menjadi responden, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut. Akan tetapi, jika subyek tidak bersedia diteliti dan menolak menjadi responden, maka peneliti akan menghormati keputusan yang telah diambil subyek dengan tidak mentaksanya.

#### 4.9.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti dengan sengaja tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Peneliti cukup memberikan nomer kode pada masing-masing lembar tersebut.

#### 4.9.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti. Hanya data tertentu saja (yang dibutuhkan) akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.



**BAB 5**  
**HASIL DAN ANALISIS**

## BAB 5

### ANALISIS HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan Integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory* di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik selama Juni 2012. Penelitian melibatkan 90 responden, yaitu ibu dengan anak usia prasekolah. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) data personal (demografi) responden; 3) data khusus yang meliputi: *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self-efficacy*, daya beli, komitmen, *self-regulation skill*, serta 4) perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yang dinilai dari tingkat kecukupan energi, jenis makanan, dan status gizi anak prasekolah.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Karangturi Kecamatan Gresik, di mana Kelurahan ini memiliki 3 Rukun Warga (RW) dengan luas wilayah 63,75 Ha. Ditinjau dari segi geografis, Kelurahan Karangturi mempunyai batas-batas sebagai berikut :

Sebelah utara	: Kelurahan Karangpoh dan Tlogo Pojok
Sebelah selatan	: Kelurahan Sukorame dan Ngipik
Sebelah barat	: Kelurahan Ngipik dan Area pabrik PT. Petrokimia Gresik
Sebelah timur	: Kelurahan Trate dan Sukorame

Keadaan demografi atau keadaan kependudukan Kelurahan Karangturi cukup padat. Jumlah keseluruhan penduduknya 6.221 jiwa, yang terdiri dari laki-laki 3.209 jiwa dan perempuan 3.012 jiwa, dengan jumlah kepala keluarganya adalah 1.533. Mayoritas mata pencaharian penduduk setempat adalah berdagang, terutama berdagang makanan jadi di warung milik pribadi. Sementara kelompok anak usia 3-5 tahun di kelurahan ini pada Mei 2012 berjumlah 194 orang.

Kelurahan Karangturi merupakan wilayah binaan Puskesmas Nelayan Kecamatan Gresik. Fasilitas untuk kesehatan ibu dan anak di kelurahan ini, antara lain Polindes (Pos Persalinan Desa) dengan seorang Bidan Desa dan 5 pos Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) Balita yang rutin dilaksanakan setiap bulan. Di Posyandu Balita, *screening* status gizi anak prasekolah dilakukan dengan penilaian antropometri (tinggi badan dan berat badan). Selama Maret 2012, diketahui 9.97% (19 orang dari 194 orang) anak prasekolah mengalami malnutrisi dengan perincian 13 orang menderita gizi kurang dan 6 orang menderita gizi lebih.

Puskesmas memberikan makanan tambahan selama 30 hari (berupa susu dan biskuit) untuk anak prasekolah yang terdeteksi mengalami gizi buruk, Evaluasi peningkatan berat badan dipantau setiap bulan oleh kader posyandu balita setempat. Jika di bulan pertama tidak ada peningkatan berat badan, maka puskesmas akan melanjutkan pemberian makanan tambahan tersebut, maksimal sampai 90 hari. Selama ini, anak prasekolah yang tetap tidak bisa mencapai berat badan normal setelah 90 hari pemberian makanan tambahan, belum diberikan intervensi lebih lanjut. Sementara untuk anak yang menderita gizi kurang dan gizi

lebih, intervensi yang diberikan berupa penyuluhan kepada ibu tentang pentingnya nutrisi seimbang oleh Bidan Desa, saat berkunjung ke posyandu atau polindes.

## 5.2 Data Personal

Pada bagian ini, akan disajikan gambaran data personal responden, yang meliputi usia, motivasi, dan suku.

### 5.2.1 Usia

Usia responden bervariasi dari yang termuda berusia 19 tahun dan yang tertua berusia 52 tahun. Rata-rata usia responden adalah 31 tahun. Paling banyak berusia 30 tahun.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Usia	f	%
1.	≤ 20 tahun	1	1.1
2.	21-40 tahun	86	95.6
3.	≥ 41 tahun	3	3.3
Total		90	100

Keterangan :

f = frekuensi

% = prosentase

Berdasarkan tabel 5.1, diketahui bahwa mayoritas responden berusia 21-40 tahun, yaitu 86 (95.6%) orang.

### 5.2.2 Motivasi

Skor motivasi responden bervariasi. Skor motivasi yang terendah adalah 17 (responden nomor 55) dan yang tertinggi adalah 32 (responden nomor 12, 34, dan 47). Rata-rata skor motivasi responden adalah 25.97. Paling banyak memiliki skor motivasi 28.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Motivasi Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Motivasi	f	%
1.	Kuat	53	58.9
2.	Lemah	37	41.1
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui responden sebagian besar memiliki motivasi yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebesar 53 (58.9%) orang. Namun, terdapat 37 (41.1) responden yang memiliki motivasi lemah.

### 5.2.3 Suku

Asal suku responden dibedakan menjadi dua, yaitu Suku Jawa dan Suku Non-Jawa (untuk responden yang berasal dari luar Suku Jawa). Asal suku responden dalam penelitian ini kurang bervariasi.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Suku Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Suku	F	%
1.	Jawa	68	75.6
2.	Non-Jawa	22	24.4
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.3, diketahui bahwa sebagian besar responden berasal dari Suku Jawa 68 (75.6%) orang. Sementara responden yang berasal dari suku non-Jawa, semua berasal dari Suku Madura.

## 5.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan data khusus responden, yang meliputi *behavior specific cognition and affect (perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy*, dan daya beli), komitmen, dan *self-regulation skill*.

### 5.3.1 *Perceived benefit*

Skor *perceived benefit* responden bervariasi. Skor *perceived benefit* yang terendah adalah 15 (responden nomor 79) dan tertinggi adalah 30 (responden nomor 27 dan 47). Rata-rata skor *perceived benefit* responden adalah 24.73. Paling banyak memiliki skor *perceived benefit* 24.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi *Perceived Benefit* Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	<i>Perceived Benefit</i>	f	%
1.	Positif	51	56.7
2.	Negatif	39	43.3
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.4, diketahui sebagian besar responden memiliki persepsi yang positif terhadap manfaat (*perceived benefit*) memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 51 (56.7%) orang. Meskipun terdapat 39 (43.3%) responden yang memiliki persepsi negatif terhadap manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.

### 5.3.2 *Perceived barrier*

Skor *perceived barrier* responden bervariasi, dari yang terendah 10 (responden nomor 34 dan 47) sampai yang tertinggi 28 (responden nomor 78, 82, 85, dan 88). Rata-rata skor *perceived barrier* responden adalah 18.84. Paling banyak memiliki skor *perceived barrier* 20.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi *Perceived Barrier* Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	<i>Perceived Barrier</i>	f	%
1.	Ada	54	60
2.	Tidak ada	36	40
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.5, diketahui bahwa sebagian besar responden mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 54 (60%) orang.

### 5.3.3 *Perceived self-efficacy*

Skor *perceived self-efficacy* responden berada pada rentang 6-16. Rata-rata skor *perceived self-efficacy* responden adalah 14.44. Paling banyak memiliki skor *perceived self-efficacy* 16.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi *Perceived Self-efficacy* Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	<i>Perceived Self-efficacy</i>	f	%
1.	Kuat	63	70
2.	Lemah	27	30
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.6, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi yang kuat terhadap kemampuan diri (*perceived self-efficacy*) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 63 (70%) orang.

### 5.3.4 Daya beli

Daya beli responden dinilai dari penghasilan keluarga responden dalam satu bulan. Responden nomor 35 memiliki daya beli yang terendah (450.000/bulan). Sedangkan responden nomor 47, 64, dan 80 memiliki daya beli yang tertinggi (4.000.000/bulan). Rata-rata daya beli responden adalah 1.365.888/bulan. Paling banyak memiliki daya beli 1.000.000/bulan.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Daya Beli Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Daya Beli	f	%
1.	≤ 1.000.000	45	50
2.	1.000.001-1.030.000	1	1.2
3.	1.030.001-1.775.000	22	24.4
4.	>1.775.000	22	24.4
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.7, diketahui bahwa sebagian responden memiliki daya beli yang kurang dari sama dengan Rp. 1.000.000,00/bulan, yaitu sebanyak 45 (50%) orang.

### 5.3.5 Komitmen

Skor komitmen responden bervariasi dari yang terendah 10 sampai yang tertinggi 20. Rata-rata skor komitmen responden adalah 16.58. Paling banyak memiliki skor komitmen 15.

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Komitmen Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Komitmen	f	%
1.	Kuat	46	51.1
2.	Lemah	44	48.9
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.8, diketahui sebagian besar responden memiliki komitmen yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 46 (51.1%) orang.

### 5.3.6 *Self-regulation skill*

Skor *self-regulation skill* responden bervariasi, dari yang terendah 50 sampai yang tertinggi 84. Rata-rata skor *self-regulation skill* responden adalah 63.38. Paling banyak memiliki skor *self-regulation skill* 65.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi *Self-regulation Skill* Responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No.	<i>Self-regulation Skill</i>	f	%
1.	Tinggi	45	50
2.	Sedang	45	50
3.	Rendah	0	0
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.9, diketahui proporsi responden yang memiliki *self-regulation skill* tinggi dan sedang sama besar, yaitu 45 (50%) orang.



#### 5.4 Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah

Tabel 5.10 Distribusi Tingkat Kecukupan Energi Anak Prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Tingkat Kecukupan Energi	f	%
1.	Baik	58	64.4
2.	Sedang	27	30.0
3.	Kurang	5	5.6
4.	Defisit	0	0
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.10, diketahui tingkat energi anak prasekolah sebagian besar dalam kategori baik, yaitu sebesar 58 (64.4%) orang.

Tabel 5.11 Distribusi Jenis Makanan Anak Prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Jenis Makanan	f	%
1.	Beraneka ragam	68	75.6
2.	Tidak beraneka ragam	22	24.4
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.11, diketahui jenis makanan yang dikonsumsi anak prasekolah sebagian besar beraneka ragam, yaitu sebanyak 68 (75.6%) orang.

Tabel 5.12 Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

No	Perilaku ibu	f	%
1.	Baik	44	48.9
2.	Tidak Baik	46	51.1
Total		90	100

Berdasarkan tabel 5.12, diketahui sebagian besar ibu memiliki perilaku yang tidak baik dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebesar 46 (51.1%) orang.

## 5.5 Analisis Asosiatif Antar Variabel

### 5.5.1 Asosiasi antara faktor personal dan *behavior specific cognition*

#### 1) Asosiasi antara faktor personal dan *perceived benefit*

Tabel 5.13 Tabulasi silang faktor personal dan *perceived benefit* responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Faktor Personal	<i>Perceived Benefit</i>				Total	
	Positif		Negatif		f	%
	f	%	f	%		
<b>Usia</b>						
≤ 20	0	0	1	1.1	1	1.1
21-40	49	54.5	37	41.1	86	95.6
≥ 41	2	2.2	1	1.1	3	3.3
Total	51	56.7	39	43.3	90	100
<i>p-value X<sup>2</sup> = 0.488</i>						
<b>Motivasi</b>						
Kuat	37	41.1	16	17.8	53	58.9
Lemah	14	15.6	23	25.4	37	41.4
Total	51	56.7	39	43.3	90	100
<i>p-value Fischer test = 0.005</i>						
<b>Suku</b>						
Jawa	39	43.4	29	32.2	68	75.6
Non-Jawa	12	13.3	10	11.1	22	24.4
Total	51	56.7	39	43.3	90	100
<i>p-value Fischer test = 1</i>						
<b><i>Path-coef = 0.363; T-statistik = 3.577</i></b>						

Berdasarkan tabel 5.13, dapat diketahui pada indikator usia, proporsi terbanyak adalah responden yang berusia 21-40 tahun dengan *perceived benefit* positif, sebanyak 49 (54.5%) orang. Demikian juga dengan responden yang berusia ≥ 41 tahun. Pada kelompok usia ≤20 tahun, responden yang memiliki *perceived benefit* yang negatif.

Pada indikator motivasi diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden dengan motivasi kuat dan *perceived benefit* positif, yaitu 37 (41.1%) orang. Responden dengan motivasi lemah, paling banyak memiliki *perceived benefit* negatif, yaitu 23 (25.4) orang.

Pada indikator suku, secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berasal dari Suku Jawa dengan *perceived benefit* positif, yaitu 39 (43.4%) orang. Responden dari Suku Non-Jawa, paling banyak juga memiliki *perceived benefit* yang positif, yaitu 12 (13.3%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan menggunakan  $X^2$ , diketahui dari ketiga indikator variabel faktor personal, hanya motivasi yang berhubungan dengan *perceived benefit*. Hal ini tampak dari *p-value*  $\leq 0.05$  (0.003). Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi motivasi ibu, maka persepsinya terhadap manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah akan semakin positif. Sedangkan usia dan asal suku ibu tidak berhubungan dengan *perceived benefit* yang dirasakan ibu.

## 2) Asosiasi antara faktor personal dan *perceived barrier*

Tabel 5.14 Tabulasi silang faktor personal dan *perceived barrier* responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Faktor Personal	<i>Perceived Barrier</i>				Total	
	Ada		Tidak Ada		f	%
	f	%	f	%		
<b>Usia</b>						
$\leq 20$	1	1.1	0	0	1	1.1
21-40	50	55.6	36	40.0	86	95.6
$\geq 41$	3	3.3	0	0	3	3.3
Total	54	60	36	40	90	100
<i>p-value</i> $X^2 = 0.248$						
<b>Motivasi</b>						
Kuat	23	25.6	30	33.3	53	58.9
Lemah	31	34.4	6	6.7	37	41.1
Total	54	60	36	40	90	100
<i>p-value</i> Fischer test = 0.000						
<b>Suku</b>						
Jawa	42	46.7	26	28.9	68	75.6
Non-Jawa	12	13.3	10	11.1	22	24.4
Total	54	60	36	40	90	100
<i>p-value</i> Fischer test = 0.620						
<i>Path-coef</i> = -0.543; <i>T-statistic</i> = 7.323						

Berdasarkan tabel 5.14, dapat diketahui pada indikator usia, bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berusia 21-40 tahun dan mempersepsikan adanya hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah (*perceived barrier*), yaitu 50 (55.6%) orang. Demikian juga dengan responden yang berusia  $\leq 20$  tahun, dan  $\geq 41$  tahun.

Indikator motivasi, dapat diketahui secara keseluruhan proporsi responden yang terbanyak memiliki motivasi yang lemah dan mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 31 (34.4%) orang. Responden yang memiliki motivasi kuat, paling banyak tidak mempersepsikan adanya hambatan, yaitu sebanyak 30 (33.3%) orang.

Pada indikator suku, diketahui bahwa proporsi terbanyak adalah responden yang berasal dari Suku Jawa dan mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*) dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 42 (46.7%) orang. Responden yang berasal dari Suku Non-Jawa, paling banyak juga mempersepsikan adanya hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan menggunakan  $X^2$ , diketahui dari ketiga indikator variabel faktor personal, hanya motivasi yang berhubungan dengan *perceived barrier*. Hal ini tampak dari *p-value*  $\leq 0.05$  (0.000). Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi motivasi ibu, maka persepsinya terhadap manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah akan semakin positif. Sementara usia dan asal suku ibu tidak berhubungan dengan *perceived barrier* yang dirasakan ibu.

3) Asosiasi antara faktor personal dan *perceived self-efficacy*Tabel 5.15 Tabulasi silang usia dan *perceived self-efficacy* responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Faktor Personal	<i>Perceived Self-efficacy</i>				Total	
	Kuat		Lemah		f	%
	f	%	f	%		
<b>Usia</b>						
≤ 20	0	0	1	1.1	1	1.1
21-40	61	67.8	25	27.8	86	95.6
≥ 41	2	2.2	1	1.1	3	3.3
Total	63	70	27	30	90	100
<i>p-value X<sup>2</sup> = 0.304</i>						
<b>Motivasi</b>						
Kuat	40	44.5	13	14.5	53	58.9
Lemah	23	25.5	14	15.5	37	41.1
Total	63	70	27	30	90	100
<i>p-value Fischer test = 0.243</i>						
<b>Suku</b>						
Jawa	48	53.3	20	22.3	68	75.6
Non-Jawa	15	16.7	7	7.7	22	24.4
Total	63	70	27	30	90	100
<i>p-value Fischer test = 1.000</i>						
<b><i>Path-coef = 0.402; T-statistik = 3.823</i></b>						

Berdasarkan tabel 5.15, dapat diketahui pada indikator usia bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berusia 21-40 tahun dan memiliki *perceived self-efficacy* kuat, yaitu sebanyak 61 (67.8%) orang. Demikian juga dengan responden yang berusia ≥41 tahun. Responden yang berusia ≤20 tahun, memiliki *perceived self-efficacy* yang lemah.

Pada indikator motivasi, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden dengan motivasi kuat dan *perceived self-efficacy* yang kuat pula, yaitu 40 (44.5%) orang. Responden yang memiliki motivasi lemah, paling banyak juga memiliki *perceived self-efficacy* yang kuat, yaitu 23 (25.5%) orang.

Pada indikator suku, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berasal dari Suku Jawa dengan *perceived self-efficacy* kuat, yaitu sebanyak 48 (53.3%) orang. Responden yang berasal dari Suku Non-Jawa, paling banyak juga memiliki *perceived self-efficacy* kuat, yaitu sebanyak 15 (16.7%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa dari ketiga indikator variabel faktor personal tidak ada yang berhubungan dengan *perceived self-efficacy*. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang kesemuanya lebih besar dari 0.05.

#### 4) Asosiasi antara faktor personal dan daya beli

Tabel 5.16 Tabulasi silang faktor personal dan daya beli responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Faktor Personal	Daya beli								Total	
	$\leq 1.000.000$		1.900.001-1.030.000		1.030.001-1.775.000		$> 1.775.001$			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Usia</b>										
$\leq 20$	0	0	0	0	0	0	1	1.1	1	1.1
21-40	44	48.9	1	1.1	20	22.2	21	23.3	86	95.6
$\geq 41$	1	1.1	0	0	2	2.2	0	0	3	3.3
Total	45	50	1	1.1	22	24.4	22	24.4	90	100
<i>p-value</i> $X^2 = 0.392$										
<b>Motivasi</b>										
Kuat	26	28.9	1	1.2	15	16.7	11	12.2	53	58.9
Lemah	19	21.1	0	0	7	7.7	11	12.2	37	41.1
Total	45	50	1	1.2	22	24.4	22	24.4	90	100
<i>p-value</i> $X^2 = 0.527$										
<b>Suku</b>										
Jawa	35	38.9	1	1.2	17	18.9	15	16.6	68	75.6
Non-Jawa	10	11.1	0	0	5	5.5	7	7.8	22	24.4
Total	45	50	1	1.2	22	24.4	22	24.4	90	100
<i>p-value</i> $X^2 = 0.771$										
<b>Path-coef = -0.054; T-statistik = 0.727</b>										

Berdasarkan tabel 5.16, dapat diketahui pada indikator usia bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berusia 21-40 tahun dan

memiliki daya beli  $\leq$ Rp.1.000.000,00, yaitu 44 (48.9%) orang. Responden kelompok usia muda ( $\leq$ 20 tahun) dan usia tua ( $\geq$ 41 tahun) memiliki daya beli 1.030.000 sampai  $\geq$ 1.775.000.

Pada indikator motivasi, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang memiliki motivasi kuat dengan daya beli  $\leq$ Rp.1.000.000,00., yaitu 26 (28.9%) orang. Responden dengan motivasi lemah, paling banyak juga memiliki daya beli  $\leq$ Rp.1.000.000,00.

Pada indikator suku, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang berasal dari Suku Jawa dengan daya beli  $\leq$ Rp.1.000.000,00, yaitu sebanyak 35 (38.9%) orang. Responden yang berasal dari Suku Non-Jawa, paling banyak juga memiliki daya beli  $\leq$ Rp.1.000.000,00.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa dari ketiga indikator variabel faktor personal tidak ada yang berhubungan dengan daya beli. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang kesemuanya lebih besar dari 0.05.

### 5.5.2 Asosiasi antara *behavior specific cognition* dan komitmen

#### 1) Asosiasi antara *perceived benefit* dan komitmen

Tabel 5.17 Tabulasi silang *perceived benefit* dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

<i>Perceived Benefit</i>	Komitmen				Total	
	Kuat		Lemah		f	%
	f	%	f	%		
Positif	32	35.6	19	21.1	51	56.7
Negatif	14	15.5	25	27.8	39	43.3
Total	46	51.1	44	48.9	90	100

*p-value Fischer test = 0.019*  
***Path-coef = 0.205; T-statistik = 2.246***

Berdasarkan tabel 5.17, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden dengan *perceived benefit* positif dan komitmen yang

kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 32 (35.6%) orang. Responden dengan *perceived benefit* yang negatif, paling banyak memiliki komitmen yang lemah, yaitu sebanyak 25 (27.8%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa dari *perceived benefit* berhubungan positif dengan komitmen. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang  $\leq 0.05$  (0.019). Kesimpulannya, semakin positif persepsi ibu tentang manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak, maka akan semakin tinggi komitmennya dalam berperilaku tersebut.

## 2) Asosiasi antara *perceived barrier* dan komitmen

Tabel 5.18 Tabulasi silang *perceived barrier* dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

<i>Perceived Barrier</i>	Komitmen				Total	
	Kuat		Lemah		f	%
	f	%	f	%		
Ada	20	22.2	34	37.8	54	60
Tidak Ada	26	28.9	10	11.1	36	40
Total	46	51.1	44	48.9	90	100

*p-value Fischer test = 0.001*

***Path-coef = -0.456; T-statistik = 3.944***

Berdasarkan tabel 5.18, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi responden yang terbanyak adalah responden yang mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*) dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 34 (37.8%) orang. Responden yang tidak mempersepsikan adanya hambatan, paling banyak memiliki komitmen yang kuat, yaitu sebanyak 26 (28.9%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa *perceived barrier* berhubungan negatif dengan komitmen. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value*  $\leq 0.05$  (0.001). Kesimpulannya, semakin ibu tidak mempersepsikan adanya hambatan



(*perceived barrier*) dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak, maka akan semakin tinggi komitmennya untuk berperilaku tersebut.

3) Asosiasi antara *perceived self-efficacy* dan komitmen

Tabel 5.19 Tabulasi silang *perceived self-efficacy* dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

<i>Perceived Self-efficacy</i>	Komitmen				Total	
	Kuat		Lemah		f	%
	f	%	f	%		
Kuat	33	36.7	30	33.3	63	70
Lemah	13	14.4	14	15.6	27	30
Total	46	51.1	44	48.9	90	100
<i>p-value Fischer test = 0.819</i>						
<b><i>Path-coef = 0.115; T-statistik = 1.399</i></b>						

Berdasarkan tabel 5.19, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi responden terbanyak memiliki *perceived self-efficacy* dan komitmen yang kuat, yaitu sebanyak 33 (36.7%) responden. Responden dengan *perceived self-efficacy* lemah, paling banyak juga memiliki komitmen yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 14 (15.6%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa *perceived self-efficacy* tidak berhubungan dengan komitmen yang ditunjukkan dengan *p-value* yang  $>0.05$  (0.819), sehingga dapat disimpulkan bahwa baik ibu dengan persepsi yang kuat maupun lemah terhadap kemampuannya memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, memiliki komitmen yang cenderung sama untuk berperilaku tersebut.

## 4) Asosiasi antara daya beli dan komitmen

Tabel 5.20 Tabulasi silang daya beli dan komitmen responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Daya Beli	Komitmen				Total	
	Kuat		Lemah		f	%
	f	%	f	%		
≤ 1.000.000	22	24.4	23	25.6	45	50
1.000.001-1.030.000	1	1.2	0	0	1	1.2
1.030.001-1.775.000	11	12.2	11	12.2	22	24.4
> 1.775.000	12	13.3	10	11.1	22	24.4
Total	46	51.1	44	48.9	90	100
<i>p-value</i> $X^2 = 0.763$						
<b><i>Path-coef = 0.053; T-statistik = 0.871</i></b>						

Berdasarkan tabel 5.20, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang memiliki daya beli ≤Rp.1.000.000,00 dan komitmen lemah dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 23 (25.6%) orang. Responden dengan daya beli Rp.1.030.001-1.775.000, proporsi responden yang memiliki komitmen kuat dan lemah sama besar. Pada responden dengan daya beli ≥ Rp. 1.775.000,00, paling banyak memiliki komitmen yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, yaitu sebanyak 12 (13.3%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa daya beli tidak berhubungan dengan komitmen. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang >0.05 (0.763). Dapat disimpulkan bahwa ibu dengan daya beli tinggi atau rendah memiliki kecenderungan komitmen yang sama dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.

