

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU  
DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KECAMATAN LENGKONG**

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*



Oleh :

Ade Sugih Herlambang

NIM. 131011048

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**2014**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Juli 2014

Yang Menyatakan

Nama : Ade Sugih Herlambang

NIM : 131011048

## HALAMAN PERNYATAAN

### PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Ade Sugih Herlambang  
NIM : 131011048  
Program Studi : Pendidikan Ners  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

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

#### **ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KECAMATAN LENGKONG**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media?format, 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.

Surabaya, Juli 2014

Yang menyatakan

(Ade Sugih Herlambang)

NIM.131011048

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU  
DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KECAMATAN LENGKONG**

Oleh:  
Ade Sugih Herlambang  
NIM. 131011048

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL

Oleh:  
Pembimbing Ketua

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp. M.Kes  
NIP. 197806062001122001

Pembimbing

Ilya Krisnana, S.Kep. Ns. M.Kep  
NIP. 198109282012122002

Mengetahui,  
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga Surabaya  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU  
DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK  
DI PUSKESMAS KECAMATAN LENGKONG**

Oleh:

Ade Sugih Herlambang  
NIM. 131011048

Telah diuji

Pada tanggal, JULI 2014

**PANITIA PENGUJI**

Ketua	: Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An NIK. 139040680	(.....)
Anggota	: Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes NIP. 197806062001122001	(.....)
	Ilya Krisnana, S.Kep. Ns. M.Kep NIP. 198109282012122002	(.....)

Mengetahui,  
a.n Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga Surabaya  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

## MOTTO

*“ Mana yang akan dijalani, arah mana yang kan dituju,  
pilihan salah terkadang membawa kita ke arah yang benar,  
Saat dihadapan pilih untuk menjalani.. and  
enjoy every moment you have ”*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK DI PUSKESMAS KEAMATAN LENGKONG”** tepat pada waktunya. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Bersama ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Ibu Mira Triharini S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Ibu Yuni Suyanti Arief, S.Kp. M.Kes selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
4. Ibu Ilya Krisnana, S.Kep.Ns.M.Kep. selaku pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
5. Ibu Kristiawati, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An. selaku penguji yang telah memberikan saran dan arahan dalam penyusunan skripsi yang lebih baik.
6. Ibu Nuzul Qur'aniati, S.Kep., Ns., M.Ng selaku dosen penguji proposal penelitian ini yang membuat skripsi ini menjadi lebih baik
7. Ibu dan bapak tercinta saya, Dwi Nur Wulan dan Harsono, yang telah memberikan dukungan baik dalam bentuk doa dan finansial, serta kenyamanan yang diberikan ketika saya mengerjakan skripsi di rumah, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat waktu.
8. Kepada adik saya Wahyu Dwi Nugrahadi yang mendoakan, mendukung dan membantu penyelesaian skripsi ini.
9. Dinkes Kabupaten Nganjuk dan Bakesbangpol-Linmas Kabupaten Nganjuk yang telah memberikan izin melakukan penelitian ini.
10. Bapak dr. Uman Mundrajat selaku kepala Puskesmas Kecamatan Lengkonng yang telah memberi izin melakukan penelitian ini.
11. Ibu bidan Nurul Muchoromi, Siti Nurtrika, dan Aning Sunarwati yang telah meluangkan waktu dan tenaganya untuk kelancaran penelitian ini.
12. Staf pendidikan, tata usaha dan perpustakaan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

13. Cahyo Prasetyo, Dani Sulistyو Widodo, Rizki Agustino, Gading Eka, Muhamad Ichlasul Amal, yang telah memberikan dukungan, canda tawa dalam *peer group discussion* Ngopihood A10. Segala canda tawa kalian sungguh berarti
14. Habib Muhamad, Miftchul Fahmi, Syifaun Qolbi Adhim, Alfian Rizki, Candra Panji Asmoro, Gebyar, Teguh Heriawan dan segenap teman-teman kos saya yang telah memberi dukungan, saran, hiburan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini, kita yang terbaik.
15. Rekan sebimbangan Rio, Dian Laili, Dian Tutik, Zaidah, Ruri yang telah memberikan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.
16. Rekan-rekan KKN-BBM 49 UA: Feri, Riki, Ashif, Farras, Nimas, Nia, Betty, Haura, Widi, Rhatih dan Delila yang selalu memberi semangat dalam penyelesaian skripsi ini. Kalian telah memberi hiburan dan warna dalam hari-hari saya yang disibukan dengan skripsi, semoga persahabatan kita tidak pernah lekang oleh waktu.
17. Segenap Tim Basket *Like Mike* dan Tri Dharma Jombang, Mas Hommer, Sinyo, *coach* Hari, yang telah memberikan dispensasi latihan dan dorongan untuk cepat menyelesaikan skripsi ini.
18. Sahabat-sahabat saya Apet, Devis, Aim dan Devi yang tidak pernah berhenti mendoakan dan memberi semangat saya untuk menyelesaikan studi dan skripsi ini.
19. Teman-teman *Vardgivare* 2010 yang selalu menemani selama 4 tahun perjalanan menyelesaikan Pendidikan di Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
20. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebut namanya satu persatu atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang memberi dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca khususnya bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Juli 2014

Penulis



**ABSTRAK****ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK DI PUSKESMAS KECAMATAN LENGKONG**

Oleh : Ade S. Herlambang

Gizi buruk merupakan keadaan kurang asupan nutrisi yang kronis. Gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan yang dihadapi banyak negara berkembang. Kurang gizi pada balita dapat disebabkan oleh sikap dan perilaku ibu yang menjadi faktor dalam pemilihan makanan yang tidak benar. Pemilihan bahan makanan, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara faktor *predisposing* dan faktor *reinforcing* yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Penelitian ini menggunakan desain studi deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 22 ibu yang memiliki anak usia 1-3 tahun dengan gizi buruk. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner dan wawancara dengan responden. Kemudian data di analisis menggunakan uji *spearman's Rho* dengan tingkat signifikansi  $<0,05$ .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara faktor *predisposing* (pengetahuan, pendidikan dan sikap) dan faktor *reinforcing* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat), Pengetahuan memiliki hubungan positif dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk ( $p=0,01$ ,  $r=0,656$ ). Tingkat pendidikan ibu juga memiliki hubungan yang positif dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk ( $p=0,352$ ,  $r=0,452$ ), dan pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Meningkatkan aspek pengetahuan ibu dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku yang positif terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Promosi kesehatan dengan target utama ibu balita, seperti penyuluhan dan demo terkait gizi dapat dijadikan alternatif untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita.

**Kata kunci** :Gizi Buruk, Tindakan Ibu, Sikap Ibu, Dukungan Petugas Kesehatan, Pengetahuan ibu.

**ABSTRACT****Factor Analysis related to Mother's Behaviour in giving nutrition to children with malnutrition at Puskesmas Lengkong****By: Ade S. Herlambang**

Malnutrition is a condition of chronic lack of nutrition. Malnutrition is a major health problem faced in many developing countries. The Lack of nutrition in children can be caused by the attitude or behavior of the mother which is the factor in the selection of improper feeding. The food selections, adequate availability of the food and food diversities influenced by the mother's level of knowledge about meals and nutritions. The objective of this research was to perceived relation between predisposing factors and reinforcing factors that related to mother's action in giving nutrition to children with malnutrition.

This research used cross sectional design. The population was 22 mothers which has a children between 1-3 years old with malnutrition. Data were collected by using a questionnaire and interview with the respondents. Data were analyzed using Spearman's rho test with level of significance of  $<0,05$ .

The result showed that between predisposing factors (Attitude, education level, knowledge) and reinforcing factors (health service support and family support), knowledge level had positive correlation with mother's action in giving nutrition to children with malnutrition ( $p=0,01$ ,  $r=0,656$ ), education level also had positive correlation with mother's action in giving nutrition to children with malnutrition ( $p=0,35$ ,  $r=0,452$ ), and the knowledge was the most dominant factors that had positive correlation with mother's action in giving nutrition to children with malnutrition.

It can be concluded that the knowledge and educational level can influence mother's action in giving nutrition to children with malnutrition. Increase mother's aspect in knowledge can be used to improve the positive attitude in giving nutrition to malnutrition children. Health promotion about malnutrition with the malnutrition mother as main targets can be used as alternative ways to improve mother's knowledge.

**Keyword:** malnutrition, mother's behaviour, health service support, mother's educational level, Mother's Knowledge.

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Halaman Penetapan Panitia Penguji .....	v
Motto.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRAK .....	ix
<i>ABSTRACT</i> .....	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum .....	6
1.4.2 Tujuan Khusus .....	7
1.5 Manfaat.....	8
1.5.1 Manfaat Teoritis .....	8
1.5.2 Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Perilaku .....	9
2.1.1 Definisi Perilaku.....	9
2.1.2 Teori Perubahan Perilaku.....	9
2.1.3 Determinan perilaku kesehatan .....	11
2.1.4 Perubahan (Adaptasi) Perilaku & Indikatornya .....	18
2.2 Konsep Gizi Buruk.....	20
2.2.1 Pengertian Gizi Buruk.....	20
2.2.2 Klasifikasi Status Gizi.....	20
2.2.3 Dampak Gizi Buruk .....	22
2.2.4 Faktor Penyebab Gizi Buruk.....	23
2.3 Penatalaksanaan Gizi Buruk pada Anak Balita.....	24
2.4 Pengukuran Konsumsi Makanan.....	27
2.5 Keaslian Penelitian .....	33
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL dan HIPOTESIS .....</b>	<b>34</b>
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	34
3.2 HIPOTESIS .....	35
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>36</b>

4.1	Rancangan Penelitian .....	36
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling .....	36
4.2.1	Populasi .....	36
4.2.2	Sampel.....	36
4.2.3	Sampling .....	37
4.3	Identifikasi Variabel .....	37
4.3.1	Variabel independen.....	37
4.3.2	Variabel dependen.....	38
4.3.3	Definisi operasional .....	38
4.4	Instrumen Penelitian.....	42
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	44
4.6	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	44
4.7	Kerangka Kerja Penelitian.....	48
4.8	Cara Analisis Data.....	48
4.9	Etika Penelitian.....	50
4.9.1	Surat Persetujuan ( <i>Informed consent</i> ) .....	50
4.9.2	Tanpa nama ( <i>Anonymity</i> ) .....	50
4.9.3	Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	50
4.10	Keterbatasan.....	50
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		51
5.1	Hasil Penelitian.....	51
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	51
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	52
5.1.3	Deskripsi variabel penelitian.....	53
5.1.4	Hubungan Pengetahuan ibu dengan Tindakan pemberian ..... nutrisi pada balita dengan gizi buruk .....	55
5.1.5	Hubungan tingkat pendidikan ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkong Juni 2014.....	56
5.1.5	Hubungan sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian ... nutrisi pada balita dengan gizi buruk. ....	57
5.1.7	Hubungan dukungan perugas kesehatan dengan tindakan ibu ..dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. ....	57
5.1.8	Hubungan Dukungan Keluarga dan Masyarakat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk .....	58
5.2	Pembahasan .....	59
BAB 6 KESIMPULAN.....		75
6.1	Kesimpulan.....	75
6.2	Saran .....	76
DAFTAR PUSTAKA .....		77
Lampiran .....		78

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori Perubahan Perilaku .....	11
Gambar 2.2 Kategori Status Gizi Anak .....	21
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual .....	34
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian .....	48

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Kategori status gizi menurut IMT/U .....	22
Tabel 2.2 Kebutuhan zat gizi fase stabilisasi .....	25
Tabel 2.3 Kebutuhan zat gizi fase transisi .....	26
Tabel 2.4 Kebutuhan zat gizi fase rehabilitasi .....	27
Tabel 2.5 Keaslian Penelitian.....	34
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	39
Tabel 4.2 Kategori angka kecukupan gizi.....	45
Tabel 5.1 Frekuensi data umum responden .....	52
Tabel 5.2 Distribusi pengetahuan responden .....	53
Tabel 5.3 Distribusi sikap responden .....	54
Tabel 5.4 Distribusi dukungan petugas kesehatan .....	54
Tabel 5.5 Distribusi dukungan keluarga dan masyarakat .....	55
Tabel 5.6 Distribusi tindakan responden.....	55
Tabel 5.7 Hubungan pengetahuan dengan tindakan .....	56
Tabel 5.8 Hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan.....	57
Tabel 5.9 Hubungan sikap dengan tindakan .....	58
Tabel 5.10 Hubungan dukungan petugas kesehatan dengan tindakan.....	59
Tabel 5.11 Hubungan dukungan keluarga dan masyarakat dengan tindakan .....	60

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat izin Bakesbanpol .....	79
Lampiran 2 Surat izin Penelitian.....	80
Lampiran 3 Permohonan menjadi responden.....	81
Lampiran 4 Inform consent.....	82
Lampiran 5 Kuesioner .....	83
Lampiran 6 Daftar URT .....	91
Lampiran 7 Hasil uji statistik .....	97
Lampiran 8 Hasil tabulasi .....	103

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan yang dihadapi banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Penyebab secara langsung terjadinya gizi buruk ialah kurangnya asupan zat gizi dan penyakit infeksi, sedangkan penyebab tidak langsung gizi buruk antara lain keterbatasan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi, pola pengasuhan anak, pola pemberian makanan, kondisi kesehatan dan lingkungan serta ketersediaan pangan di rumah tangga (Depkes RI, 2005). Kurangnya gizi pada balita dapat disebabkan sikap atau perilaku ibu yang menjadi faktor dalam pemilihan makan yang tidak benar. Menurut Mardiana, (2006), pemilihan bahan makanan, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizi. Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk balita. Seorang ibu yang memiliki pengetahuan dan sikap gizi yang kurang memiliki pengaruh yang besar terhadap status gizi balitanya dan akan sulit untuk memilih makanan yang bergizi untuk anak dan keluarganya (Krisnansari, 2010).

Gizi yang baik adalah gizi yang seimbang, artinya asupan zat gizi harus sesuai dengan kebutuhan tubuh (Nainggolan, 2007). Gizi buruk pada bayi dan anak-anak terutama pada umur kurang dari 5 tahun dapat berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan otak (Djaeni, 2004). Ketidaktahuan tentang cara pemberian makanan bayi dan anak serta adanya kebiasaan yang merugikan



kesehatan, secara langsung dan tidak langsung menjadi penyebab utama terjadinya masalah gizi buruk pada anak, khususnya pada anak usia dibawah 2 tahun (Departemen Kesehatan RI, 2003).

Peran Puskesmas, Posyandu dan Dinas Kesehatan sangat penting untuk mendeteksi kejadian gizi buruk di masyarakat. Upaya Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk meliputi program gerakan pengentasan gizi buruk (GENTASIBU) berupa Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P), namun dari upaya tersebut masih ditemukan kejadian gizi buruk. Ditemukan pula balita yang sebelumnya sudah mengalami peningkatan status gizi dari gizi buruk ke gizi normal kembali mengalami gizi buruk setelah dua bulan lepas dari program pengentasan gizi buruk. Keadaan ini disebabkan oleh karena kurangnya perhatian dari segi karakteristik ibu balita gizi buruk seperti, pendidikan, sikap dan perilaku ibu. Pengetahuan yang kurang tentang pemberian makanan dapat berpengaruh pada sikap seseorang, sedangkan sikap dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang. Keadaan sosial ekonomi dan kebudayaan banyak mempengaruhi pola makan di daerah pedesaan. Terdapat pantangan makan pada balita misalnya anak kecil tidak diberikan ikan karena dapat menyebabkan cacingan, kacang-kacangan juga tidak diberikan karena dapat menyebabkan sakit perut atau kembung (Baliwati, 2004).

Dari data Dinkes provinsi Jawa Timur 2013, jumlah total balita yang ada di Jawa Timur adalah 3,1 juta, sekitar 25.000 diantaranya mengalami kasus gizi buruk. Meski angka ini mengalami penurunan sekitar 15% dari tahun sebelumnya yang mencapai 16,18%. Di Kabupaten Nganjuk, menurut data Pemantauan Status Gizi (PSG), Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk mencatat pada tahun

2013 masih terdapat 266 balita yang masuk dalam program pengentasan gizi buruk (GENTASIBU) dari yang sebelumnya berjumlah 405 balita pada tahun 2010 data tersebut menunjukkan bahwa penurunan kejadian kasus balita gizi buruk tidak menunjukkan angka yang signifikan yaitu kurang dari 5% per tahun. Di Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk Jawa Timur terhitung bulan Desember 2013 terdapat 27 kasus balita gizi buruk, sekitar 25% atau 6 orang diantaranya merupakan kasus lama. Balita yang mengalami gizi buruk tersebut berstatus berat badan sangat kurang jika ditinjau menurut nilai *Z-score* dari WHO.

Berdasarkan survei yang dilakukan peneliti melalui petugas kesehatan desa setempat (bidan dan petugas pojok gizi), didapatkan jarang sekali dilakukan penyuluhan pendidikan kesehatan tentang pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Pada bulan Oktober 2013 terdapat 24 kasus gizi buruk, pada bulan berikutnya mengalami penurunan menjadi 19 kasus, namun pada bulan Desember 2013 mengalami peningkatan lagi menjadi 27 kasus yang 6 diantaranya merupakan balita yang sebelumnya pernah masuk dalam program pengentasan gizi buruk. Kunjungan ibu yang memiliki anak dengan gizi buruk ke Puskesmas atau bidan desa dapat dikatakan kurang sekali, ditemukan 5 atau 26% ibu yang mengaku membatasi pemberian makanan pada balita karena alasan pantangan dari keluarga, seperti balita tidak boleh terlalu banyak diberikan susu karena dapat menyebabkan diare. Peneliti juga memperoleh data sebanyak 13 atau 48% ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk tidak mengetahui jenis makanan yang tepat untuk diberikan pada balita selain PMT yang didapatkan dari Puskesmas.