### 5.5.3 Asosiasi antara komitmen dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi

Tabel 5.21 Tabulasi silang komitmen dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Komitmen	Perilaku Gizi				Total	
	Baik		Tidak baik		f	%
	f	%	f	%		
Kuat	20	22.2	26	28.9	46	51.1
Lemah	24	26.7	20	22.2	44	48.9
Total	44	48.9	46	51.1	90	100

*p-value Fischer test = 0.399*  
***Path-coef = 0.112; T-statistik = 1.407***

Berdasarkan tabel 5.21, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden yang memiliki komitmen kuat, tetapi memiliki perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah yang tidak baik, yaitu sebanyak 26 (28.9%) orang. Responden dengan komitmen lemah, paling banyak memiliki perilaku pemenuhan kebutuhan gizi yang baik, yaitu sebanyak 24 (26.7%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa komitmen tidak berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang  $>0.05$  (0.399). Kesimpulannya, ibu dengan komitmen kuat dan lemah memiliki kecenderungan perilaku yang sama dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Ibu dengan komitmen kuat, belum tentu memunculkan perilaku yang baik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

#### 5.5.4 Asosiasi antara *self-regulation skill* dan perilaku gizi

Tabel 5.22 Tabulasi silang *self-regulation skill* dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

<i>Self-regulation Skill</i>	Perilaku Gizi				Total	
	Baik		Tidak baik		f	%
	f	%	f	%		
Tinggi	21	23.3	24	26.7	45	50
Sedang	23	25.6	22	24.4	45	50
Total	44	48.9	46	51.1	90	100
<i>p-value Fischer test = 0.833</i>						
<b><i>Path-coef = 0.357; T-statistik = 3.517</i></b>						

Berdasarkan tabel 5.22, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan proporsi terbanyak adalah responden dengan *self-regulation skill* yang tinggi dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah yang tidak baik, yaitu sebanyak 24 (26.7%) orang. Responden dengan *self-regulation skill* yang cukup, paling banyak memiliki perilaku gizi yang baik, yaitu sebanyak 23 (25.6%) orang.

Berdasarkan hasil uji asosiasi dengan  $X^2$ , diketahui bahwa *self-regulation skill* tidak berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* yang  $>0.05$  (0.833). Kesimpulannya, ibu dengan *self-regulation skill* tinggi atau rendah memiliki kecenderungan perilaku yang sama dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Ibu dengan *self-regulation skill* tinggi, belum tentu memunculkan perilaku yang baik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

#### 5.6 Analisis Uji Model

Penelitian ini menggunakan teknis analisis data PLS (*Partial Least Square Regression*). Berdasarkan hasil pengolahan data, selanjutnya dilakukan hasil analisis PLS dengan menggunakan persamaan struktural. Dalam analisis ini,

terdapat dua evaluasi mendasar, yaitu 1) evaluasi model pengukuran (*outer model*) untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen yang mengukur variabel laten, dan 2) evaluasi model struktural (*inner model*) untuk mengetahui ketetapan model. Sebelum evaluasi model dilakukan, ditegaskan kembali reliabilitas dan validitas konstruk variabel.

### 5.6.1 Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

Evaluasi model pengukuran memeriksa validitas dan reliabilitas indikator yang mengukur konstruk/variabel laten. Variabel laten dalam penelitian ini yaitu faktor personal ( $X_1$ ), *behavior specific cognition* ( $X_2$ ), komitmen ( $X_3$ ), *self-regulation skill* ( $X_4$ ), dan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah ( $Y$ ). Indikator dianggap valid jika memiliki faktor *loading*  $>0.5$  dan atau nilai T-statistik  $>1.96$ . Faktor *loading* indikator dengan nilai paling tinggi, menunjukkan bahwa indikator tersebut merupakan pengukur terkuat dari variabel laten yang bersangkutan.

Tabel 5.23 Tabel faktor *loading* indikator pada variabel

Variabel	Indikator	Validitas	Reliabilitas
<b>Faktor Personal (<math>X_1</math>)</b>			
Motivasi ( $X_{1,2}$ )	Motiv_1	0.762	0.882
	Motiv_2	0.780	
	Motiv_3	0.703	
	Motiv_4	0.703	
	Motiv_5	0.656	
	Motiv_6	0.872	
	Motiv_7	0.530	
	Motiv_8	0.333	
<b><i>Behavior Specific Cognition and Affect</i> (<math>X_2</math>)</b>			
<i>Perceived Benefit</i> ( $X_{2,1}$ )	Benefit_1	0.774	0.858
	Benefit_2	0.801	
	Benefit_3	0.487	
	Benefit_4	0.654	
	Benefit_5	0.586	
	Benefit_6	0.608	
	Benefit_7	0.522	
	Benefit_8	0.793	
<i>Perceived Barrier</i> ( $X_{2,2}$ )	Barrier_1	0.701	0.893

	Barrier 2	0.631	
	Barrier 3	0.677	
	Barrier 4	0.772	
	Barrier 5	0.721	
	Barrier 6	0.740	
	Barrier 7	0.674	
	Barrier 8	0.358	
	Barrier 9	0.664	
	Barrier 10	0.664	
<i>Perceived Self-efficacy</i> (X <sub>2.3</sub> )	Efficacy 1	0.939	0.949
	Efficacy 2	0.890	
	Efficacy 3	0.907	
	Efficacy 4	0.892	
<b>Komitmen (X<sub>3</sub>)</b>	Komit 1	0.908	0.898
	Komit 2	0.903	
	Komit 3	0.504	
	Komit 4	0.758	
	Komit 5	0.873	
<i>Self-regulation Skill (X<sub>4</sub>)</i>	SRS 1	0.733	0.877
	SRS 2	0.693	
	SRS 3	0.259	
	SRS 4	0.698	
	SRS 5	0.573	
	SRS 6	0.652	
	SRS 7	0.524	
	SRS 8	0.622	
	SRS 9	0.596	
	SRS 10	0.684	
	SRS 11	0.350	
	SRS 12	0.530	
	SRS 13	0.470	
	SRS 14	0.510	
	SRS 15	0.390	
	SRS 16	0.469	
	SRS 17	0.370	
	SRS 18	0.663	
	SRS 19	0.445	
	SRS 20	0.293	
	SRS 21	0.398	

Tabel 5.23 menunjukkan hanya satu indikator variabel motivasi yang memiliki nilai faktor *loading* <0.5 yaitu *motiv\_8*, sehingga dinyatakan tidak valid. Sementara reliabilitas indikator lebih besar dari nilai faktor *loading* (0.882), sehingga indikator dinyatakan reliabel.

Demikian juga dengan variabel *perceived benefit*. Dari 8 item pernyataan, hanya indikator *benefit\_3* yang memiliki nilai faktor *loading*  $<0.5$  dan dinyatakan tidak valid. Hal ini disebabkan responden rata-rata memiliki jawaban yang sama diitem tersebut. Indikator *perceived benefit* memiliki nilai reliabilitas yang lebih besar dari faktor *loading* (0.858), sehingga dinyatakan reliabel.

Variabel *perceived barrier* yang terdiri dari 10 item pernyataan, memiliki satu indikator dengan nilai faktor *loading*  $<0.5$ , yaitu *barrier\_8*. Sementara nilai reliabilitasnya 0.893, sehingga indikator yang digunakan sudah reliabel.

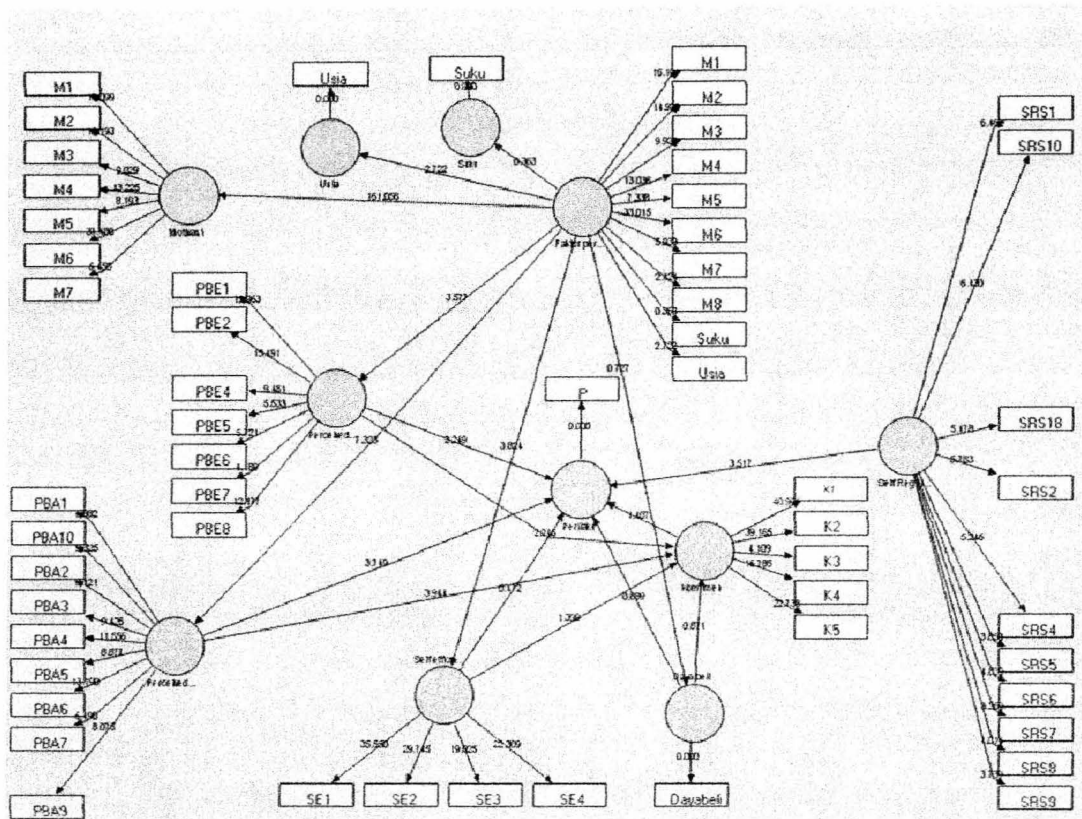
Pada indikator variabel *self-efficacy* dan komitmen, semua indikatornya dinyatakan valid dan reliabel, karena memiliki nilai faktor *loading*  $>0.5$ .

Sementara variabel *self-regulation skill* yang terdiri dari 21 pernyataan, memiliki 10 item pernyataan dengan nilai faktor *loading*  $<0.5$ , yaitu *SRS\_3*, *SRS\_11*, *SRS\_13*, *SRS\_15*, *SRS\_16*, *SRS\_17*, *SRS\_19*, *SRS\_20*, dan *SRS\_21*. Sementara hasil uji reliabilitasnya diketahui lebih besar dari faktor *loading* (0.877), sehingga indikator dinyatakan reliabel.

Sebelum melakukan uji T pada PLS, terlebih dahulu item yang tidak valid dihapus, sehingga semua indikator yang menyusun konstruk variabel laten dinyatakan valid dan reliabel.

5.6.2 Hasil pengujian hipotesis

Hasil analisis model dapat dipelajari pada gambar 5.1 sebagai berikut.



Gambar 5.1 Analisis uji model

Hasil uji koefisien jalur dan nilai T-statistik disajikan secara komprehensif pada tabel rekapitulasi sebagai berikut.

Tabel 5.24 Tabel rekapitulasi hasil uji hipotesis penelitian perilaku ibu dalam Pemenuhan kebutuhan gizi anak usia prasekolah dengan pendekatan integrasi HPM dan SRT, di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik, Juni 2012

Hubungan antar variabel		Path-coef	T-statistik	Keterangan
Faktor personal	<i>Perceived benefit</i>	0.364	3.577	Signifikan
	<i>Perceived barrier</i>	-0.543	7.323	Signifikan
	<i>Perceived self-efficacy</i>	0.402	3.824	Signifikan
	Daya beli	-0.054	0.727	Tidak signifikan
<i>Perceived benefit</i>	Komitmen	0.203	2.246	Signifikan
	Perilaku	0.196	2.249	Signifikan
<i>Perceived barrier</i>	Komitmen	-0.456	3.944	Signifikan
	Perilaku	0.397	3.749	Signifikan
<i>Perceived self-efficacy</i>	Komitmen	0.115	1.399	Tidak signifikan
	Perilaku	0.031	0.472	Tidak signifikan

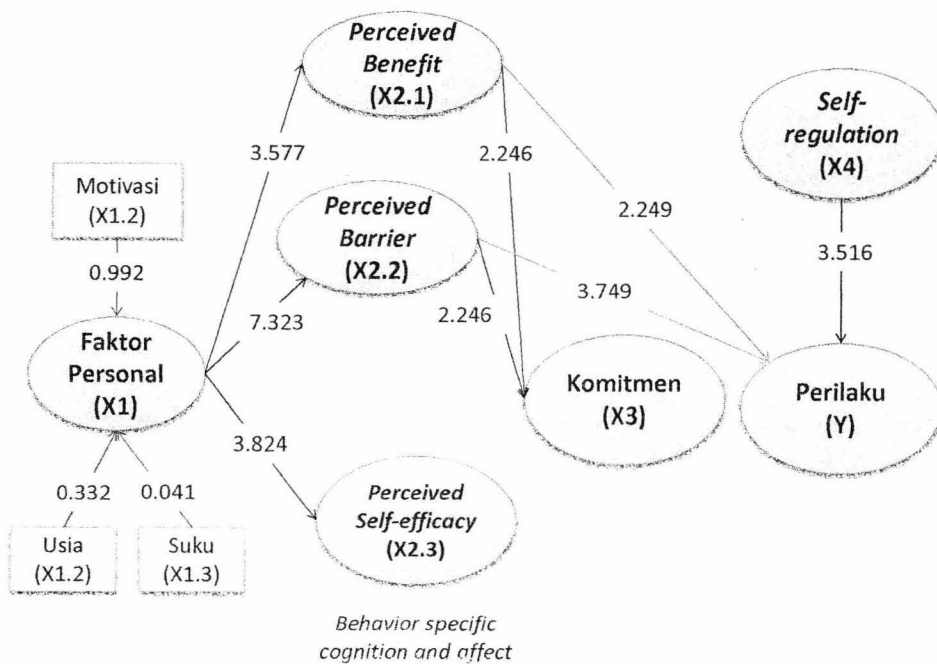


Daya beli	Komitmen	0.053	0.871	Tidak signifikan
	Perilaku	0.196	0.689	Tidak signifikan
Komitmen	Perilaku	0.112	1.407	Tidak signifikan
<i>Self-regulation skill</i>	Perilaku	0.357	3.516	Signifikan

Berdasarkan tabel 5.24 rekapitulasi hasil uji hipotesis dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Faktor personal dengan *behavior specific cognition and affect* dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.
  1. Motivasi merupakan indikator yang paling menyusun variabel faktor personal, dibandingkan dengan usia dan suku.
  2. Faktor personal berhubungan positif lemah dengan *perceived benefit* ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.
  3. Faktor personal berhubungan positif lemah dengan *perceived barrier* ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.
  4. Faktor personal berhubungan positif lemah dengan *perceived self-efficacy* ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.
  5. Faktor personal tidak berhubungan dengan daya beli ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.
- 2) *Behavior specific cognition and affect* dengan komitmen dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.
  1. *Perceived benefit* berhubungan positif lemah dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Secara langsung, *perceived benefit* berhubungan dengan perilaku gizi ibu.

2. *Perceived barrier* berhubungan negatif lemah dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Secara langsung, *perceived barrier* berhubungan dengan perilaku gizi ibu.
  3. *Perceived self-efficacy* tidak berhubungan dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Secara langsung, *perceived self-efficacy* juga tidak berhubungan dengan perilaku gizi ibu.
  4. Daya beli tidak berhubungan dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Secara langsung, daya beli juga tidak berhubungan dengan perilaku gizi ibu.
- 3) Komitmen tidak berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.
  - 4) *Self-regulation skill* berhubungan positif lemah dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.



Gambar 5.2 Hasil uji hipotesis (hasil signifikan)

## 5.7 Hasil Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok dilakukan untuk memperkuat isu strategis dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi untuk meningkatkan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Diskusi kelompok dilakukan 1 kali pada hari Selasa, tanggal 12 Juni 2012 dengan sasaran ibu dengan anak prasekolah (5 orang) dan kader posyandu balita (3 orang), alokasi waktu 50 menit.

Hasil penting dalam diskusi, dapat dipelajari pada tabel 5.25 sebagai berikut.

Tabel 5.25 Hasil diskusi kelompok

No.	Topik	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1.	Definisi makanan bergizi	1) Empat sehat lima sempurna 2) Makanan sehat 3) Makanan yang mengandung zat-zat yang dibutuhkan anak 4) Makanan yang beraneka ragam jenisnya	Perlu informasi bahwa makanan bergizi seimbang tidak hanya beraneka ragam dari jenis, tetapi juga memenuhi kecukupan energi anak prasekolah
2.	Pentingnya mengkonsumsi makanan bergizi	1) Anak sehat 2) Anak tidak mudah sakit 3) Bisa main-main 4) Tumbuh normal 5) Perkembangan optimal	Perlu <i>reinforcement</i> untuk mempertahankan persepsi ibu yang positif tentang manfaat pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah melalui pendidikan kesehatan.
3.	Upaya ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi	1) Masak 2) Beli di warung 3) Memilih bahan yang baik dan dimasak dengan benar	Perlu pelatihan tentang cara memilih bahan makanan yang baik, cara masak, dan penyajian yang tepat
4.	Hambatan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi	1) Tidak ada 2) Terbatasnya pilihan menu makanan 3) Waktu	Perlu informasi menu makanan bergizi yang dapat disediakan dalam waktu singkat
5.	Upaya yang sudah dilakukan ibu untuk meminimalkan hambatan dalam	1) Memanfaatkan media informasi: televisi, untuk mencari informasi menu sehat yang baru	Perlu sumber informasi untuk meminimalkan hambatan yang dirasakan ibu, misalnya dengan membentuk kelompok

	pemenuhan kebutuhan gizi	2) Mempersiapkan bumbu di malam hari 3) Masak di hari libur 4) Beli di warung 5) Bertanya ke ibu lain yang sebaya atau yang lebih berpengalaman	diskusi atau sarana konsultasi gizi.
--	--------------------------	--	--------------------------------------

Hasil diskusi kelompok dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Ibu memiliki pengetahuan yang kurang tepat tentang definisi makanan bergizi. Menurut ibu, makanan sudah disebut bergizi jika beraneka ragam secara jenis, meski belum sesuai dengan kecukupan gizi anak.
- 2) Ibu memiliki pengetahuan yang baik tentang manfaat makanan bergizi bagi anak prasekolah, yaitu menjaga kesehatan anak, mencegah kesakitan, sehingga anak bisa tumbuh dan berkembang dengan optimal.
- 3) Ibu sudah melakukan upaya untuk memenuhi kebutuhan gizi dengan memilih bahan makanan yang baik dan cara memasak yang benar. Akan tetapi, masih ada beberapa ibu yang memilih membeli makanan di warung.
- 4) Hambatan yang dirasakan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak adalah menu makanan yang kurang bervariasi dan waktu yang terbatas.
- 5) Ibu memerlukan informasi tentang strategi yang bisa dilakukan untuk meminimalkan hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

**BAB 6**  
**PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Hubungan antara faktor personal dengan *perceived benefit*

Hasil penelitian pada tabel 5.24 (halaman 97) menunjukkan bahwa faktor personal berhubungan dengan *perceived benefit* responden dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Faktor personal dalam penelitian ini disusun dari tiga indikator, yaitu usia, motivasi, dan suku. Berdasarkan hasil analisis dengan PLS *regression*, diketahui bahwa motivasi merupakan indikator yang paling mengkonstruksi faktor personal. Hal ini juga diperkuat dengan uji asosiasi pada tabel 5.13 (halaman 83) yang menunjukkan bahwa di antara ketiga indikator faktor personal hanya motivasi yang berhubungan dengan *perceived benefit* responden.

Usia didefinisikan sebagai hasil penghitungan lama hidup seseorang sejak lahir sampai waktu tertentu yang telah ditentukan (yang dihitung dalam tahun penuh) (Kemenkes RI, 2010). Tabel 5.13 (halaman 83) menunjukkan bahwa responden yang berusia tua (21-40 tahun dan  $\geq 41$  tahun) paling banyak memiliki *perceived benefit* yang positif. Sedangkan responden yang berusia  $\leq 20$  tahun memiliki *perceived benefit* yang negatif. Menurut Frost, Frost, & Haas (2005), ibu yang berusia lebih tua umumnya memiliki persepsi yang lebih positif terhadap sesuatu yang memberikan manfaat pada kesehatan anak, karena pada umumnya ibu memiliki kematangan dan kedewasaan dalam berpikir. Responden di rentang usia dewasa muda dan lanjut mempersepsikan pemenuhan kebutuhan gizi dapat memberikan manfaat bagi kesehatan anaknya. Berdasarkan analisis jawaban

responden, mayoritas mempersepsikan pemenuhan kebutuhan gizi dapat membuat anak tumbuh dan berkembang secara optimal, serta membuat anak tetap sehat. Hal ini dimungkinkan karena usia sudah semakin bertambah dewasa, jadi akan meningkat pula kedewasaan psikologisnya dalam mempersepsikan sesuatu.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 (halaman 77), dapat disimpulkan bahwa usia 21-40 tahun mendominasi usia responden. Hal ini sesuai dengan hasil survey demografi kesehatan dunia yang menyebutkan bahwa rata-rata usia pernikahan pertama wanita Indonesia adalah 19 tahun (IDHS, 2003), sehingga pada usia 21-40 tahun rata-rata ibu telah memiliki anak yang berusia prasekolah. Dari tabel 5.13 (halaman 83) dapat dilihat pula bahwa pada kelompok usia tersebut paling banyak memiliki *perceived benefit* yang positif. Sesuai dengan hasil penelitian Ojiako, Manyong, & Ikpi (2009), ibu yang berusia muda lebih terbuka pada informasi tentang upaya meningkatkan kesehatan anak. Ibu muda masih merasa kurang pengalaman dalam penyediaan nutrisi anak, sehingga ibu aktif belajar dan mencari informasi yang benar. Hasil diskusi kelompok menunjukkan ibu memanfaatkan media elektronik (televisi) dan berdiskusi (*sharing* pengalaman) dengan ibu lain yang memiliki anak prasekolah untuk mendapatkan informasi tentang pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

Hasil penelitian pada tabel 5.13 (halaman 83) menunjukkan bahwa motivasi intrinsik berhubungan dengan *perceived benefit* ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Motivasi intrinsik merupakan keinginan kuat dalam diri individu untuk melakukan sesuatu, untuk mencapai tujuan tertentu. Motivasi dipengaruhi keinginan dan harapan dari individu (Handoko, 2001). Menurut Contento, *et al.* (1993), semakin tinggi motivasi ibu

dalam memenuhi kebutuhan gizi anak akan memunculkan *perceived benefit* yang semakin positif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, di mana responden dengan motivasi yang kuat, paling banyak memiliki *perceived benefit* yang positif. Sebaliknya, responden dengan motivasi lemah, paling banyak memiliki *perceived benefit* yang negatif.

Hasil penelitian di tabel 5.2 (halaman 78) menunjukkan proporsi responden paling banyak memiliki motivasi yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Pada mayoritas keluarga, ibu berperan penting dalam pengaturan makan anggota keluarga (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005). Peran ibu dimulai dari menyusun menu, memilih bahan makanan, memasak, dan menyajikan makanan untuk anggota keluarga yang lain, terutama anak-anak yang belum bisa memenuhi kebutuhan gizinya secara mandiri. Bagi sebagian besar responden, peran ini dirasa sebagai pekerjaan rutin yang menyenangkan dan kewajiban yang harus dilakukan seorang ibu kepada anaknya. Kesehatan anak merupakan motif utama ibu, sehingga ibu termotivasi untuk selalu memenuhi kebutuhan gizi anak.

Suku merupakan unit sosial tertinggi, yang terdiri dari satu atau lebih marga (Sugono, 2008). Setiap suku memiliki budaya tertentu yang menjadi ciri khas dan berbeda dengan suku yang lain, termasuk budaya makan. Budaya makan merupakan sesuatu yang kompleks karena menyangkut persepsi mistis yang berkaitan dengan kategori makan produksi, persiapan, dan konsumsi makanan (Meliono-Budianto, 2004). Hasil penelitian pada tabel 5.13 (halaman 83) menunjukkan bahwa baik Suku Jawa maupun Non-Jawa memiliki *perceived benefit* yang positif dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Semua



responden yang Non-Jawa adalah Suku Madura. Kondisi topografi Kelurahan Karangturi yang berada di pesisir Pulau Jawa tidak berbeda jauh dengan Pulau Madura, sehingga budaya makan kedua kelompok tidak terlalu berbeda. Menurut Robbins (2003), keadaan sosial turut mempengaruhi persepsi individu. Responden yang berasal dari Suku Madura sudah lama tinggal dan menetap di Pulau Jawa, sehingga persepsi yang terbentuk hampir sama dengan persepsi sosial setempat.

Hasil uji PLS *regression* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara karakteristik personal dengan *perceived benefit* ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hasil uji juga menunjukkan bahwa indikator yang paling menyusun faktor personal adalah motivasi intrinsik. Motivasi yang kuat akan berdampak pada *perceived benefit* yang positif.

*Health Promotion Model* menjelaskan, persepsi individu terhadap manfaat suatu perilaku kesehatan dipengaruhi oleh karakteristik personalnya (Tomey & Alligood, 2006). Karakteristik personal didefinisikan sebagai karakteristik umum individu yang diprediksi telah diperoleh individu secara turun-temurun dan dibentuk oleh lingkungan sekitarnya (Galloway, 2003). Karakteristik personal dibagi atas karakteristik biologis, psikologis, dan sosial (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Dalam penelitian ini karakteristik biologis diwakili oleh usia, karakteristik psikologis diwakili oleh motivasi intrinsik, dan karakteristik sosial diwakili oleh suku.

Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif, yang dapat diartikan semakin kuat motivasi ibu, maka secara langsung akan membentuk *perceived benefit* yang semakin positif dalam memenuhi kebutuhan

gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya. Hasil diskusi kelompok menunjukkan ibu sudah memiliki persepsi yang baik tentang manfaat makanan bergizi untuk anak. Minimal ibu sudah memahami bahwa makanan bergizi bermanfaat untuk menjaga kesehatan anak, mencegah kesakitan, sehingga anak tumbuh dan berkembang dengan optimal.

Berdasarkan hal tersebut, diperlukan upaya untuk mempertahankan motivasi ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, sehingga kemanfaatan yang dipersepsikan ibu semakin positif. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah memberikan *reinforcement* melalui pendidikan kesehatan, baik oleh kader posyandu balita maupun bidan desa. Kader bisa memanfaatkan meja 4 posyandu balita, yang memang digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu sesuai dengan hasil penilaian antropometri anak prasekolah.

## **6.2 Hubungan antara faktor personal dengan *perceived barrier***

Hasil penelitian pada tabel 5.24 (halaman 97) menunjukkan bahwa faktor personal memiliki hubungan dengan *perceived barrier* responden dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian pada tabel 5.14 (halaman 84) yang menunjukkan bahwa di antara ketiga indikator faktor personal hanya motivasi yang berhubungan dengan *perceived barrier* responden.

Tabel 5.14 (halaman 84) menunjukkan usia 21-40 tahun mendominasi usia responden. Dari tabel yang sama tampak bahwa responden yang berusia 21-40 tahun paling banyak mempersepsikan hambatan (*perceived barrier*) dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Usia berhubungan dengan perilaku

ibu dalam penyediaan nutrisi yang sesuai. Pada umumnya, ibu muda kurang memiliki pengetahuan dan pengalaman, sehingga kurang mampu menyediakan makanan yang bergizi untuk anak (Hurlock, 2002). Usia 21-40 tahun, merupakan usia muda, sehingga persepsi adanya hambatan yang dirasakan responden dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah cenderung lebih besar.

Menurut Ilyas (1999), semakin lanjut usia seseorang, maka akan semakin dewasa dalam memahami suatu masalah. Semakin meningkatnya usia akan berdampak pada kematangan psikologis, sehingga lebih arif dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional, dan toleransi terhadap suatu permasalahan. Tabel 5.14 (halaman 84) menunjukkan bahwa baik responden yang berusia muda ( $\leq 20$  tahun) maupun berusia tua ( $\geq 41$  tahun) sama-sama mempersepsikan hambatan (*perceived barrier*) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar usia responden berada pada usia pertengahan, di mana belum mencapai kematangan berpikir, sehingga masih mempersepsikan hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

Berdasarkan hasil analisis jawaban, hambatan yang dihadapi ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak adalah anak lebih menyukai makanan yang dibeli di warung dan sulitnya memilih bahan makanan yang bergizi. Hal ini sesuai dengan Uripi (2004), yang menjelaskan bahwa sejak usia prasekolah, anak mulai menyukai makanan jajanan yang dijual di warung. Menurut Robbins (2003), persepsi individu dipengaruhi oleh pengharapan. Tentu saja perilaku anak yang lebih menyukai makanan yang dibeli di warung, tidak sesuai dengan harapan ibu.

Hal ini menjadi hambatan bagi ibu pada semua kelompok usia dalam memenuhi kebutuhan gizi pada anak prasekolah.

Hasil penelitian pada tabel 5.14 (halaman 84) menunjukkan bahwa motivasi intrinsik berhubungan dengan *perceived barrier* ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Menurut Handoko (2001), motivasi merupakan manifestasi dari keinginan kuat yang berasal dari dalam diri individu untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Menurut Ajzen (1991), semakin kuat motivasi seseorang untuk melakukan sesuatu, maka persepsi terhadap adanya hambatan untuk melakukan hal tersebut akan semakin rendah. Saat mempersepsikan adanya hambatan, responden dengan motivasi kuat akan menjalankan berbagai cara alternatif untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut. Hasil diskusi kelompok menunjukkan, ibu berusaha mengakses informasi dari media elektronik dan memanfaatkan pengalaman ibu lain untuk mencari alternatif solusi hambatan dalam menyediakan makanan bergizi untuk anak prasekolah yang dihadapi.

Menurut Meliono-Budianto (2004), setiap suku memiliki budaya makan tertentu yang menjadi ciri khas dan berbeda dengan suku yang lain, di antaranya berkaitan dengan kategori makan produksi, persiapan, dan konsumsi makanan. Hasil penelitian pada tabel 5.14 (halaman 84) menunjukkan bahwa baik Suku Jawa maupun Non-Jawa mempersepsikan adanya hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini dimungkinkan karena topografi Kelurahan Karangturi yang berada di pesisir sama dengan kondisi di Pulau Madura, sehingga budaya makan kedua kelompok tidak terlalu berbeda. Menurut Robbins (2003), keadaan sosial turut mempengaruhi persepsi individu. Hal ini

sesuai dengan hasil penelitian, di mana responden yang berasal dari Suku Madura sudah lama tinggal dan menetap di Pulau Jawa, sehingga sudah beradaptasi dengan kondisi sosial setempat.

Hasil uji PLS *regression* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara karakteristik personal dengan *perceived barrier* ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. *Health Promotion Model* menjelaskan, *perceived barrier* dipersepsikan sebagai hambatan untuk melakukan sesuatu (Tomey & Alligood, 2006). Hambatan yang dipersepsikan oleh individu dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan karakteristik personal yang diperoleh secara turun-temurun (Galloway, 2003).

Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda negatif, yang dapat diartikan semakin kuat motivasi ibu, maka secara langsung akan membentuk *perceived barrier* yang semakin rendah dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya. Motivasi kuat membuat individu mempersepsikan hambatan sebagai tantangan, bukan kelemahan (Ilyas, 1999). Ibu dengan motivasi kuat mempersepsikan hambatan yang lebih rendah karena merasa hal ini merupakan tantangan yang harus dihadapi untuk menjaga kesehatan anak prasekolah.

Hasil diskusi kelompok menunjukkan hambatan yang dirasakan ibu dalam memenuhi kebutuhan anak adalah menu makanan yang kurang bervariasi. Hal ini membuat anak lebih menyukai makanan yang dibeli di warung. Selain itu, ibu juga merasa terhambat oleh terbatasnya waktu karena bekerja. Berdasarkan hal tersebut di atas, diperlukan pemberian informasi mengenai menu makanan bergizi

yang dapat disediakan dalam waktu singkat melalui forum pendidikan kesehatan atau diskusi kelompok sebaya.

### 6.3 Hubungan faktor personal dengan *perceived self-efficacy*

Hasil penelitian pada tabel 5.24 (halaman 97) menunjukkan bahwa faktor personal memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *perceived self-efficacy* responden dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

Hasil penelitian pada tabel 5.15 (halaman 86) menunjukkan bahwa pada semua kelompok usia dewasa (21-40 tahun dan  $\geq 41$  tahun), proporsi responden yang paling banyak memiliki *perceived self-efficacy* yang kuat. Sedangkan pada kelompok usia remaja tua ( $\leq 20$  tahun), paling banyak memiliki *perceived self-efficacy* yang lemah. Bandura (1997), menyatakan bahwa usia berhubungan dengan tingkat *self-efficacy*, di mana semakin dewasa usia individu, maka individu akan cenderung memiliki keyakinan diri yang lebih tinggi terhadap kemampuan untuk menjalankan perannya. Semakin tua usia responden, maka responden semakin merasa yakin akan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah karena ibu yang lebih tua biasanya lebih memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam penyediaan nutrisi anak dibandingkan dengan ibu yang berusia remaja.

Hasil penelitian pada tabel 5.15 (halaman 86) menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden yang memiliki motivasi kuat dan *perceived self-efficacy* yang kuat. Menurut Deci & Ryan (2008), motivasi merupakan determinan penting bagi individu untuk dapat menjalankan perannya dengan baik. Individu

yang memiliki motivasi kuat, cenderung memiliki *self-efficacy* yang kuat, bertanggung jawab dalam perannya, dan lebih aktif secara sosial. Motivasi yang kuat membuat individu selalu mengesampingkan hambatan dan berusaha menjalankan perannya secara optimal. Dalam demikian, semakin kuat motivasi ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak, maka akan berdampak pada *perceived self-efficacy* yang semakin kuat pula.

Hasil penelitian pada tabel 5.15 (halaman 86) menunjukkan bahwa baik responden dengan motivasi kuat maupun lemah, paling banyak memiliki *self-efficacy* yang kuat. Menurut Bandura (1997), individu cenderung meyakini dirinya mampu dalam mengerjakan perannya dengan baik, untuk memuaskan kebutuhan situasionalnya. Hal inilah mungkin yang membuat responden mempersepsikan kemampuan diri yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, meskipun sebenarnya mereka tidak termotivasi untuk melakukan hal tersebut.

Berdasarkan tabel 5.15 (halaman 86), diketahui bahwa Suku Jawa mendominasi jumlah responden, di mana paling banyak juga memiliki *perceived self-efficacy* yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Sugono (2008), Suku merupakan unit sosial tertinggi, yang dibentuk oleh lebih dari satu marga. Setiap suku memiliki norma sosial tertentu yang diwariskan secara turun-temurun. Norma tersebut kemudian membentuk cara individu menilai dan meyakini sesuatu (Meliono-Budianto, 2004). Bagi Suku Jawa, keluarga merupakan inti dari kehidupan. Sistem kekerabatan Jawa bersifat bilateral, baik bapak maupun ibu memiliki kekuatan yang seimbang dan peran masing-masing (Shiraisi, 1997; Subandi, 2011). Salah satu peran penting ibu adalah pengaturan makan anggota keluarga, terutama anak-anak yang belum bisa

memenuhi kebutuhannya sendiri (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005). Dalam penelitian ini, responden adalah ibu, sehingga sesuai jika paling banyak responden memiliki *perceived self-efficacy* yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini yang kemudian membentuk persepsi kuat dalam diri ibu, bahwa seorang ibu yang baik adalah ibu yang mampu memenuhi kebutuhan makan anak.

Menurut Moore & Williams (2011), etnis/suku mempengaruhi *perceived self-efficacy* dalam hal kebiasaan makan. Hal ini disebabkan karena suku memiliki budaya/norma sosial tertentu, yang mempengaruhi cara individu mempersepsikan dan meyakini sesuatu. Hasil penelitian pada tabel 5.15 (halaman 86), yang menunjukkan bahwa baik Suku Jawa maupun Suku Non-Jawa memiliki *perceived self-efficacy* yang sama kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini dimungkinkan karena dalam penelitian ini, Suku Non-Jawa yang ada tidak bervariasi (hanya Suku Madura). Sementara responden yang bukan berasal dari Suku Jawa, sudah tinggal lama atau menetap di Pulau Jawa, sehingga sedikit banyak budaya Jawa sudah mulai diadaptasi.

*Health Promotion Model* menjelaskan *perceived self-efficacy* merupakan penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan suatu perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). *Perceived self-efficacy* juga diartikan sebagai kepercayaan diri untuk dapat melakukan peran kesehatan dengan baik (Bandura, 2004). Faktor yang mempengaruhi *perceived self-efficacy* antara lain, karakteristik personal dan pengalaman masa lalu (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Hasil uji PLS *regression* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara



karakteristik personal dengan *perceived self-efficacy* ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif, yang dapat diartikan semakin kuat motivasi ibu, maka secara langsung akan membentuk *perceived self-efficacy* yang semakin kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya. Berdasarkan hasil analisis jawaban responden, hal yang paling banyak dirasa ibu mampu dilakukan adalah memilih bahan makanan yang dikonsumsi anak setiap hari. Sementara hal yang tidak diyakini ibu mampu dilakukan adalah menyediakan makanan bergizi setiap kali anak makan dalam sehari.

Berdasarkan hal tersebut di atas, ibu perlu diberikan pelatihan tentang cara memilih bahan makanan yang baik, cara pengolahan yang tidak menghilangkan kandungan zat gizi, serta penyajian yang menarik untuk anak prasekolah.

#### **6.4 Pengaruh faktor personal terhadap daya beli**

Hasil penelitian pada tabel 5.24 (halaman 97) menunjukkan bahwa faktor personal tidak berpengaruh terhadap daya beli responden dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

Hasil penelitian pada tabel 5.16 (halaman 87) menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak pada kelompok usia pertengahan dan memiliki daya beli rendah (dengan penghasilan  $\leq 1.000.000$ ). Sedangkan, responden dengan usia muda ( $\leq 20$  tahun) dan usia tua ( $\geq 41$  tahun) memiliki daya beli yang lebih tinggi. Menurut Kotler (2006), bahwa daya beli ditentukan oleh penghasilan, sementara penghasilan dipengaruhi oleh jenis pekerjaan. Individu dengan usia lebih tua

biasanya memiliki pekerjaan yang lebih mapan dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda. Akan tetapi, dalam penelitian ini diketahui bahwa responden berusia muda bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan responden yang berusia tua bekerja sebagai pegawai swasta dengan penghasilan tetap per bulan. Sedangkan responden di usia pertengahan, mayoritas mata pencahariannya adalah wiraswasta (berdagang) dengan penghasilan yang tidak menentu per bulan. Berdasarkan hal tersebut, dimungkinkan jika responden dari kelompok usia pertengahan memiliki daya beli yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok usia yang lain.

Hasil penelitian pada tabel 5.16 (halaman 87) menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden yang memiliki motivasi kuat dan daya beli yang rendah. Menurut Deci & Ryan (2008), motivasi merupakan determinan penting bagi individu untuk dapat menjalankan perannya dengan baik. Individu dengan motivasi yang kuat akan selalu berusaha memenuhi kebutuhannya secara optimal. Ibu sebenarnya sudah memiliki motivasi yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak. Akan tetapi, penghasilan ibu yang rendah (terbanyak di bawah Upah Minimum Regional Kabupaten Gresik) membuat daya belinya juga rendah.

Hasil penelitian pada tabel 5.16 (halaman 87), yang menunjukkan bahwa baik Suku Jawa maupun Suku Non-Jawa memiliki daya beli yang sama rendahnya dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut James (2004), sikap dan perilaku penyediaan nutrisi dikembangkan sejak awal kehidupan dan dipengaruhi oleh faktor budaya, psikososial, dan sosioekonomi. Sadar atau tidak sadar kebiasaan dalam pembelian dan penyajian makanan disesuaikan dengan tradisi/budaya individu. Pemilihan bahan makanan berhubungan dengan daya beli

individu. Responden yang bukan berasal dari Suku Jawa, semuanya berasal dari Suku Madura yang sudah menetap di Kelurahan Karangturi. Hal ini memungkinkan responden tersebut telah mengasimilasikan budaya sukunya dengan budaya masyarakat setempat, sehingga tidak ada perbedaan yang dominan terkait kebiasaan pembelian makanan.

Hasil uji PLS *regression* menunjukkan bahwa faktor personal tidak mempengaruhi daya beli responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hal ini disebabkan oleh karakteristik responden yang hampir sama, sehingga kurang bervariasi dalam menggambarkan variabel personal yang mempengaruhi daya beli.

### **6.5 Hubungan *perceived benefit* dengan komitmen**

Hasil penelitian pada tabel 5.4 (halaman 79) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *perceived benefit* yang positif terhadap pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. *Perceived benefit* merupakan persepsi akan manfaat/keuntungan yang menguatkan individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Di antara manfaat memenuhi kebutuhan gizi, yakni berat badan dalam batas normal, mencegah penyakit, lebih sehat, lebih berenergi dalam beraktifitas, tetap sehat, tampak lebih menarik, dan hidup lebih lama (Strolla, Gans, & Risica, 2006). Pengetahuan individu terhadap manfaat pemenuhan gizi dimulai sejak kecil, baik di lingkungan rumah maupun sekolah, baik melalui pengajaran maupun lagu dan cerita. Pengetahuan yang diperoleh dalam jangka waktu lama dan berulang-ulang

dapat membentuk persepsi positif yang langgeng terhadap manfaat pemenuhan kebutuhan gizi.

Berdasarkan tabel 5.17 (halaman 88), diketahui bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden dengan *perceived benefit* yang positif. Selain itu, tabel juga menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden dengan komitmen yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Walker, Pullen, Hertzog, Broekner, & Hageman (2006), tingginya keuntungan yang dipersepsikan dari perilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan berhubungan dengan komitmen untuk melakukan perilaku tersebut. Sesuai dengan pendapat tersebut, semakin positif persepsi ibu tentang kemanfaatan memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan angka kecukupan gizi yang direkomendasikan, maka akan semakin kuat komitmennya terhadap perilaku tersebut.

Komitmen dalam *Health Promotion Model* adalah intensi/niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melakukannya dengan baik (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan (Tomey & Alligood, 2006). Hal ini sesuai dengan hasil uji PLS *regression* diketahui bahwa *perceived benefit* berhubungan dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa semakin positif persepsi ibu terhadap kemanfaatan memenuhi kebutuhan gizi anak sesuai standar kecukupan gizi, maka akan semakin kuat komitmennya untuk melakukan hal tersebut.

individu. Responden yang bukan berasal dari Suku Jawa, semuanya berasal dari Suku Madura yang sudah menetap di Kelurahan Karangturi. Hal ini memungkinkan responden tersebut telah mengasimilasikan budaya sukunya dengan budaya masyarakat setempat, sehingga tidak ada perbedaan yang dominan terkait kebiasaan pembelian makanan.

Hasil uji PLS *regression* menunjukkan bahwa faktor personal tidak mempengaruhi daya beli responden di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hal ini disebabkan oleh karakteristik responden yang hampir sama, sehingga kurang bervariasi dalam menggambarkan variabel personal yang mempengaruhi daya beli.

#### **6.5 Hubungan *perceived benefit* dengan komitmen**

Hasil penelitian pada tabel 5.4 (halaman 79) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *perceived benefit* yang positif terhadap pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. *Perceived benefit* merupakan persepsi akan manfaat/keuntungan yang menguatkan individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Di antara manfaat memenuhi kebutuhan gizi, yakni berat badan dalam batas normal, mencegah penyakit, lebih sehat, lebih berenergi dalam beraktifitas, tetap sehat, tampak lebih menarik, dan hidup lebih lama (Strolla, Gans, & Risica, 2006). Pengetahuan individu terhadap manfaat pemenuhan gizi dimulai sejak kecil, baik di lingkungan rumah maupun sekolah, baik melalui pengajaran maupun lagu dan cerita. Pengetahuan yang diperoleh dalam jangka waktu lama dan berulang-ulang

dapat membentuk persepsi positif yang langgeng terhadap manfaat pemenuhan kebutuhan gizi.

Berdasarkan tabel 5.17 (halaman 88), diketahui bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden dengan *perceived benefit* yang positif. Selain itu, tabel juga menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden dengan komitmen yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Walker, Pullen, Hertzog, Broekner, & Hageman (2006), tingginya keuntungan yang dipersepsikan dari perilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan berhubungan dengan komitmen untuk melakukan perilaku tersebut. Sesuai dengan pendapat tersebut, semakin positif persepsi ibu tentang kemanfaatan memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan angka kecukupan gizi yang direkomendasikan, maka akan semakin kuat komitmennya terhadap perilaku tersebut.

Komitmen dalam *Health Promotion Model* adalah intensi/niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melakukannya dengan baik (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan (Tomey & Alligood, 2006). Hal ini sesuai dengan hasil uji PLS *regression* diketahui bahwa *perceived benefit* berhubungan dengan komitmen ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa semakin positif persepsi ibu terhadap kemanfaatan memenuhi kebutuhan gizi anak sesuai standar kecukupan gizi, maka akan semakin kuat komitmennya untuk melakukan hal tersebut.

Hasil diskusi kelompok, dapat disimpulkan bahwa ibu juga sudah berupaya untuk menjaga mutu gizi anak dengan memilih sendiri bahan makanan dan memasak makanan secara benar. Akan tetapi, pemahaman ibu tentang makanan bergizi perlu diperbaiki karena sebagian besar ibu mendefinisikan makanan bergizi hanya beraneka ragam dari jenis. Berdasarkan hal tersebut, diperlukan upaya untuk meningkatkan pemahaman ibu tentang manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, sehingga *perceived benefit* yang ibu semakin kuat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah pemberian edukasi mengenai makanan bergizi sesuai kebutuhan anak usia prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

Hasil uji dengan PLS *regression* diketahui bahwa *perceived benefit* secara langsung mempengaruhi perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif, yang dapat diartikan semakin positif *perceived benefit* ibu, maka secara langsung akan meningkatkan perilaku dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya. Menurut Pender (2011), persepsi yang positif berhubungan dengan pelaksanaan perilaku yang semakin meningkat. Hal inilah yang memungkinkan ibu dengan persepsi keuntungan yang lebih positif terhadap manfaat memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, akan lebih memiliki perilaku yang baik dalam hal tersebut.

## 6.6 Hubungan *perceived barrier* dengan komitmen

Hasil penelitian pada tabel 5.5 (halaman 79) menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. *Perceived barrier* didefinisikan sebagai persepsi adanya hambatan yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Hambatan dalam perilaku pemenuhan gizi di antaranya selera, biaya, kesulitan dalam penyediaan (misalnya, tidak bisa memasak, tidak ada waktu, dan tidak tersedia pilihan bahan makanan) (Fowles & Feucht, 2004; Strolla, Gans, & Risica, 2006). Menurut Uripi (2004), sejak berusia prasekolah, anak mulai menyukai makanan jajanan yang dijual di warung. Hal ini sesuai dengan hasil analisis jawaban responden, di mana hambatan yang paling dipersepsikan responden dalam memenuhi kebutuhan gizi anak adalah selera anak yang lebih menyukai makanan yang dibeli di warung. Hasil diskusi kelompok menunjukkan salah satu faktor yang memungkinkan terjadinya hal tersebut adalah kurangnya kemampuan ibu dalam menyusun variasi menu bergizi untuk anak prasekolah.

Berdasarkan tabel 5.18 (halaman 89), diketahui bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden yang mempersepsikan adanya hambatan (*perceived barrier*). Selain itu, tabel juga menunjukkan bahwa proporsi yang terbanyak adalah responden dengan komitmen yang lemah dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Tomey & Alligood (2006), dalam *Pender's Health Promotion Model*, *perceived barrier* diyakini dapat menurunkan komitmen untuk berperilaku kesehatan tertentu. Sesuai dengan pendapat tersebut, hambatan yang



semakin dipersepsikan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, menurunkan komitmennya untuk memunculkan perilaku tersebut.

Menurut Pender (2011), komitmen dapat diartikan sebagai intensi/niat/keinginan yang dalam diri individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu. Persepsi yang rendah terhadap hambatan dalam berperilaku pemenuhan gizi sesuai kebutuhan meningkatkan komitmen untuk berperilaku kesehatan tersebut, dan begitu pula sebaliknya (Walker, Pullen, Hertzog, Broekner, & Hageman, 2006). Hal ini sesuai dengan hasil uji PLS *regression* yang menunjukkan bahwa *perceived barrier* berhubungan dengan komitmen. Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda negatif. Semakin ibu mempersepsikan adanya hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak sesuai standar kecukupan gizi, maka komitmennya akan semakin lemah untuk melakukan hal tersebut.

Hasil diskusi kelompok, dapat disimpulkan bahwa responden juga sudah berupaya untuk meminimalkan hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Akan tetapi, responden masih mengeluhkan kurangnya kemampuan dalam pemilihan menu makanan, sehingga responden takut anak mengalami kebosanan. Selain itu, ibu juga mempersepsikan kurangnya kemampuan dalam pengelolaan waktu, sehingga waktu yang disediakan ibu untuk memperhatikan kebutuhan gizi anak cenderung terbatas. Berdasarkan hal tersebut, perlu upaya meningkatkan kemampuan mengatasi hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, sehingga *perceived barrier* yang dirasakan ibu semakin rendah. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah membentuk diskusi kelompok sebaya sebagai media bertukar informasi dan pengalaman ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.