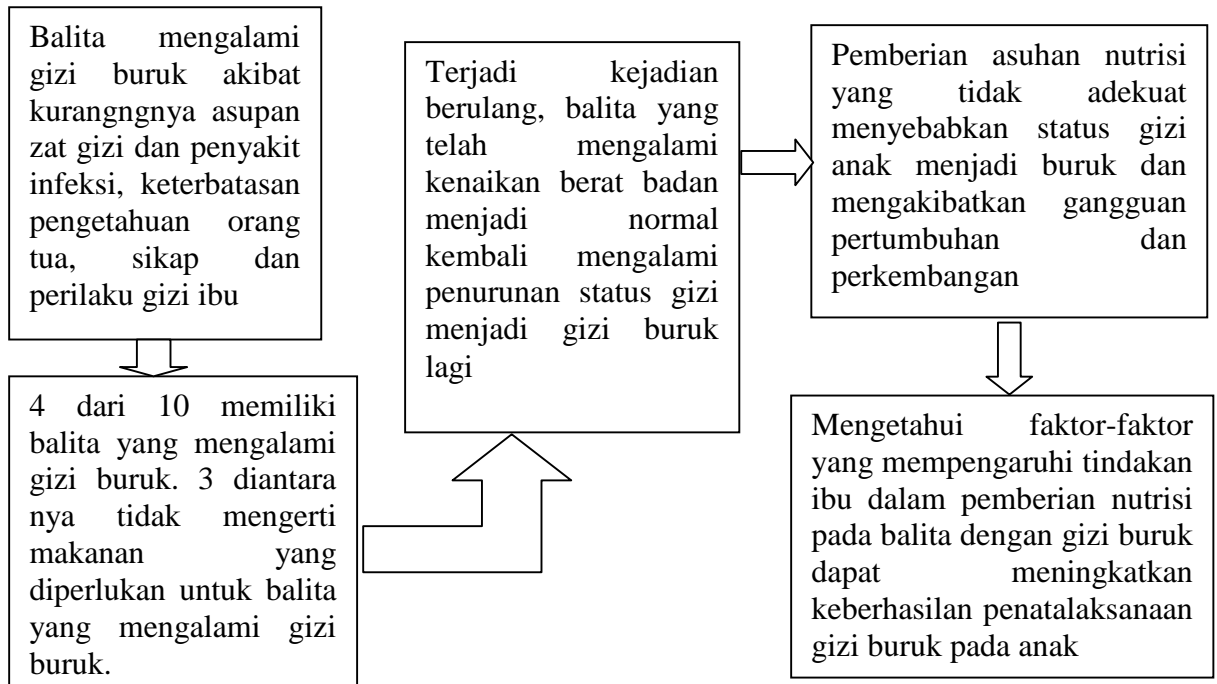
Apabila makanan tidak cukup mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan, dalam keadaan yang lebih berat dan kronis, kekurangan gizi menyebabkan

pertumbuhan badan terganggu (Anwar, 2006). Asupan nutrisi yang kurang pada balita yang mengalami gizi buruk dapat menyebabkan pertumbuhan yang terganggu. Berat badan dan tinggi badan merupakan salah satu indikator pertumbuhan, apabila orang tua kurang dalam pemberian asupan nutrisi pada balita maka berat badan balita yang mengalami gizi buruk tidak akan bertambah, atau bisa akan lebih berkurang dari berat sebelumnya. Perilaku ibu sangat berpengaruh dalam pengoptimalan asupan nutrisi pada balita dengan gizi buruk, pada beberapa kasus terdapat balita yang telah mengalami peningkatan status gizi dari berat badan sangat kurang menjadi berat badan normal, namun setelah beberapa bulan kemudian kembali ke status berat badan sangat kurang lagi.

Peningkatan status gizi pada balita dengan berat badan sangat kurang sangat dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang didapat dari makanan sehari-hari. Peran orang tua sangat penting untuk mengoptimalkan berat badan balita yang mengalami gizi buruk. Pengetahuan dan sikap ibu sangat mempengaruhi pemilihan makanan untuk balita dan keluarganya, karena pengetahuan dan sikap seseorang akan mempengaruhi perilaku kesehatannya (Nainggolan, 2007). Secara teoritis banyak faktor yang melatarbelakangi munculnya masalah dalam pemberian nutrisi yang tidak adekuat pada balita dengan gizi buruk. Teori yang sangat erat kaitannya dengan perilaku yang berhubungan dengan pemberian nutrisi adalah teori yang dikemukakan oleh Lawrence Green (1980), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*nonbehavior causes*). Selanjutnya perilaku ini terbentuk berdasarkan dari 3 faktor : *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing*.

Dari uraian data diatas, serta menyadari pentingnya pemberian nutrisi yang adekuat untuk balita dengan gizi buruk, maka perlu dilakukan analisis faktor penyebab yang mempengaruhi perilaku ibu dalam memberikan nutrisi pada anak dengan gizi buruk dan untuk selanjutnya dipakai sebagai acuan dalam penyuluhan pendidikan kesehatan dan terakhir tercapainya tujuan perilaku kesehatan masyarakat yang baik.

## 1.2 Identifikasi Masalah



## 1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada hubungan faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap, dan tingkat pendidikan) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkon, Kabupaten Nganjuk ?
2. Apakah ada hubungan faktor *reinforcing* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkon, Kabupaten Nganjuk?

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkon, Kabupaten Nganjuk.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap dan tingkat pendidikan) yang mempengaruhi tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.
2. Mengidentifikasi faktor *reinforcing* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat) yang mempengaruhi tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.
3. Mengidentifikasi tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.
4. Menganalisis hubungan faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap dan tingkat pendidikan) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.
5. Menganalisis faktor *reinforcing* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.
6. Menganalisis faktor dominan yang mempengaruhi tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong, Kabupaten Nganjuk.

## **1.5 Manfaat**

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat mengetahui tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ibu dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi peningkatan program pengentasan gizi buruk di tempat pelayanan kesehatan dengan membentuk tim konseling, sedangkan orang tua mampu mengoptimalkan pengetahuan tentang pemberian nutrisi pada anak dengan gizi buruk sehingga dapat mempengaruhi perilaku kesehatannya.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Perilaku

##### 2.1.1 Definisi Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup bersangkutan. Perilaku dianggap sebagai sesuatu yang tidak ditujukan kepada orang lain dan oleh karenanya merupakan suatu tindakan sosial manusia yang sangat mendasar. Secara biologis manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukannya, yaitu antara lain : berjalan, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berpikir, dan seterusnya (Notoatmodjo, 2010). Secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni : a) Aktivitas-aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain b) Aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain (dari luar).. Secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni : a) Aktivitas-aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain b) Aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain (dari luar).

##### 2.1.2 Teori Perubahan Perilaku

Teori perubahan perilaku yang digunakan sebagai perencanaan program-program pendidikan kesehatan sejak lebih sepuluh tahun terakhir ini adalah teori perubahan perilaku *Precede-Procede* yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter (1992). Sebelumnya pada tahun 1979 model *Preced-Proceed* Green merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing and Enabling Construct in Educational Diagnosis and Evaluation*, digunakan untuk menjelaskan perilaku pencegahan



dan menemukan determinan untuk upaya penanggulangan masalah kesehatan yang dihadapi. Model *Precede* ini kemudian dikembangkan menjadi model *Precede-Proceed* oleh Green dan Kreuter pada tahun 1992, *Precede* merupakan kependekan dari *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*.

Model ini terdiri dari beberapa tahapan kegiatan sebagai berikut

1) **Diagnosis Sosial**

Menggambarkan keadaan populasi sasaran, baik perorangan maupun masyarakat.

2) **Diagnosis Epidemilogik**

Mengidentifikasi urutan masalah maupun tujuan program, dari data morbiditas, mortalitas, tingkatan fungsional, kecacatan, harapan hidup (*longevity*), atau prevelansi.

3) **Diagnosis Perilaku dan Ekologik**

Mengidentifikasi faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang berkaitan dengan indikator perilaku tahap berikutnya, seperti kepatuhan (*compliance*), pola konsumsi (*consumpsition patterns*), *coping*, tindakan preventif (*preventative actions*) yang ditampilkan dalam frekuensi, persistensi dan kualitas. Sedangkan indikator ekologiannya menyangkut ekonomi, fisik, pelayanan dan sosial. Dengan dimensi pengukuran akses, keterjangkauan (*affordability*) dan pemerataan (*equity*).

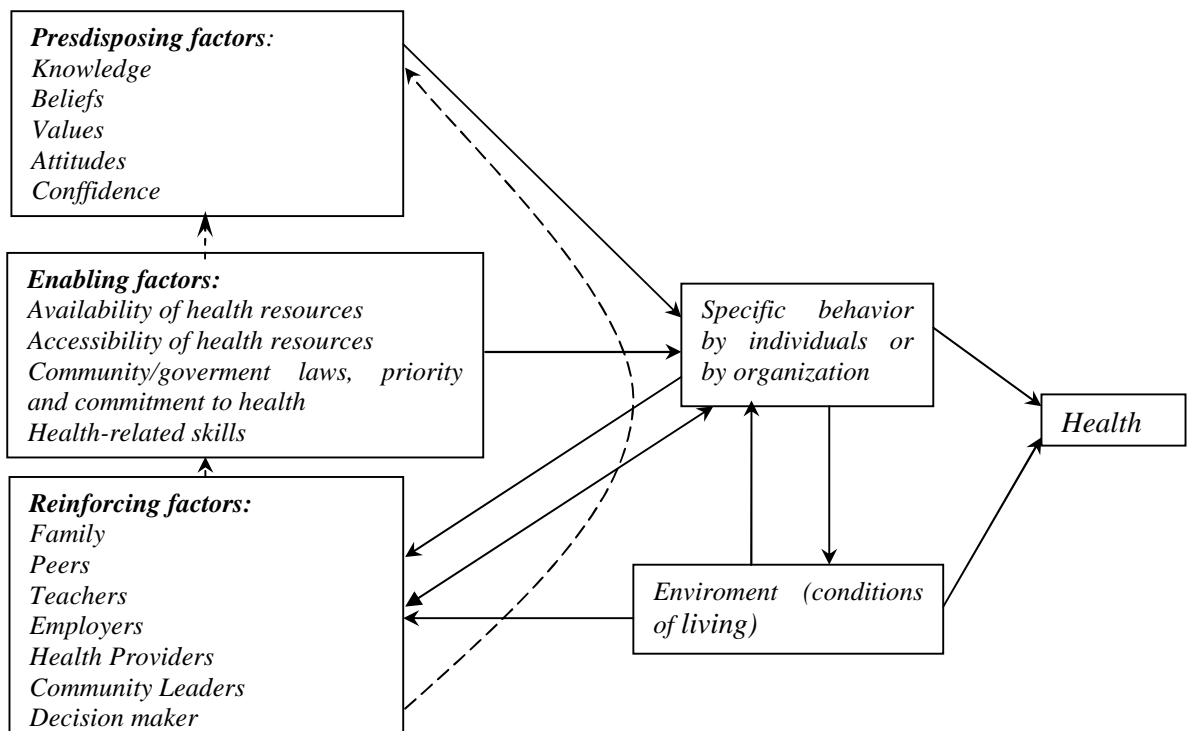
4) **Diagnosis Edukasional & Organisasional**

Mengidentifikasi faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi perilaku.

### 2.1.3 Determinan perilaku kesehatan

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu sendiri. Faktor-faktor tersebut antarlain susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Perilaku merupakan hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor baik dari luar maupun dari dalam subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Dalam bidang penelitian perilaku kesehatan teori Lawrence Green menjadi acuan yang digunakan.

Lawrence Green menganalisis adanya dua determinan penyebab masalah kesehatan yaitu, *behavioral factors* (faktor perilaku), dan *non-behavioral factors* (faktor non-perilaku). Faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu :



Gambar 2.1 Teori perubahan perilaku Lawrence Green

Dari gambar 2.1 diatas dapat dilihat bahwa terdapat tiga kategori faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang, ketiga faktor tersebut memiliki pengaruh berbeda terhadap perilaku; *predisposing factors*, *enabling factors*, *reinforcing factors*. Setiap perilaku dapat dijelaskan sebagai pengaruh secara kolektif dari ketiga faktor tersebut. Dapat disimpulkan bahwa tidak satu pun tindakan atau perilaku yang dipengaruhi hanya oleh satu faktor saja. Untuk kebanyakan orang, ketiga faktor (*Predisposing*, *enabling*, *reinforcing*) harus terlibat agar perilaku atau tindakan dapat terjadi (Green, 1991).

Bagan teori perilaku Lawrence Green secara details menjelaskan hubungan ketiga faktor (*predisposing*, *enabling*, *reinforcing*) dan bagaimana faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi perilaku dari berbagai cara. Seseorang memiliki inisiatif, alasan pribadi, rangsangan atau motivasi (*predisposing factors*) untuk melakukan suatu tindakan, namun apabila hanya faktor-faktor tersebut saja tidak memadai untuk terjadinya suatu tindakan kecuali jika individu tersebut memiliki sumberdaya atau kemampuan untuk melakukan tindakan tersebut. Motivasi harus disertai oleh sumberdaya untuk mendukung terjadinya tindakan tersebut (*enabling factors*). Adanya dorongan (*Reinforcing factors*) memperkuat terbentuknya perilaku, sumberdaya untuk terjadinya perilaku berikutnya, dan motivasi.

#### 2.1.3.1 Faktor Prediposisi (*predisposing factors*)

Faktor prediposisi merupakan faktorinternal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai (Nursalam, 2013). Faktor prediposisi berhubungan dengan motivasi

individu atau kelompok untuk melakukan tindakan, hal tersebut berkenaan dengan domain psikologi yang dimana masuk di dalamnya dimensi afektif dan kognitif seperti mengetahui (*knowing*), merasakan (*feeling*), mempercayai (*believing*), menghargai (*valuing*) dan kepercayaan diri (*self-confidence*) (Green, 1991). Keahlian atau kemampuan yang sudah ada, termasuk dalam *self-efficacy* merupakan salah satu faktor pencetus individu untuk melakukan suatu tindakan.

#### 1) Pengetahuan (*Knowledge or awareness*)

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu individu terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2010). Meningkatnya pengetahuan tanpa ada hal lain yang mendukung tidak selalu bisa menyebabkan terjadinya perubahan perilaku, pengetahuan tentang kesehatan mungkin diperlukan sebelum kesadaran untuk berperilaku sehat terjadi namun tindakan untuk berperilaku sehat mungkin juga tidak akan terjadi individu mendapatkan petunjuk yang cukup kuat untuk memicu motivasi untuk bertindak sesuai pengetahuan yang didapatkan. Pengetahuan sangat diperlukan untuk merubah perilaku individu, namun pengetahuan saja belum cukup untuk membuat individu atau kelompok mampu merubah perilakunya (Green, 1991).

Pengetahuan individu terhadap objek memiliki intensitas atau tingkat yang berbeda-beda, secara garis besar terbagi menjadi enam tingkat pengetahuan sebagai berikut

1. Tahu (*know*), diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

2. Memahami (*comprehension*), memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar sapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
3. Aplikasi (*application*), diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
4. Sintesis (*synthesis*), sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
5. Evaluasi (*evaluation*), hal ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap sesuatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang ada di masyarakat.

## 2) Kepercayaan (*beliefs*)

Kepercayaan merupakan keyakinan bahwa fenomena atau objek adalah benar. Iman, percaya, dan kebenaran merupakan kata yang digunakan untuk mengekspresikan atau mengutarakan kepercayaan.

## 3) Nilai-nilai (*values*)

Kebudayaan merupakan perspektif antar generasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan konsekuensi yang mencerminkan nilai yang dipegang individu. Nilai-nilai cenderung bersifat kelompok-kelompok dalam etnik dan lintas generasi

dari orang-orang yang berbagi sejarah dan ciri geografis yang sama. Sehingga nilai-nilai tersebut menjadi dasar untuk menilai suatu tindakan berdasarkan aspek moral dan peraturan etnik. Nilai mendukung cara pandang individu benar atau salah, baik atau buruk terhadap perilaku yang spesifik (Green, 1991). Sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai-nilai personal memiliki hubungan yang tidak dapat dipisahkan dalam pemilihan perilaku individu.

#### 4) Sikap (*attitudes*)

Menurut Mucchielli yang dikutip oleh Lawrence (1991), sikap merupakan suatu keterlibatan pikiran dan perasaan terhadap stimulus atau objek tertentu yang selalu menyertakan aspek evaluatif. Sikap selalu bisa dinilai sebagai sesuatu yang negatif atau positif. Sikap merupakan perasaan yang relatif sama terhadap suatu objek (individu, tindakan, situasi, dll).

Seperti halnya pengetahuan, sikap memiliki tingkatan berdasarkan intensitasnya sebagai berikut.

1. Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwaseseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan oleh objek.
2. Menanggapi (*responding*), diartikan sebagai memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
3. Menghargai (*valuing*), subjek atau seseorang memberikan penilaian yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti, membahas dengan orang lain dan bahkan mengajak, mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang

yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang berbeda pendapat atau tidak setuju dengannya.

#### 5) *Self – Efficacy*

Berdasarkan penelitian perilaku kesehatan, *self-efficacy* dikategorikan sebagai determinan perilaku. Dalam *self-efficacy*, aspek mental dan kognitif yang mengontrol tindakan individu. Individu mengatur tindakan dan lingkungannya sendiri, meskipun individu melakukan tindakan berdasarkan lingkungan mereka, namun individu ikut berperan dalam menciptakan lingkungannya (Green, 1991).

#### 2.1.3.2 Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Merupakan faktor yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan (Nursalam, 2013). Faktor pendukung adalah kondisi lingkungan yang memfasilitasi peforma dari suatu tindakan yang dilakukan oleh individu ataupun kelompok, termasuk didalamnya ketersediaan, aksesibilitas dan keterjangkauan perawatan kesehatan dan sumberdaya komunitas serta kondisi kehidupan yang dapat menjadi hambatan untuk melakukan tindakan seperti tersedianya alat tranposrtasi. Faktor pendukung termasuk pula di dalamnya kemampuan baru (*new skill*) yang diperlukan individu untuk mencapai perubahan perilaku atau lingkungan (Green, 1991).

Faktor pendukung (*enabling factors*) memiliki tiga hal yang ada didalamnya, antarlain lingkungan perawatan kesehatan (*health care environment*), pengaruh lingkungan yang lain (*other environmental influence*), dan Kemampuan yang baru (*new skill*) (Lawrence Green, 1991).

### 1) Lingkungan Layanan Kesehatan (*health-care environment*)

Faktor pendukung untuk perilaku layanan kesehatan atau layanan medis seperti rumah sakit, ruang gawat darurat, penyedia layanan kesehatan, layanan perawatan pribadi dan lain sebagainya. Biaya, jarak tempuh ke layanan kesehatan, transportasi yang tersedia, jam buka, dan hal-hal lain merupakan faktor pendukung yang mempengaruhi ketersediaan dan aksesibilitas dari Pelayanan kesehatan.