Hasil uji dengan PLS *regression* diketahui bahwa *perceived barrier* secara langsung mempengaruhi perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Hasil pengujian menunjukkan bahwa koefisien hubungan bertanda positif, yang dapat diartikan semakin ibu mempersepsikan adanya hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, maka secara langsung akan meningkatkan perilaku dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya. Hal ini bertentangan dengan pendapat Pender (2011), persepsi hambatan berhubungan dengan pelaksanaan perilaku yang semakin menurun. Hal inilah dimungkinkan karena ibu dengan persepsi hambatan positif akan cenderung mencari informasi dan melakukan upaya-upaya alternatif yang lebih kreatif untuk memenuhi kebutuhan gizi anak. Semakin ibu mempersepsikan adanya hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, maka anak semakin baik perilakunya dalam hal tersebut.

#### **6.7 Hubungan *perceived self-efficacy* dengan komitmen**

Hasil penelitian pada tabel 5.6 (halaman 80) menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai *perceived self-efficacy* yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. *Perceived self-efficacy* didefinisikan sebagai penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Selain itu, *perceived self-efficacy* juga didefinisikan sebagai kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik (Bandura, 2004). *Self-efficacy* dalam pemenuhan kebutuhan gizi di antaranya, kepercayaan diri dalam menyediakan dan

mengonsumsi makanan sehat (beraneka ragam dan memenuhi zat gizi) (Grizzle, 2009). Individu cenderung meyakini dirinya mampu dalam mengerjakan perannya dengan baik, untuk memuaskan kebutuhan situasionalnya. Sebagai seorang ibu, responden dituntut untuk mampu mengatur penyediaan makan setiap anggota keluarga. Hal ini membuat responden mempersepsikan kemampuan diri yang kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.

Tabel 5.19 (halaman 90), menunjukkan bahwa secara keseluruhan proporsi yang terbanyak adalah responden dengan *perceived self-efficacy* kuat dan komitmen yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Tomey & Alligood (2006), HPM menegaskan bahwa keyakinan diri yang kuat meningkatkan komitmen individu untuk memunculkan perilaku kesehatan yang diharapkan. Responden dengan keyakinan diri yang kuat merasa mampu memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, sehingga keinginannya untuk berperilaku tersebut juga menjadi lebih kuat.

Hasil pengujian dengan PLS *regression* menunjukkan bahwa *perceived self-efficacy* tidak berhubungan dengan komitmen. Menurut Pender (2011), komitmen dapat diartikan sebagai intensi/niat/keinginan yang dalam diri individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu. Menurut Bandura (1997), individu dengan keyakinan diri yang kuat selalu merasa mampu melaksanakan tugas yang diberikan dengan baik. Akan tetapi, keyakinan diri yang tinggi tidak diikuti oleh tingginya komitmen jika tidak ada kontrol dari orang lain yang dianggap penting oleh individu (misalnya suami, orang tua, petugas kesehatan, dan lain-lain).

Hasil uji dengan PLS *regression* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh *perceived self-efficacy* terhadap perilaku responden dalam memenuhi kebutuhan

gizi anak prasekolah. Hasil ini bertentangan dengan pendapat Pender yang memprediksi tingkat kepercayaan diri (*self-efficacy*) yang tinggi akan membawa nilai-nilai positif dalam diri individu, dan perilaku akan dimunculkan (Tomey & Alligood, 2006). Menurut Masithah, Soekirman, & Martianto (2005), salah satu peran penting ibu adalah pengaturan makan anggota keluarga, terutama anak-anak yang belum bisa memenuhi kebutuhannya sendiri. Hal ini yang kemudian membentuk persepsi kuat dalam diri ibu, bahwa seorang ibu yang baik adalah ibu yang mampu memenuhi kebutuhan makan anak. Dalam penelitian ini, responden adalah ibu, sehingga sesuai jika responden memiliki *perceived self-efficacy* yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Akan tetapi, keyakinan diri ini tidak serta-merta membuat ibu berperilaku kesehatan tersebut.

#### **6.8 Hubungan daya beli dengan komitmen**

Hasil penelitian pada tabel 5.7 (halaman 80) menunjukkan bahwa sebagian responden mempunyai daya beli yang rendah ( $\leq 1.000.000$ ) dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik. Menurut Kotler (2006), daya beli adalah kemampuan keluarga untuk memperoleh barang yang dibutuhkan, dalam hal ini adalah makanan bergizi untuk anak prasekolah. Kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan secara ekonomi. Daya beli ditentukan oleh penghasilan, sementara penghasilan dipengaruhi oleh jenis pekerjaan. Selain itu, harga jual barang juga mempengaruhi daya beli. Harga jual barang di daerah perkotaan tentu saja lebih tinggi dari pada di daerah pedesaan. Berdasarkan data monografi Kelurahan Karangturi, diketahui bahwa mayoritas penduduknya adalah pedagang kaki lima dengan penghasilan yang

tidak menentu setiap bulannya. Dapat disimpulkan mayoritas responden memiliki daya beli yang rendah terhadap makanan bergizi.

Hasil penelitian pada tabel 5.20 (halaman 91) diketahui bahwa paling banyak adalah proporsi responden dengan daya beli rendah. Selain itu, tabel juga menunjukkan bahwa paling banyak responden memiliki komitmen yang rendah dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Pender (2011), komitmen individu untuk berperilaku kesehatan tertentu dipengaruhi oleh faktor situasional dalam lingkungan eksternal, salah satunya adalah daya beli keluarga. Akan tetapi, hasil pengujian dengan *PLS regression* menunjukkan bahwa daya beli tidak berhubungan dengan komitmen. Hal ini dimungkinkan karena setiap ibu pasti menginginkan yang terbaik untuk anaknya, sehingga komitmen ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak masih tinggi meskipun daya belinya rendah.

Hasil uji dengan *PLS regression* menunjukkan bahwa tidak hubungan antara daya beli dengan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Berdasarkan penelitian Aswatini, Noveria, & Fitranita (2008), daya beli mempengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi individu. Dalam arti lain, daya beli tidak berhubungan dengan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Hal ini dimungkinkan karena responden sudah mampu beradaptasi dengan daya beli keluarga, sehingga bahan makanan bergizi juga dipilih yang berharga murah.

Berdasarkan hal ini, maka perlu edukasi tentang cara memilih bahan makanan bergizi yang dapat dibeli dengan harga murah, sehingga meskipun penghasilan ibu rendah, daya beli ibu masih cukup tinggi.

## 6.9 Hubungan komitmen dengan perilaku gizi

Hasil penelitian pada tabel 5.8 (halaman 81), diketahui bahwa proporsi terbanyak adalah responden yang memiliki komitmen kuat dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Pender (2011), komitmen merupakan keinginan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melakukannya dengan baik. Nilai-nilai individu tumbuh ke arah yang dipandang positif (termasuk komitmen terhadap sesuatu yang baik) untuk mencapai penerimaan personal dari lingkungannya. Pada mayoritas keluarga, ibu berperan penting dalam pengaturan makan anggota keluarga, terutama anak-anak (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005). Ibu dituntut mampu memilih bahan makanan bergizi, serta menyusun menu seimbang sesuai dengan selera dan kebutuhan keluarga. Sebagai seorang ibu, responden cenderung memiliki komitmen yang kuat terhadap perilaku yang diyakini baik, yaitu perilaku memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah.

Perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respons individu terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata disebut perilaku terbuka. Perilaku inilah yang dapat diamati dan dinilai oleh orang lain (Skinner, 1938; Notoatmojo, 2003). Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dinilai dari kemampuannya untuk menyediakan makanan yang beraneka ragam dan sesuai dengan angka kecukupan gizi anak, setiap kali anak makan. Hasil penelitian pada tabel 5.10 (halaman 82), diketahui sebagian besar anak sudah tercukupi kebutuhan energinya. Bahan makanan penyumbang energi terbesar secara berurutan adalah karbohidrat, protein, dan lemak. Sebagian besar makanan yang dikonsumsi anak juga sudah beraneka

ragam meliputi kelima jenis zat gizi (karbohidrat-protein-lemak-vitamin-mineral). Berdasarkan hasil analisis, diketahui komposisi menu makanan yang dikonsumsi sebagian besar anak adalah nasi, lauk hewani/nabati, dan susu. Sementara bahan makanan yang jarang dikonsumsi anak adalah jenis sayur dan buah. Hal ini dimungkinkan karena Kelurahan Karangturi merupakan daerah yang berada di pesisir pantai, di mana kebiasaan makan masyarakat sekitar adalah makan dengan nasi dan lauk, tanpa sayur dan buah.

Tabel 5.21 (halaman 92) menunjukkan responden dengan komitmen kuat paling banyak memiliki perilaku gizi yang tidak baik. Sebaliknya, responden dengan komitmen lemah paling banyak memiliki perilaku gizi yang baik. Berdasarkan analisis tabulasi silang, diketahui baik responden yang memiliki komitmen kuat maupun lemah, proporsi yang terbanyak sudah memiliki kemampuan yang baik dalam menyediakan makanan yang memenuhi kecukupan energi anak prasekolah dan beraneka ragam dari segi jenis gizinya. Namun, dalam penelitian ditemui beberapa responden hanya mampu menyediakan makanan untuk anak prasekolah yang memenuhi kecukupan gizinya saja, atau beraneka ragam dari segi jenis zat gizinya saja. Hal inilah yang memungkinkan komitmen kuat, belum tentu berakhir pada perilaku gizi yang diharapkan.

Niat berperilaku (komitmen) masih merupakan suatu keinginan atau rencana (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Hasil pengujian dengan *PLS regression* juga menunjukkan komitmen tidak berpengaruh terhadap perilaku gizi responden. Komitmen yang kuat untuk berperilaku kesehatan tertentu belum tentu berakhir pada perilaku kesehatan yang diharapkan, jika ada perilaku lain yang ternyata lebih menarik untuk dilakukan (Pender, 2011). Hasil diskusi kelompok

menunjukkan bahwa terdapat beberapa ibu yang lebih menyukai membeli makanan di warung dari pada menyiapkan sendiri makanan untuk anak usia prasekolah. Berdasarkan hal tersebut, ibu dengan anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik perlu diberikan informasi mengenai cara memilih makanan dan jajanan sehat yang dijual di warung.

#### **6.10 Hubungan *self-regulation skill* dengan perilaku gizi**

Hasil penelitian pada tabel 5.9 (halaman 81), diketahui bahwa proporsi responden yang memiliki *self-regulation skill* tinggi dan sedang sama besar. Sementara tidak ada responden yang memiliki *self-regulation skill* rendah. Menurut Kanfer (1970) dalam Brown, Baumann, Smith, & Etheridge (1997), *self-regulation* adalah kemampuan individu untuk merencanakan, menyusun pedoman, dan memonitor fleksibilitas perubahan perilaku, sebagai hasil interaksi dengan lingkungan. *Self-regulation* dipengaruhi oleh beberapa variabel personal, di antaranya motivasi untuk hidup sehat. Setiap individu menginginkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sebagai seorang ibu, responden pasti menginginkan anaknya sehat. Oleh karena itu, sesuai dengan hasil penelitian tidak ada responden yang memiliki *self-regulation* rendah.

Menurut Brown, Baumann, Smith, & Etheridge (1997), *self-regulation skill* turut menentukan pengambilan keputusan untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu. Tabel 5.22 (halaman 93), menunjukkan bahwa responden dengan *self-regulation skill* yang tinggi cenderung memiliki perilaku gizi yang tidak baik. Menurut deRidder & deWit (2006), salah satu tugas *self-regulation* yang paling sulit adalah kontrol *immediate needs*, terutama jika ada perilaku lain yang lebih



atraktif daripada perilaku yang diharapkan. Mayoritas penduduk di Kelurahan Karangturi adalah pedagang, terutama menjual makanan jadi di warung milik pribadi, di depan rumah. Hal ini dapat menjadi stimulus bagi ibu untuk lebih memilih membeli makanan jadi daripada menyiapkan sendiri makanan untuk anaknya.

Berdasarkan analisis peneliti, diketahui bahwa responden yang memiliki *self-regulation skill* tinggi sebagian besar adalah ibu pekerja. Responden yang bekerja paling banyak memiliki motivasi yang lemah dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Menurut Baumeister & Vohs (2011), motivasi berlawanan dengan *self regulation*. Motivasi menimbulkan stimulus yang membuat individu memilih perilaku yang dirasa lebih menguntungkan, meskipun hanya dapat memberikan keuntungan dalam waktu singkat. Motivasi yang lemah dalam memenuhi kebutuhan gizi membuat responden merasa menyiapkan makanan yang sesuai gizi anak prasekolah kurang menguntungkan karena lebih menghabiskan waktu dan tenaga. Responden dengan *self-regulation skill* tinggi belum tentu memiliki perilaku yang baik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, jika motivasinya lemah.

Tabel 5.22 (halaman 93), menunjukkan bahwa responden dengan *self-regulation skill* yang sedang cenderung memiliki perilaku gizi yang baik. Hasil analisis peneliti, diketahui bahwa responden yang memiliki *self-regulation skill* sedang sebagian besar adalah ibu yang tidak bekerja. Responden yang tidak bekerja paling banyak memiliki motivasi yang kuat dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Motivasi yang kuat membuat responden memperhatikan kualitas diet anak (Contento, *et al.*, 1993). Selain itu, ibu yang tidak bekerja juga

memiliki waktu yang lebih lama untuk menyiapkan makanan untuk anak, sehingga kemungkinan ibu untuk tertarik membeli makanan jadi semakin rendah. Motivasi yang kuat dan *self regulation* yang sedang membuat ibu berperilaku baik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

Hasil pengujian dengan PLS *regression* diketahui bahwa *self-regulation skill* berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Hasil uji menunjukkan koefisien yang positif, sehingga dapat disimpulkan semakin tinggi *self-regulation skill* yang dimiliki ibu, maka ibu cenderung memiliki perilaku kesehatan yang baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Anderson, Winett, & Wojcik (2007), bahwa *self-regulation skill* berhubungan dengan asupan makanan yang lebih bergizi. Untuk meningkatkan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, maka *self-regulation skill* ibu perlu ditingkatkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan *self-regulation skill* adalah melalui pemberian informasi yang relevan (Davis, 2011). Berdasarkan hal tersebut, perawat komunitas perlu untuk memberikan edukasi kepada ibu tentang makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan gizi anak prasekolah di Kelurahan Karangturi, Kecamatan Gresik.

### 6.11 Keterbatasan Penelitian

- 1) Penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*, sehingga kausalitasnya belum diketahui.
- 2) Instrumen dengan skala likert cukup subyektif untuk mengukur persepsi individu. Akan tetapi, sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk meningkatkan keobyektifitasannya.

- 3) Kelemahan teori, adanya faktor interpersonal belum masuk dalam faktor yang secara eksplisit berhubungan dengan perilaku pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

**BAB 7**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

- 1) Perilaku ibu yang baik dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dibentuk oleh motivasi yang kuat, berdampak terhadap *perceived benefit* yang positif dan *perceived barrier* yang rendah. Perilaku ibu juga ditentukan oleh tinggi rendahnya *self-regulation skill*.
- 2) Motivasi ibu terhadap pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah merupakan faktor personal utama untuk merubah perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.

#### 7.2 Saran

- 1) Petugas kesehatan setempat
  - (1) Pengoptimalan meja 4 di Posyandu Balita untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang kebutuhan gizi sesuai dengan status gizi yang tercantum di Kartu Menuju Sehat (KMS) masing-masing anak prasekolah oleh kader kesehatan.
  - (2) Pendidikan kesehatan dengan subtopik definisi makanan bergizi, manfaat makanan bergizi, dan menu makanan bergizi yang dapat disiapkan dalam waktu singkat.
  - (3) Pelatihan cara memilih bahan makanan yang sehat, mengolah bahan makanan yang tidak menghilangkan zat gizinya, serta penyajian makanan yang menarik untuk anak usia prasekolah.

- (4) Pembentukan kelompok diskusi sebaya atau pusat konsultasi gizi yang dapat membantu ibu mencari strategi alternatif untuk mengurangi hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah.
- 2) Bagi ibu dengan anak usia prasekolah, diharapkan meningkatkan pemahaman tentang kebutuhan gizi anak prasekolah dengan aktif bertanya pada petugas atau kader kesehatan setempat, mengikuti pendidikan kesehatan yang dilaksanakan, dan secara mandiri (melalui televisi, internet, dan lain-lain).
- 3) Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan meneliti hubungan variabel lain dalam HPM dengan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah, misalnya sikap dan faktor interpersonal.

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* , 179-211.
- Albon, D., & Mukherji, P. (2008). *Food and health in early childhood, a holistic approach*. New Delhi: SAGE Publication Inc.
- Alderson, T., & Ogden, J. (1999). What do mothers feed their children and why? *Health Education Research* , 717-727.
- Almatsier, S. (2003). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Umum.
- Armstrong, J., Dorosty, A., Reilly, J., Emmett, P., & Team, C. H. (2003). Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: a population based cross sectional study. *Arch Dis Child* , 671-675.
- Amstrong, S. (2011). *World disaster report 2011-focus on hunger and malnutrition*. Geneva: IFRC.
- Anderson, E., Winett, R., & Wojcik, J. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Ann Behav Med* , 304-312.
- Arisman. (2004). *Gizi dalam daur kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Aswatini, Noveria, M., & Fitranita. (2008). Konsumsi sayur dan buah di masyarakat dalam konteks pemenuhan gizi seimbang. *Jurnal Kependudukan* , 97-119.
- Aven-Hen, J. (1992). *Child nutrition*. Singapore: EPB Publishers Pte Ltd.
- Azwar, A. (2004). Aspek kesehatan dan gizi dalam ketahanan pangan. In S. e. al, *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII* (pp. 129-131). Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Azwar, S. (2010). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ball, J., Bindler, R., & Cowen, K. (2012). *Principles of pediatric nursing, caring for children, fifth edition*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Bandura. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: WH Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior* , 143-164.



- Baumeister, R., & Vohs, K. (2011). *Handbook of self regulation second editions; research, theory, and application*. New York: The Guilford Press.
- Bidan Desa. (2012). *Laporan Bidan Desa Januari-Maret 2012*. Gresik: Tidak dipublikasikan.
- Boggin, B. (1999). *Patterns of Human Growth Edition, 2nd Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, J., Baumann, B., Smith, C., & Etheridge, S. (1997). Self-regulation, extroversion, and substance abuse among college students. *The Research Society of Alcoholisme*. San Francisco, California.
- Budiarti, T., Wahjurini, P., & Suryawati, F. (2011). Hubungan antara asupan gizi dengan tumbuh kembang anak usia 5-6 tahun. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 44-50.
- Children, D. o. (2004, April). *Food and nutrition guidelines for preschool service*. Retrieved April 21, 2012, from Health Promotion Unit-Departemen of Health and Children.
- Chopra, M., Galbraith, S., & Darnton-Hill, I. (2002). A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of The World Health Organization*, 952-958.
- Contento, I., Basch, C., Shea, S., Gutin, B., Zybert, P., Michela, J., et al. (1993). Relationships of mother's food choice criteria to food intake of pre-school children; identification of family subgroup. *Health Education Quarterly*, 243-259.
- Dave, R. (1975). *Developing and Writing Behavioral Objectives*. New York: Educational Innovators Press.
- Davis, C. (2011). *Ascertaining the relationship between the trajectories of specific categories of alcohol related negativw consequences and subsequent drinking behavior*. New Jersey: Dissertation, The State University of New Jersey.
- DCC. (2010). Beyond muscle, protein's powerful package of benefits. *Health Connection*, 1-3.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domain. *Can Psychol*, 14-23.
- DeLaune, S., & Ladner, P. (2010). *Fundamental of nursing, standart and practice, fourth edition*. New York: Delmar Thomson Learning Inc.
- deRidder, D., & deWit, J. (2006). Self-regulation in health behavior: concepts, Departemen Pertanian RI. (2003, March 27). *Pedoman Umum Penyusunan Program Pengembangan Konsumsi Pangan*. Retrieved April 21, 2012, from

- Departemen Pertanian RI: <http://www.deptan.go.id> theories, and central issue. In D. deRidder, & J. deWit, *Self-regulation in health behavior* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dermawan, & Setiawati. (2008). *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dharma, K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. (2010). *Presentase balita menurut status gizi di kabupaten/kota di propinsi jawa timur*. Surabaya: Riskesdas 2010.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. (2011). *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2010*. Surabaya: Dinkes Propinsi Jawa Timur. Dinkes Kab. Gresik. (2010). *Profil kesehatan kabupaten gresik tahun 2010*. Gresik: Dinkes Kabupaten Gresik.
- Depkes RI. (2010). *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Departemen Gizi UI. (2007). *Gizi dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Divisi Buku Perguruan Tinggi PT Raya Gravindo Perkasa. Emina, J., Kandala, N., & Inungu, J. (2009). The prevalence of malnutrition is lower among children whose mothers have only primary education and are aged 35 years old or above; and/or children of non educated women who never married. *XXVI IUSSP International Population Conference*. Morocco: Princeton.
- Fowles, E., & Feucht, J. (2004). Testing the barriers to healthy eating scale. *Western Journal of Nursing Research* , 429-443.
- Frost, M., Frost, R., & Haas, D. (2005). Maternal education and child nutritional status in bolivia: finding the links. *Social Science and Medicine* , 395-407.
- Galloway, R. (2003). Health promotion: causes, beliefs, and masurements. *Clinical Medicine and Research* , 249-258.
- Ghazali, Imam, & Fuad. (2006). *Structural Equation Modeling, Teori Konsep dan Aplikasi*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ghozali, I. (2008). *Structural Equation Modeling Metode Alternatif dengan Partial Least Square*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Gibney, M., Mergetts, B., Kearney, J., & Arab, L. (2009). *Gizi kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Gregory, J., Paxton, S., & Brozovic, A. (2010). Maternal feeding practice, child eating behavior and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* , 1-10.

- Grizzle, R. (2009). *Occupational stress, dietary self-efficacy, eating habits, and body composition in police officers*. Birmingham: The University of Alabama.
- Grundy, S., Barnett, & JP. (1990). Metabolic and health compliance of obesity. *Disease a month : DM* , 641-731.
- Guha, K., & Hazarika, G. (2006, June -). Women's status and children's food security in Pakistan. *UNU-WIDER* , pp. -.
- Handoko, H. (2001). *Manajemen sumber daya manusia, edisi 2*. Yogyakarta: BPFE.
- Hurlock, E. (2002). *Psikologi perkembangan, suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan, edisi kelima*. Jakarta: Erlangga.
- IDHS. (2003). *Laporan Indonesia Demographic and Health Survey*. Jakarta: UNFPA.
- Ilyas. (1999). *Kinerja: teori, penilaian, dan penelitian*. Depok: Badan Penerbit FKM, UI.
- James, D. (2004). Factors influencing food choices, dietary intake, and nutrition-related attitudes among African Americans: application of culturally sensitive model. *Ethnicity and Health* , 349-367.
- Johnson, & Keogh, M. (2010). *Pediatric nursing demystified*. New York: McGraw Hill.
- Kanfer, F. (1970). Self-regulation: research, issue, and speculations . In C. Neuringer, & J. Michael, *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F., & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer, & A. Goldstein, *helping people change; a textbook of methods, 3rd edition* (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
- Kemenkes RI. (2010). *Surveillance gizi ditingkat kabupaten/kota*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI.
- Ekiz, C., Agaoglu, L., Karakaz, Z., Gurel, N., & Yalcin, I. (2005). The effect of iron deficiency anemia on the function of the immune system. *Hematology Journal* , 579-583.
- Keyzer, W., Lin, Y., Vereckeen, C., Maes, L., Oyen, H., Vanhauaret, E., et al. (2011). Dietary sources of energy and macronutrient intakes among Flemish preschooler. *Archives of Public Health* , 69-75.
- Kotler, P. (2006). *Manajemen pemasaran, edisi 11*. Jakarta: PT. Indeks.

- Krathwohl, D. (2002). A revision of bloom's taxonomy: an overview. *Theory into practice* , 215-225.
- Machfoedz, I., & Suryani, E. (2007). *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Masithah, T., Soekirman, & Martianto, D. (2005). Hubungan pola asuh makan dan kesehatan dengan status gizi anak batita di desa mulya harja. *Media gizi dan keluarga* , 29-39.
- Meliono-Budianto, V. (2004). Dimensi etis terhadap budaya makan dan dampaknya pada masyarakat. *Makara, Sosial Humaniora* , 65-70.
- Miller, W., & Brown, J. (1991). Self-regulation a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive bahavior. In N. Healthier, W. Miller, & J. Greely, *Self control and the addictive behavior* (pp. 3-79). Sydney: Maxwell Macmillan.
- Moore, D., & Williams, D. (2011). Emotional distress about weight gain and attitude to goal acheivement failure as predictors of self-regulatory efficacy: does ethnicity make a difference? *Journal of Health Psychology* , 895-904.
- Moore, M. (2009). *Nutritional assessment and care, sixth edition*. New York: Mosby Inc.
- Muhilal, Jus'at, I., Anwar, H., Djalal, F., & Tarwotjo, W. (1993). Angka kecukupan gizi yang dianjurkan. *Gizi Indonesia* , 1-28.
- Munandar. (2001). *Psikologi industri dan organisasi*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Narendra, M. (2002). Baku/standar tumbuh kembang. In Narendra, Sularyo, & S. R. Soetjningsih, *Tumbuh kembang anak dan remaja, edisi pertama* (p. 120). Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Nasution, E. (2004, Januari 14). *USU Digital Library*. Retrieved Januari 6, 2012, from [www.library.usu.ac.id:www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3688/1/fkm-ernawati.pdf](http://www.library.usu.ac.id:www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3688/1/fkm-ernawati.pdf)
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineeka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2005). *Promosi kesehatan, teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineeka Cipta.
- Nugroho, & Ali, A. (2011). Perilaku kesehatan dan proses perubahannya.
- Nunnaly, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory, 3rd edition*. New York: McGraw-Hill Humanities.

- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: PT. Salemba Medika.
- Ojiako, I., Manyong, V., & Ikpi, A. (2009). Determinants of nutritional status of preschool children from rural households in Kaduna and Kano States, Nigeria. *Pakistan Journal of Nutrition* , 1497-1505.
- Pender, N. (2011). *The health promotion model, manual*. Retrieved February 4, 2012, from nursing.umich.edu: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Popularita, L. D. (2010). *Hubungan pengetahuan, sikap, tindakan, dan pola asuh ibu dengan status gizi balita usia 1-5 tahun*. Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga (tidak dipublikasikan).
- Potter, & Perry. (2009). *Fundamental keperawatan 1, edisi 7*. Jakarta: PT. Salemba Medika.
- Prentice, A., & Paul, A. (2000). Fat and energy needs of children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition* , 1253-1265.
- Rachman, P., & Ariani, M. (2008). Penganekaragaman konsumsi pangan di Indonesia: permasalahan dan implikasi untuk kebijakan program. *Analisis Kebijakan Pertanian* , 140-154.
- Rahayu, S. (1994). *Hubungan antara beberapa karakteristik ibu dengan status gizi anak balita, studi kasus pada anak balita usia 2-3 tahun di Desa Sukorejo, Kecamatan Wedi, Klaten*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Ripollone, J. (2010). *Health Promotion Theory: A Critique With Focus on Use in Adolescents*. Virginia: University of Virginia.
- Riyadi, H. (2003). *Penilaian gizi secara antropometri* . Bogor: Departemen Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga-Fakultas Pertanian-IPB.
- Robbins, S. (2003). *Essentials of organizational behavior, 7th edition*. New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations, 5th edition*. New York: NY Free Press.
- Rolfes, S., Pinna, K., & Whitney, E. (2011). *Understanding normal and clinical nutrition, ninth edition*. New York: Brooks Cole.
- Ryan, P. (2009). Integrated theory of health behavior change: background and intervention development. *Clinical Nurse Specialis* , 161-172.

- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictor of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 487-495.
- Sediaoetama, A. (2000). *Ilmu gizi jilid I*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Smith, L., & Haddad, L. (2000). *Explaining child's malnutrition in developing countries: a cross country analysis*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Soekirman, & Atmawikarta, A. (2002). *Pedoman Umum Gizi Seimbang*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI.
- Somartin, S., & Chandra, R. (2001). Obesity, overnutrition, and immune system. *Nutrition Research*, 243-262.
- Spiegler, M., & Guevremont, D. (2009). *Contemporary Behavior Therapy*. New York: Cengage Learning.
- Srof, B., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: a review of pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 366-373.
- Strolla, L., Gans, K., & Risica, P. (2006). Using qualitative and quantitative formative research to develop tailored nutrition materials for a diverse low-income audience. *Health Education Research*, 465-476.
- Subandi. (2011). Family expressed emotion in a Javanese Cultural Context. *An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 331-346.
- Sugono, D. (2008). *Kamus besar bahasa indonesia*. Jakarta: Gramedia.
- Sukandar, D. (2008). Diagram kontrol statistika untuk penilaian status gizi secara antropometri. *Media Gizi dan Keluarga*, 32-41.
- Supariasa, I., Bakri, B., & Fajar, I. (2002). *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC.
- Syafiq, A. (2008). *Tinjauan Atas Kesehatan dan Gizi Anak Usia Dini*. Jakarta: Mercy Corp.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2006). *Nursing Theorist and Their Work*. New York: Mosby Inc.
- Traber, M. (2006). Vitamin E. In M. Shils, M. Shike, A. Ross, B. Caballero, & R. Cousins, *Modern nutrition in health and disease, 10th edition* (pp. 396-411). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Triana, V. (2006). Macam-macam vitamin dan fungsinya dalam tubuh manusia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 40-47.

- Tucker, C., Petersen, S., Herman, K., Fennel, R., Bowling, B., Pederson, T., et al. (2001). Self-regulation predictors of medication adherence among ethnically different pediatric patients with renal transplants. *Journal Pediatric Psychology*, 455-464.
- UNICEF. (2006). *State of World Children*. New York: UNICEF.
- Uripi, V. (2004). *Menu sehat untuk balita*. Jakarta: Puspa Swara anggota IKAPI.
- Verma, R., & Prinja, S. (2008). Assessment of nutritional status and dietary intake of pre-school children in an urban pocket. *The Internet Journal of Epidemiology*, -.
- Wahyuni, A. S. (2004). *Anemia defisiensi besi pada balita*. Retrieved April 20, 2012, from USU Digital Library: <http://library.usu.ac.id/download/fk/fk-arlinda%20sari2.pdf>
- Walker, S., Pullen, C., Hertzog, M., Broekner, L., & Hageman, P. (2006). Determinants of older rural women's activity and eating. *Western Journal of Nursing Research*, 449-474.
- WHO. (2005). *Maka every mother and child count*. Geneva: WHO.
- Wong, D. (2004). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Jakarta: EGC.

# LAMPIRAN





## PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 4 Mei 2012

Nomor : 183 /H3.1.12/PPd/S2/2012  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

---

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Nelayan Kecamatan Gresik  
Kabupaten Gresik  
Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Eka Misbahatul M Has , S.Kep.Ns  
NIM : 131041006  
Judul Penelitian : Perilaku Ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan *Integerasi Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*  
Tempat : Wilayah Kerja Puskesmas Nelayan (Kelurahan Karangturi Kecamatan Gresik)

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Purwaningsih, SKp. M.Kes  
NIP. 19651121200032001



141

**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN**  
**PENGEMBANGAN DAERAH**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209, 3952812  
**GRESIK**

Gresik, 07 Mei 2012

Nomor : 070/206/437.71/2012  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian /  
Survey/ Research.

Kepada  
Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga Surabaya  
di -  
SURABAYA

**Dasar :**

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 47 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Surabaya Nomor : 183/H3.1.12/PPd/S2/2012 tanggal 04 Mei 2012 perihal Permohonan Penelitian.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya survey/penelitian / research yang dilakukan oleh :

1. Nama : EKA MISBAHATUL M. HAS, S.Kep.Ns.
2. NIM : 131041006
3. Pekerjaan : Guru
4. Alamat : Jl. Usman Sadar 4/9 Kab. Gresik
5. Keperluan dilakukannya : Untuk Pelaksanaan Penelitian dengan Judul  
survey/research/penelitian “Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan *Integration Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*”
6. Tempat melakukan : di Wilayah Kerja Puskesmas Nelayan  
survey/research/penelitian Kabupaten Gresik
7. Waktu Pelaksanaan : 4 Mei s.d 4 Agustus 2012  
survey/research/penelitian
8. Pengikut : -

- 2 -

Dalam melakukan kegiatan survey / research / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi / Camat setempat;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. Setelah melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**A.n. KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,  
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH  
KABUPATEN GRESIK**  
Penelitian dan Pengembangan



**H. DJOKO PUDJOHARDJO US, M.Si.**

Pembina

NIP. 19580920 199403 1 001

Tembusan :

1. Sdr. Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kab.Gresik.
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Gresik
3. Sdr. Kepala Puskesmas Nelayan Kab. Gresik
4. Sdr. Camat Gresik Kab. Gresik
5. Sdr. Kepala Kelurahan Karangturi Kec. Gresik Kab. Gresik
6. A r s i p.



PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**DINAS KESEHATAN**

143

143

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3951395, 3951247, 3951234  
Fax. 3950292, 3951234  
GRESIK

Gresik, 10 Mei 2012

Nomor : 800/ /437.52/2012  
Lampiran : 1 Lembar  
Perihal : Ijin Bantuan Fasilitas Penelitian

Kepada :  
Yth. Ka. UPT Nelayan

di -

GRESIK

Menindak lanjuti Surat Dekan Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Program Studi Megister Keperawatan Surabaya Nomor : 183/H3.1.12/PPd/S2/2012, tanggal 04 Mei 2012 perihal Ijin Bantuan Fasilitas Penelitian, maka dengan ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan di minta Saudara untuk membantu kelancaran proses penyusunan proposal penelitian kepada :

Nama : **Eka Misbahatul M Has, S.Kep.Ns**  
NIM : 131041006  
Judul Penelitian : **Perilaku Ibu dalam pemenuhan kebutuhan Gizi Anak Pra sekolah dengan pendekatan Integrasi Health Promotiaon model dan Self Regulation Theory**  
Tempat : **Wilayah kerja Puskesmas Nelayan ( Kelurahan Karangturi Kecamatan Gresik)**

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

**A.n KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN GRESIK**  
Sekretaris



**SOEROSO, SH, S.Sos**  
Pembina

NIP. 19560817 198003 1 023



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK

KECAMATAN GRESIK

Jalan Usman Sadar, Nomor 169 Telp. (031) 3981843 Kode Pos 61119

GRESIK

Gresik, 8 Mei 2012

Nomor : 070/290/437.101/2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian/ Survey / Research

Kepada
Yth. Sdr. Kepala UPT Puskesmas Nelayan
Di
GRESIK

Berdasarkan surat dari Kepala Badan Perencanaan, Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik, tanggal 07 Mei 2012, nomor: 070/206/437.71/2012, perihal tersebut pada pokok surat, maka dengan ini mengharap bantuannya pelayanan Penelitian/ Survey/Research kepada saudara :

- Nama : EKA MISBAHATUL M HAS, S .Kep.Ns.
NIM : 131041006
Pekerjaan : Guru
Alamat : Jl. Usman Sadar 4/9 Kabupaten Gresik
Keperluan Acara : Untuk Pelaksanaan Penelitian dengan Judul "Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah"
Tempat Survey : di Wilayah Kerja Puskesmas Nelayan
Lama Survey : 04 Mei s/d 4 Agustus 2012

Demikian untuk menjadikan maklum dan guna seperlunya.





# KELURAHAN KARANGTURI

Jl. Usman Sadar No. 56 Telp. (031) 3987330  
GRESIK

## SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/ 56 /437.101.11/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Lurah Karangturi Kecamatan Gresik Kabupaten Gresik, menerangkan bahwa :

Nama : **EKA MISHBAHATUL MAS'AH Has, S.Kep, Ns.**  
NIM : 131041006  
Program Studi : S.2 Keperawatan  
Institusi : Universitas Airlangga Surabaya  
Judul Penelitian : Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak  
Prasekolah dengan pendekatan integrasi Health Promotion  
Model dan Self Regulation Theory

Yang bersangkutan benar-benar telah melakukan penelitian di wilayah Kelurahan Karangturi Kecamatan Gresik tanggal 1 sampai 12 Juni 2012.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gresik, 18 Juni 2012

**LURAH KARANGTURI**



**MISWANDI, S.Sos**

Penata

NIP.19650412 198603 1 033



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK**  
**("ETHICAL CLEARANCE")**  
**No. 800 /KES/ 437.52 / 2012**

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN GRESIK BESERTA TIM TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

**"Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan *Integrasi Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*"**

PENELITI UTAMA : EKA MISBAHATUL M Has, S.Kep.Ns  
UNIT/LEMBAGA/TEMPAT PENELITIAN : DINAS KESEHATAN / KELURAHAN  
KARANG TURI, KECAMATAN  
GRESIK

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

Gresik, 31 Mei 2012

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Gresik

DINAS  
KESEHATAN  
**Dr. SOEGENG WIDODO**  
Pembina Utama Muda

NIP. 19560315 198511 1 001

## LEMBAR PENJELASAN

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Ibu yang terhormat, saya Eka Mishbahatul MHas, NIM 131041006, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini saya sedang melakukan penelitian yang berjudul "Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan Integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*".

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kebiasaan/perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah, sehingga dapat memberikan masukan untuk membuat program tentang gizi anak prasekolah. Selain itu, penelitian ini bermanfaat untuk ibu karena ibu dapat mengetahui status gizi anak. Untuk maksud tersebut, maka saya membutuhkan kesediaan ibu untuk menjadi responden.

Ada beberapa hal yang ingin saya tanyakan pada ibu.

1. Data-data yang saya perlukan antara lain:
  - a) Identitas ibu
  - b) Motivasi ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak
  - c) Keuntungan yang diperoleh ibu jika memenuhi kebutuhan gizi anak
  - d) Hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak
  - e) Keyakinan ibu bahwa ibu mampu memenuhi kebutuhan gizi anak
  - f) Komitmen untuk memenuhi kebutuhan gizi anak
  - g) Keterampilan mengontrol diri untuk tetap memenuhi kebutuhan gizi anak
  - h) Catatan makanan yang dikonsumsi anak selama 24 jam sebelumnya
2. Saya juga akan melakukan pengukuran Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) pada salah seorang putra/putri ibu yang berusia prasekolah untuk mengukur status gizinya.
3. Identitas ibu dan putra/putri ibu akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang ibu tuliskan yang akan digunakan, demi kepentingan penelitian.
4. Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela.
5. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun.



6. Ibu berhak mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaan dalam penelitian ini.

7. Hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan pada peneliti.

Kesediaan ibu untuk berpartisipasi, sangat berarti dalam penelitian ini. Atas kerja sama yang baik dan perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 2012

Yang mendapatkan penjelasan  
Responden Penelitian

Yang memberi penjelasan  
Peneliti

(.....)

*\*tulis nama lengkap*

(Eka Mishbahatul M. Has)

No. Hp. 085648436131

Saksi

(.....)

*\*tulis nama lengkap*

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama lengkap : .....

Alamat : .....

Nama anak : .....

menyatakan bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian dengan judul “Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan Integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*” yang dilakukan oleh Eka Mishbahatul Mar’ah Has, mahasiswa Program Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya bersedia menjadi responden dengan sadar, serta tanpa adanya keterpaksaan.

Yang mendapatkan penjelasan  
Responden Penelitian

(.....)  
*\*tulis nama lengkap ibu*

Gresik, 2012  
Yang memberi penjelasan  
Peneliti

(Eka Mishbahatul M. Has)

## KUESIONER

Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak Prasekolah dengan Pendekatan Integrasi *Health Promotion Model* dan *Self-Regulation Theory*

Nomor Responden : ..... (diisi peneliti)  
 Alamat : ..... (diisi peneliti)  
 Tanggal Pengisian : ..... (diisi peneliti)

### DATA DEMOGRAFI

#### **Petunjuk :**

*Isilah titik-titik berikut sesuai dengan kondisi ibu yang sebenarnya*

1. Usia ibu : .....
2. Asal suku ibu : .....
3. Total pendapatan keluarga dalam sebulan: Rp.....

### MOTIVASI IBU

#### **Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 3) Pilihan jawaban adalah :

**STS** = Sangat Tidak Setuju

**TS** = Tidak Setuju

**S** = Setuju

**SS** = Sangat Setuju

#### **Contoh :**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Menyiapkan baju seragam anak merupakan pekerjaan yang menyenangkan bagi saya			X	

Jawaban di atas berarti :

Ibu **setuju** bahwa menyiapkan baju seragam anak merupakan pekerjaan yang menyenangkan bagi ibu.

#### **Pernyataan**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Menyiapkan makanan bergizi untuk anak merupakan pekerjaan yang menyenangkan bagi saya				
2.	Wajib bagi saya, menyiapkan sendiri makanan bergizi untuk anak				
3.	Membeli makanan di warung lebih murah daripada memasak sendiri makanan untuk anak				
4.	Saya malas menyiapkan makanan bergizi untuk anak saya				
5.	Menurut saya, menyiapkan sendiri makanan bergizi untuk anak lebih menghemat biaya				

6.	Saya memilih menyiapkan sendiri makanan yang bergizi untuk anak saya karena mutu makanan akan lebih terjaga				
7.	Menurut saya, mutu makanan tidak penting, yang penting anak mau makan				
8.	Saya menyiapkan sendiri makanan bergizi untuk anak saya sebab tidak ada pilihan lain				

**Skor Total**

### **PERCEIVED BENEFIT**

**Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 3) Pilihan jawaban adalah :
  - STS** = Sangat Tidak Setuju
  - TS** = Tidak Setuju
  - S** = Setuju
  - SS** = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Makanan bergizi membuat anak sehat				
2.	Anak memerlukan makanan bergizi untuk tumbuh dan berkembang dengan baik				
3.	Makanan bergizi membuat anak kegemukan				
4.	Makanan bergizi memberikan tenaga anak untuk bermain				
5.	Anak memerlukan porsi makanan yang banyak untuk tumbuh dan berkembang dengan baik				
6.	Makanan bergizi membuat anak mengantuk				
7.	Makanan bergizi membuat berat badan anak dalam batas normal				
8.	Makanan bergizi membuat anak mudah sakit				

**Skor Total**

### **PERCEIVED BARRIER**

**Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 3) Pilihan jawaban adalah :
  - STS** = Sangat Tidak Setuju
  - TS** = Tidak Setuju
  - S** = Setuju
  - SS** = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
----	------------	-----	----	---	----

1.	Menyiapkan makanan bergizi untuk anak cukup menyita waktu				
2.	Anak saya menyukai makanan yang dijual di warung				
3.	Mudah menyiapkan makanan bergizi untuk anak				
4.	Makanan yang bergizi tidak perlu mahal				
5.	Sulit bagi saya menyiapkan makanan bergizi untuk anak karena bahan yang dibutuhkan tidak tersedia di rumah				
6.	Anak saya menyukai makanan yang saya siapkan di rumah				
7.	Makanan bergizi sulit disiapkan karena saya tidak bisa masak				
8.	Bahan makanan yang bergizi bisa diperoleh di sekitar rumah				
9.	Makanan bergizi memerlukan biaya yang mahal				
10.	Makanan bergizi mudah dimasak				

**Skor Total**

### **PERCEIVED SELF-EFFICACY**

**Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 1) Pilihan jawaban adalah :
  - 1 = Tidak yakin  
(Jika ibu merasa selama 7 hari dalam seminggu terakhir tidak melakukan hal tersebut)
  - 2 = Kurang yakin  
(Jika ibu merasa minimal 3 hari dalam seminggu terakhir bisa melakukan hal tersebut)
  - 3 = Agak yakin  
(Jika ibu merasa minimal 5 hari dalam seminggu terakhir bisa melakukan hal tersebut)
  - 4 = Yakin  
(Jika ibu merasa selama 7 hari dalam seminggu terakhir bisa melakukan hal tersebut)

No	Pernyataan	1	2	3	4
1.	Saya yakin, mampu menyediakan makanan yang mengandung zat gizi setiap kali anak makan dalam sehari				
2.	Saya yakin, mampu menyusun menu makanan bergizi yang akan dikonsumsi anak setiap hari				
3.	Saya yakin, mampu memilih bahan makanan yang bergizi untuk dikonsumsi anak setiap hari				
4.	Saya yakin, mampu mengolah bahan makanan yang sesuai untuk anak setiap hari				

**Skor Total**

**KOMITMEN****Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 3) Pilihan jawaban adalah :
  - STS** = Sangat Tidak Setuju
  - TS** = Tidak Setuju
  - S** = Setuju
  - SS** = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya memiliki keinginan untuk terus memperhatikan kebutuhan gizi anak saya				
2.	Saya memiliki keinginan untuk menyiapkan sendiri makanan yang bergizi untuk anak saya				
3.	Saya memiliki keinginan untuk menghindari pemberian makanan cepat saji pada anak saya				
4.	Saya memiliki keinginan untuk memilih makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi anak				
5.	Saya memiliki keinginan untuk menjaga status gizi anak dalam batas normal dengan memberikan makanan bergizi				

**Skor Total****SELF-REGULATION SKILL****Petunjuk :**

- 1) Baca dan pahami setiap pernyataan dengan seksama.
- 2) Berilah **tanda silang (x)** pada kolom yang sesuai dengan perasaan ibu.
- 3) Pilihan jawaban adalah :
  - STS** = Sangat Tidak Setuju
  - TS** = Tidak Setuju
  - S** = Setuju
  - SS** = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya mencatat kemajuan saya dalam menyediakan makanan bergizi bagi anak				
2.	Saya dengan mudah mengabaikan menu sehat untuk anak yang telah saya susun sendiri				
3.	Saya tidak mengerti efek dari tidak menyediakan makanan bergizi pada anak saya, sampai semua terlambat				
4.	Saya mempertahankan status gizi anak dalam batas normal				
5.	Saya tidak bisa mengambil keputusan sendiri dalam menyediakan makanan bergizi untuk anak				

6.	Jika saya ingin memahami zat gizi yang dibutuhkan anak, saya percaya bahwa saya bisa melakukannya				
7.	Saat memutuskan melakukan suatu perubahan dalam hal penyediaan makanan bergizi untuk anak, saya merasa bingung dengan banyaknya alternatif pilihan				
8.	Saya tidak bisa hanya memikirkan gizi anak				
9.	Saya merasa tidak pernah belajar dari pengalaman dalam memberikan makanan yang bergizi pada anak				
10.	Saya biasanya salah satu kali, kemudian bisa belajar dari kesalahan tersebut				
11.	Saya memiliki kriteria makanan bergizi untuk anak				
12.	Saya menghabiskan banyak waktu untuk menyusun memikirkan diri saya sendiri				
13.	Saya tidak menyusun menu makanan bergizi untuk menjaga status gizi anak dalam batas normal				
14.	Saya melawan godaan/tantangan makanan cepat saji				
15.	Saya telah menyusun menu makanan bergizi untuk anak				
16.	Saya tidak peduli dengan apa yang dikonsumsi anak				
17.	Saya tetap memberikan makanan cepat saji pada anak, meski itu tidak benar				
18.	Saya biasanya menyusun beberapa alternatif pilihan sebelum memutuskan makanan yang akan saya sediakan untuk anak				
19.	Saya tidak tahu makanan bergizi untuk anak, sampai ada orang lain yang memberitahu saya				
20.	Saya berpikir dulu baru bertindak				
21.	Saya tahu makanan bergizi apa yang akan saya berikan pada anak saya				

**Skor Total**

**FORMULIR CATATAN MAKAN ANAK SELAMA 24 JAM  
SEBELUMNYA**

No. Responden :  
Usia anak :

Tinggi Badan :  
Berat Badan :

Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	g
Pagi/Jam				
Siang/Jam				
Malam/Jam				



## **PRE-PLANNING PANDUAN DISKUSI KELOMPOK**

Tempat : Balai Desa Kelurahan Karangturi  
Alokasi Waktu : 50 menit  
Topik Diskusi : Gizi anak prasekolah

### **I. Latar Belakang**

Malnutrisi masih menjadi masalah gizi utama anak. Malnutrisi digunakan untuk menggambarkan kondisi gizi yang salah, yang memiliki rentang dari gizi buruk sampai gizi lebih. Anak usia prasekolah beresiko mengalami malnutrisi karena kebutuhan energi proteinnya yang tinggi untuk proses tumbuh dan berkembang. Ibu berperan penting dalam pengaturan makan anak prasekolah karena anak masih belum bisa memenuhi kebutuhan secara mandiri. Perilaku ibu yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan menentukan dalam pemilihan bahan makanan bergizi, serta menyusun menu seimbang sesuai kebutuhan dan selera keluarga. Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi berpengaruh terhadap status gizi anak. Oleh karena itu, perlu upaya untuk meningkatkan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah. Untuk bisa menyusun upaya strategis yang tepat, terlebih dahulu perlu diketahui pemahaman ibu tentang gizi anak prasekolah.