### 2) Pengaruh Lingkungan yang Lain (*other environmental influences*)

Kondisi lingkungan dapat mempengaruhi perilaku yang menimbulkan resiko terjadinya penyakit. Ketersediaan, aksesibilitas, dan biaya yang rendah barang konsumsi yang tidak sehat merupakan faktor yang mendukung pengaruh buruk terhadap perilaku kesehatan.

#### 2.1.3.3 Faktor Pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor pendorong merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apapun yang diterima individu baik umpan balik positif maupun negatif dan dukungan sosial setelah melakukan suatu tindakan. Dalam faktor pendorong terdapat diantaranya antara lain dukungan sosial, pengaruh kelompok, dan nasihat dan saran dari penyedia layanan kesehatan. Konsekuensi fisik dari perilaku juga termasuk dalam *reinforcing factors* yang berbeda dengan konteks sosial.

Manfaat sosial (pengakuan), manfaat secara fisik (kemudahan, kenyamanan, dorongan dan penderitaan), hadiah nyata (keuntungan ekonomis), penghargaan yang diharapkan (kehormatan, peningkatan penampilan) semua hal tersebut mendorong terjadinya perilaku. Namun faktor pendorong juga memiliki



konsekuensi merugikan dari perilaku atau sering disebut sebagai hukuman, hal ini dapat menyebabkan hilangnya perilaku yang positif.

Dapat disimpulkan bahwa faktor pendorong dukungan keluarga dan masyarakat dalam terjadinya perubahan perilaku merupakan konsekuensi yang didapatkan individu dari tindakan atau perilaku yang dilakukannya, dapat berupa *feedback* dan dukungan sosial baik dalam bentuk negatif maupun positif. Sedangkan untuk dukungan dari petugas kesehatan berupa kemudahan untuk mendapatkan informasi mengenai perilaku kesehatan dan nasihat mengenai tindakan yang tepat untuk meningkatkan perilaku kesehatan.

#### 2.1.4 Perubahan (Adaptasi) Perilaku & Indikatornya

##### 1. Proses Adaptasi Perilaku

Menurut Notoadmojo (2010), mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, didalam diri seseorang tersebut terjadi proses secara berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), orang (subjek) tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, subjek mulai tertarik pada stimulus (objek).
3. *Evaluation*, menimbang-nimbang apakah stimulus merupakan hal baik atau tidak.
4. *Trial*, Subjek telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adaption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun dalam penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu sesuai dengan proses diatas. Apabila penerimaan

perilaku baru yang didasari dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long listing*). Sebaliknya, apabila perubahan perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan mudah hilang.

## 2. Indikator Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku merupakan suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama (Notoatmodjo, 2010). Dalam teorinya perubahan atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui tiga tahap :

### 1) Pengetahuan

Pengetahuan ini dikelompokan lagi menjadi tiga, yaitu; pengetahuan tentang sakit dan penyakit, pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan, dan pengetahuan tentang kesehatan lingkungan.

### 2) Sikap

Sikap dikelompokan menjadi; sikap terhadap sakit dan penyakit, sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat, dan sikap terhadap kesehatan lingkungan.

### 3) Praktek dan Tindakan

Indikator dari praktek dan tindakan ini antara lain; tindakan sehubungan dengan penyakit, tindakan sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, dan tindakan kesehatan lingkungan.

## 2.2 Konsep Gizi Buruk

### 2.2.1 Pengertian Gizi Buruk

Gizi buruk merupakan status kondisi seseorang kurang nutrisi, atau nutrisinya di bawah standar rata-rata. Status gizi buruk diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu gizi buruk karena kekurangan protein yang disebut *kwashiokor*, karena kekurangan karbohidrat atau kalori disebut *marasmus*, dan kekurangan keduanya. Anak balita (bawah lima tahun) rentan mengalami gizi buruk dan ditampakkan dengang perut yang membusung (busung lapar). Gizi buruk adalah suatu kondisi dimana seseorang memiliki status gizi berada di bawah standar rata-rata. Zat gizi yang mungkin kurang di dalam tubuh penderita gizi buruk bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori. Gizi buruk (*severe malnutrition*) adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun (Neney, 2005).

Anak balita (bawah lima tahun) sehat atau kurang gizi dapat diketahui dari pertambahan berat badannya tiap bulan sampai usia minimal 2 tahun (baduta). Apabila pertambahan berat badan sesuai dengan pertambahan umur menurut suatu standar organisasi kesehatan dunia, dia bergizi baik. Jika sedikit dibawah standar disebut gizi kurang yang bersifat kronis. Apabila jauh dibawah standar dikatakan bergizi buruk. Jadi istilah gizi buruk adalah salah satu bentuk kekurangan gizi tingkat berat atau akut (Pardede, 2006).

### 2.2.2 Klasifikasi Status Gizi

Untuk menilai status gizi anak balita, maka nagka berat badan dan tinggi badan setiap anak dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*z-skor*) menggunakan

baku antropometri anak balita WHO 2006. *Z-skor* merupakan indeks antropometri yang digunakan secara internasional untuk menentukan status gizi dan pertumbuhan, yang diekspresikan sebagai satuan standar deviasi (SD) populasi rujukan. Selanjutnya berdasarkan nilai *z-skor* dari masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi anak balita berdasarkan batasan sebagai berikut

**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
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Lebih	>2 SD
	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
	Sangat Kurus	<-3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

Gambar 2.2 Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks

Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut, karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator BB/U yang rendah dapat disebabkan karena sedang menderita diare atau penyakit infeksi lain. Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat dan pola asuh pemberian makan yang kurang baik.

Penentuan status gizi juga dapat menggunakan perhitungan IMT/U, yang kemudian dapat dikategorikan menggunakan *z-skor*.

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi Anak Berdasarkan IMT/U Menurut WHO-NCHS 2005 (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Variabel	Kategori
$= -3SD$	<i>Severe underweight</i>
$-3SD < Z < -2SD$	<i>Underweight</i>
$-2SD < Z < +1SD$	<i>Normal</i>
$+1SD < Z < +2SD$	<i>Overweight</i>
$+2SD < Z < +3SD$	<i>Obese</i>
$= +3SD$	<i>Severe obese</i>

### 2.2.3 Dampak Gizi Buruk

Gizi buruk bukan hanya menjadi stigma yang ditakuti, hal ini tentu saja terkait dengan dampak terhadap sosial ekonomi keluarga maupun negara, di samping berbagai konsekuensi yang diterima anak itu sendiri. Kondisi gizi buruk sering disertai dengan defisiensi asupan makro ataupun mikro nutrien yang sangat diperlukan bagi tubuh sehingga akan mempengaruhi banyak organ dan sistem. Penderita gizi buruk rentan mengalami infeksi karena sistem pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme mengalami gangguan akibat kekurangan zat gizi.

Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berbagai disfungsi yang alami, ancaman yang timbul antara lain *hipotermi* (mudah kedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, *hipoglikemia* (kadar gula darah di bawah kadar normal) dan kekurangan elektrolit dan cairan tubuh. Jika fase akut tertangani dan namun tidak ada *follow up* dengan baik akibatnya anak tidak dapat “*catch up*” dan mengejar ketinggalannya maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya.

Akibat gizi buruk terhadap pertumbuhan sangat merugikan *performance* anak, akibat kondisi “*stunting*” (postur tubuh kecil pendek) yang diakibatkannya dan perkembangan anak pun terganggu. Efek malnutrisi terhadap perkembangan mental dan otak tergantung dengan derajat beratnya, lamanya dan waktu

pertumbuhan otak itu sendiri. Dampak terhadap pertumbuhan otak ini menjadi fatal karena otak adalah salah satu aset yang vital bagi anak (Nency, 2007).

Beberapa penelitian menjelaskan, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah penurunan skor tes IQ, penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi anak (Nency, 2007).

#### 2.2.4 Faktor Penyebab Gizi Buruk

Menurut Depkes RI (2010), ada dua faktor penyebab dari gizi buruk, yaitu:

1. Penyebab langsung, Kurangnya kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi, menderita penyakit infeksi, cacat bawaan dan menderita penyakit kanker. Anak yang mendapat makanan cukup baik tetapi sering diserang penyakit atau demam sehingga menderita kurang.
2. Penyebab tidak langsung, ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku, pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor lain selain faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Oleh karena itu untuk mengatasi gizi buruk dibutuhkan kerja sama lintas sektor. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga baik jumlah maupun gizi (Kirch, 2008).

Secara garis besar gizi buruk disebabkan oleh karena asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit, atau terkenan infeksi.

Asupan makanan yang kurang disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain tidak tersedianya makanan secara adekuat, anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, dan pola makan yang salah. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi berikutnya (Hasaroh, 2010).

### 2.3 Penatalaksanaan Gizi Buruk pada Anak Balita

Dalam proses pengobatan KEP berat terdapat tiga fase, yaitu fase stabilisasi, fase transisi dan fase rehabilitasi. Petugas kesehatan harus terampil dalam memilih langkah mana yang cocok untuk setiap fase.

#### 2.3.1 Fase Stabilisasi

Dalam fase stabilisasi ini, bertujuan untuk menyesuaikan kemampuan pasien untuk menerima diet tinggi energi dan tinggi protein dengan peningkatan jumlah formula yang diberikan secara bertahap sehingga anak dalam kondisi stabil (Hasaroh, 2010). Formula hendaknya hiposmolar rendah laktosa, porsikecil dan sering. Setiap 100 ml mengandung 75 kal. Dan protein 0,9 gram. Diberikan makanan formula 75 (F 75). Resomal dapat diberikan apabila anak diare atau muntah atau pun dehidrasi, 2 jam pertama setiap setengah jam, selanjutnya 10 jam berikutnya diselang seling dengan formula 75 (F 75) (Krisnansari, 2010).

Tabel 2.2 Kebutuhan zat gizi fase stabilisasi (Depkes RI, 2007).

Zat Gizi	Stabilisasi ( hari ke 1-2)
Energi	80-100 kkal/kgBB/hari
Protein	1-1,5 gram /kgBB/hari
Cairan	130 ml/kgBB/hari atau 100 ml/kgBB/hari bila ada edema
Fe	-
• Tablet besi/ folat	-

(Fe SO <sub>4</sub> 200mg + 0,25 mg asam folat)	
• Sirup besi ( Fe SO <sub>4</sub> 150 ml) 1-3 mg elemental	-
<b>Vitamin A</b>	
• Usia < 6 bulan	50.000 SI (0,5 kapsul biru)
• Usia 6-11 bulan	100.000 SI (1 kapsul biru)
• 1-5 tahun	200.000 SI (1 kapsul merah)
<b>Vitamin C</b>	
• Usia < 6 bulan	30 mg
• Usia 6-11 bulan	35 mg
• Usia 1-3 tahun	40 mg
• Usia 4-6 tahun	45 mg
Asam folat	5mg/hari pada hari ke-1, selanjutnya 1mg/hari
Vitamin B komplek	1 tablet/hari
<b>Mineral mix</b>	
• Zinc	
• Kalium	
• Natrium	
• Magnesium	
• Cuprum	
) Diberikan dalam bentuk larutan elektrolit/mineral, pemberiannya dicampurkan kedalam Resomal, F-75, F-100 dan F-135	

### 2.3.2 Fase Transisi

Pada fase ini anak mulai stabil dan memperbaiki jaringan tubuh yang rusak (*catch up*). Diberikan F-100, setiap 100 ml F-100 mengandung 100 kal dan protein 2,9 gram (Krisnansari, 2010).

Tabel 2.3 Kebutuhan zat gizi fase transisi (DepkesRI, 2007)

Zat Gizi	Transisi ( hari ke 3-7)
Energi	100-150 kkal/kgBB/hari
Protein	2-3 gram /kgBB/hari
Cairan	150 ml/kgBB/hari
<b>Fe</b>	
• Tablet besi/ folat (Fe SO <sub>4</sub> 200mg + 0,25 mg asam folat)	-
• Sirup besi ( Fe SO <sub>4</sub> 150 ml) 1-3 mg elemental	-
<b>Vitamin A</b>	



• Usia < 6 bulan	50.000 SI (0,5 kapsul biru)
• Usia 6-11 bulan	100.000 SI (1 kapsul biru)
• 1-5 tahun	200.000 SI (1 kapsul merah)
Vitamin C	
• Usia < 6 bulan	30 mg
• Usia 6-11 bulan	35 mg
• Usia 1-3 tahun	40 mg
• Usia 4-6 tahun	45 mg
Asam folat	5mg/hari pada hari ke-1, selanjutnya 1mg/hari
Vitamin B kompleks	1 tablet/hari
Mineral mix	
• Zinc	
• Kalium	
• Natrium	
• Magnesium	
• Cuprum	
) Diberikan dalam bentuk larutan elektrolit/mineral, pemberiannya dicampurkan kedalam Resomal, F-75, F-100 dan F-135	

### 2.3.3 Fase Rehabilitasi

Terapi nutrisi pada fase ini adalah untuk mengejar pertumbuhan anak. Diberikan setelah anak sudah bisa makan. Makanan padat diberikan pada fase rehabilitasi berdasarkan berat badan, jika berat badan < 7kg diberi MP-ASI dan apabila berat badan ≥ 7kg maka diberi makanan balita, serta diberikan makanan formula 135 dengan nilai gizi setiap 100 ml mengandung energi 135 kal dan protein 3,3 gram (Krisnansari, 2010).

Tabel 2.4 Kebutuhan gizi fase rehabilitasi (DepkesRI, 2007)

Zat Gizi	Rehabilitasi ( minggu ke 2-6)
Energi	150-220 kkal/kgBB/hari
Protein	3-4 gram /kgBB/hari
Cairan	150-200 ml/kgBB/hari
Fe	
• Tablet besi/ folat (Fe SO <sub>4</sub> 200mg + 0,25 mg asam folat)	usia 6-12 bulan..... 1x sehari ¼ tablet usia 1-5 tahun..... 1 x sehari ½ tablet
• Sirup besi ( Fe SO <sub>4</sub> 150 ml) 1-3 mg elemental	usia 6-12 bulan..... 1 x sehari ½ sendok teh usia 1-5 tahun.....1 x sehari 1 sendok teh
Beri tiap hari selama 4 minggu untuk anak umur 4	

	bulan hingga 5 tahun.
Vitamin A	
• Usia < 6 bulan	50.000 SI (0,5 kapsul biru)
• Usia 6-11 bulan	100.000 SI (1 kapsul biru)
• 1-5 tahun	200.000 SI (1 kapsul merah)
Vitamin C	
• Usia < 6 bulan	30 mg
• Usia 6-11 bulan	35 mg
• Usia 1-3 tahun	40 mg
• Usia 4-6 tahun	45 mg
Asam folat	5mg/hari pada hari ke-1, selanjutnya 1mg/hari
Vitamin B kompleks	1 tablet/hari
Mineral mix	
• Zinc	
• Kalium	
• Natrium	
• Magnesium	
• Cuprum	
) Diberikan dalam bentuk larutan elektrolit/mineral, pemberiannya dicampurkan kedalam Resomal, F-75, F-100 dan F-135	

Setelah melewati ketiga fase diatas, penatalaksanaan dapat dilakukan dirumah, apabila Berat badan dibanding tinggi badan atau panjang badan  $-2$  SD, tidak ada gejala klinis dan memenuhi kriteria selera makan sudah baik, makanan yang diberikan dapat dihabiskan, ada perbaikan kondisi mental, anak sudah dapat tersenyum, duduk, merangkak, berdiri atau berjalan sesuai umurnya, suhu tubuh berkisar antara 36,5 – 37,7 derajat celcius, tidak muntah atau diare, tidak ada edema, terdapat kenaikan berat badan sekitar 50g/kgBB/minggu selama 2 minggu berturut-turut (DepkesRI, 2007).

#### 2.4 Pengukuran Konsumsi Makanan

Menurut Supriasa (2002), Survei konsumsi makanan yaitu mempelajari jumlah asupan makanan yang dikonsumsi tubuh dan dibandingkan dengan bau kecukupan sehingga diketahui kecukupan gizi yang dipenuhi. Survei konsumsi

makanan bertujuan untuk mengetahui konsumsi makanan seseorang atau kelompok orang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif (Baliwati, 2004).

#### 2.4.1 Metode Pengukuran Konsumsi Makanan

Penilaian konsumsi makanan dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu pengukuran melalui metode kualitatif dan kuantitatif.

##### 2.4.1.1 Metode Kualitatif

Metode yang bersifat kualitatif memiliki tujuan untuk mengetahui frekuensi makanan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habits*) serta cara-cara memperoleh makanan tersebut. Metode pengukuran konsumsi makanan secara kualitatif antara lain

##### 1) Metode frekuensi makanan (*food frequency*)

Metode frekuensi makanan digunakan untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan dan tahun. Frekuensi yang dimaksudkan dalam metode ini adalah berapa kali anak makan makanan pokok (makanan hewani, nabati, sayur-sayuran, buah-buahan) dan lain sebagainya dalam satu hari (Supariasa, 2002). Dari metode frekuensi makan dapat diperoleh gambaran pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif. Kuesioner frekuensi makan memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Metode frekuensi makanan memiliki kelebihan dan kekurangan, menurut Supariasa (2002), metode *food frequency* memiliki kelebihan antara lain relatif murah dan sederhana, dapat dilakukan sendiri

oleh responden, tidak memerlukan suatu latihan khusus, dapat membantu menjelaskan hubungan antara penyakit dengan kebiasaan makan. Sedangkan kekurangan dari metode *food frequency* adalah tidak dapat menghitung intake zat gizi sehari, sulit mengembangkan kuesioner pengumpulan data, cukup membosankan untuk responden dan perlu percobaan pendahuluan untuk menentukan jenis bahan makanan yang akan masuk dalam daftar kuesioner.

## 2) Metode riwayat makan (*dietary history*)

Metode *dietary history* dapat memberikan gambaran pola konsumsi berdasarkan pengamatan atau observasi dalam waktu tertentu yang cukup lama (satu minggu, bulan, tahun). Menurut Burke (1947), yang dikutip oleh Supriasa (2002), metode *dietary history* memiliki tiga komponen, yaitu wawancara (*recall 24 jam*), yang mengumpulkan data tentang apa saja yang dimakan responden selama 24 jam terakhir. Komponen kedua adalah tentang frekuensi penggunaan dalam sejumlah bahan makanan dengan memberikan daftar (*check list*) yang sudah disiapkan, komponen yang terakhir adalah pencatatan konsumsi selama 2-3 hari sebagai cek ulang.