### **II. Tujuan**

- 1) Tujuan Umum :  
Mengetahui pemahaman ibu tentang gizi anak prasekolah
- 2) Tujuan Khusus :
  - a) Mengetahui pemahaman ibu tentang definisi makanan bergizi untuk anak prasekolah
  - b) Mengetahui pemahaman ibu tentang manfaat memenuhi makanan bergizi bagi anak prasekolah
  - c) Mengetahui upaya yang telah dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah
  - d) Mengetahui hambatan yang dirasakan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah
  - e) Mengetahui upaya yang sudah dilakukan ibu untuk meminimalkan hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah

### **III. Plan of Action**

- 1) Rencana strategis
  - a) Menyusun *pre-planning* 1 hari sebelumnya.
  - b) Menghubungi kelurahan untuk perijinan 1 hari sebelumnya.
  - c) Merencanakan peserta sasaran.
  - d) Menentukan waktu dan tempat diskusi.
- 2) Tindakan
  - a) Menyebarkan undangan kepada sasaran.
  - b) Menyiapkan tempat diskusi.
- 3) Penanggung jawab  
Peneliti dibantu dengan Bidan Desa

- 4) Sasaran
  - a) Kader posyandu balita (3 orang)
  - b) Ibu dengan anak prasekolah (5 orang)
- 5) Media  
Laptop, power point
- 6) Metode  
Diskusi
- 7) Susunan Acara

Alokasi waktu	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta
Pendahuluan 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengucapkan salam</li> <li>2) Memperkenalkan diri</li> <li>3) Menyebutkan tujuan penemuan</li> <li>4) Kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjawab salam</li> <li>2) Memperhatikan</li> <li>3) Memperhatikan</li> <li>4) Menyetujui kontrak yang disepakati</li> </ol>
Inti 40 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyampaikan pertanyaan</li> <li>2) Memberikan <i>reinforcement positif</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjawab dengan jujur dan antusias</li> <li>2) Memperhatikan</li> </ol>
Penutup 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyimpulkan hasil diskusi</li> <li>2) Mengucapkan terima kasih dan salam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mendengarkan dan menanggapi</li> <li>2) Membalas salam</li> </ol>

#### IV. Evaluasi

- 1) Kriteria struktur
  - a) Peserta hadir di tempat sesuai jadwal.
  - b) Kontrak dilakukan sehari sebelum pelaksanaan.
- 2) Kriteria proses
  - a) Peserta mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
  - b) Peserta mengikuti diskusi dengan aktif.
- 3) Kriteria hasil
  - a) Peserta menjawab semua pertanyaan dengan baik.
  - b) Tujuan peneliti tercapai.

#### V. Daftar pertanyaan

- 1) Bagaimanakah makanan yang disebut sebagai makanan bergizi ?
- 2) Bagaimanakah pentingnya mengkonsumsi makanan bergizi bagi anak prasekolah ?
- 3) Bagaimanakah upaya yang telah dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah ?
- 4) Hambatan apakah yang dirasakan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah ?

- 5) Bagaimana upaya ibu untuk meminimalkan hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah ?

### HASIL DISKUSI KELOMPOK

Hari/Tanggal : Selasa/ 12 Juni 2012  
 Tempat : Balai Desa Kelurahan Karangturi  
 Waktu : 15.30-16.20 WIB

#### Topik 1 (Definisi makanan bergizi)

Resp	Jawaban	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1	Makanan empat sehat lima sempurna (nasi secukupnya, lauk, sayur, buah, dan susu).	1) Empat sehat lima sempurna 2) Makanan sehat 3) Makanan yang mengandung zat-zat yang dibutuhkan anak 4) Makanan yang beraneka ragam jenisnya	Perlu informasi bahwa makanan bergizi seimbang tidak hanya beraneka ragam dari jenis, tetapi juga memenuhi kecukupan energi anak prasekolah
2	Sama kayaknya. Cuma menurut saya lauknya itu ya dari hewan sama tanaman.		
3	Makanan yang sehat, yang menyehatkan.		
4	Empat sehat lima sempurna. Ya nasi untuk anak mungkin takarannya 1 entong, ikan, sayur, buah, ditambah susu.		
5	Sama. Empat sehat lima sempurna.		
6	Ya. Menurut saya juga begitu		
7	Kalo menurut saya ya yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan anak.		
8	Makanan yang beraneka ragam jenisnya seperti yang sudah disampaikan ibu-ibu.		

#### Topik 2 (Pentingnya mengonsumsi makanan bergizi)

Resp	Jawaban	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1	Penting supaya anak tetap sehat. Jarang sakit	1) Anak sehat 2) Anak tidak mudah sakit 3) Bisa main-main 4) Tumbuh normal 5) Perkembangan optimal	Perlu <i>reinforcement</i> untuk mempertahankan persepsi ibu yang positif tentang manfaat pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah melalui pendidikan kesehatan.
2	Ya betul. Sehat. Tidak mudah sakit		
3	Iya sangat penting. Supaya bisa main-main, lari-lari, tidak sakit-sakitan		
4	Sama.		
5	Anak bisa tumbuh dengan normal, tetap sehat.		
6	Sehat, perkembangan optimal		
7	Sudah semua sama ibu-ibu. Idem		
8	Ya saya juga begitu.		

## Topik 3 (Upaya ibu untuk memenuhi kebutuhan gizi)

Resp	Jawaban	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1	Masak	1) Masak	Perlu pelatihan tentang cara memilih bahan makanan yang baik, cara masak, dan penyajian yang tepat
2	Kalo sempat ya dimasakkan. Kalo tidak ya beli aja. Tapi cari yang kira-kira masakny sehat, tidak kotor.	2) Beli di warung	
3	Memilih bahan yang baik, dimasak sendiri yang bener supaya zat gizinya tidak hilang.	3) Memilih bahan yang baik dan dimasak dengan benar	
4	Kadang masak, kadang kalo pagi tidak sempat masak ya beli.		
5	Saya selalu sempatkan untuk masak.		
6	Iya. Saya masak untuk anak saya supaya lebih terjamin kebersihan dan gizinya.		
7	Sama saya kadang kalo sempat ya masak, kalo tidak sempat saya beli.		
8	Masak saja sendiri.		

## Topik 4 (Hambatan ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi)

Resp	Jawaban	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1	Tidak ada. Kadang bingungnya mau masak apa sudah pernah semua, takut anak bosan.	1) Tidak ada	Perlu informasi menu makanan bergizi yang dapat disediakan dalam waktu singkat
2	Kalo saya waktunya yang tidak ada.	2) Terbatasnya pilihan menu makanan	
3	Sama. Saya juga bingung mengatur waktunya.	3) Waktu	
4	Sama.		
5	Kadang suka males kalo masak ribet, ga bisa ngerjakan yang lain		
6	Kalo menurut saya tidak ada. Masak itukan bisa yang gampang-gampang tapi sehat.		
7	Waktunya yang bingung ngaturanya		
8	Tidak ada.		

Topik 5 (Upaya yang sudah dilakukan ibu untuk meminimalkan hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizi)

Resp	Jawaban	Analisis pendapat ibu	Rekomendasi
1	Lihat tivi. Biar tau menu makanan yang baru dan sehat.	1) Memanfaatkan media informasi: televisi, untuk mencari informasi menu sehat yang baru 2) Mempersiapkan bumbu di malam hari 3) Masak di hari libur 4) Beli di warung 5) Bertanya ke ibu lain yang sebaya atau yang lebih berpengalaman	Perlu sumber informasi untuk meminimalkan hambatan yang dirasakan ibu, misalnya dengan membentuk kelompok diskusi atau sarana konsultasi gizi.
2	Bumbunya disiapkan malam hari. Paginya tinggal dimasak		
3	Masaknya pas liburan saja.		
4	Iya sama.		
5	Pilih gampang saya beliin saja di warung.		
6	Tanya-tanya ke ibu yang lebih pinter masak		
7	Beli di warung saja.		
8	Kadang saya suka cerita-cerita sama ibu lain gimana ngatur waktu atau milih masaknya apa, belajar dari pengalaman orang lah gitu.		

**HASIL UJI RELIABILITAS DENGAN CRONBACH ALPHA****Reliability****Scale: Motivasi****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.862	.865	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
motiv_1	22.0000	11.111	.810	.886	.821
motiv_2	22.2000	11.289	.654	.943	.841
motiv_3	22.6000	12.489	.407	.429	.872
motiv_4	22.3000	11.789	.601	.733	.847
motiv_5	22.3000	12.456	.649	.752	.843
motiv_6	22.1000	12.322	.549	.770	.852
motiv_7	21.9000	13.433	.431	.902	.863
motiv_8	22.4000	11.156	.848	.966	.818

**Reliability**

**Scale: Perceived Benefit****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.896	.894	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benef_1	24.8000	6.844	.645	.	.886
Benef_2	24.7000	7.122	.548	.	.895
Benef_3	25.0000	6.667	.802	.	.871
Benef_4	24.8000	6.400	.833	.	.867
Benef_5	24.5000	7.611	.478	.	.899
Benef_6	25.0000	6.667	.802	.	.871
Benef_7	24.8000	6.400	.833	.	.867
Benef_8	24.5000	7.611	.478	.	.899



## Reliability

### Scale: Perceived Barrier

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.887	.913	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bar_1	20.1000	17.656	.927		.858
Bar_2	19.5000	16.944	.705		.870
Bar_3	20.0000	19.556	.715		.876
Bar_4	20.0000	16.889	.754		.866
Bar_5	20.0000	19.556	.715		.876
Bar_6	20.1000	20.100	.389		.891
Bar_7	19.5000	17.389	.440		.906
Bar_8	20.2000	19.067	.496		.885
Bar_9	20.3000	18.900	.644		.876
Bar_10	20.1000	17.656	.927		.858

## Reliability

### Scale: Perceived Self-efficacy

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.833	.840	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SE_1	9.3000	6.456	.541	.582	.847
SE_2	9.8000	5.289	.870	.873	.687
SE_3	9.3000	6.678	.736	.814	.769
SE_4	9.4000	6.489	.557	.350	.837

## Reliability

### Scale: Komitmen

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of items
.817	.817	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kom_1	13.7000	2.456	.714	.583	.748
Kom_2	13.6000	2.711	.512	.686	.809
Kom_3	13.7000	2.456	.714	.583	.748
Kom_4	13.7000	2.456	.714	.776	.748
Kom_5	13.7000	2.900	.404	.563	.838

## Reliability

### Scale: Self-regulation Skill

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.945	.949	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SR_1	57.0000	74.444	.507	.	.945
SR_2	56.4000	67.822	.867	.	.939
SR_3	56.5000	67.833	.804	.	.940
SR_4	56.5000	70.944	.709	.	.942
SR_5	56.7000	68.678	.840	.	.936
SR_6	56.4000	75.378	.325	.	.947
SR_7	56.8000	72.400	.694	.	.942
SR_8	56.9000	69.878	.590	.	.945
SR_9	56.3000	69.122	.671	.	.943
SR_10	56.1000	74.322	.605	.	.944
SR_11	56.1000	74.100	.637	.	.943
SR_12	56.6000	72.267	.779	.	.941
SR_13	56.5000	68.278	.978	.	.937

SR_14	56.8000	66.844	.816	.940
SR_15	56.5000	71.833	.622	.943
SR_16	56.1000	75.211	.480	.945
SR_17	56.5000	69.167	.694	.942
SR_18	56.4000	76.711	.377	.946
SR_19	56.5000	72.056	.600	.943
SR_20	56.2000	74.844	.723	.943
SR_21	56.2000	74.844	.723	.943

**TABULASI DATA RESPONDEN PENELITIAN  
JUNI 2012**

No. Resp	Usia	Suku	Daya Beli	Motivasi	Benefit	Barrier	S Efficacy	Komitmen	SR Skill	Perilaku
1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2
2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2
3	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1
4	2	1	4	2	2	1	1	1	1	1
5	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
6	2	1	4	2	2	1	1	1	1	1
7	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1
8	2	1	3	1	2	2	1	1	1	1
9	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1
10	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
11	3	1	3	1	1	1	2	2	2	1
12	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
13	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2
14	2	1	4	2	2	1	1	2	2	2
15	2	1	4	1	1	1	1	2	2	1
16	2	1	3	1	2	1	1	1	1	2
17	2	1	3	2	2	1	1	2	2	1
18	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1
19	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2
20	3	1	1	2	2	1	1	2	2	1
21	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
22	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2
23	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1
24	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1
25	2	1	4	2	1	1	1	2	2	1

26	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
27	2	1	4	1	1	2	1	1	2	2
28	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
29	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
30	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2
31	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
32	2	1	3	1	1	2	1	2	1	2
33	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1
34	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
35	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2
36	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1
37	2	1	3	2	1	2	1	2	1	1
38	2	1	3	2	2	1	1	2	2	1
39	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2
40	2	2	4	1	1	2	1	1	1	1
41	2	2	4	1	1	2	1	1	2	2
42	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
43	2	1	3	1	1	2	2	1	2	1
44	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2
45	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
46	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1
47	2	2	4	1	1	2	1	1	1	2
48	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2
49	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1
50	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2
51	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
52	2	1	3	1	2	2	1	2	1	2
53	2	1	4	1	1	1	1	2	2	2
54	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1

55	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2
56	2	1	4	1	1	2	1	1	1	2
57	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
58	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2
59	2	1	3	2	1	1	1	2	2	2
60	2	1	3	1	1	2	2	1	2	1
61	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1
62	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
63	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1
64	2	1	4	1	1	2	2	1	1	2
65	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
66	2	1	3	2	2	1	2	2	2	1
67	2	2	3	2	1	1	2	1	2	2
68	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1
69	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
70	2	1	4	2	1	1	2	2	1	2
71	2	1	4	1	1	2	1	2	1	1
72	2	2	4	2	1	1	1	1	1	2
73	2	2	3	1	1	1	2	2	1	2
74	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2
75	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1
76	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1
77	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2
78	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2
79	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1
80	2	1	4	1	1	2	1	1	1	1
81	2	1	4	2	2	1	1	2	2	2
82	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
83	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2



84	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1
85	1	2	4	2	2	1	2	2	2	2
86	2	1	4	2	2	1	2	2	2	1
87	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
88	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2
89	2	2	4	2	2	1	1	2	2	1
90	2	2	4	2	2	1	2	1	2	2

Keterangan :

Usia            <= 20 tahun = 1  
                   21-40 tahun = 2  
                   >= 41 tahun = 3

Benefit        Positif = 1  
                   Negatif = 2

Self-regulation Skill Tinggi = 1  
                                   Sedang = 2  
                                   Rendah = 3

Suku            Jawa = 1  
                   Madura = 2

Barrier         Ada = 1  
                   Tidak ada = 2

Daya beli       ≤1.000.000 = 1  
                   1.000.001-1.030.000 = 2  
                   1.030.001-1.775.000 = 3  
                   > 1.775.000 = 4

S-efficacy      Kuat = 1  
                   Lemah = 2

Komitmen      Kuat = 1  
                   Lemah = 2

Motivasi        Kuat = 1  
                   Lemah = 2

Perilaku        Baik = 1  
                   Tidak baik = 2

TABULASI MOTIVASI RESPONDEN PENELITIAN

No Resp	Nomor Pertanyaan								Total	T	Kesimp	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8				
1	3	4	4	4	3	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
2	4	3	3	3	2	4	3	3	25	47.11	Lemah	2
3	4	3	4	4	4	4	4	4	31	65.04	Kuat	1
4	3	3	2	2	3	3	2	4	22	38.15	Lemah	2
5	4	4	3	3	4	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
6	3	3	4	2	3	3	4	3	25	47.11	Lemah	2
7	3	3	3	3	2	3	2	4	23	41.14	Lemah	2
8	3	3	4	4	3	4	3	4	28	56.08	Kuat	1
9	3	4	3	3	3	3	2	3	24	44.12	Lemah	2
10	4	4	4	4	3	4	3	3	29	59.06	Kuat	1
11	4	4	4	4	3	4	3	3	29	59.06	Kuat	1
12	4	4	4	4	4	4	4	4	32	68.03	Kuat	1
13	4	4	3	3	4	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
14	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
15	4	4	3	4	3	3	3	4	28	56.08	Kuat	1
16	3	3	4	3	3	3	4	3	26	50.10	Kuat	1
17	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
18	4	4	5	5	5	4	2	2	31	65.04	Kuat	1
19	3	3	1	3	3	3	1	1	18	26.20	Lemah	2
20	4	3	3	3	3	3	3	3	25	47.11	Lemah	2
21	4	4	4	4	3	4	3	4	30	62.05	Kuat	1
22	4	3	3	4	3	4	4	3	28	56.08	Kuat	1
23	4	4	3	4	3	4	2	4	28	56.08	Kuat	1
24	3	4	3	3	3	4	3	3	26	50.10	Kuat	1
25	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
26	3	3	1	3	4	3	1	3	21	35.16	Lemah	2
27	3	3	3	3	4	4	4	2	26	50.10	Kuat	1
28	3	3	2	2	3	3	2	2	20	32.17	Lemah	2
29	4	4	4	4	4	4	4	3	31	65.04	Kuat	1
30	3	3	4	4	3	4	4	3	28	56.08	Kuat	1
31	4	4	4	4	4	4	4	3	31	65.04	Kuat	1
32	3	3	3	4	3	3	4	3	26	50.10	Kuat	1
33	4	3	3	4	3	4	4	3	28	56.08	Kuat	1
34	4	4	4	4	4	4	4	4	32	68.03	Kuat	1
35	4	4	1	4	4	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
36	3	4	3	3	4	3	3	3	26	50.10	Kuat	1
37	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
38	4	3	3	3	3	3	3	3	25	47.11	Lemah	2
39	3	3	3	3	3	3	3	2	23	41.14	Lemah	2
40	4	4	3	3	4	4	3	2	27	53.09	Kuat	1
41	4	4	3	4	4	4	4	1	28	56.08	Kuat	1
42	3	3	3	4	3	3	3	3	25	47.11	Lemah	2
43	4	4	3	4	4	4	3	3	29	59.06	Kuat	1
44	3	3	3	3	3	3	2	3	23	41.14	Lemah	2
45	3	4	3	3	4	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
46	3	3	4	4	3	4	3	4	28	56.08	Kuat	1

47	4	4	4	4	4	4	4	4	32	68.03	Kuat	1
48	4	3	4	4	3	3	3	3	27	53.09	Kuat	1
49	3	3	3	4	3	3	4	3	26	50.10	Kuat	1
50	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
51	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
52	4	3	4	4	3	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
53	3	3	3	3	4	4	3	4	27	53.09	Kuat	1
54	3	3	3	4	3	3	3	3	25	47.11	Lemah	2
55	2	2	2	2	3	2	2	2	17	23.21	Lemah	2
56	4	4	3	3	4	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
57	4	4	3	3	3	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
58	3	3	4	4	3	3	4	4	28	56.08	Kuat	1
59	3	3	3	3	3	3	3	4	25	47.11	Lemah	2
60	3	4	3	3	4	3	3	3	26	50.10	Kuat	1
61	4	4	4	4	4	4	4	1	29	59.06	Kuat	1
62	4	4	3	3	4	4	4	3	29	59.06	Kuat	1
63	3	3	4	4	3	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
64	4	3	3	4	3	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
65	3	3	4	4	4	4	3	3	28	56.08	Kuat	1
66	3	3	2	3	3	3	2	2	21	35.16	Lemah	2
67	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
68	4	4	3	3	3	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
69	4	4	4	4	3	4	4	3	30	62.05	Kuat	1
70	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
71	4	3	3	4	3	4	3	3	27	53.09	Kuat	1
72	4	3	3	3	3	3	3	3	25	47.11	Lemah	2
73	4	4	3	4	4	4	4	3	30	62.05	Kuat	1
74	4	3	4	4	4	4	3	3	29	59.06	Kuat	1
75	3	3	3	4	3	3	3	2	24	44.12	Lemah	2
76	3	4	3	4	4	4	4	3	29	59.06	Kuat	1
77	3	3	3	3	3	3	3	4	25	47.11	Lemah	2
78	3	4	3	4	3	4	3	4	28	56.08	Kuat	1
79	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
80	3	3	3	4	3	4	4	3	27	53.09	Kuat	1
81	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
82	2	2	2	3	2	2	3	2	18	26.20	Lemah	2
83	3	3	3	3	4	4	3	4	27	53.09	Kuat	1
84	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
85	3	2	2	3	2	2	3	2	19	29.18	Lemah	2
86	3	2	2	3	3	2	3	2	20	32.17	Lemah	2
87	2	2	2	3	2	2	3	2	18	26.20	Lemah	2
88	3	3	3	3	4	4	3	4	27	53.09	Kuat	1
89	3	3	3	3	3	3	3	3	24	44.12	Lemah	2
90	3	2	2	3	2	2	3	2	19	29.18	Lemah	2
Mean									25.97	Lemah_36		
Median									27	Kuat_54		
Modus									23			
Standar Deviasi									3.35			

Keterangan

Kuat = 1

Lemah = 2

## TABULASI PERCEIVED BENEFIT

No. Resp	Nomor Pertanyaan								Total	T	Kesimp	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8				
1	4	4	3	3	3	4	2	4	27	57.28	Positif	1
2	4	4	3	3	3	3	3	4	27	57.28	Positif	1
3	3	4	3	2	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
4	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
5	4	4	3	4	3	3	3	3	27	57.28	Positif	1
6	4	3	3	3	2	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
7	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
8	4	4	3	3	2	3	2	3	24	47.65	Negatif	2
9	4	3	4	3	2	3	3	3	25	50.86	Positif	1
10	3	3	3	3	3	3	3	4	25	50.86	Positif	1
11	4	4	3	3	3	3	3	4	27	57.28	Positif	1
12	4	4	3	3	3	3	2	3	25	50.86	Positif	1
13	4	3	3	2	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
14	3	3	3	3	2	3	3	3	23	44.44	Negatif	2
15	4	4	3	3	3	3	3	3	26	54.07	Positif	1
16	3	3	3	3	2	3	3	3	23	44.44	Negatif	2
17	3	3	2	3	2	3	3	3	22	41.23	Negatif	2
18	3	4	2	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
19	3	3	2	3	2	3	3	3	22	41.23	Negatif	2
20	3	3	2	3	2	3	3	3	22	41.23	Negatif	2
21	4	4	3	4	3	4	3	4	29	63.70	Positif	1
22	4	4	2	3	2	3	2	4	24	47.65	Negatif	2
23	2	2	2	3	2	3	3	1	18	28.38	Negatif	2
24	4	4	3	4	2	3	4	3	27	57.28	Positif	1
25	3	3	3	3	3	3	4	3	25	50.86	Positif	1
26	3	4	2	3	3	3	3	4	25	50.86	Positif	1
27	4	4	3	4	3	4	4	4	30	66.91	Positif	1
28	3	3	2	3	2	2	3	3	21	38.02	Negatif	2
29	3	4	3	3	3	3	3	4	26	54.07	Positif	1
30	4	4	3	3	2	4	2	4	26	54.07	Positif	1
31	4	4	2	3	2	4	3	4	26	54.07	Positif	1
32	3	3	3	3	3	4	3	4	26	54.07	Positif	1
33	4	4	3	4	3	3	3	4	28	60.49	Positif	1
34	4	4	2	4	3	4	4	4	29	63.70	Positif	1
35	4	4	3	3	3	3	3	3	26	54.07	Positif	1
36	3	3	3	3	2	3	3	3	23	44.44	Negatif	2
37	4	4	3	3	2	3	3	4	26	54.07	Positif	1
38	3	3	3	2	2	3	3	3	22	41.23	Negatif	2
39	4	4	2	3	2	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
40	4	4	3	4	3	3	3	4	28	60.49	Positif	1
41	4	4	3	4	3	3	4	4	29	63.70	Positif	1
42	3	3	3	3	2	3	3	4	24	47.65	Negatif	2
43	4	4	3	4	2	2	4	3	26	54.07	Positif	1
44	4	4	3	4	3	3	4	3	28	60.49	Positif	1
45	4	4	2	3	3	3	3	4	26	54.07	Positif	1
46	2	2	1	2	1	3	3	2	16	21.96	Negatif	2
47	4	4	3	3	4	4	4	4	30	66.91	Positif	1
48	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
49	4	4	3	3	3	4	3	3	27	57.28	Positif	1
50	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
51	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
52	2	2	3	2	3	3	2	2	19	31.59	Negatif	2
53	3	3	3	4	4	4	2	4	27	57.28	Positif	1
54	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
55	4	4	3	4	3	3	2	3	26	54.07	Positif	1
56	4	4	3	4	2	3	3	4	27	57.28	Positif	1

57	4	4	2	3	2	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
58	4	4	4	3	3	4	3	4	29	63.70	Positif	1
59	3	3	3	3	3	4	3	4	26	54.07	Positif	1
60	3	4	3	3	3	3	4	4	27	57.28	Positif	1
61	4	4	2	4	2	3	3	4	26	54.7	Positif	1
62	4	4	3	3	3	4	3	3	27	57.78	Positif	1
63	1	1	3	2	2	3	2	2	16	21.96	Negatif	2
64	4	4	3	3	3	4	3	4	28	60.49	Positif	1
65	4	3	3	3	3	4	3	4	27	57.28	Positif	1
66	3	3	2	3	2	3	3	3	22	41.23	Negatif	2
67	3	4	3	2	3	3	3	4	25	50.86	Positif	1
68	4	4	3	3	3	3	3	3	26	54.07	Positif	1
69	4	4	4	3	3	4	3	4	29	63.70	Positif	1
70	3	3	3	3	3	3	3	4	25	50.86	Positif	1
71	3	3	3	3	3	4	3	4	26	54.07	Positif	1
72	3	4	3	3	3	3	3	3	25	50.86	Positif	1
73	4	4	3	3	3	3	3	3	26	54.07	Positif	1
74	4	4	3	3	4	3	3	4	28	60.49	Positif	1
75	4	4	3	4	3	3	3	4	28	60.49	Positif	1
76	4	3	3	3	2	3	3	4	25	50.86	Positif	1
77	3	3	3	3	3	3	3	4	25	50.86	Positif	1
78	3	3	3	1	2	3	3	3	21	38.02	Negatif	2
79	3	3	2	1	2	2	1	1	15	18.75	Negatif	2
80	4	4	3	3	3	4	3	4	28	60.49	Positif	1
81	4	3	3	3	2	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
82	2	3	2	3	2	3	2	3	20	34.80	Negatif	2
83	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
84	3	3	3	3	2	3	3	3	23	44.44	Negatif	2
85	3	3	2	1	2	2	2	2	17	25.17	Negatif	2
86	3	3	2	3	2	2	2	2	19	31.59	Negatif	2
87	4	4	3	3	3	4	3	4	28	60.49	Positif	1
88	4	3	3	3	2	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
89	2	3	2	3	2	3	2	3	20	34.80	Negatif	2
90	3	3	3	3	3	3	3	3	24	47.65	Negatif	2
Mean									24.73	Negatif_39		
Median									25	Positif_51		
Modus									24			
Standar Deviasi									3.12			