Kelebihan dari metode ini ialah dapat memberikan gambaran konsumsi pada periode yang panjang secara kualitatif dan kuantitatif, namun di sisi lain metode ini terlalu membebani pihak pengumpul data dan responden serta sangat sensitif dan perlu pengumpul data yang terlatih.

### 3) Metode pendaftaran makanan (*food list*)

Dalam metode ini dilakukan dengan menanyakan dan mencatat seluruh bahan makan yang digunakan keluarga selama periode survei dilakukan. Pencatatan dilakukan berdasarkan jumlah bahan makanan yang dibeli, harga dan nilai pembeliannya, termasuk makanan yang dimakan anggota keluarga diluar rumah (Supariasa, 2002). Jumlah bahan makanan diperkirakan dengan ukuran berat atau URT, selain itu dapat juga dipergunakan alat bantu seperti *food model*. Kelebihan dari metode ini ialah tidak diperlukannya waktu yang panjang dan relatif murah, namun kekurangan dari hasil pengukuran metode ini adalah tingkat keakuratannya sangat rendah karena berdasarkan pada estimasi/perkiraan, sangat subjektif karena tergantung pada tingkat kejujuran responden.

### 4) Metode telepon

Sarana komunikasi dalam metode ini merupakan faktor yang sangat penting karena pengumpulan data dalam metode ini dilakukan melalui telepon tentang persediaan makanan yang dikonsumsi keluarga selama periode survei. Kelebihan dalam metode ini adalah pengumpul data tidak harus mengunjungi responden dan dapat mencakup banya responden, kekurangannya, biaya yang dipergunakan sangat tergantung pada rekening telepon, sulit dilakukan pada daerah yang belum mempunyai jaringan telepon dan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan interpretasi dari hasil informasi yang diberikan responden.

#### 2.4.1.2 Metode Kuantitatif

Metode secara kuantitatif dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM), daftar Ukuran Rumah Tangga (URT), Daftar Konversi Mentah-Masak (DKMM) dan Daftar Penyerapan Minyak. Metode kuantitatif antara lain

##### 1) Metode *recall* 24 jam

Metode ini paling sering digunakan baik secara klinis maupun penelitian. Metode ini mengharuskan responden mengingat semua makanan dan jumlahnya sebaik mungkin dalam waktu tertentu ketika tanya jawab berlangsung (Supriasa, 2002). Pada dasarnya metode ini dilakukan dengan cara mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada masa lalu, wawancara dilakukan sedalam mungkin agar responden dapat mengungkapkan jenis bahan makanan yang dikonsumsinya beberapa hari yang lalu.

Kelebihan dari metode *recall nutrition* adalah pelaksanaannya mudah serta tidak terlalu membebani responden, dan dapat digunakan untuk memperoleh data dari responden yang buta huruf. Sedangkan kekurangan dari metode ini adalah ketepatannya sangat tergantung pada daya ingat responden sehingga metode ini tidak cocok digunakan pada anak usia dibawah 7 tahun, orang tua berusia diatas 70 tahun dan orang yang hilang ingatan atau pelupa (Supriasa, 2002).

## 2) Perkiraan makanan (*estimated food record*)

Metode ini disebut juga *food records* atau *dietary records*, yang digunakan untuk mencatat jumlah yang dikonsumsi. Pada metode ini responden diminta untuk mencatat semua yang dimakan dan minum setiap kali sebelum makan dalam Ukuran Rumah Tangga (URT) atau menimbang dalam ukuran berat dalam periode tertentu (2-4 hari berturut-turut), termasuk cara persiapan dan pengolahan makanan tersebut.

Langkah pertama yang dilakukan ialah responden mencatat makanan yang dikonsumsi dalam URT atau gram (nama masakan, cara persiapan dan pemasakan bahan makanan), kemudian petugas memperkirakan URT ke dalam ukuran berat (gram) untuk bahan makanan yang dikonsumsi tadi. Selanjutnya bahan makanan dianalisis kedalam zat gizi dengan DKBM dan kemudian dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Metode ini dapat memberikan informasi konsumsi yang mendekati sebenarnya (*true intake*) tentang jumlah energi dan zat gizi yang dikonsumsi oleh individu (Supariasa, 2002).

Kelebihan dari metode ini adalah relatif murah dan cepat, dapat menjangkau sampel dalam jumlah besar, dapat mengetahui konsumsi zat gizi dalam sehari dan hasilnya relatif lebih akurat. Namun di sisi lain metode ini lebih membebani responden, sehingga sering menyebabkan responden merubah kebiasaan makanannya dan sangat tergantung pada tingkat kejujuran dan kemampuan responden dalam mencatat jumlah konsumsi (Supariasa, 2002).

## 2.5 Keaslian Penelitian

Tabel 2.5 Keaslian penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

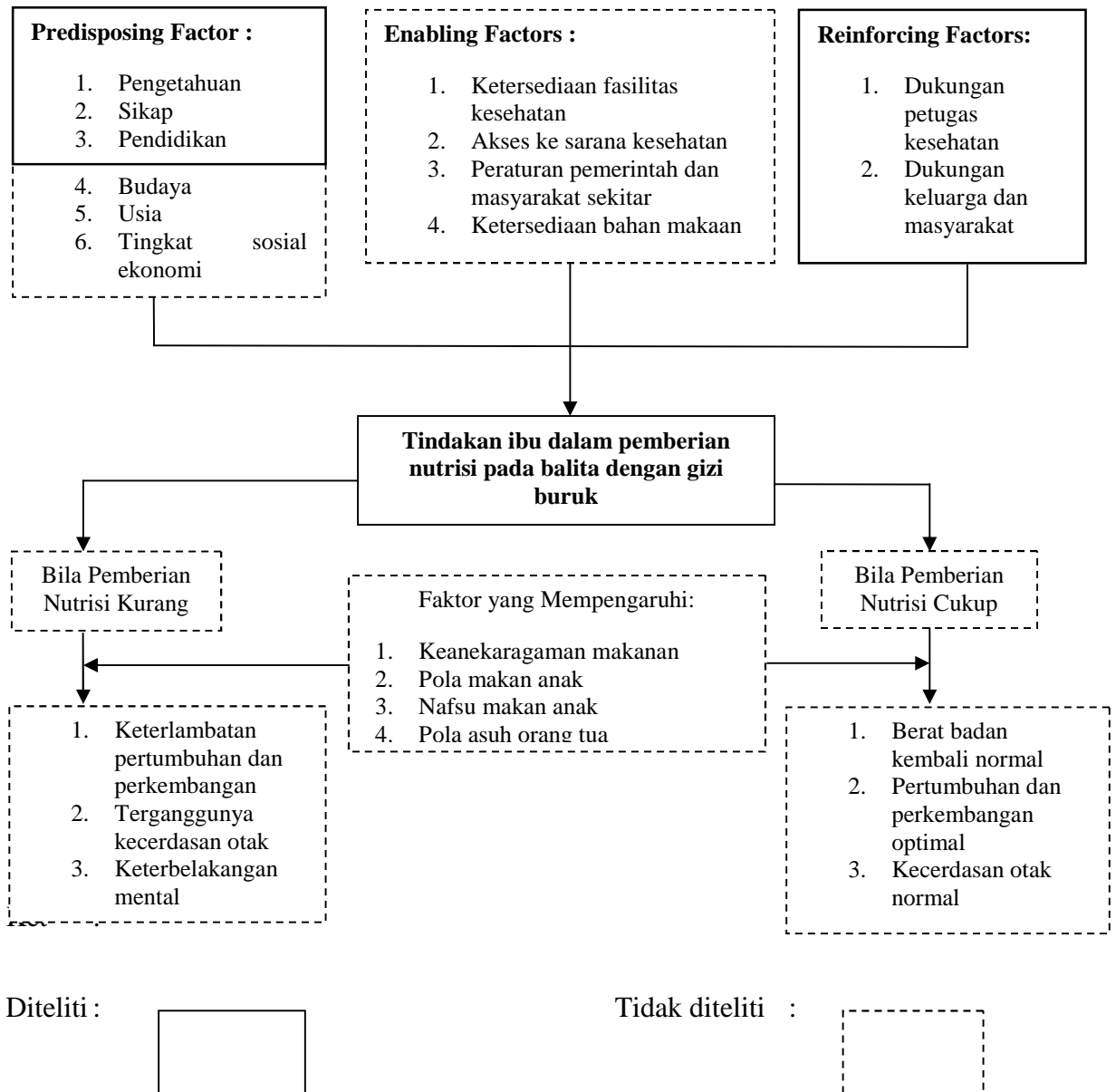
No.	Judul Artikel, Tahun	Penulis,	Metode	Hasil Penelitian
1	Hubungan Perilaku Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Tanjung Beringin Kecamatan Langkat Kabupaten (Mardiana, 2006)		D: Deskriptif Analitik <i>cross-sectional</i> . S: 87 orang V: Ibu balita yang berumur 12-59 bulan. I: kuesioner A: <i>spearman-Rho</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu dengan status gizi balita dimana $p < 0,05$ ( $p = 0,031$ ) dan adanya hubungan yang signifikan antara tindakan ibu dengan status gizi balita ( $p = 0,001$ ) serta tidak ditemukan hubungan antara sikap ibu dengan status gizi balita ( $p = 0,229$ ).
2	Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung (Nainggolan, 2007).		D: Observasional, <i>cross-sectional</i> S: 159 responden V: Pengetahuan dan sikap gizi Ibu-Status gizi balita I: Kuesioner A: univariat, bivariat, multivariat	Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan signifikan antara pengetahuan gizi ibu dengan status gizi balita dan ada hubungan signifikan antara sikap gizi ibu dengan status gizi balita ( $p = 0,000$ ).
3	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Gizi Buruk dengan Praktek Ibu dalam Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Modisco di Kabupaten Semarang (Wijayanti, 2004).		D: Eksplanatori, <i>cross-sectional</i> S: 58 orang V: Pengetahuan dan sikap Ibu gizi buruk – Praktek pemberian PMT-P I: Kuesioner A: Uji <i>spearman</i>	Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang gizi dan PMT-P dan sikap ibu balita terhadap PMT-P modisco dengan praktek ibu dalam PMT-P modisco.
4	Faktor-Faktor Resiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita Yang Dirawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang (Novitasari, 2012).		D: Observasional S: 80 orang V: balita gizi buruk, variabel kontrol ;balita gizi baik I: Kuesioner A: Uji $X^2$	Sebagian besar balita dengan gizi buruk berjenis kelamin perempuan 64,1%. Beberapa karakteristik demografi merupakan faktor risiko gizi buruk, antara lain status sosial ekonomi (OR= 21,000; CI 95%= 6,46-68,28), Pendidikan Ibu (OR=16,333; CI95%= 5,14-51,87).



**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL dan HIPOTESIS**

**3.1 Kerangka Konseptual Penelitian**



Gambar 3.1 Kerangka koseptual Analisis faktor yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dipengaruhi oleh tiga faktor utama, *predisposing factors* (pengetahuan, sikap, pendidikan, budaya, usia dan tingkat sosial ekonomi), *enabling factors* (ketersediaan fasilitas, akses ke sarana kesehatan, peraturan pemerintah dan masyarakat sekitar dan ketersediaan bahan makanan). *Reinforcing factors* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat). *Predisposing factors* dan *reinforcing factors* dipilih karena memiliki pengaruh besar pada ibu dalam menentukan tindakan dalam pemberian nutrisi pada anak.

### 3.2 HIPOTESIS

H1 : Terdapat hubungan *predisposing factors* (pengetahuan, sikap, pendidikan) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

H1 : Terdapat hubungan *reinforcing factors* (dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat) dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Rancangan Penelitian**

Berdasarkan tujuan penelitian, maka penelitian ini merupakan penelitian *correlational* yang bertujuan menentukan faktor apakah yang terjadi sebelum atau bersama-sama tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada saat. Pada jenis ini data independen dan dependen dinilai simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2013).

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

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah subyek (misalnya: manusia) yang mempengaruhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkon Kabupaten Nganjuk sebanyak 25 ibu.

##### **4.2.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Didapatkan 22 ibu yang memenuhi kriteria. Untuk mengurangi bias pada penelitian ini maka sampel dibagi menjadi dua kriteria yaitu inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria eksklusi adalah

menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2013).

1. Sampel dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi, antara lain :
  - 1) Ibu yang mengasuh anaknya sendiri
  - 2) Ibu yang balitanya berusia *toddler* (1-3tahun)
  - 3) Ibu yang tinggal bersama keluarga
  - 4) Ibu dengan balita yang memiliki penyakit ISPA
2. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
  - 1) Ibu yang tidak bersedia menjadi responden
  - 2) Ibu yang tidak bisa membaca dan menulis

#### **4.2.3 Sampling**

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi, dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2013).

#### **4.3 Identifikasi Variabel**

Identifikasi variabel merupakan bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian, seperti : variabel independen dan variabel dependen (Azis, 2007).

##### **4.3.1 Variabel independen**

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor-

faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Faktor-faktor tersebut adalah tingkat pendidikan ibu, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga dan masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

#### 4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel-variabel lain. Variabel ini adalah faktor yang diamati atau diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

#### 4.3.3 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut hingga memungkinkan peneliti melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian Analisis faktor yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen: Pendidikan	Riwayat sekolah yang pernah ditempuh seorang ibu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SD</li> <li>2. SMP</li> <li>3. SMA</li> <li>4. PT/Diploma</li> </ol>	Kuesioner	Nominal	SD=1 SMP=2 SMA=3 PT/Diploma =4
Pengetahuan	Semua yang diketahui ibu tentang pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk	Pemahaman ibu tentang status gizi balita dan makanan balita gizi buruk: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian balita sehat dan balita dengan gizi buruk (1,2)</li> <li>2. Nutrisi untuk balita gizi buruk(6,5)</li> <li>3. Jenis nutrisi untuk balita gizi buruk(5,6)</li> <li>4. Tanda dan penyebab anak balita gizi buruk (3,4)</li> <li>5. Cara dan manfaat mengetahui status gizi balita (7,8)</li> <li>6. Dampak dari gizi buruk (9)</li> <li>7. Awal pemberian makanan tambahan pada balita (10)</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Jawaban benar= 1 Jawaban salah= 0 Kategori: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik = skor &gt;75%, 8-10 soal jawaban benar.</li> <li>2. Sedang = skor 40-75%, 4-7 soal jawaban benar</li> <li>3. Kurang = skor &lt;40%, 1-3 soal jawaban benar</li> </ol>

Sikap	Kecenderungan ibu dalam memberikan nutrisi pada balita gizi buruk	Tanggapan atau respon ibu mengenai status gizi dan nutrisi balitanya: 1. Penganekaragaman makanan (1) 2. Makanan sehat dan seimbang (2) 3. Makanan tambahan untuk balita gizi buruk (3,5,7) 4. Pentingnya mengetahui Status gizi balita (4,6)	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan Positif Skor : SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Kategori: Sikap positif jika $T \geq$ mean data Sikap negatif jika $T <$ mean data (Arikunto, 2006)
Dukungan Petugas Kesehatan	Fungsi atau peran serta penyedia layanan kesehatan dalam memotivasi ibu dalam pemberian nutrisi pada balita gizi buruk	1. Edukasi (2,6,7) 2. Informasi (1,3,4,5)	Kuesioner	Ordinal	Tidak pernah= 1 Kadang-kadang=2 Sering= 3 Selalu= 4 Kategori: 1. 9-17= kurang 2. 18-26= cukup 3. 27-36= baik (Arikunto, 2006)
Dukungan Keluarga dan Masyarakat	Fungsi atau peran serta orang terdekat atau komunitas kepada ibu yang berpengaruh terhadap tindakan pemberian nutrisi pada balita gizi buruk	1. Emosional (1,2,3) 2. Penghargaan (8) 3. Instrumental (4,5) 4. Informasi (6,7)	Kuesioner	Ordinal	Tidak pernah= 1 Kadang-kadang=2 Sering= 3 Selalu= 4 Kategori: 1. 9-17= kurang 2. 18-26= cukup

3. 27-36= baik

(Arikunto, 2006)

Variabel dependen: Tindakan pemberian nutrisi pada balita gizi buruk	Perilaku tertentu ibu dalam memberikan asupan nutrisi pada balita gizi buruk	Kuantitas makanan yang diberikan pada balita	Kuesioner ( <i>Food recall</i> )	Ordinal	Metode <i>Recall</i> 24 jam. Hasil dibandingkan dengan nilai AKG sesuai usia anak  Klasifikasi : Defisit : <90% AKG Normal : 90-119% AKG Kelebihan 120 % AKG
---	--	--	----------------------------------	---------	---



#### 4.4 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner untuk mengukur tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu, dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga serta masyarakat, perilaku (tindakan) ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis dalam rangka pengumpulan data (Nursalam, 2013). Kuesioner dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Data demografi yang terdiri dari usia ibu, pendapatan ibu, tingkat pendidikan ibu dan penyakit penyerta anak.
2. Kuesioner tingkat pengetahuan ibu yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan ketentuan hanya ada satu jawaban yang benar yaitu apabila jawaban benar diberi nilai 1 sedangkan apabila jawaban salah diberi nilai 0. Cara menentukan kategori tingkat pengetahuan ibu mengacu pada kategori berikut : baik apabila skor lebih dari 75%, jawaban benar 8-10 soal, sedang bila skor 40-75%, jawaban benar 4-7 soal, kurang bila skor kurang dari 40%, jawaban benar 1-3 soal (Arikunto, 2006).
3. Kuesioner sikap ibu yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan ketentuan diukur dengan menggunakan skala Likert yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu ; Sangat Setuju = 4, Setuju = 3. Tidak setuju = 2, Sangat tidak setuju = 1 untuk pernyataan positif. Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab kuesioner dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \frac{\sum x - \bar{x}}{s}$$

Keterangan :  $x$  : skor responden

$\bar{x}$  : nilai rata-rata kelompok

$S$  : standar deviasi ( simpang baku)

(Azwar, 2003).

Kemudian sikap dikatakan positif apabila nilai skor  $T$  mean data dan sikap dikatakan negatif apabila nilai skor  $T$  mean data.