Keterangan  
Positif = 1  
Negatif = 2

## TABULASI PERCEIVED BARRIER

No. Resp	Nomor Pertanyaan										Total	T	Kesimp	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	56.03	Ada	1
2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	16	42.04	Tidak ada	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
5	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	17	44.84	Tidak ada	2
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
7	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	21	56.03	Ada	1
8	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	14	36.45	Tidak ada	2
9	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	16	42.04	Tidak ada	2
10	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	14	36.45	Tidak ada	2
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
12	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	19	50.44	Ada	1
13	2	2	1	2	3	2	2	2	2	3	21	56.03	Ada	1
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
18	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	19	50.44	Ada	1
19	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	19	50.44	Ada	1
20	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	21	56.03	Ada	1
21	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	18	47.64	Tidak ada	2
22	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	16	42.04	Tidak ada	2
23	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	17	44.84	Tidak ada	2
24	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	18	47.64	Tidak ada	2
25	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	22	58.83	Ada	1
26	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
27	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	14	36.45	Tidak ada	2
28	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	26	70.01	Ada	1
29	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	15	39.25	Tidak ada	2
30	2	1	2	4	3	4	1	2	1	1	21	56.03	Ada	1
31	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	12	30.86	Tidak ada	2
32	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	17	44.84	Tidak ada	2
33	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	56.03	Ada	1
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	25.26	Tidak ada	2
35	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	21	56.03	Ada	1
36	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
37	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	17	44.84	Tidak ada	2
38	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
39	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	17	44.84	Tidak ada	2
40	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	16	42.04	Tidak ada	2
41	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	16	42.04	Tidak ada	2
42	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	21	56.03	Ada	1
43	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	14	36.45	Tidak ada	2
44	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
45	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	21	56.03	Ada	1
46	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	14	36.45	Tidak ada	2

47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	25.26	Tidak ada	2
48	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	50.44	Ada	1
49	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	21	56.03	Ada	1
50	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
51	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
52	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	17	44.84	Tidak ada	2
53	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	20	53.23	Ada	1
54	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	18	47.64	Tidak ada	2
55	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	26	70.01	Ada	1
56	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	16	42.04	Tidak ada	2
57	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
58	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	16	42.04	Tidak ada	2
59	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	50.44	Ada	1
60	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	18	47.64	Tidak ada	2
61	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	28.06	Tidak ada	2
62	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
63	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	12	30.86	Tidak ada	2
64	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	17	44.84	Tidak ada	2
65	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	20	53.23	Ada	1
66	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	26	70.01	Ada	1
67	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	19	50.44	Ada	1
68	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	18	47.64	Tidak ada	2
69	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	17	44.84	Tidak ada	2
70	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	19	50.44	Ada	1
71	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	15	39.25	Tidak ada	2
72	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
73	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
74	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	16	42.04	Tidak ada	2
75	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	19	50.44	Ada	1
76	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	18	47.64	Tidak ada	2
77	1	1	2	2	1	3	2	2	2	2	18	47.64	Tidak ada	2
78	2	3	2	3	3	2	4	3	3	3	28	75.61	Ada	1
79	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	19	50.44	Ada	1
80	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	18	47.64	Tidak ada	2
81	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
82	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	28	75.61	Ada	1
83	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
84	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
85	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	28	75.61	Ada	1
86	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
87	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
88	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	28	75.61	Ada	1
89	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1
90	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	53.23	Ada	1

Mean	18.84	Ada_54
Median	20	Tdk_36
Modus	20	Keterangan
Standar Deviasi	3.58	Ada = 1 Tidak ada = 2

## TABULASI PERCEIVED SELF-EFFICACY

No. Resp	Nomor Pertanyaan				Total	T	Kesimp	Kode
	1	2	3	4				
1	4	3	3	4	14	48.32	Lemah	2
2	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
3	3	3	3	3	12	40.78	Lemah	2
4	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
5	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
6	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
7	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
8	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
9	3	3	3	4	13	44.55	Lemah	2
10	4	4	3	4	15	52.09	Kuat	1
11	3	4	3	4	14	48.32	Lemah	2
12	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
13	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
14	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
15	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
16	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
17	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
18	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
19	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
20	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
21	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
22	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
23	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
24	4	3	4	2	13	44.55	Lemah	2
25	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1
26	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
27	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
28	3	3	3	3	12	40.78	Lemah	2
29	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
30	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
31	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
32	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
33	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
34	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
35	3	3	4	3	13	44.55	Lemah	2
36	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
37	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
38	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
39	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1
40	4	4	3	4	15	52.09	Kuat	1
41	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
42	3	3	3	4	13	44.55	Lemah	2
43	3	3	3	4	13	44.55	Lemah	2
44	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
45	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
46	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
47	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
48	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
49	1	2	2	2	7	21.94	Lemah	2
50	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1
51	4	3	4	3	14	48.32	Lemah	2
52	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
53	4	4	4	3	15	52.09	Kuat	1
54	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
55	2	3	2	2	9	29.47	Lemah	2
56	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
57	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
58	4	4	4	3	15	52.09	Kuat	1
59	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1

Keterangan

Kuat = 1

Lemah = 2



60	3	3	4	4	14	48.32	Lemah	2
61	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
62	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
63	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
64	3	4	4	3	14	48.32	Lemah	2
65	4	3	3	2	12	40.78	Lemah	2
66	1	2	2	2	7	21.94	Lemah	2
67	3	3	3	4	13	44.55	Lemah	2
68	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
69	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1
70	2	3	4	4	13	44.55	Lemah	2
71	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
72	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
73	3	3	4	3	13	44.55	Lemah	2
74	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
75	1	3	1	1	6	18.17	Lemah	2
76	4	3	4	4	15	52.09	Kuat	1
77	4	3	4	3	14	48.32	Lemah	2
78	3	2	4	2	11	37.01	Lemah	2
79	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
80	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
81	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
82	1	2	2	2	7	21.94	Lemah	2
83	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
84	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
85	2	2	2	2	8	25.71	Lemah	2
86	2	2	2	2	8	25.71	Lemah	2
87	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
88	1	2	2	2	7	21.94	Lemah	2
89	4	4	4	4	16	55.86	Kuat	1
90	2	2	2	2	8	25.71	Lemah	2
<b>Mean</b>					<b>14.44</b>	Lemah_27		
<b>Median</b>					<b>16</b>	Kuat_63		
<b>Modus</b>					<b>16</b>			
<b>Standar Deviasi</b>					<b>2.65</b>			

## TABULASI KOMITMEN

No. Resp	Nomor Pertanyaan					Total	T	Kesimp	Kode
	1	2	3	4	5				
1	4	4	3	3	4	18	55.87	Kuat	1
2	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
3	3	3	4	4	3	17	51.74	Kuat	1
4	4	4	3	4	4	19	60.00	Kuat	1
5	4	4	2	3	4	17	51.74	Kuat	1
6	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
7	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
8	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
9	3	4	3	3	4	17	51.74	Kuat	1
10	3	4	3	3	3	16	47.61	Lemah	2
11	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
12	4	4	3	3	4	18	55.87	Kuat	1
13	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
14	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
15	3	3	4	3	3	16	47.61	Lemah	2
16	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
17	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
18	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
19	2	3	3	3	3	14	39.36	Lemah	2
20	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
21	4	4	2	4	4	18	55.87	Kuat	1
22	4	4	3	3	3	17	51.74	Kuat	1
23	3	3	2	4	4	16	47.61	Lemah	2
24	4	4	3	3	4	18	55.87	Kuat	1
25	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
26	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
27	4	4	3	4	4	19	60.00	Kuat	1
28	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
29	4	4	4	3	3	18	55.87	Kuat	1
30	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
31	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
32	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
33	3	3	4	3	4	17	51.74	Kuat	1
34	4	4	1	4	4	17	51.74	Kuat	1
35	4	4	3	3	3	17	51.74	Kuat	1
36	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
37	3	3	4	3	3	16	47.61	Lemah	2
38	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
39	4	4	2	4	3	17	51.74	Kuat	1
40	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
41	3	4	4	4	3	18	55.87	Kuat	1
42	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
43	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
44	4	3	3	4	4	18	55.87	Kuat	1
45	3	3	3	4	4	17	51.74	Kuat	1
46	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
47	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
48	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
49	3	3	4	4	4	18	55.87	Kuat	1
50	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
51	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
52	3	3	4	3	3	16	47.61	Lemah	2
53	4	3	3	3	3	16	47.61	Lemah	2
54	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
55	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
56	4	4	4	4	3	19	60.00	Kuat	1
57	3	3	3	4	4	17	51.74	Kuat	1
58	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
59	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
60	3	3	3	4	4	17	51.74	Kuat	1

Keterangan  
Kuat = 1  
Lemah = 2

61	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
62	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
63	4	4	3	4	4	19	60.00	Kuat	1
64	4	4	3	4	4	19	60.00	Kuat	1
65	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
66	3	3	2	2	2	12	31.10	Lemah	2
67	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
68	4	4	3	4	3	18	55.87	Kuat	1
69	4	4	3	4	4	19	60.00	Kuat	1
70	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
71	3	3	4	3	3	16	47.61	Lemah	2
72	4	4	4	3	4	19	60.00	Kuat	1
73	3	4	3	3	3	16	47.61	Lemah	2
74	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
75	3	3	2	3	3	14	39.36	Lemah	2
76	4	3	3	4	3	17	51.74	Kuat	1
77	3	3	4	3	3	16	47.61	Lemah	2
78	3	3	4	3	4	17	51.74	Kuat	1
79	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
80	4	4	4	4	4	20	64.13	Kuat	1
81	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
82	1	2	2	3	2	10	22.84	Lemah	2
83	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
84	4	4	2	4	4	18	55.87	Kuat	1
85	2	2	2	3	2	11	26.97	Lemah	2
86	2	2	2	3	2	11	26.97	Lemah	2
87	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
88	1	2	2	3	2	10	22.84	Lemah	2
89	3	3	3	3	3	15	43.48	Lemah	2
90	4	4	2	4	4	18	55.87	Kuat	1
<b>Mean</b>						<b>16.58</b>	<b>Kuat_46</b>		
<b>Median</b>						<b>17</b>	<b>Lemah_44</b>		
<b>Modus</b>						<b>15</b>			
<b>Standar Deviasi</b>						<b>2.42</b>			

**TABULASI SELF-REGULATION SKILL**  
**IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Resp	Nomor Pertanyaan																					Total	Kesimp	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
1	3	3	2	4	2	3	3	2	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	65	Tinggi	1
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	2	3	66	Tinggi	1
4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	66	Tinggi	1
5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	65	Tinggi	1
6	4	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	67	Tinggi	1
7	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	58	Cukup	2
8	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	2	3	3	4	2	3	4	4	66	Tinggi	1
9	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4	2	2	4	4	2	3	3	3	4	67	Tinggi	1
10	3	3	4	3	3	2	3	2	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	68	Tinggi	1
11	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2	3	59	Cukup	2
12	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	72	Tinggi	1
13	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	4	4	3	3	3	4	64	Tinggi	1
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	62	Cukup	2
15	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	61	Cukup	2
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	65	Tinggi	1
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	3	62	Cukup	2
18	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	76	Tinggi	1
19	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	4	3	2	2	2	4	4	57	Cukup	2
20	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61	Cukup	2
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	64	Tinggi	1
22	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	60	Cukup	2
23	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	2	4	3	3	2	2	3	4	66	Tinggi	1
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	66	Tinggi	1
25	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Cukup	2
26	4	3	2	3	3	3	2	3	3	4	4	1	3	2	3	3	1	4	3	3	3	60	Cukup	2
27	3	2	2	4	2	3	2	2	2	3	4	4	3	3	3	4	4	4	2	3	4	63	Cukup	2
28	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Cukup	2
29	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	64	Tinggi	1
30	3	3	2	3	2	3	2	4	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	62	Cukup	2
31	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78	Tinggi	1
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	66	Tinggi	1
33	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	68	Tinggi	1
34	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	84	Tinggi	1
35	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	61	Cukup	2
36	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	1	4	4	3	2	4	1	4	65	Tinggi	1
37	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	68	Tinggi	1
38	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61	Cukup	2

39	2	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	58	Cukup	2
40	3	4	4	3	3	4	2	3	4	IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA						4	3	3	4	3	3	68	Tinggi	1
41	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
42	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	59	Cukup	2
43	2	1	1	4	2	3	2	3	1	4	3	3	3	3	4	1	3	3	2	3	3	54	Cukup	2
44	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	65	Tinggi	1
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	63	Cukup	2
46	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	64	Tinggi	1
47	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	77	Tinggi	1
48	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
49	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	67	Tinggi	1
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	64	Tinggi	1	
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
52	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	65	Tinggi	1
53	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	59	Cukup	2
54	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	60	Cukup	2
55	3	2	2	3	4	4	2	3	3	4	4	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	61	Cukup	2
56	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	67	Tinggi	1
57	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	65	Tinggi	1
58	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	4	2	3	2	3	60	Cukup	2
59	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	61	Cukup	2
60	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Cukup	2
61	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	79	Tinggi	1
62	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64	Tinggi	1
63	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	67	Tinggi	1
64	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	65	Tinggi	1
65	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	66	Tinggi	1
66	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	62	Cukup	2
67	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	64	Tinggi	1
69	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	66	Tinggi	1
70	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	4	65	Tinggi	1
71	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	67	Tinggi	1
72	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	69	Tinggi	1
73	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	67	Tinggi	1
74	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	Cukup	2
75	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	54	Cukup	2
76	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	4	62	Cukup	2
77	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	65	Tinggi	1
78	2	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	2	1	3	3	67	Tinggi	1
79	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	59	Cukup	2
80	3	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	70	Tinggi	1

81	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	60	Cukup	2
82	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	50	Cukup	2
83	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Cukup	2
84	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	59	Cukup	2
85	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	50	Cukup	2
86	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	50	Cukup	2
87	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Cukup	2
88	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	59	Cukup	2
89	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	50	Cukup	2
90	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	50	Cukup	2
																					<b>Mean</b>	<b>63.38</b>	Tinggi_45	
																					<b>Median</b>	<b>63.5</b>	Cukup_45	
																					<b>Modus</b>	<b>65</b>		
																					<b>Standar Deviasi</b>	<b>5.93</b>		

Keterangan  
Tinggi = 1  
Cukup = 2  
Kurang = 3

## TABULASI DATA PERILAKU IBU

No. Resp	Kecukupan Energi	Jenis Makanan	Kesimpulan	Kode
1	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
2	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
3	Baik	Aneka	Baik	1
4	Baik	Aneka	Baik	1
5	Baik	Aneka	Baik	1
6	Baik	Aneka	Baik	1
7	Baik	Aneka	Baik	1
8	Baik	Aneka	Baik	1
9	Baik	Aneka	Baik	1
10	Baik	T Aneka	Baik	2
11	Baik	Aneka	Baik	1
12	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
13	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
14	Baik	T Aneka	Baik	2
15	Baik	Aneka	Baik	1
16	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
17	Baik	Aneka	Baik	1
18	Baik	Aneka	Baik	1
19	Baik	T Aneka	Baik	2
20	Baik	Aneka	Baik	1
21	Baik	Aneka	Baik	1
22	Baik	T Aneka	Baik	2
23	Baik	Aneka	Baik	1
24	Baik	Aneka	Baik	1
25	Baik	Aneka	Baik	1
26	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
27	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
28	Baik	Aneka	Baik	1
29	Baik	T Aneka	Baik	2
30	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
31	Kurang	T Aneka	Tidak Baik	2
32	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
33	Baik	Aneka	Baik	1
34	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
35	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
36	Baik	Aneka	Baik	1
37	Baik	Aneka	Baik	1
38	Baik	Aneka	Baik	1
39	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
40	Baik	Aneka	Baik	1
41	Kurang	Aneka	Tidak Baik	2
42	Kurang	Aneka	Tidak Baik	2
43	Baik	Aneka	Baik	1
44	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
45	Baik	T Aneka	Tidak Baik	2
46	Baik	Aneka	Baik	1
47	Baik	T Aneka	Baik	2
48	Baik	T Aneka	Baik	2
49	Baik	Aneka	Baik	1
50	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
51	Baik	Aneka	Baik	1
52	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
53	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
54	Baik	Aneka	Baik	1
55	Baik	T Aneka	Tidak Baik	2

56	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
57	Baik	Aneka	Baik	1
58	Baik	T Aneka	Baik	2
59	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
60	Baik	Aneka	Baik	1
61	Baik	Aneka	Baik	1
62	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
63	Baik	Aneka	Baik	1
64	Baik	T Aneka	Baik	2
65	Baik	Aneka	Baik	1
66	Baik	Aneka	Baik	1
67	Kurang	T Aneka	Tidak Baik	2
68	Baik	Aneka	Baik	1
69	Baik	Aneka	Baik	1
70	Kurang	T Aneka	Tidak Baik	2
71	Baik	Aneka	Baik	1
72	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
73	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
74	Baik	Aneka	Tidak Baik	2
75	Baik	Aneka	Baik	1
76	Baik	Aneka	Baik	1
77	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
78	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
79	Baik	Aneka	Baik	1
80	Baik	Aneka	Baik	1
81	Baik	T Aneka	Baik	2
82	Baik	Aneka	Baik	1
83	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
84	Baik	Aneka	Baik	1
85	Baik	T Aneka	Baik	2
86	Baik	Aneka	Baik	1
87	Sedang	T Aneka	Tidak Baik	2
88	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2
89	Baik	Aneka	Baik	1
90	Sedang	Aneka	Tidak Baik	2



## HASIL TABULASI SILANG

## Frequencies

## Statistics

		Usia	Motivasi	Suku	Benefit	Barrier	Efficacy	Daya_beli	Komit	Self_reg	Perilaku_gizi
N	Valid	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Frequency Table

## Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=20	1	1.1	1.1	1.1
	21-40	86	95.6	95.6	96.7
	>=41	3	3.3	3.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

## Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kuat	53	58.9	58.9	58.9
	Lemah	37	41.1	41.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

## Suku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jawa	68	75.6	75.6	75.6
	Non-Jawa	22	24.4	24.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

## Benefit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	51	56.7	56.7	56.7
	Negatif	39	43.3	43.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

## Barrier

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	54	60.0	60.0	60.0
	Tidak ada	36	40.0	40.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

## Efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kuat	63	70.0	70.0	70.0
	Lemah	27	30.0	30.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Daya\_beli

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <=1.000.000	45	50.0	50.0	50.0
1.000.001-1.030.000	1	1.1	1.1	51.1
1.030.001-1.775.000	22	24.4	24.4	75.6
>1.775.000	22	24.4	24.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Komitmen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kuat	46	51.1	51.1	51.1
Lemah	44	48.9	48.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Self\_regulation

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	45	50.0	50.0	50.0
Sedang	45	50.0	50.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Perilaku\_gizi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	44	48.9	48.9	48.9
Tidak baik	46	51.1	51.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Usia \* Benefit

crosstab

		Benefit		Total
		Positif	Negatif	
Usia <=20	0	1	1	
21-40	49	37	86	
>=41	2	1	3	
Total	51	39	90	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.433 <sup>a</sup>	2	.488
Likelihood Ratio	1.801	2	.406
Linear-by-Linear Association	.765	1	.382
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Usia \* Barrier

crosstab

		Barrier		Total
		Ada	Tidak ada	
Usia	<=20	1	0	1
	21-40	50	36	86
	>=41	3	0	3
Total		54	36	90

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.791 <sup>a</sup>	2	.248
Likelihood Ratio	4.210	2	.122
Linear-by-Linear Association	.667	1	.414
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Usia \* Efficacy

crosstab

		S_efficacy		Total
		Kuat	Lemah	
Usia	<=20	0	1	1
	21-40	61	25	86
	>=41	2	1	3
Total		63	27	90

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.385 <sup>a</sup>	2	.304
Likelihood Ratio	2.459	2	.292
Linear-by-Linear Association	.429	1	.513
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

Usia \* Daya\_beli

Crosstab

		Daya_beli				Total
		<=1.000.000	1.000.001-1.030.000	1.030.001-1.775.000	>=1.775.001	
Usia	<=20	0	0	0	1	1
	21-40	44	1	20	21	86
	>=41	1	0	2	0	3
Total		45	1	22	22	90

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.287 <sup>a</sup>	6	.392
Likelihood Ratio	6.095	6	.413
Linear-by-Linear Association	.322	1	.570
N of Valid Cases	90		

a. 9 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

Motivasi \* Benefit

Crosstab

			Benefit		Total
			Positif	Negatif	
Motivasi	Kuat	Count	37	16	53
		Expected Count	30.0	23.0	53.0
		% within Motivasi	69.8%	30.2%	100.0%
		% within Benefit	72.5%	41.0%	58.9%
		% of Total	41.1%	17.8%	58.9%
Lemah	Count	Count	14	23	37
		Expected Count	21.0	16.0	37.0
		% within Motivasi	37.8%	62.2%	100.0%
		% within Benefit	27.5%	59.0%	41.1%
		% of Total	15.6%	25.6%	41.1%
Total	Count	Count	51	39	90
		Expected Count	51.0	39.0	90.0
		% within Motivasi	56.7%	43.3%	100.0%
		% within Benefit	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	56.7%	43.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.071 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.816	1	.005		
Likelihood Ratio	9.160	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	8.970	1	.003		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Motivasi \* Barrier

Crosstab

			Barrier		Total
			Ada	Tidak ada	
Motivasi	Kuat	Count	23	30	53
		Expected Count	31.8	21.2	53.0
		% within Motivasi	43.4%	56.6%	100.0%
		% within Barrier	42.6%	83.3%	58.9%
		% of Total	25.6%	33.3%	58.9%

Lemah	Count	31	6	37
	Expected Count	22.2	14.8	37.0
	% within Motivasi	83.8%	16.2%	100.0%
	% within Barrier	57.4%	16.7%	41.1%
	% of Total	34.4%	6.7%	41.1%
Total	Count	54	36	90
	Expected Count	54.0	36.0	90.0
	% within Motivasi	60.0%	40.0%	100.0%
	% within Barrier	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	60.0%	40.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.809 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	13.174	1	.000		
Likelihood Ratio	15.796	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.644	1	.000		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.80.

b. Computed only for a 2x2 table

**Motivasi \* Efficacy**

**Crosstab**

			Efficacy		Total
			Kuat	Lemah	
Motivasi	Kuat	Count	40	13	53
		Expected Count	37.1	15.9	53.0
		% within Motivasi	75.5%	24.5%	100.0%
		% within Efficacy	63.5%	48.1%	58.9%
		% of Total	44.4%	14.4%	58.9%
Lemah	Lemah	Count	23	14	37
		Expected Count	25.9	11.1	37.0
		% within Motivasi	62.2%	37.8%	100.0%
		% within Efficacy	36.5%	51.9%	41.1%
		% of Total	25.6%	15.6%	41.1%
Total	Total	Count	63	27	90
		Expected Count	63.0	27.0	90.0
		% within Motivasi	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Efficacy	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	70.0%	30.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.838 <sup>a</sup>	1	.175		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.259	1	.262		
Likelihood Ratio	1.822	1	.177		
Fisher's Exact Test				.243	.131
Linear-by-Linear Association	1.818	1	.178		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.10.