4. Kuesioner untuk dukungan petugas kesehatan dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan *openended questions* dengan mengklasifikasikan : tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, dan selalu = 4, kemudian dikategorikan menjadi 3 yaitu : 9-17 adalah kurang, 18-26 adalah cukup dan 27-36 adalah baik (Arikunto, 2006).
5. Kuesioner untuk dukungan keluarga atau masyarakat dengan 8 item pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan positif dan negatif dengan menggunakan *openended questions*. Pertanyaan dukungan keluarga atau masyarakat lebih kepada dukungan tindakan untuk memberikan nutrisi pada balita gizi buruk. Untuk pertanyaan positif jawaban, tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4, dan untuk pertanyaan negatif jawaban tidak pernah = 4, kadang-kadang = 3, sering = 2, selalu = 1. Kemudian dikategorikan menjadi 3 yaitu : 9-17 = kurang, 18-26 = cukup dan 27-36 = baik (Arikunto, 2006).
6. Kuesioner tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita gizi buruk dengan memberikan *food recall* yang harus diisi oleh ibu balita sesuai dengan makanan apa saja yang diberikan pada balitanya pada hari sebelum diberikan kuesioner secara detail. Kemudian diambil rata-rata

dari hasil *food recall* selama sehari hari sebelumnya, kemudian hasil yang didapatkan dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan dengan klasifikasi sebagai berikut

Tabel 4.2 Kategori Angka Kecukupan Gizi (Sukandar, 2007)

Kategori	% AKG
Defisit tingkat berat	<70
Defisit tingkat sedang	70-79
Defisit tingkat ringan	80-89
Normal	90-119
Kelebihan	120

Kemudian tindakan ibu dapat dikatakan baik apabila hasil dari *food recall* berada pada rentang normal dan diberi skor 1, sedangkan tindakan ibu dikatakan kurang apabila hasil *food record* berada kurang dari rentang normal (<90%AKG) dan diberi skor 0.

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Kecamatan Lengong Kabupaten Nganjuk, pada tanggal 23 – 26 Juni 2014.

#### 4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian, pengumpulan data awal diperoleh langsung melalui wawancara dengan salah satu petugas pojok gizi di Puskesmas dan bidan desa setempat. Peneliti menanyakan mengenai balita dengan gizi buruk, didapatkan data bahwa terdapat 25 balita dengan gizi buruk. Data kesehatan tersebut diberikan langsung oleh bidan desa dan petugas pojok gizi di Puskesmas Lengong kabupaten Nganjuk. Sebelum membagikan kuesioner, responden diberikan penjelasan tentang pengisian kuesioner dan pendekatan kepada ibu balita. Pemilihan sampel menurut kriteria inklusi dilakukan oleh peneliti pada saat

menyebarkan kuesioner dengan cara menanyakan terlebih dahulu kepada responden, apakah pada saat ini balitanya masih berstatus gizi buruk. Apabila pertanyaan tersebut terjawab ya, maka terlihat bahwa adanya variabel dependen atau tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti mendatangi ibu yang balitanya mengalami gizi buruk yang memenuhi kriteria inklusi dengan tahap diberi nama dengan menggunakan kode khusus sebagai subjek penelitian untuk mengukur tingkat pendidikan ibu, pengetahuan, dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga atau masyarakat dan sikap ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Untuk tindakan ibu dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk peneliti melakukan wawancara pada ibu balita menggunakan *food recall* 1x24 jam, peneliti menanyakan makanan apa saja yang diberikan ibu kepada balitanya satu hari sebelumnya mulai pagi hingga malam. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh satu orang bidan yang bertanggung jawab di setiap desa. Setelah data terkumpul akan dilakukan pengolahan data dengan tahap :

1. *Editing* : Untuk mengecek apakah data yang dikumpulkan sudah terisi atau belum.
2. *Coding* : Mengklasifikasikan jawaban dengan memberi kode pada masing-masing jawaban sesuai dengan kuesioner
3. *Scoring* : Langkah pertama memberikan *scoring* pada pengetahuan. Kuesioner tingkat pengetahuan ibu yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan ketentuan hanya ada satu jawaban yang benar yaitu apabila jawaban benar diberi nilai 1 sedangkan apabila jawaban salah diberi nilai

0. Cara menentukan kategori tingkat pengetahuan ibu mengacu pada kategori berikut : baik apabila skor lebih dari 75%, jawaban benar 8-10 soal, sedang bila skor 40-75%, jawaban benar 4-7 soal, kurang bila skor kurang dari 40%, jawaban benar 1-3 soal. Untuk tingkat pendidikan dengan cara mengklasifikasikan menurut tingkatan pendidikan terakhir yaitu : 1 = SD, 2 = SMP, 3 = SMA, 4 = PT. *Scoring* untuk dukungan keluarga dan masyarakat Kuesioner dengan 9 item pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan positif dan negatif dengan menggunakan *openended questions*. Pertanyaan dukungan keluarga atau masyarakat lebih kepada dukungan tindakan untuk memberikan nutrisi pada balita gizi buruk. Untuk pertanyaan positif jawaban, tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4, dan untuk pertanyaan negatif jawaban tidak pernah = 4, kadang-kadang = 3, sering = 2, selalu = 1. Kemudian dikategorikan menjadi 3 yaitu : 9-17 = kurang, 18-26 = cukup dan 27-36 = baik. *Scoring* dukungan petugas kesehatan Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan *openended questions* dengan mengklasifikasikan : tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, dan selalu = 4, kemudian dikategorikan menjadi 3 yaitu : 9-17 adalah kurang, 18-26 adalah cukup dan 27-36 adalah baik. Untuk *scoring* sikap Kuesioner sikap ibu diukur dengan menggunakan skala Likert yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu ; Sangat Setuju = 4, Setuju = 3. Tidak setuju = 2, Sangat tidak setuju = 1 untuk pernyataan positif. Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab kuesioner dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \frac{\sum x - \bar{x}}{s}$$

Keterangan : X : skor responden

$\bar{X}$  : nilai rata-rata kelompok

S : standar deviasi ( simpang baku)

(Azwar, 2003).

Kemudian sikap dikatakan positif apabila nilai skor  $T$  mean data dan sikap dikatakan negatif apabila nilai skor  $T$  mean data. Kuesioner tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita gizi buruk dengan memberikan *food recall* yang harus diisi oleh ibu balita sesuai dengan makanan apa saja yang diberikan pada balitanya selama dua hari secara detail. Kemudian diambil rata-rata dari hasil *food recall* selama dua hari sebelumnya, kemudian hasil yang didapatkan dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan dengan klasifikasi sebagai berikut

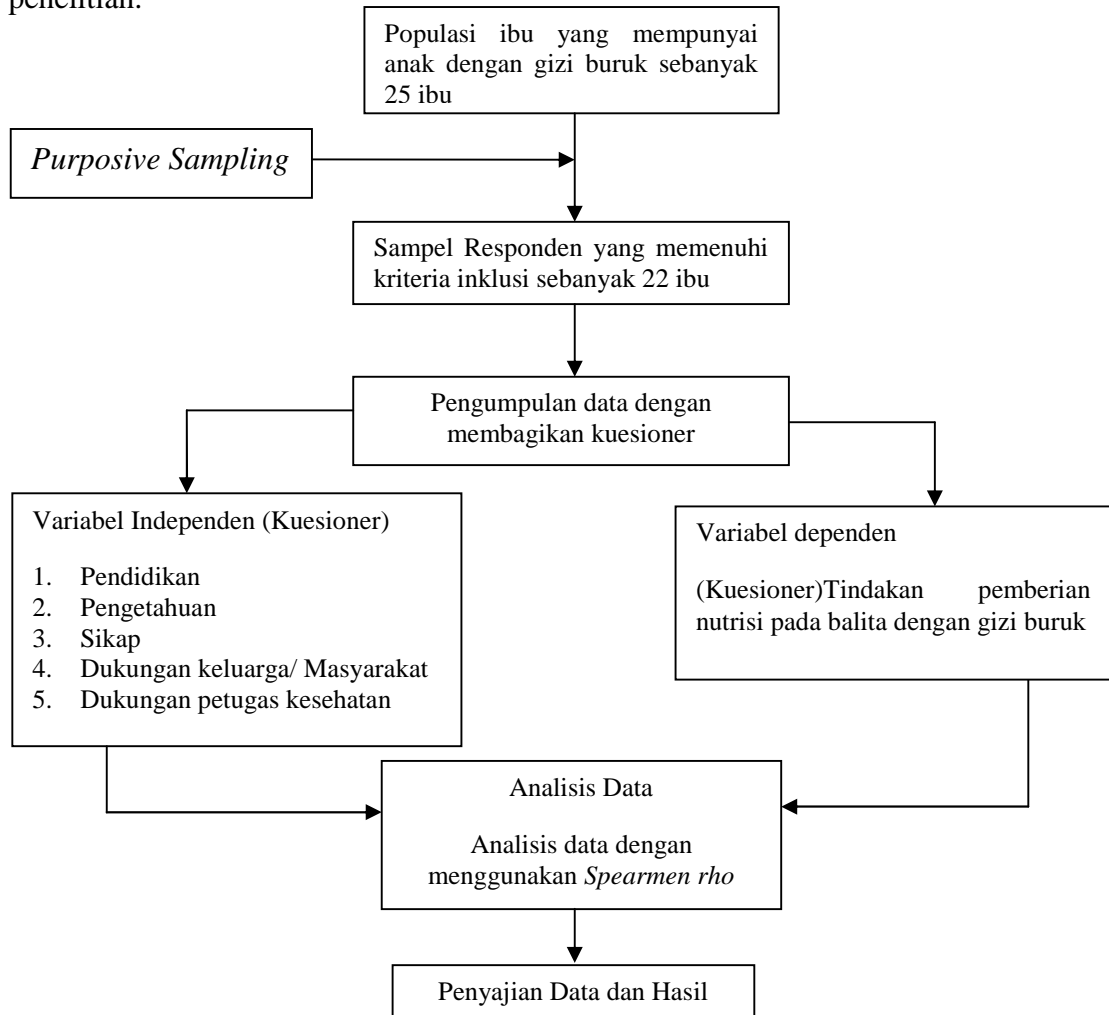
Tabel 4.2 Kategori Angka Kecukupan Gizi (Sukandar, 2007)

Kategori	% AKG
Defisit tingkat berat	<70
Defisit tingkat sedang	70-79
Defisit tingkat ringan	80-89
Normal	90-119
Kelebihan	120

Kemudian tindakan ibu dapat dikatakan baik apabila hasil dari *food recall* berada pada rentang normal dan diberi skor 1, sedangkan tindakan ibu dikatakan kurang apabila hasil *food recall* berada kurang dari rentang normal ( <90%AKG) dan diberi skor 0, dan apabila lebih dari rentang normal (>12%AKG) diberi skor 2.

#### 4.7 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja penelitian merupakan suatu desain tentang alur penelitian sehingga dapat dilihat secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian.



Gambar 4.1 Model kerangka kerja penelitian Analisis faktor yang berhubungan dengan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

#### 4.8 Cara Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti dalam mengungkap fenomena. Dalam penelitian ini analisis data

dilakukan melalui tabulasi data kegiatan yang dilakukan melalui tabulasi data.

Kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi adalah :

1. Memberikan skor terhadap item-item yang perlu di skor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional.
2. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah dengan piranti lunak komputer dan di uji dengan menggunakan uji korelasi “spearman” yaitu untuk mengetahui hubungan antara dua variabel. Untuk mengetahui signifikansi ( $p$ ) dari suatu hasil statistik maka kita bisa menentukan signifikansi level : ( $p$ ) 0,05. Dengan menentukan signifikan ini maka kita dapat menentukan  $H_1$  ditolak (jika  $p > 0,05$ ) atau tidak berhubungan dan  $H_1$  diterima (jika  $p < 0,05$ ) atau berhubungan. Selanjutnya dari analisis tersebut dilakukan pembahasan secara dekriptif dan analitik sehingga diperoleh gambaran secara lengkap tentang hasil penelitian faktor yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Faktor dominan ditentukan berdasarkan pemilihan nilai  $r$  yang terbesar dari faktor yang berhubungan. Menurut Sugiono (2004) mengklasifikasikan rentang kekuatan hubungan berdasarkan nilai  $r$  menjadi 5, yaitu :

0,00-0,19 = sangat lemah

0,20-0,39 = lemah

0,40-0,59 = sedang

0,60-0,79 = kuat

0,80-1,00 = sangat kuat



## 4.9 Etika Penelitian

### 4.9.1 Surat Persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan penelitian diberikan kepada responden dengan tujuan responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden.

### 4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Kerahasiaan identitas subjek penelitian sangat dijaga demi melindungi hak-hak subjek penelitian dan keamanannya. Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subjek. Lembar hanya diberi nomor kode tertentu.

### 4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden. Hanya data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

## 4.10 Keterbatasan

1. Instrumen pengumpulan data dalam bentuk kuesioner dan wawancara yang berisi ungkapan subjektifitas memungkinkan responden menjawab dengan tidak jujur.
2. Pengukuran tindakan hanya menggunakan *food recall* dan wawancara sehingga belum dapat memunculkan tindakan ibu sehari-hari yang sebenarnya.
3. Responden atau sampel dalam penelitian sedikit sehingga hasil penelitian yang dilakukan sehingga hasil juga kurang maksimal.

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dideskripsikan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang ditetapkan. Penjelasan hasil penelitian ini dimulai dari gambaran umum Puskesmas Lengkong Kabupaten Nganjuk Propinsi Jawa Timur, Karakteristik responden, usia, tingkat pendidikan dan penghasilan. Selanjutnya hasil penelitian itu dianalisa dan dibahas sesuai variabel yang diteliti.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Lengkong terdapat di daerah Kabupaten Nganjuk, yang bekerja dibawah naungan dinas kesehatan Kabupaten Nganjuk. Puskesmas Lengkong terletak di Kecamatan Lengkong dengan batas wilayah, bagian utara dibatasi oleh Kabupaten Bojonegoro, batas timur dibatasi Kecamatan Jaticalen, batas barat dibatasi oleh Kecamatan Gondang dan batas selatan dibatasi oleh Kecamatan Patianrowo.

Wilayah kerja Puskesmas Lengkong meliputi 16 desa dan 35 dusun dengan 4 Pustu dan 12 Polindes. Penduduk wilayah cakupan Puskesmas Lengkong berjumlah 31.388 ribu jiwa terdiri dari laki-laki : 15.635 orang; perempuan : 15.753 orang, tersebar pada enam belas desa dalam satu Kecamatan.

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Lengkong meliputi, jumlah dokter sebanyak 3 orang yang terdiri dari dokter umum dan dokter gigi, 13 perawat (S-I, D-III Keperawatan) yang tersebar di Puskesmas dan Puskesmas pembantu, 19

bidan yang bertugas di Puskesmas dan Polindes, tenaga gizi 1 orang, analisis medis 1 orang, kesehatan lingkungan 1 orang dan 1 orang apoteker.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Bagian ini akan menyajikan karakteristik responden meliputi usia, pendidikan terakhir, jumlah anak, dan penghasilan keluarga perbulan.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk pada Bulan Juni 2014

Karakteristik Responden	N	%
<b>Usia</b>		
1. < 25 tahun	7	31,8
2. 26 – 35 tahun	11	50,0
3. 36 – 45 tahun	4	18,2
4. > 45 tahun	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Pendidikan</b>		
1. SD	10	45,5
2. SMP	10	45,5
3. SMA	2	9,1
4. PT	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Jumlah Anak</b>		
1. 1	7	31,8
2. 2	12	54,5
3. 3	1	4,5
4. >4	2	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Penghasilan</b>		
1. < 1 Juta	20	90,9
2. 1 Juta	2	9,1
3. >1 Juta	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia responden sebagian besar pada kelompok usia 26-35 tahun sebanyak 11 orang ( 50%). Kelompok usia yang paling sedikit adalah usia 36-45 tahun sebanyak 4 orang (18%).

Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah sekolah dasar (SD) sebanyak 11 orang (46%). Kelompok tingkat pendidikan yang paling rendah adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 2 orang (9%).

Sebagian besar responden memiliki dua anak atau 54,5%, diikuti dengan ibu yang memiliki satu anak (31,8%), kemudian ibu yang memiliki lebih dari empat anak (9,1%), dan hanya ada ibu yang memiliki tiga anak (4,5%).

Penghasilan responden yang paling banyak adalah kurang dari Rp. 1.000.000,- sebanyak 20 orang (91%). Penghasilan responden yang paling sedikit adalah lebih dari Rp. 1.000.000,- sebanyak 2 orang (9%).

### 5.1.3 Deskripsi variabel penelitian

Data khusus berisi tentang pengetahuan, pendidikan, sikap, dukungan petugas kesehatan, dukungan keluarga dan masyarakat serta tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong.

Tabel 5.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan ibu terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk pada bulan Juni 2014.

Pengetahuan Responden		
	N	%
Baik	4	18,2
Sedang	18	81,8
Kurang	0	0
TOTAL	22	100

Pengetahuan ibu terkait nutrisi untuk balita gizi buruk didapatkan hasil sebagai berikut. Dari total 22 responden, ibu yang memiliki pengetahuan dalam kategori baik sebanyak 18,2%, diikuti ibu dengan kategori pengetahuan sedang sebanyak 81,8%, dan tidak ada responden yang masuk dalam kategori tingkat pengetahuan Kurang.

Tabel 5.3 Distribusi Kategori Sikap Ibu Terkait Pemberian Nutrisi Pada Balita dengan Gizi Buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk pada Bulan Juni 2014.

Sikap		
	N	%
Positif	20	90,9
Negatif	2	9,1
TOTAL	22	100

Sikap ibu terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dari hasil penelitian didapatkan bahwa 20 responden (90,9%) dari 22 responden memiliki sikap yang positif terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk, sedangkan 2 responden (9,1%) memiliki sikap yang negatif terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Tabel 5.4 Dukungan Petugas Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk pada Bulan Juni 2014.

Dukungan Petugas Kesehatan		
	N	%
Baik	0	0
Cukup	11	50,0
Kurang	11	50,0
Total	22	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa ibu yang menyatakan dukungan petugas baik dan kurang memiliki persentase yang sama, sebanyak 11 orang responden (50%) menyatakan bahwa dukungan petugas kesehatan kurang, dan 11 orang responden (50%) lainnya menyatakan dukungan petugas kesehatan baik.

Tabel 5.5 Dukungan Keluarga dan Masyarakat Di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk pada Bulan Juni 2014.

Dukungan Keluarga dan Masyarakat		
	N	%
Baik	9	40,9
Cukup	13	59,1
Kurang	0	0
Total	22	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa 13 responden (59,1%) menyatakan bahwa cukup mendapatkan dukungan dari keluarga, diikuti oleh 9 responden (40,9%) menyatakan mendapatkan dukungan keluarga dengan baik, dan tidak ada satu pun responden yang menyatakan dukungan keluarga kurang terkait nutrisi untuk balita dengan gizi buruk.

Tabel 5.6 Distribusi Kategori Tindakan Ibu Dalam Pemberian Nutrisi Pada Balita Dengan Gizi Buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkon pada Bulan Juni 2014.

	Tindakan Ibu	
	N	%
Normal	2	9,1
Defisit	20	90,9
Total	22	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kebutuhan nutrisi balitanya masih masuk dalam kategori defisit dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan yaitu 20 responden (90,9%), dan hanya 2 responden (9,1%) yang kebutuhan nutrisi balitanya yang sudah masuk dalam kategori normal.

#### 5.1.4 Hubungan Pengetahuan ibu dengan Tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk

Tabel 5.7 Hubungan pengetahuan ibu dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkon Juni 2014.

Pengetahuan	Tindakan Pemberian Nutrisi				TOTAL	
	Normal		Defisit		N	%
	N	%	N	%		
Baik	1	4,5	3	13,6	4	18,2
Sedang	1	4,5	17	77,3	18	81,8
Kurang	0	0	0	0	0	0
Total	2	9	20	90,9	22	100
<i>Spearman rho</i>	<i>r: 0,656</i>		<i>p: 0,01</i>			

Berdasarkan tabel diatas setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman rho* didapatkan bahwa besar koefisien

korelasi ( $r$ ) hubungan antara pengetahuan ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk sebesar 0,656 dengan signifikansi ( $p$ ) sebesar 0,01 dengan  $0,05$ , hal ini menunjukkan bahwa signifikansi dibawah  $0,05$  maka  $H_1$  diterima. Berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu balita dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

### 5.1.5 Hubungan tingkat pendidikan ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkong Juni 2014.

Tabel 5.8 Hubungan tingkat pendidikan ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Pendidikan	Tindakan Pemberian Nutrisi				Total	
	Normal		Defisit		N	%
	N	%	N	%		
SD	1	4,5	9	40,9	10	45,5
SMP	0	0	10	45,5	10	45,5
SMA	1	4,5	1	4,5	2	9,1
PT	0	0	0	0	0	0
Total	2	9	20	90,9	22	100
<i>Spearmen rho</i>	$r = 0,452$		$p = 0,035$			

Berdasarkan tabel diatas setelah di uji statistik dengan menggunakan uji statistik *Spearmen rho* didapatkan bahwa besar koefisien korelasi ( $r$ ) antara hubungan tingkat pendidikan ibu dengan tindakan ibu dalam memberikan nutrisi sebesar 0,452 dengan signifikansi ( $p$ ) sebesar 0,035 dengan  $0,05$ , hal ini menunjukkan bahwa signifikansi dibawah  $0,05$  maka  $H_1$  diterima. Berarti ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

### 5.1.5 Hubungan sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Tabel 5.9 Hubungan sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkong Juni 2014.

Sikap	Tindakan Pemberian Nutrisi				Total	
	Normal		Defisit		N	%
	N	%	N	%		
Positif	2	9,1	18	81,8	20	90,9
Negatif	0	0	2	9,1	2	9,1
Total	2	9,1	20	90,9	22	100
<i>Spearman rho</i>	r = 0,352		p = 0,108			

Berdasarkan tabel diatas setelah di uji statistik dengan menggunakan uji korelasi *spearman rho* didapatkan bahwa sebesar koefisien korelasi (r) antara hubungan sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk sebesar 0,352 dengan signifikansi (p) sebesar 0,108 dengan 0,05, hal ini menunjukkan bahwa signifikansi diatas 0,05 maka H1 ditolak. Berarti tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk

### 5.1.7 Hubungan dukungan perugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Tabel 5.10 Hubungan dukungan petugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkong Juni 2014.

Dukungan Petugas Kesehatan	Tindakan Pemberian Nutrisi				Total	
	Normal		Defisit		N	%
	N	%	N	%		
Baik	0	0	0	0	0	0
Cukup	1	4,5	10	45,5	11	50
Kurang	1	4,5	10	45,5	11	50
Total	2	9	20	91	22	100
<i>Spearman rho</i>	r = 0,152		p = 0,500			

Berdasarkan tabel diatas setelah uji statistik dengan menggunakan uji korelasi *spearman rho* didapatkan bahwa sebesar koefisien korelasi (r) antara hubungan dukungan petugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian



nutrisi pada balita dengan gizi buruk sebesar 0,152 dengan signifikansi (p) sebesar 0,500 dengan  $\alpha = 0,05$ , hal ini menunjukkan bahwa signifikansi di atas 0,05 maka H1 ditolak. Berarti tidak ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

### 5.1.8 Hubungan Dukungan Keluarga dan Masyarakat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Tabel 5.11 Hubungan dukungan keluarga dan masyarakat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk

Duk. Keluarga dan masyarakat	Tindakan Pemberian Nutrisi				Total	
	Normal		Defisit		N	%
	N	%	N	%		
Baik	2	9,1	7	31,8	9	40,9
Cukup	0	0	13	59,1	13	59,1
Kurang	0	0	0	0	0	0
Total	2	9,1	20	90,9	22	100
<i>Spearman rho</i>	r = 0,22		p = 0,324			

Berdasarkan tabel diatas setelah di uji statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman rho* didapatkan bahwa sebesar koefisien korelasi (r) antara hubungan dukungan keluarga dan masyarakat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk sebesar 0,22 dengan signifikansi (p) sebesar 0,324 dengan  $\alpha = 0,05$ , hal ini menunjukkan bahwa signifikansi di atas 0,05 maka H1 ditolak. Berarti tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan masyarakat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Dari hasil uji statistik korelasi *spearman's rho* pengetahuan ibu menunjukkan angka p yang paling rendah dan r yang paling tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu mempunyai hubungan yang paling kuat dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengong Kabupaten Nganjuk. Pengetahuan merupakan

salah satu domain yang paling penting dalam terbentuknya tindakan. Pengetahuan diperlukan untuk dorongan sikap dan perilaku setiap hari sehingga pengetahuan dapat dikatakan sebagai stimulus terhadap tindakan seseorang.

## 5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 22 responden yang ada di Puskesmas Lengong 95% ibu mempunyai pengetahuan tentang nutrisi pada balita dengan gizi buruk dengan kategori sedang dan 5% ibu mempunyai pengetahuan tentang nutrisi balita dengan gizi buruk dengan kategori baik. Hal ini dapat diketahui dari tingkat pendidikan ibu yang hanya sebatas tingkat pendidikan dasar dan menengah pertama. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin tinggi pula kemampuannya untuk menangkap atau memperoleh informasi yang menunjang untuk meningkatnya pengetahuan individu tersebut.

Pengalaman belajar misalnya dalam bentuk mengikuti berbagai kegiatan dalam bentuk penyuluhan-penyuluhan tentang gizi yang diberikan oleh tenaga keehatan yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan serta dapat mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan nalar secara ilmiah dan etik (Mardiatun, 2005). Menurut I.B Mantra (1994) yang dikutip Mardiatun (2005), makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa, makin banyak info yang didapatkan, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang maka akan diikuti oleh semakin tingginya keinginan untuk meningkatkan pengetahuan yang dimiliki. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi untuk balita dengan gizi buruk, ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk perlu berusaha dan aktif mengisi diri dengan banyak membaca terutama mengenai informasi kesehatan yang membahas tentang nutrisi untuk balita melalui berbagai media (TV, radio, koran dan majalah). Secara khusus informasi mengenai nutrisi untuk balita dengan gizi buruk bisa diperoleh melalui petugas kesehatan seperti bidan atau ahli gizi yang ada di puskesmas maupun melalui berbagi pengalaman antar sesama ibu yang memiliki balita.

Tingkat pendidikan responden dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 22 ibu yang menjadi responden penelitian, 10 (45,5%) orang memiliki riwayat tamat sekolah dasar (SD), 10 orang (45,5) tamat sekolah menengah pertama dan, 2 orang tamat sekolah menengah atas (SMA). Responden yang mendapatkan pendidikan dasar dan menengah mendominasi dari distribusi tingkat pendidikan responden. Kurangnya minat dan antusias untuk menempuh tingkat pendidikan yang lebih tinggi menjadi alasan yang paling banyak disampaikan oleh responden, selain dari faktor ekonomi.

Latar belakang pendidikan orang tua khususnya ibu rumah tangga merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan keadaan gizi keluarganya, pada masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah sering ditemukan keadaan gizi buruk, begitu pula sebaliknya pada masyarakat dengan pendidikan baik menunjukkan status gizi yang baik pula (Mardiana, 2006). Pendidikan ibu yang rendah sering menyebabkan persepsi yang salah tentang makanan bergizi

sehingga dapat menyebabkan rendahnya konsumsi makanan bergizi. Tingkat pendidikan ibu sejalan dengan tingkat pengetahuan gizi yang dimiliki ibu. Pendidikan gizi agar dapat memiliki output yang efektif, perlu juga disertai dengan pengetahuan mengenai sikap, kepercayaan dan nilai dari masyarakat yang akan dijadikan sasaran dan cara ibu menerapkannya kepada anak-anak juga pengertian terhadap konsep tingkah laku yang dihubungkan dengan pemilihan makanan. Menurut Djokomoeljanto (2000), semakin tinggi tingkat pendidikan ibu rumah tangga akan meningkatkan praktek dan pengetahuan perihal gizi yang berhubungan dengan kesehatan dan makanan yang bergizi.

Keadaan geografis tempat penelitian yang jauh dari ibukota kabupaten dan berada di perbatasan dengan kabupaten lain, serta akses ke instansi pendidikan formal seperti sekolah yang sulit dijangkau menjadi alasan yang menyebabkan tingkat pendidikan formal yang dilalui oleh responden hanya sebatas pendidikan dasar dan menengah saja. Akibat dari rendahnya tingkat pendidikan ini menyebabkan pengetahuan mengenai gizi balita juga rendah. Dari 22 responden, 7 diantaranya yang memiliki riwayat pendidikan sampai pendidikan dasar (SD) masuk kedalam kategori pengetahuan sedang, sedangkan 9 responden yang memiliki riwayat pendidikan menengah pertama masuk dalam kategori berpengetahuan sedang, hal ini dapat disebabkan karena informasi yang didapatkan mengenai nutrisi balita masih kurang, dari 9 responden yang tingkat pendidikan menengah pertama dan kategori pengetahuan sedang yaitu no responden 7, 9 dan 15 dukungan dari petugas kesehatannya masuk dalam kategori kurang, sehingga meskipun semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah menangkap

informasi, apabila sumber informasi yang baik sulit didapatkan akan juga berpengaruh terhadap pengetahuan yang dimiliki.

Hasil penelitian menunjukkan pada umumnya sikap yang dimiliki para ibu sudah baik, hal ini dibuktikan dengan hasil penilaian sikap responden, dari 22 responden, 20 responden (91%) memiliki sikap yang positif, dan 2 responden (9%) lainnya memiliki sikap negatif. Sikap ini dipengaruhi oleh pengetahuan responden yang sebagian besar cukup baik.

Sikap yang positif terhadap nilai-nilai kesehatan terutama nilai gizi biasanya terwujud dalam suatu tindakan nyata. Namun tidak disetiap keadaan kita menjumpai sikap yang sesuai dengan tindakannya. Terdapat faktor-faktor lain yang mempengaruhi seseorang dalam melakukan suatu tindakan (Mardiana, 2006). Sikap membuat seseorang menjauhi sesuatu, sikap akan diikuti atau tidak oleh suatu tindakan berdasarkan pada sedikit atau banyaknya pengalaman seseorang (Djamaluddin, 2002). Sikap mempunyai segi dinamis yang berarti berusaha mencapai suatu tujuan, sikap dapat bersifat positif dan dapat bersifat negatif. Dalam sifat positif kecenderungan untuk mendekati, menyenangkan dan mengharapkan objek tertentu sedangkan sikap negatif terdapat kecenderungan menjauhi, menghindari, membenci, atau tidak menyukai objek tertentu (Azwar, 2003).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa sebagian besar responden sudah memiliki sikap yang positif mengenai pemberian nutrisi pada balita yang mengalami gizi buruk, hasil analisis data menunjukkan bahwa 16 dari 22 orang responden yang memiliki sikap positif masuk dalam kategori berpengetahuan sedang dengan skor pengetahuan rata-rata 72, responden yang

memiliki sikap positif masuk dalam kategori berpengetahuan tinggi dengan rata-rata skor pengetahuan 82,5, sedangkan 2 responden yang masuk dalam kategori sifat negatif memiliki skor pengetahuan rata-rata 60, hal ini dapat diartikan bahwa pengetahuan mendukung untuk seseorang dalam mengambil keputusan atau menentukan sikap terhadap suatu kegiatan tertentu.

Hasil penelitian untuk dukungan petugas kesehatan, didapatkan 11 responden (50%) menyatakan bahwa dukungan petugas kesehatan untuk ibu balita dengan gizi buruk kurang dan 11 responden lainnya menyatakan bahwa sudah cukup mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan. Responden menyatakan dukungan yang didapatkan dari petugas kesehatan berupa saran dan informasi mengenai makanan apa saja yang sebaiknya diberikan pada balitanya, jenis susu yang tepat untuk usia balitanya serta petugas kesehatan melakukan penimbangan kepada balita secara rutin.

Secara luas standar layanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses dan keluaran sistem layanan kesehatan (Pohan, 2006). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat merupakan sub sistem yang memiliki tujuan utama pelayanan preventif (pencegahan) dan pelayanan promotif (peningkatan kesehatan) dengan masyarakat sebagai sasaran utamanya. Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, terdapat dua kemungkinan, pertama permintaan harapan pelanggan bisa terpenuhi (*satisfied demand*) dan kemungkinan kedua pelanggan tidak mendapatkan seperti yang diminta atau diharapkan (*unsatisfied demand*).

Dukungan petugas kesehatan yang didapatkan oleh ibu mengenai nutrisi dan gizi untuk balita dapat dikatakan kurang karena dari 22 responden sebanyak 11 orang mengatakan dukungan petugas kurang, dukungan yang dimaksud disini adalah dalam aspek promosi kesehatan mengenai gizi, responden yang menyatakan kurang mendapatkan dukungan petugas kesehatan mengaku bahwa tidak pernah diadakan penyuluhan-penyuluhan mengenai nutrisi balita dan gizi buruk, sedangkan responden sisanya yang menyatakan dukungan yang diberikan petugas kesehatan sudah cukup, dukungan yang dimaksud disini adalah pemberian susu tambahan yang didapatkan dari Puskesmas bagi ibu yang balitanya masuk dalam program pengentasan gizi buruk.

Hasil penelitian untuk dukungan keluarga dan masyarakat didapatkan data sebanyak 13 responden (59,1%) menyatakan sudah cukup mendapatkan dari keluarga dan 9 responden (40,9%) lainnya menyatakan bahwa dukungan yang didapatkan dari keluarga sudah baik. Keluarga secara umum mendukung ibu untuk memberikan makanan yang bergizi untuk balitanya, dalam bentuk informasi-informasi serta pengalaman yang pernah didapatkan anggota keluarga lainnya sebelumnya.

Menurut Friedman (1998) yang dikutip oleh Ali (2010), keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan, salah satunya adalah dukungan informasional yang berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat

memberikan aksi sugesti yang khusus pada individu, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. Dari hasil penelitian Friedman (2000), menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan, selain itu dukungan yang diberikan orang tua (khususnya ibu) dipengaruhi oleh usia.

Dari hasil penelitian, peneliti berpendapat dukungan dari keluarga ibu balita masuk dalam kategori baik, dukungan yang diberikan juga sangat membantu dalam membentuk sikap ibu dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk, namun meskipun sikap yang terbentuk dari dukungan keluarga tersebut sudah positif masih ditemukan tindakan ibu dalam memberikan nutrisi pada balita gizi buruk yang masih belum terpenuhi kebutuhan nutrisinya, anggota keluarga yang memberi dukungan menjadi faktor yang cukup berpengaruh untuk ibu dalam mengambil tindakan dalam memberikan nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Tindakan dalam kaitannya dengan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi balita dapat dilihat dari kebiasaan ibu yang salah dalam memenuhi kebutuhan gizi anaknya, hasil penelitian menunjukkan bahwa 97% responden nutrisi balitanya tidak terpenuhi, sedangkan hanya 3% dari 22 responden yang nutrisi balitanya terpenuhi. Diketahui bahwa sebagian besar balita (97%) asupan nutrisi yang didapatkan dalam satu hari hanya memenuhi kebutuhan energi sebesar 65.1% dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan yaitu 90%, sedangkan hanya 3% dari 22 responden yang kebutuhan nutrisi balitanya terpenuhi dengan asupan energi sebesar 91% dari angka kecukupan gizi dalam sehari.



Kecukupan gizi yang dianjurkan adalah banyaknya zat gizi yang terkandung dalam makanan yang harus dipenuhi agar seorang anak dapat hidup sehat. Bagi balita yang tidak diberi ASI untuk memenuhi kecukupan gizi yang dianjurkan biasanya dilakukan dengan cara memberikan berbagai jenis makanan yang bernilai gizi tinggi, diterima, dan disukai balita (Mardianan, 2006). Suatu sikap tidak selalu terwujud dalam tindakan, hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa sikap yang sudah positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata dan ini terbukti masih ada tindakan ibu yang kurang dalam memperhatikan kebutuhan nutrisi balitanya.

Tindakan yang didapatkan dari penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden, nutrisi yang diberikan pada balitanya belum terpenuhi sesuai dengan angka kecukupan gizi yang dianjurkan sesuai dengan umur balita, hal ini menunjukkan bahwa sikap yang sudah positif tidak menjamin bahwa tindakan yang diambil oleh seseorang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan yang dalam hal ini adalah tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Hasil analisis data didapatkan data bahwa dari 22 responden terdapat 20 (91%) responden yang masuk dalam kategori sikap negatif, dalam melakukan tindakan nyata masih menunjukkan adanya kebutuhan nutrisi balita yang belum terpenuhi.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik korelasi *spearman's rho* sesuai tabel 5.7 menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dengan diperoleh nilai  $p = 0,01$  nilai  $p < 0,05$  maka  $H_1$  diterima yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan

pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkung . Hasil analisis juga didapatkan nilai  $r = 0,656$ , dapat diartikan bahwa hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk kuat. Semakin baik pengetahuan yang dimiliki ibu, tindakan dalam pemberian nutrisi pada balita akan semakin baik, atau dapat dikatakan semakin baik tingkat pengetahuan ibu, kebutuhan nutrisi balita akan semakin tercukupi atau masuk dalam kategori normal.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap sesuatu objek tertentu, pengetahuan juga dapat diperoleh dari pendidikan, pengalaman orang lain maupun lingkungan (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan, usia, pengalaman dan pekerjaan dan faktor eksternal yang meliputi informasi, lingkungan dan sosial budaya mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan . Pengetahuan diperlukan untuk dorongan sikap dan perilaku setiap hari sehingga pengetahuan dapat dikatakan merupakan stimulus terhadap tindakan seseorang (WHO, 2008).