Crosstab

			Efficacy		Total
			Kuat	Lemah	
Motivasi	Kuat	Count	40	13	53
		Expected Count	37.1	15.9	53.0
		% within Motivasi	75.5%	24.5%	100.0%
		% within Efficacy	63.5%	48.1%	58.9%
		% of Total	44.4%	14.4%	58.9%
Lemah	Lemah	Count	23	14	37
		Expected Count	25.9	11.1	37.0
		% within Motivasi	62.2%	37.8%	100.0%
		% within Efficacy	36.5%	51.9%	41.1%
		% of Total	25.6%	15.6%	41.1%
Total	Total	Count	63	27	90
		Expected Count	63.0	27.0	90.0
		% within Motivasi	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Efficacy	100.0%	100.0%	100.0%

b. Computed only for a 2x2 table

Motivasi \* Daya\_beli

Crosstab

			Daya_beli				Total
			<=1.000.000	1.000.001-1.030.000	1.030.001-1.775.000	>1.775.000	
Motivasi	Kuat	Count	26	1	15	11	53
		Expected Count	26.5	.6	13.0	13.0	53.0
		% within Motivasi	49.1%	1.9%	28.3%	20.8%	100.0%
		% within Daya_beli	57.8%	100.0%	68.2%	50.0%	58.9%
		% of Total	28.9%	1.1%	16.7%	12.2%	58.9%
Lemah	Lemah	Count	19	0	7	11	37
		Expected Count	18.5	.4	9.0	9.0	37.0
		% within Motivasi	51.4%	.0%	18.9%	29.7%	100.0%
		% within Daya_beli	42.2%	.0%	31.8%	50.0%	41.1%
		% of Total	21.1%	.0%	7.8%	12.2%	41.1%
Total	Total	Count	45	1	22	22	90
		Expected Count	45.0	1.0	22.0	22.0	90.0
		% within Motivasi	50.0%	1.1%	24.4%	24.4%	100.0%
		% within Daya_beli	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	1.1%	24.4%	24.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.224 <sup>a</sup>	3	.527
Likelihood Ratio	2.597	3	.458
Linear-by-Linear Association	.051	1	.822
N of Valid Cases	90		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41.

Suku \* Benefit

Crosstab

			Benefit		Total
			Positif	Negatif	
Suku Jawa	Count		39	29	68
	Expected Count		38.5	29.5	68.0
	% within Suku		57.4%	42.6%	100.0%
	% within Benefit		76.5%	74.4%	75.6%
	% of Total		43.3%	32.2%	75.6%
Non-Jawa	Count		12	10	22
	Expected Count		12.5	9.5	22.0
	% within Suku		54.5%	45.5%	100.0%
	% within Benefit		23.5%	25.6%	24.4%
	% of Total		13.3%	11.1%	24.4%
Total	Count		51	39	90
	Expected Count		51.0	39.0	90.0
	% within Suku		56.7%	43.3%	100.0%
	% within Benefit		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		56.7%	43.3%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.053 <sup>a</sup>	1	.817		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.053	1	.818		
Fisher's Exact Test				1.000	.504
Linear-by-Linear Association	.053	1	.818		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.53.

b. Computed only for a 2x2 table

## Suku \* Barrier

## Crosstab

			Barrier		Total
			Ada	Tidak ada	
Suku Jawa	Count		42	26	68
	Expected Count		40.8	27.2	68.0
	% within Suku		61.8%	38.2%	100.0%
	% within Barrier		77.8%	72.2%	75.6%
	% of Total		46.7%	28.9%	75.6%
Non-Jawa	Count		12	10	22
	Expected Count		13.2	8.8	22.0
	% within Suku		54.5%	45.5%	100.0%
	% within Barrier		22.2%	27.8%	24.4%
	% of Total		13.3%	11.1%	24.4%
Total	Count		54	36	90
	Expected Count		54.0	36.0	90.0
	% within Suku		60.0%	40.0%	100.0%
	% within Barrier		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		60.0%	40.0%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.361 <sup>a</sup>	1	.548		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.123	1	.726		
Likelihood Ratio	.358	1	.550		
Fisher's Exact Test				.620	.360
Linear-by-Linear Association	.357	1	.550		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.80.  
 b. Computed only for a 2x2 table

**Suku \* Efficacy**

**Crosstab**

			Efficacy		Total
			Kuat	Lemah	
Suku Jawa	Count		48	20	68
	Expected Count		47.6	20.4	68.0
	% within Suku		70.6%	29.4%	100.0%
	% within Efficacy		76.2%	74.1%	75.6%
	% of Total		53.3%	22.2%	75.6%
Non-Jawa	Count		15	7	22
	Expected Count		15.4	6.6	22.0
	% within Suku		68.2%	31.8%	100.0%
	% within Efficacy		23.8%	25.9%	24.4%
	% of Total		16.7%	7.8%	24.4%
Total	Count		63	27	90
	Expected Count		63.0	27.0	90.0
	% within Suku		70.0%	30.0%	100.0%
	% within Efficacy		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		70.0%	30.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.046 <sup>a</sup>	1	.830		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.045	1	.831		
Fisher's Exact Test				1.000	.514
Linear-by-Linear Association	.045	1	.831		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.60.  
 b. Computed only for a 2x2 table

**Suku \* Daya\_beli**

**Crosstab**

			Daya_beli				
			<=1.000.000	1.000.001-1.030.000	1.030.001-1.775.000	>1.775.000	Total
Suku Jawa	Count		35	1	17	15	68
	Expected Count		34.0	.8	16.6	16.6	68.0
	% within Suku		51.5%	1.5%	25.0%	22.1%	100.0%
	% within Daya_beli		77.8%	100.0%	77.3%	63.2%	75.6%



	% of Total	38.9%	1.1%	18.9%	16.7%	75.6%
Non-Jawa	Count	10	0	5	7	22
	Expected Count	11.0	.2	5.4	5.4	22.0
	% within Suku	45.5%	.0%	22.7%	31.8%	100.0%
	% within Daya_beli	22.2%	.0%	22.7%	31.8%	24.4%
	% of Total	11.1%	.0%	5.6%	7.8%	24.4%
Total	Count	45	1	22	22	90
	Expected Count	45.0	1.0	22.0	22.0	90.0
	% within Suku	50.0%	1.1%	24.4%	24.4%	100.0%
	% within Daya_beli	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	50.0%	1.1%	24.4%	24.4%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.127 <sup>a</sup>	3	.771
Likelihood Ratio	1.329	3	.722
Linear-by-Linear Association	.533	1	.465
N of Valid Cases	90		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

## Benefit \* Komitmen Crosstabulation

			Komitmen		Total
			Kuat	Lemah	
Benefit	Positif	Count	32	19	51
		Expected Count	26.1	24.9	51.0
		% within Benefit	62.7%	37.3%	100.0%
		% within Komitmen	69.6%	43.2%	56.7%
		% of Total	35.6%	21.1%	56.7%
Negatif	Count	Count	14	25	39
		Expected Count	19.9	19.1	39.0
		% within Benefit	35.9%	64.1%	100.0%
		% within Komitmen	30.4%	56.8%	43.3%
		% of Total	15.6%	27.8%	43.3%
Total	Count	Count	46	44	90
		Expected Count	46.0	44.0	90.0
		% within Benefit	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Komitmen	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.1%	48.9%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.375 <sup>a</sup>	1	.012		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.346	1	.021		
Likelihood Ratio	6.451	1	.011		
Fisher's Exact Test				.019	.010
Linear-by-Linear Association	6.304	1	.012		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.07.

b. Computed only for a 2x2 table

## Barrier \* Komitmen Crosstabulation

			Komitmen		Total
			Kuat	Lemah	
Barrier	Ada	Count	20	34	54
		Expected Count	27.6	26.4	54.0
		% within Barrier	37.0%	63.0%	100.0%
		% within Komitmen	43.5%	77.3%	60.0%
		% of Total	22.2%	37.8%	60.0%
Tidak ada		Count	26	10	36
		Expected Count	18.4	17.6	36.0
		% within Barrier	72.2%	27.8%	100.0%
		% within Komitmen	56.5%	22.7%	40.0%
		% of Total	28.9%	11.1%	40.0%
Total		Count	46	44	90
		Expected Count	46.0	44.0	90.0
		% within Barrier	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Komitmen	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.1%	48.9%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.702 <sup>a</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9.340	1	.002		
Likelihood Ratio	10.993	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	10.583	1	.001		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.60.

b. Computed only for a 2x2 table

## Efficacy \* Komitmen Crosstabulation

			Komitmen		Total
			Kuat	Lemah	
Efficacy	Kuat	Count	33	30	63
		Expected Count	32.2	30.8	63.0
		% within Efficacy	52.4%	47.6%	100.0%
		% within Komitmen	71.7%	68.2%	70.0%
		% of Total	36.7%	33.3%	70.0%
Lemah		Count	13	14	27
		Expected Count	13.8	13.2	27.0
		% within Efficacy	48.1%	51.9%	100.0%
		% within Komitmen	28.3%	31.8%	30.0%
		% of Total	14.4%	15.6%	30.0%
Total		Count	46	44	90
		Expected Count	46.0	44.0	90.0
		% within Efficacy	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Komitmen	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.1%	48.9%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	.136 <sup>a</sup>	1	.713		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.019	1	.890		
Likelihood Ratio	.136	1	.713		
Fisher's Exact Test				.819	.445
Linear-by-Linear Association	.134	1	.714		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.20.

b. Computed only for a 2x2 table

**Daya\_beli \* Komitmen Crosstabulation**

			Komitmen		Total
			Kuat	Lemah	
Daya_beli	<=1.000.000	Count	22	23	45
		Expected Count	23.0	22.0	45.0
		% within Daya_beli	48.9%	51.1%	100.0%
		% within Komitmen	47.8%	52.3%	50.0%
		% of Total	24.4%	25.6%	50.0%
1.000.001-1.030.000		Count	1	0	1
		Expected Count	.5	.5	1.0
		% within Daya_beli	100.0%	.0%	100.0%
		% within Komitmen	2.2%	.0%	1.1%
		% of Total	1.1%	.0%	1.1%
1.030.001-1.775.000		Count	11	11	22
		Expected Count	11.2	10.8	22.0
		% within Daya_beli	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Komitmen	23.9%	25.0%	24.4%
		% of Total	12.2%	12.2%	24.4%
>1.775.000		Count	12	10	22
		Expected Count	11.2	10.8	22.0
		% within Daya_beli	54.5%	45.5%	100.0%
		% within Komitmen	26.1%	22.7%	24.4%
		% of Total	13.3%	11.1%	24.4%
Total		Count	46	44	90
		Expected Count	46.0	44.0	90.0
		% within Daya_beli	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Komitmen	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.1%	48.9%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.160 <sup>a</sup>	3	.763
Likelihood Ratio	1.546	3	.672
Linear-by-Linear Association	.135	1	.713
N of Valid Cases	90		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .49.

**Komitmen \* Perilaku\_gizi Crosstabulation**

	Perilaku_gizi		Total
	Baik	Tidak baik	

Komitmen	Kuat	Count	20	26	46
		Expected Count	22.5	23.5	46.0
		% within Komitmen	43.5%	56.5%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	45.5%	56.5%	51.1%
		% of Total	22.2%	28.9%	51.1%
Lemah		Count	24	20	44
		Expected Count	21.5	22.5	44.0
		% within Komitmen	54.5%	45.5%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	54.5%	43.5%	48.9%
		% of Total	26.7%	22.2%	48.9%
Total		Count	44	46	90
		Expected Count	44.0	46.0	90.0
		% within Komitmen	48.9%	51.1%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	48.9%	51.1%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.102 <sup>a</sup>	1	.294		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.704	1	.401		
Likelihood Ratio	1.105	1	.293		
Fisher's Exact Test				.399	.201
Linear-by-Linear Association	1.090	1	.296		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.51.

b. Computed only for a 2x2 table

## Self\_regulation \* Perilaku\_gizi Crosstabulation

			Perilaku_gizi		Total
			Baik	Tidak baik	
Self_regulation	Tinggi	Count	21	24	45
		Expected Count	22.0	23.0	45.0
		% within Self_regulation	46.7%	53.3%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	47.7%	52.2%	50.0%
		% of Total	23.3%	26.7%	50.0%
Sedang		Count	23	22	45
		Expected Count	22.0	23.0	45.0
		% within Self_regulation	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	52.3%	47.8%	50.0%
		% of Total	25.6%	24.4%	50.0%
Total		Count	44	46	90
		Expected Count	44.0	46.0	90.0
		% within Self_regulation	48.9%	51.1%	100.0%
		% within Perilaku_gizi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	48.9%	51.1%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.178 <sup>a</sup>	1	.673		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.044	1	.833		
Likelihood Ratio	.178	1	.673		

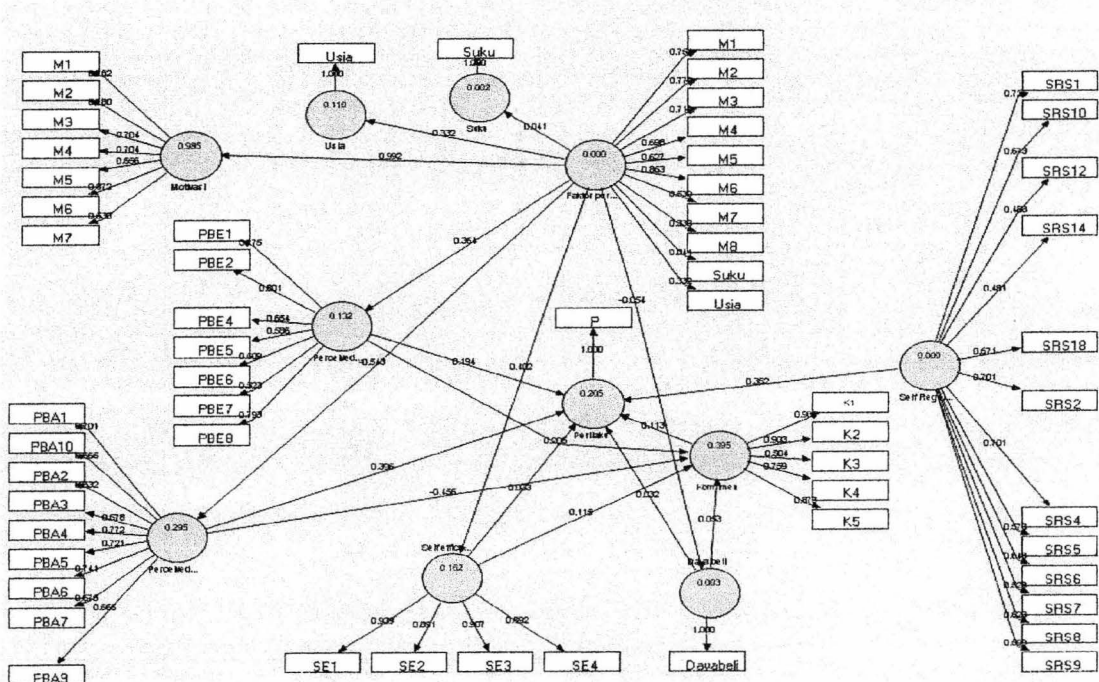
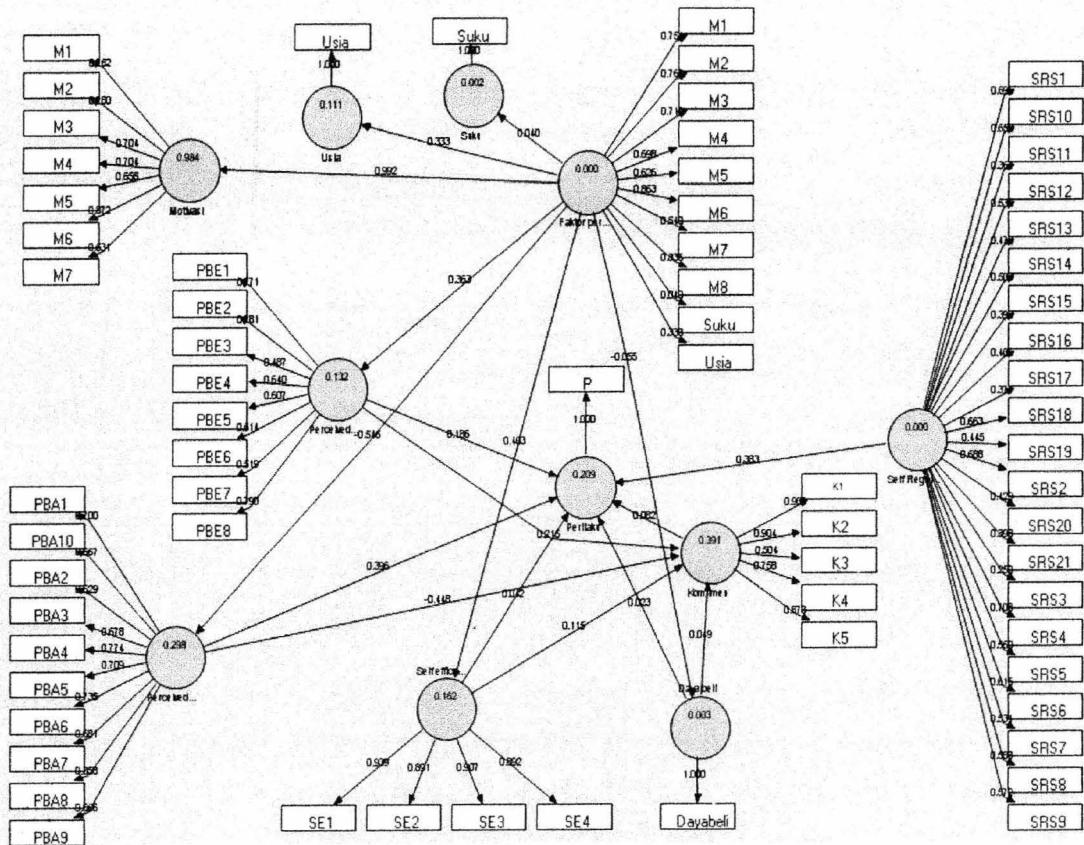
Fisher's Exact Test				.833	.417
Linear-by-Linear Association	.176	1	.675		
N of Valid Cases	90				

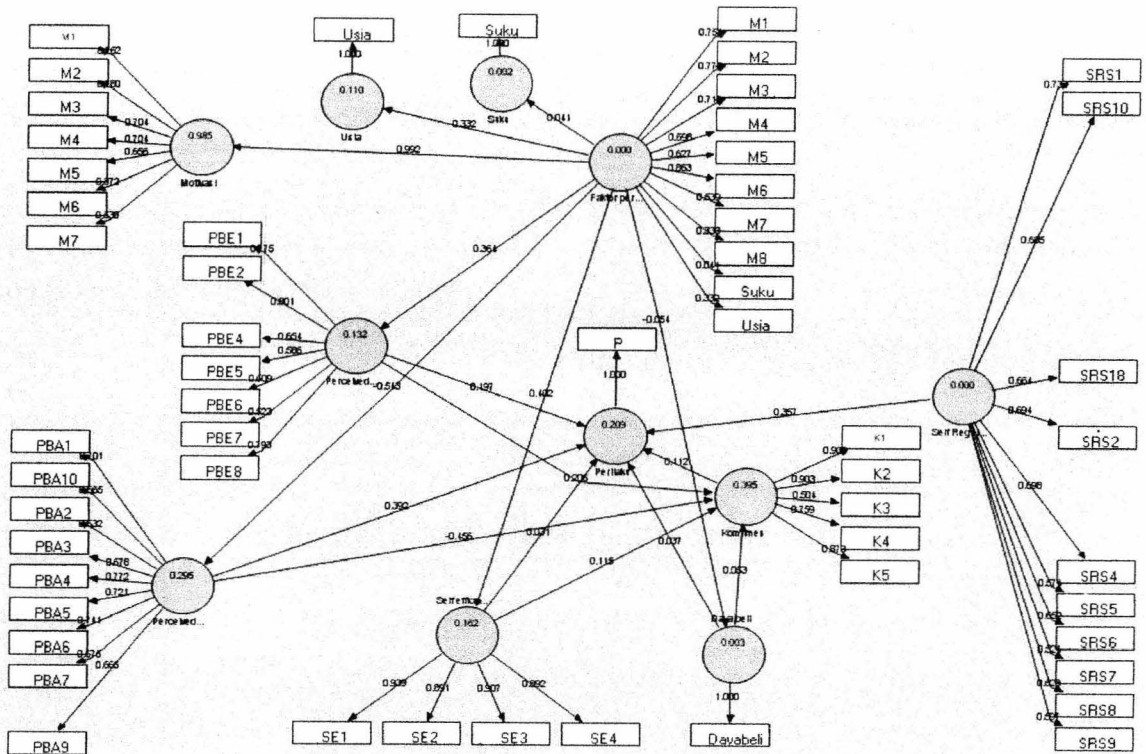
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.00.

b. Computed only for a 2x2 table

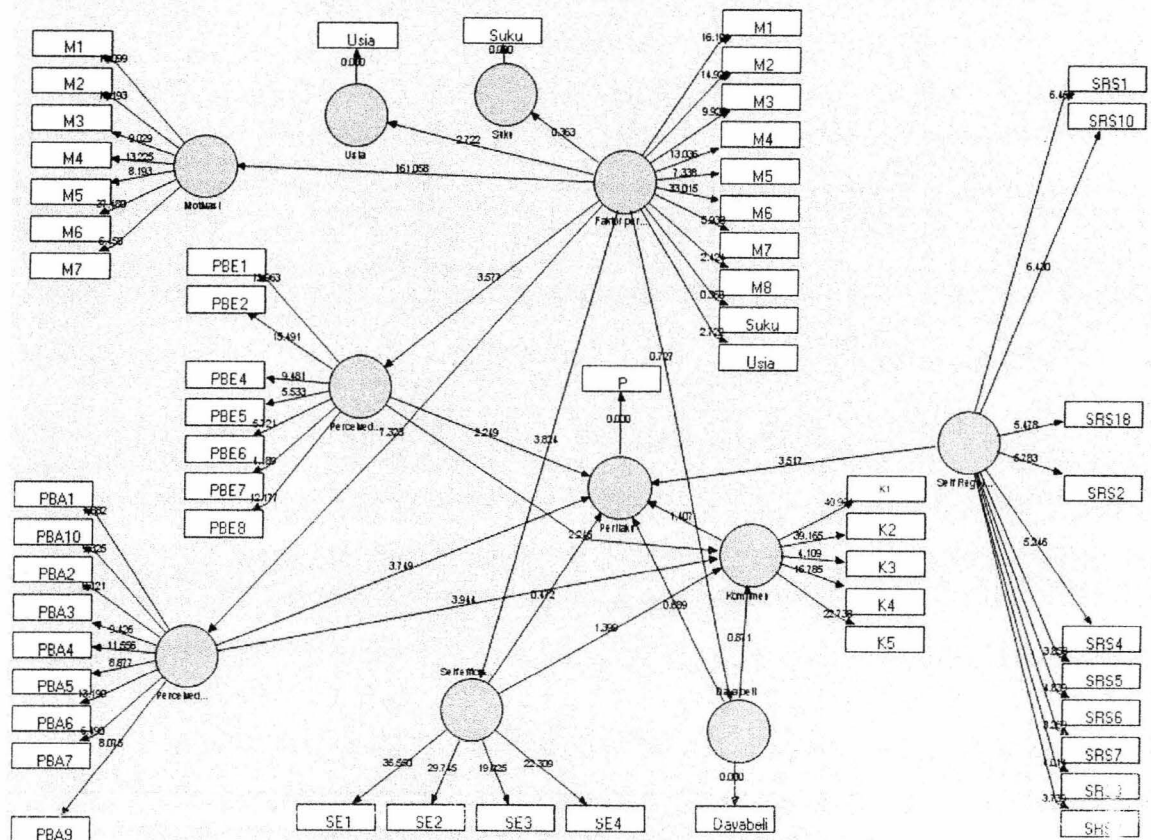
HASIL ANALISIS DENGAN PLS REGRESSION

1) Uji outer model





2) Uji inner model







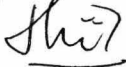



**DAFTAR HADIR DISKUSI KELOMPOK  
DALAM PENELITIAN PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
GIZI ANAK PRASEKOLAH DENGAN PENDEKATAN INTEGRASI *HEALTH  
PROMOTION MODEL* DAN *SELF-REGULATION THEORY*  
DI KELURAHAN KARANGTURI, KECAMATAN GRESIK**

Hari/Tanggal : Selasa/ 12 Juni 2012

Jam : 15.30-selesai

Tempat : Balai Desa Kelurahan Karangturi, Kec. Gresik

No.	NAMA	TTD	
		1	2
1.	Maryam	1 	2 
2	Debrina		
3	Andria	3 	4 
4	Dwi		
5	Su Kadarwati	5 	6 
6	Risma		
7	Saktiyah	7 	8 
8	LINA ARTI		
9		9	10
10			

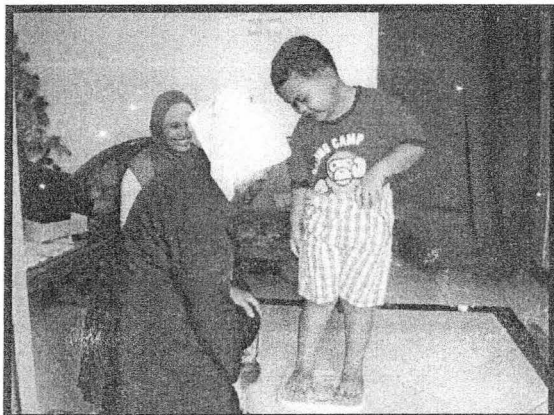


### FOTO-FOTO KEGIATAN PENELITIAN

1) Pengambilan Data Awal



2) Pengumpulan Data Penelitian



3) Diskusi Kelompok