Pengetahuan yang adekuat yang dimiliki ibu menunjang terwujudnya status gizi balita yang baik. Semakin baik tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan nutrisi balita yang dimiliki oleh ibu, maka semakin luas pemahaman terhadap masalah sehingga dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dalam setiap tindakan yang akan dilakukan. Pengetahuan yang baik dapat diperoleh dari pendidikan yang tinggi sehingga pengetahuan yang dimiliki seseorang baik, begitu pula sebaliknya. Hasil analisis data menunjukkan responden

dengan pengetahuan sedang sebagian besar dalam melakukan tindakan pemberian nutrisi pada balitanya belum terpenuhi sebanyak 17 dari 18 responden yang berpengetahuan sedang dalam nutrisi balitanya belum terpenuhi yaitu responden nomor 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, namun responden nomor 18 dalam pemberian nutrisi pada balitanya sudah terpenuhi. Responden nomor 1, 17 dan 20 yang masuk dalam kategori berpengetahuan baik, tindakan dalam memberikan nutrisi pada balitanya masih tidak terpenuhi. Dapat diartikan bahwa pengetahuan saja belum cukup kuat untuk mendukung seseorang dalam mengambil tindakan, pengalaman, usia, dan pendidikan juga merupakan faktor yang berkontribusi untuk membuat seseorang memutuskan untuk mengambil tindakan. Semakin tua usia dan semakin banyak jumlah anak akan mempengaruhi pengalaman seorang ibu dalam merawat anaknya.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik korelasi *spearman rho* sesuai dengan tabel 5.2 menunjukkan bahwa adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dengan nilai  $p = 0,035$ , nilai  $p < 0,05$  maka  $H_1$  diterima yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong. Hasil analisis juga didapatkan nilai  $r = 0,452$  dapat diartikan bahwa hubungan antara tingkat pendidikan dan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk sedang.

Pendidikan erat kaitannya dengan pengetahuan dimana diharapkan dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Tahap pendidikan sangat menentukan kemampuan seseorang dalam mengatasi masalah

dalam kehidupannya baik di lingkungan sosial maupun di lingkungan kerjanya (Ali, 2010). Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan tingkah laku, semakin tinggi pendidikan seseorang maka dalam memilih tempat-tempat pelayanan kesehatan semakin diperhitungkan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pengetahuan yang dimiliki. Menurut Azwar (1996) yang dikutip Ali (2010), pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dan pendidikan dapat mendewasakan seseorang serta berperilaku baik, sehingga dapat membuat keputusan dengan lebih tepat.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan untuk tingkat pendidikan dan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Ibu dengan tingkat pendidikan SD (sekolah dasar) sebagian besar memiliki tindakan dalam pemberian nutrisi pada balitanya tidak terpenuhi. Hal ini dikarenakan pengetahuan yang dimiliki ibu dalam kategori sedang. Sama seperti yang terjadi pada ibu dengan tingkat pendidikan SMP, tindakan pemberian nutrisi pada balitanya juga tidak terpenuhi. Ibu dengan tingkat pendidikan SD dan SMP sulit untuk menerima informasi dari luar. Ibu yang memiliki satu anak memiliki pengalaman yang kurang dalam mengasuh anak juga dapat menjadi penyebab tindakan dalam memberikan nutrisi pada balita tidak terpenuhi, seperti yang terjadi pada responden nomor 3, dengan tingkat pendidikan SD namun memiliki dua anak tindakan pemberian nutrisinya terpenuhi hal ini dapat dikarenakan responden tersebut sudah berpengalaman. Ibu dengan tingkat pendidikan SMA dalam melakukan tindakan pemberian nutrisi terpenuhi karena memiliki pengetahuan yang cukup dan memiliki informasi yang lebih banyak.

Hasil dari uji statistik korelasi *spearman rho* sesuai tabel 5.9 menunjukkan bahwa adanya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dengan diperoleh  $p = 0,108$  nilai  $p > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

Menurut Mucchielli yang dikutip oleh Lawrence (1991), sikap merupakan suatu keterlibatan pikiran dan perasaan terhadap stimulus atau objek tertentu yang selalu menyertakan aspek evaluatif. Sikap selalu bisa dinilai sebagai sesuatu yang negatif atau positif. Sikap merupakan perasaan yang relatif sama terhadap suatu objek (individu, tindakan, situasi, dll). Seperti halnya pengetahuan, sikap memiliki tingkatan berdasarkan intensitasnya seperti 1) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwaseseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan oleh objek, 2) Menanggapi (*responding*), diartikan sebagai memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi, 3) Menghargai (*valuing*), subjek atau seseorang memberikan penilaian yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti, membahas dengan orang lain dan bahkan mengajak, mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon, 4) Bertanggung jawab (*responsible*), sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang berbeda pendapat atau tidak setuju dengannya.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Data yang

didapatkan dari 22 responden 20 responden diataranya memiliki sikap yang positif dalam pemberian nutrisi pada balita dan hanya 2 responden yang memiliki sikap negatif mengenai masalah pemberian nutrisi pada balita. Meskipun sebagian besar responden memiliki sikap yang positif namun tindakan nyata dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk masih tidak terpenuhi. Hal ini dapat terjadi dikarenakan oleh kurangnya pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh ibu, Ibu yang memiliki anak sudah lebih dari satu akan memiliki pengalaman yang lebih dalam merawat balitanya dalam hal ini terkait dengan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk. Balita atau dapat juga terjadi karena faktor dari balitanya sendiri. Balita yang susah makan atau yang memiliki nafsu makan rendah dapat menjadi faktor yang menyebabkan asupan nutrisi tidak terpenuhi.

Dari hasil analisis uji statistik korelasi *Spearman's rho* sesuai dengan tabel 5.10 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk dengan nilai  $p = 0,500$ , nilai  $p > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak yang berarti tidak terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong.

Standard layanan kesehatan diinterpretasikan melalui mutu yang diharapkan oleh masyarakat yaitu menyangkut masukan, proses dan keluaran sistem layanan kesehatan (Pohan, 2006). Tujuan dari sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat luas. Menurut Supriyanto (2006), terdapat dua kemungkinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, pertama permintaan dan

harapan pelanggan terpenuhi (*satisfied demand*) dan kedua pelanggan tidak mendapatkan seperti apa yang diminta atau diharapkan (*unsatisfied demand*).

Hasil penelitian, diperoleh gambaran dari beberapa ibu yang menyatakan mendapatkan dukungan petugas kesehatan cukup, memiliki tindakan yang negatif dalam pemberian nutrisi pada balitanya. Dukungan petugas kesehatan yang dimaksud disini merupakan dukungan yang berupa edukasi dan informasi kesehatan terkait gizi buruk balita. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan petugas kesehatan yang didapatkan ibu tidak ada hubungannya dengan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk yang dilakukan ibu. Dukungan petugas kesehatan yang diperoleh ibu secara langsung dari petugas kesehatan terutama dalam bentuk penyuluhan kesehatan. Pada dasarnya dukungan petugas kesehatan yang didapatkan ibu merupakan subjektifitas saja. Dalam kenyataannya dukungan petugas dalam bentuk penyuluhan di Puskesmas Lengkong sudah sering dilaksanakan, namun tingkat kehadiran ibu dalam mengikuti penyuluhan tersebut bisa dikatakan rendah. Ibu yang menyatakan dukungan petugas kesehatan baik didasarkan pada tingkat pengetahuan yang baik dan cukup, bukan berdasarkan dukungan sebenarnya yang diterima, sehingga jawaban ibu tentang dukungan petugas kesehatan terlihat cukup.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik korelasi uji *spearman's rho* sesuai dengan tabel 5.11 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong dengan nilai  $p = 0,324$  , nilai  $p > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara dukungan keluarga

dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong.

Fungsi keluarga dalam memberikan dukungan salah satunya dalam bentuk dukungan informasional yang bertujuan sebagai kolektor informasi tentang dunia. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu, sebagai akibatnya hal ini dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga ( Friedman, 2004). Jumlah keluarga mempengaruhi dukungan yang didapatkan dalam keluarga, menurut penelitian Feiring dan Lewis (2006) semakin besar jumlah keluarga atau keluarga besar akan semakin sedikit dukungan yang didapatkan oleh individu dalam keluarga dibandingkan dengan keluarga yang anggotanya tidak terlalu banyak. Dukungan yang diberikan orang tua dalam hal ini terutama ibu juga dipengaruhi oleh usia.

Hasil penelitian menunjukkan gambaran bahwa dari beberapa ibu yang menyatakan mendapatkan dukungan dari keluarga yang baik dan cukup menunjukkan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk masih negatif. Tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk secara negatif ini lebih disebabkan dari faktor internal ibu seperti tingkat pengetahuan ibu, pengalaman dan usia ibu, serta faktor dari balitanya sendiri. Tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk tidak ada hubungannya dengan dukungan dari keluarga. Ibu yang mendapatkan dukungan dari keluarga dengan baik memiliki tindakan pemberian nutrisi yang negatif, hal ini disebabkan karena faktor pengalaman ibu balita karena meskipun dukungan yang diberikan keluarga sudah baik namun ibu belum berpengalaman dalam



mengasuh balitanya dukungan keluarga tidak akan berpengaruh banyak pada ibu dalam mengambil suatu tindakan.

Dukungan dari keluarga juga bisa dipengaruhi oleh faktor internal dari anggota keluarga itu sendiri, tingkat pengetahuan, pendidikan dan pengalaman dari anggota keluarga yang memberi dukungan pada ibu juga dapat berpengaruh dalam pembentukan sikap dan pengambilan keputusan untuk bertindak dari ibu.

## BAB 6

### KESIMPULAN

#### 6.1 Kesimpulan

1. Faktor-faktor *predisposing* yaitu pengetahuan ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong sebagian besar berada pada kategori pengetahuan sedang. Riwayat pendidikan terakhir ibu memiliki persentase yang sama antara ibu yang tamat pendidikan dasar dengan ibu yang tamat pendidikan menengah pertama. Sebagian besar sikap yang dimiliki ibu dalam memberikan nutrisi pada balitanya masuk pada kategori sikap positif.
2. Faktor *reinforcing* yaitu dukungan kesehatan dan dukungan keluarga, ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk dengan persentase yang sama menyatakan dukungan petugas kesehatan kurang dan cukup. Sedangkan untuk dukungan keluarga dan masyarakat, sebagian besar ibu balita menyatakan bahwa sudah cukup mendapatkan dukungan dari keluarga terkait pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.
3. Dari tiga *predisposing factors* (faktor predisposisi) yaitu pengetahuan, pendidikan, dan sikap, hanya faktor pengetahuan dan pendidikan yang memiliki hubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk.
4. Dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga dan masyarakat yang merupakan *reinforcing factors* tidak memiliki hubungan dengan tindakan ibu

dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk di Puskesmas Kecamatan Lengkong Kabupaten Nganjuk.

5. Diantara faktor pengetahuan dan pendidikan yang berhubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk, faktor pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan pada ibu dalam menentukan tindakan pemberian nutrisi pada balita dengan gizi buruk.

## **6.2 Saran**

1. Promosi kesehatan yang terkait dengan gizi buruk di Puskesmas Lengkong Kabupaten Nganjuk yang sebaiknya ditingkatkan frekuensi dan keefektifannya dalam menjangkau ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk yang kesulitan dalam mendapatkan akses untuk mendapatkan informasi tentang gizi buruk sehingga dapat meningkatkan pengetahuan ibu.
2. Perlu dilakukan penelitian tentang intervensi yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita terkait gizi buruk, mengingat pengetahuan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi tindakan ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balitanya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adi, A. C., 2004. *Modisco Makanan Penambah Berat Badan Anak*. 1. Jakarta: Puspa Swara.
- Arikunto, S., 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azwar, S., 2003. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*. 2 penyunt. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Baliwati, F., 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Hasaroh, Y., 2010. *Perubahan Berat Badan Anak Balita Gizi Buruk yang Di Rawat di RSUP H. Adama Malik Medan*. Medan: Skripsi Universitas Sumatra Utara.
- Karen, G., 2005. *Health Behavior and Health Education: Theory and Practice*. San Fransisco, Oxford: Yossey-Bass.
- Kirch, W., 2008. *Encyclopedia of Public Health*. 2 ed. New york: Springer.
- Krisnansari, D., 2010. Nutrisi dan Gizi Buruk. *Mandala of Health*, 4(1), p. 64.
- Lawrence Green, M. W. K., 1991. *Health Promotion Planning an Educational And Environmrntal Approach*. 2nd edition penyunt. California: Mayfield Publishing company.
- Mardiana, 2006. Hubungan Perilaku Status Gizi Balita di Puskesmas Tanjung Beringin Kecamatan Hinai. *Skripsi.FKM-Universitas Sumatra Utara*.
- Mukti, A. G., 2008. *Kesehatan Masyarakat: Administrasi dan Praktik*. 9 penyunt. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nainggolan, J., 2007. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Gizi Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung. *Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*.
- Nency, J., 2007. *Gizi Buruk Ancaman Gnerasi yang Hilang*. [Online] Available at:<http://io.ppi-jepang.org/article.php?id=113>, [Diakses 16 04 2014].
- Notoadmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. 1 penyunt. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2013. *Meode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 3 penyunt. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardede, J., 2006. *Atasi Gizi Buruk dengan Komprehensif dan Berkelanjutan*. [Online] Available at: <http://analisdialy.com> [Diakses 16 April 2014].
- Pohan, 2006. *Jaminan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Soegianto, B., 2003. *Baku Antropometri WHO NCHS (Persen terhadap Median)*. Surabaya: Akademi Gizi Surabaya.
- Soekamto, M., 2004. *Pemeliharaan Gizi Bayi dan Balita*. Jakarta: PT.Brathara Karya Aksara.
- Supariasa, 2002. *Status Gizi*. Jakarta: EGC.

## Lampiran



**Lampiran 3****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada  
Yth. Ibu...  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya mohon kesediaan ibu untuk mengisi kuesioner atau pertanyaan yang terlampir dengan sejujur-jujurnya dalam penelitian “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Ibu Dalam Pemberian Nutrisi Pada Balita dengan Gizi Buruk”. Data ini saya gunakan untuk penelitian guna menyelesaikan tugas skripsi Program Studi Pendidikan Ners. Semua data dalam kuesioner bersama jawaban yang ibu tuliskan, kerahasiaan terjamin dan tidak berakibat apapun bagi ibu.

Demikian permohonan ini saya buat. Atas kesediaan saudara berikan, saya ucapkan terimakasih.

Surabaya, 2014

Hormat Saya,

Ade Sugih Herlambang

NIM. 131011048

**Lampiran 4****PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Judul Penelitian : "Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian Nutrisi Pada Balita Dengan Gizi Buruk"

No. Responden :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti. Sebelumnya telah dijelaskan tentang tujuan penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti mengambil data dan informasi yang telah saya berikan.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Nganjuk, 2014

Responden



**LAMPIRAN 5****KUESIONER PENELITIAN****ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU  
DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA BALITA DENGAN GIZI BURUK**

Tanggal Penelitian :

No. Responden :

*Petunjuk pengisian : Berilah tanda centang ( ) pada pilihan jawaban yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda.*

***I. Data Responden***

1. Usia Ibu :
- a. < 25 tahun
  - b. 26-35 Tahun
  - c. 36-45 Tahun
  - d. > 45 Tahun
2. Tingkat Pendidikan :
- a. SD/Tidak sekolah
  - b. SMP
  - c. SMA
  - d. PT/Diploma
3. Jumlah Anak :
- a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. > 4

4. Pendapatan perbulan :
- Kurang dari Rp.1.000.000,-/bulan
  - Rp. 1.000.000,- /bulan
  - Lebih dari Rp. 1.000.000,- / bulan
5. Penyakit penyerta anak :.....

*Petunjuk pengisian : Pilihlah salah satu jawaban dibawah ini yang dianggap paling benar dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu pilihan.*

## **II. Pengetahuan Ibu**

1. Apa yang dimaksud dengan anak balita yang sehat ?
  - Balita yang mengkonsumsi cukup energi protein sehari-hari
  - Balita yang tubuhnya gemuk, suka jajan, nafsu makan tinggi
  - Balita yang tidak sering sakit, berat badannya naik setiap bulan
2. Apa yang ibu ketahui apa arti dari gizi buruk pada anak balita?
  - Anak yang badannya sangat kurus, cengeng dan lemah
  - Anak kurang konsumsi makanan dan nafsu makan rendah
  - Anak kurang energi dan protein dalam badannya kurus sekali
3. Apa yang ibu ketahui tentang tanda-tanda anak balita yang mengalami gizi buruk ?
  - Balita kurang nafsu makan dan sangat kurus
  - Balita tampak kurus, lesu, malas dan cengeng
  - Balita cengeng dan kurang nafsu makan
4. Menurut ibu apa penyebab gizi buruk pada anak balita?
  - Rendahnya konsumsi dan energi protein dalam makanan
  - Ibu mempunyai anak banyak, dan sibuk bekerja
  - Ibu tidak memiliki waktu cukup untuk mengurus anak

5. Bahan makanan apa sajakah yang merupakan sumber protein?
- a. Tahu, tempe, ikan, daging, telur
  - b. Sayur-sayuran, buah-buahan, tahu dan tempe
  - c. Ikan, sayur-sayuran dan buah-buahan
6. Apakah yang dimaksud dengan makanan yang bergizi seimbang?
- a. Makanan terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan dan susu
  - b. Makanan terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk yang mahal
  - c. Makanan yang enak, mahal dan mengenyangkan
7. Menurut ibu bagaimana cara mengetahui keadaan gizi anak balita?
- a. Anak sehat, berat dan tinggi badannya bertambah setiap bulannya
  - b. Membawa anak ke Puskesmas/Posyandu untuk ditimbang
  - c. Anak gemuk, nafsu makan tinggi
8. Menurut ibu apa manfaat menimbang balita secara rutin ke Puskesmas/Posyandu?
- a. Anak mendapat imunisasi yang lengkap
  - b. Mengetahui keadaan berat badan balita sekaligus imunisasi
  - c. Mengetahui kesehatan anak
9. Menurut ibu apa akibat gizi buruk pada anak balita ?
- a. Pertumbuhan dan perkembangan anak terhambat
  - b. Pertumbuhan anak terhambat dan terganggu
  - c. Perkembangan anak tidak bertambah
10. Sejak umur berapa bayi mulai diberi makanan tambahan?
- a. Usia lebih dari 6 bulan
  - b. Usia Kurang dari 6 bulan
  - c. Usia 0 - 4 bulan

**III. Sikap Ibu**

*Petunjuk pengisian* : **Berilah tanda ( ) pada kotak samping kanan pertanyaan dibawah ini yang benar menurut jawaban anda.**

No.	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1	Saya menghidangkan makanan yang beranekaragam untuk makanan balita sehari-hari				
2	Saya memberikan makanan dengan gizi seimbang pada balita untuk menunjang pertumbuhannya				
3	Ketika memberi makan balita, saya lebih memperhatikan rasa makanan daripada kandungan gizinya				
4	Saya akan membiarkan anak makan jajanan diluar makanan di rumah				
5	Karena pemberian makanan tambahan di Posyandu penting bagi balita, saya akan membaha balita ke Posyandu				
6	Saya membawa balita ke Posyandu secara rutin untuk ditimbang agar mengetahui pertumbuhan balita				
7	Saya berusaha memberikan makanan tambahan pada balita agar berat badan menjadi normal				

#### IV. Kuesioner Dukungan Petugas Kesehatan

*Petunjuk pengisian* : Berilah tanda ( ) pada kotak samping kanan pertanyaan dibawah ini yang benar menurut jawaban anda.

No.	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Petugas kesehatan pernah memberi tahu frekuensi dan jenis pemberian makanan untuk anak dengan gizi buruk				
2	Petugas kesehatan pernah memberi penyuluhan tentang Gizi buruk				
3	Petugas kesehatan menganjurkan agar ibu memberikan makanan tambahan (PMT) pada anak				
4	Petugas Kesehatan menganjurkan ibu memberikan PMT pada anak sesuai jadwal				
5	Petugas pernah memberikan brosur atau pamflet tentang gizi buruk				
6	Petugas kesehatan pernah memberikan demo makanan yang bergizi untuk anak				
7	Petugas kesehatan pernah memberikan anjuran atau demo tentang penyajian atau pengolahan makanan bergizi yang benar				

### V. Kuesioner Dukungan Keluarga dan Masyarakat

Berilah tanda (x) pada kotak disamping kanan pertanyaan dibawah ini yang benar menurut jawaban anda

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Anggota keluarga selalu memberi dukungan dan motivasi untuk memberikan makanan bergizi untuk anak				
2	Keluarga selalu memperhatikan dan menenangkan ibu saat cemas				
3	Keluarga selalu meyakinkan ibu bahwa makanan bergizi membantu anak untuk sehat				
4	Keluarga selalu membantu ibu untuk menyelesaikan pekerjaan rumah				
5	Keluarga selalu memberikan waktu dan fasilitas untuk pemberian makanan yang bergizi pada anak anda				
6	Keluarga selalu memberikan informasi serta nasehat tentang makanan bergizi				
7	Keluarga atau teman ibu memberi tahu pengalaman atau anjuran pemberian PMT				
8	Keluarga selalu memberi pujian atas usaha ibu dalam pemberian makanan bergizi pada anak anda				

## VI. *Food Record*

**Petunjuk Pengisian** : Kolom yang diisi hanya nama makanan, URT (Ukuran Rumah Tangga), dan kolom asal. Kolom jumlah dimakan dalam gram tidak perlu diisi. Pengisian data konsumsi makanan dapat berupa makan utama seperti nasi, lauk, sayur, buah, dan yang lainnya, serta makan selingan seperti kue, biskuit, es campur, es kelapa, es krim, dll. Nama makanan dalam bentuk kemasan jika terdapat nama merek dituliskan. Jenis makanan apapun yang dikonsumsi pada hari tersebut dicatat selengkap-lengkapnyanya.

Waktu	Nama Makanan	Jumlah dimakan		Asal
		URT	gram	
Pagi			(diisi oleh peneliti)	
Selingan pagi				
Siang				

Selingan sore				
Malam				



**Lampiran 6**

**BAHAN MAKANAN PENUKAR  
UKURAN RUMAH TANGGA (URT)**

Untuk Memudahkan penggunaan dalam daftar ini dinyatakan dengan alat ukur yang lazim terdapat di rumah tangga (disingkat URT). Dibawah ini dicantumkan persamaan-persamaan antara ukuran rumah tangga dengan gram

1 sdm gula pasir = 8 gram

1 sdm tepung terigu = 5 gram

1sdm tepung beras = 6 gram

1 sdm terigu, maizena, hunkwee = 5 gram

1 sdm minyak goreng, margarin = 10 gram

1 sdm = 3 sdt =10 ml

1 gls = 24 sdm = 240 ml

1 ckr = 1 gls = 240 ml

1 gls nasi = 140 gram = 70 gram beras

1 potong pepaya (5 x15 cm) = 100 gram

1 bh pisang sedang ( 3 x 15 cm ) = 50 gram

1 ptg sdg tempe (4 x 6 x1 cm) = 25 gram

1 ptg sdg daging ( 6 x 5 x 2 cm) = 50 gram

1ptg sdg ikan ( 6 x 5 x 2 cm ) =50 gram

1 biji bsr tahu ( 6 x 6 x 2,5 cm) = 100 gram

Arti singkatan :

Bh = buah

bsr = besar

Bj = biji

ptg = potong

Btg = batang

sdm = sendok makan

Bks = bungkus

sdt = sendok teh

Pk = pak

gls = gelas

Kcl = kecil

ckr = cangkir

Sdg = sedang

Berikut ini dicantumkan 8 golongan bahan makanan. Bahan makanan pada tiap golongan dalam jumlah yang dinyatakan dalam daftar bernilai sama. Oleh karenanya satu sama lain dapat saling menukar. Untuk singkatnya disebut dengan istilah “1 istilah penukar”

#### GOLONGAN 1 : BAHAN MAKANAN SUMBER HIDRAT ARANG (KARBOHIDRAT)

Bahan makanan ini digunakan sebagai makanan pokok : 1 satuan penukar mengandung 175 kkal, 4 gram protein., dan 40 gram hidrat arang.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Nasi	100	$\frac{3}{4}$ gls	Maizena	40	8 sdm
Nasi tim	200	1 gls	Tepung beras	50	8 sdm
Bubur beras	400	2 gls	Tepung singkong	40	8 sdm
Nasi jagung	100	$\frac{3}{4}$ gls	Tepung sagu	40	7 sdm
Kentang	200	2 bj sdg	Tepung terigu	50	8 sdm
Singkong	100	1 ptg sdg	Tepung hunkwee	40	8 sdm
Talas	200	1 bj besar	Mi basah	200	1 $\frac{1}{2}$ gls
Ubi	150	1 bj sedang	Mi kering	50	1 gls
Biskuit	50	4 buah	Havermout	50	6 sdm
Roti putih	80	2 iris	Bihun	50	$\frac{1}{2}$ gls
Kraker	50	5 bh bsr			

## Golongan 2 : BAHAN MAKANAN SUMBER PROTEIN HEWANI

Umumnya digunakan sebagai lauk pauk satuan penukar mengandung 95 kkal, 10 gram protein dan 6 gram lemak

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Daging sapi	50	1 ptg sedang	Telur ayam negeri	60	1 btr
Daging babi	25	1 ptg kecil	Telur bebek	60	1 btr
Daging ayam	20	1 ptg sedang	Telur puyuh	60	6 btr
Hati sapi	50	1 ptg sedang	Ikan segar	50	1 ptg sedang
Babat	60	2 ptg sdg	Ikan asin	25	2 ptg sedang
Usus sapi	75	1 ptg sedang	Ikan teri	25	2 sdm
Telur ayam biasa	75	2 btr	Udang basah	50	$\frac{1}{4}$ gls
Didih sapi	50	2 ptg sedang	Bakso daging	100	10 biji sedang

## Golongan 3 : BAHAN MAKANAN SUMBER PROTEIN NABATI

Umumnya juga digunakan sebagai lauk. Satu satuan penukar mengandung 80 kkal, 6 gram protein, 3 gram lemak, dan 8 gram hidrat arang.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Kacang hijau	25	$2\frac{1}{2}$ sdm	Kacang todo	25	$2\frac{1}{2}$ sdm
Kacang kedelai	25	$2\frac{1}{2}$ sdm	Oncom	50	2 ptg sdg
Kacang merah	25	$2\frac{1}{2}$ sdm	Tahu	100	1 bj sdg
Kacang tanah terkupas	20	2 sdm	Tempe	50	2 ptg sdg
Keju kacang tanah	20	2 sdm			

## Golongan 4: SAYURAN

Merupakan sumber vitamin, terutama vitamin C dan karotin dan juga mineral. Sayuran campur 100 gram banyaknya 1 gelas (setelah dimasak dan ditiriskan) mengandung 50 kka, 3 gram protein, dan 10 gr karbbohidrat.

Beligo	Daun singkong	Lobak
Bayam	Dayn talas	Nangka muda
Biet	Daun ubi	Oyong (gambas)
Buncis	Daun waluh	Pare
Bunga kol	Genjer	Pecay
Cabe hijau	Jagung muda	Pepaya muda
Daun bawang	Jantung pisang	Labu waluh
Daun beluntas	Jamur segar	Rebung
Daun kecipir	Kacang panjang	Sawi
Daun koro	Kacang kapri	Selada
Daun labu siam	Kangkung	Seledri
Daun leunca	Katuk	Tauge
Daun mangkokan	Kecipir	Tebu terubuk
Daun melinjo	Kol	Tekokak
Daun pakis	Kuca	Terong
Daun pepaya	Labu siam	Tomat
Daun lobak	Ketimun	Wortel

## Golongan 5: BUAH-BUAHAN

Merupakan sumber vitamin terutam karotin vitamin B1, B6, dan C. Jauga merupakan sumber mineral, 1 satuan penukar mengandung 40 gr kkal dan10 gr hidrat arang.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Alpukat	50	$\frac{1}{2}$ bh bsr	Mangga	50	$\frac{1}{2}$ bh bsr
Apel	75	$\frac{1}{2}$ bh bsr	Nanas	75	$\frac{1}{6}$ bh sdg
Anggur	75	10 biji	Nangka masak	50	3 bj
Belimbing	125	1 bh bsr	Pepaya	100	1 bh sdg
Jambu biji	100	1 bh bsr	Pisang ambon	50	1 bh sdg
Jambu air	100	2 bh sdg	Pisang raja sereh	50	2 bh kcl
Jambu bol	75	$\frac{3}{4}$ bh sdg	Rambutan	75	8 bh
Duku	75	15 bh	Salak	75	1 bh bsr
Durian	50	3 bj	Sawo	50	1 bh sdg
Jeruk manis	100	2 bh sdg	Sirsak	75	$\frac{1}{2}$ gls
Kedondong	100	1 bh sdg	Semangka	150	1 ptg bsr
Kemang	100	1 bh sdg	Melon	150	1 ptg sdg

## Golongan 6 : SUSU

Merupakan sumber protein, lemak, hidrat arang, vitamin (terutama vitamin A dan niasin), serta mineral 9 (kalsium dan fosfor), 1 satuan penukar mengandung 110 kkal, 7 gr protein, 9 gr hidrat arang dan 7 gr lemak.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Susu sapi	200	1 gls	Tepung susu whole	25	5 sdm
Susu kambing	150	$\frac{3}{4}$ gls	Tepung susu skim	20	4 sdm
Susu kerbau	100	$\frac{1}{2}$ gls	Tepung saridele	25	4 sdm
Susu kental manis	100	$\frac{1}{2}$ gls	Yogurt	200	1 gls
Keju	30	1 ptg sdg			

## Golongan 7: MINYAK

Bahan makanan ini hampir seluruhnya mengandung lemak, 1 satuan penukar mengandung 45 kkal dan 5 gram lemak

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Minyak kacang	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Kelapa parut	30	5 sdm
Minyak goreng	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Santan	50	$\frac{1}{2}$ gls
Minyak ikan	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Lemak sapi	5	1 ptg kcl
Margarin	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Lemak babi	5	1 ptg kcl
Kelapa	30	1ptg kcl			

## Golongan 8: GULA

Satu satuan mengandung 20 kkal dan 75 gr karbohidrat.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Gula pasir	8	1 sdm	Selai	12	$1\frac{1}{2}$ sdm
Gula aren	8	$\frac{1}{2}$ sdm	Permen	10	4 gelas
madu	10	$1\frac{1}{2}$ sdm	Sirup	15	2 sdm

(Sumber, Almatsier, 2001)

## Lampiran 7

## Statistics

		Pengetahuan	Pendidikan	Sikap	Duk.Petugas	Duk.Keluarga	Tindakan
N	Valid	22	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		2.18	1.64	1.91	1.50	2.41	1.09
Median		2.00	2.00	2.00	1.50	2.00	1.00
Std. Deviation		.395	.658	.294	.512	.503	.294

## Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	18	81.8	81.8	81.8
	Baik	4	18.2	18.2	100.0
Total		22	100.0	100.0	

## Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	10	45.5	45.5	45.5
	SMP	10	45.5	45.5	90.9
	SMA	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

## Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	2	9.1	9.1	9.1
	Positif	20	90.9	90.9	100.0
Total		22	100.0	100.0	

**Duk.Petugas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	11	50.0	50.0	50.0
	Cukup	11	50.0	50.0	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**Duk.Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	13	59.1	59.1	59.1
	Baik	9	40.9	40.9	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**Tindakan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Defisit	20	90.9	90.9	90.9
	Normal	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**Correlations**

			Pengetahuan	Tindakan_Ibu
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.656**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	22	22
	Tindakan_Ibu	Correlation Coefficient	.656**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	22	22

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

**Correlations**

			Pendidikan	Tindakan_Ibu
Spearman's rho	Pendidikan	Correlation Coefficient	1.000	.452*
		Sig. (2-tailed)	.	.035
		N	22	22
	Tindakan_Ibu	Correlation Coefficient	.452*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.035	.
		N	22	22

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

**Correlations**

			Sikap	Tindakan_Ibu
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1.000	.352
		Sig. (2-tailed)	.	.108
		N	22	22
	Tindakan_Ibu	Correlation Coefficient	.352	1.000
		Sig. (2-tailed)	.108	.
		N	22	22

**Correlations**

			Duk.Petugas	Tindakan_Ibu
Spearman's rho	Duk.Petugas	Correlation Coefficient	1.000	.152
		Sig. (2-tailed)	.	.500
		N	22	22
	Tindakan_Ibu	Correlation Coefficient	.152	1.000
		Sig. (2-tailed)	.500	.
		N	22	22



**Correlations**

			Duk.Keluarga	Tindakan_Ibu
Spearman's rho	Duk.Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.220
		Sig. (2-tailed)	.	.324
		N	22	22
	Tindakan_Ibu	Correlation Coefficient	.220	1.000
		Sig. (2-tailed)	.324	.
		N	22	22

**Crosstab****Pengetahuan \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Defisit	Normal	
Pengetahuan	Sedang	Count	17	1	18
		% within Pengetahuan	94.4%	5.6%	100.0%
		% within Tindakan	85.0%	50.0%	81.8%
		% of Total	77.3%	4.5%	81.8%
	Baik	Count	3	1	4
		% within Pengetahuan	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Tindakan	15.0%	50.0%	18.2%
		% of Total	13.6%	4.5%	18.2%
Total		Count	20	2	22
		% within Pengetahuan	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Tindakan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	90.9%	9.1%	100.0%

**Pendidikan \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Defisit	Normal	
Pendidikan	SD	Count	9	1	10
		% within Pendidikan	90.0%	10.0%	100.0%
		% within Tindakan	45.0%	50.0%	45.5%
		% of Total	40.9%	4.5%	45.5%
	SMP	Count	10	0	10
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
		% within Tindakan	50.0%	.0%	45.5%
		% of Total	45.5%	.0%	45.5%
	SMA	Count	1	1	2
		% within Pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Tindakan	5.0%	50.0%	9.1%
		% of Total	4.5%	4.5%	9.1%
Total	Count	20	2	22	
	% within Pendidikan	90.9%	9.1%	100.0%	
	% within Tindakan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	90.9%	9.1%	100.0%	

**Sikap \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Defisit	Normal	
Sikap	Negatif	Count	2	0	2
		% within Sikap	100.0%	.0%	100.0%
		% within Tindakan	10.0%	.0%	9.1%
		% of Total	9.1%	.0%	9.1%
	Positif	Count	18	2	20
		% within Sikap	90.0%	10.0%	100.0%
		% within Tindakan	90.0%	100.0%	90.9%
		% of Total	81.8%	9.1%	90.9%

Total	Count	20	2	22
	% within Sikap	90.9%	9.1%	100.0%
	% within Tindakan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	90.9%	9.1%	100.0%

**Duk.Petugas \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Defisit	Normal	
Duk.Petugas	Kurang	Count	10	1	11
		% within Duk.Petugas	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Tindakan	50.0%	50.0%	50.0%
		% of Total	45.5%	4.5%	50.0%
	Cukup	Count	10	1	11
		% within Duk.Petugas	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Tindakan	50.0%	50.0%	50.0%
		% of Total	45.5%	4.5%	50.0%
Total	Count	20	2	22	
	% within Duk.Petugas	90.9%	9.1%	100.0%	
	% within Tindakan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	90.9%	9.1%	100.0%	

**Duk.Keluarga \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Defisit	Normal	
Duk.Keluarga	Cukup	Count	13	0	13
		% within Duk.Keluarga	100.0%	.0%	100.0%
		% within Tindakan	65.0%	.0%	59.1%
		% of Total	59.1%	.0%	59.1%
	Baik	Count	7	2	9
		% within Duk.Keluarga	77.8%	22.2%	100.0%
		% within Tindakan	35.0%	100.0%	40.9%
		% of Total	31.8%	9.1%	40.9%
Total	Count	20	2	22	
	% within Duk.Keluarga	90.9%	9.1%	100.0%	
	% within Tindakan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	90.9%	9.1%	100.0%	