

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN IBU
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA BALITA GIZI
BURUK DI PUSKESMAS SARINA KABUPATEN BELU**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK



**ANNA MARIANCE TAETETI
13111185**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN IBU
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA BALITA GIZI
BURUK DI PUSKESMAS SARINA KABUPATEN BELU**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



**ANNA MARIANCE TAETETI
13111185**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 11 Februari 2013

Yang menyatakan

ANNA MARIANCE TAETETI
NIM. 131111185

PERSETUJUAN SKRIPSI

Lembar Pengesahan

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN IBU
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA BALITA GIZI
BURUK DI PUSKESMAS SARINA KABUPATEN BELU**

Oleh :
Anna Mariance Taeteti
13111185

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL : FEBRUARI 2013

Oleh
Pembimbing Ketua

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

Pembimbing

Iqlima Dwi Kurnia S.Kep.Ns

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN IBU
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA BALITA GIZI
BURUK DI PUSKESMAS SARINA KABUPATEN BELU**

Oleh :

Nama : Anna Mariance Taeteti

NIM : 131111185

Telah diuji

Pada tanggal, 13 Februari 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.,Ns.,M.Kep(.....)
NIK : 139080825

Anggota : 1. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp,M.Kes (.....)
NIP : 197806062001122001

2. Iqlima Dwi Kurnia S.Kp,Ns (.....)

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

"Tuhan Adalah Penolongku"

Semua ini kupersembahkan untuk yang tercinta orangtuaku (etha dan ande), adikku (dewi, asti dan dhika) dan semua yang pernah dan sampai saat ini menyayangiku

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas Berkat dan Rahmat-Nya skripsi “**Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu**” dapat terselesaikan dengan baik sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program studi S1 keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Purwaningsih S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Ibu Mira Triharini S.Kp.,M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Airlangga Surabaya.
3. Ibu Yuni Sufyanti Arief S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Iqlima Dwi Kurnia S.Kep.Ns, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan bantuan dalam proses pembuatan skripsi ini.
5. Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, terima kasih atas bantuan dan peran sertanya dalam penyelesaian skripsi ini

6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Belu yang telah memberikan ijin pengambilan data awal dan penelitian dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Sarina yang telah memberikan ijin pengambilan data awal dan penelitian dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Kader-kader di wilayah kerja Puskesmas Sarina yang telah membantu saya dalam penelitian.
9. Para responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
10. Bapak, Mama serta adik-adik dirumah yang selalu memberikan perhatian, semangat, inspirasi, doa restu serta dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Kakak Hilda, K' Onsi, K' Venta, K' Mersi, K' Surti, K' Ferdi, K' Nona, Nieke, Suzanna Trivonia yang sudah membantu dan memberikan semangat dalam setiap keputusan dalam pembuatan skripsi ini.
12. Teman-teman seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B14 yang selalu saling memberikan dukungan dan semangat.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Surabaya, Februari 2013

Peneliti

ABSTRACT**THE CORRELATION BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDE AND MOTHER'S PRACTICE IN NUTRITION OF MALNUTRITION CHILDREN (UNDER 5 YEARS OLD) AT PUSKEMAS SARINA, BELU RECIDENCE****By : Anna Mariance Taeteti**

Malnutrition is a complex problem. It wasn't caused only by insufficient nutrition, but also the knowledge, attitude and the practice in nutrition. In 2012, at Puskesmas Sarina, the prevalency of malnutrition children under 5 years old score was 5,0 %, and became the second highest number in Belu residence. The aim of this research was to analyze correlation between knowledge, attitude and mother's practice in nutrition for malnutrition children under 5 years old at Puskesmas Sarina.

This research carried out based on descriptive analysis using cross sectional approach. Twenty eight mothers of malnutrition children under 5 years old was taken as sample cases. Independent variabel was knowledge and attitude of mother while. Dependent variabel was mother's practice in nutrition of malnutrition children under 5 years old. Data was collected using questionnaire and form of food recall 24 hours. The correlation between both variabel knows by Spearman rank test with $\alpha = 0,05$.

The result showed that the mother's knowledge had correlation with mother's practice in nutrition ($p=0,009$) with correlation coefficient 0,485. The attitude also correlated with mother's practice in nutrition ($p=0,001$) with correlation coefficient 0,593.

It can be concluded that the knowledge and attitude of mother correlated with the practice in nutrition for malnutrition children under 5 years old. It hopes that Health Department and nurse can optimize nutrition programs in purpose to decrease malnutrition of children, through the prevention and treatment of malnutrition monitoring and supplementary feeding (PMT) periodically to see the condition of malnutrition children under 5 years old.

Keyword: malnutrition, knowledge, attitude, mother's practice, under 5 year old children

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar persetujuan.....	iii
Lembar penetapan panitia penguji.....	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	7
1.4.1 Teoritis.....	7
1.4.2 Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Gizi dan Status Gizi.....	9
2.1.1 Klasifikasi Status Gizi.....	10
2.1.2 Penilaian Status Gizi.....	11
2.1.3 Kebutuhan Gizi Balita.....	19
2.1.4 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan.....	20
2.2. Gizi Buruk.....	21
2.2.1 Strategi Penemuan Gizi Buruk.....	22
2.2.2 Klasifikasi KEP.....	23
2.2.3 Jenis dan Gejala Klinis KEP.....	23
2.2.4 Penyebab Gizi Buruk.....	25
2.2.5 Penanganan Gizi Buruk.....	27
2.3. Konsep Nutrisi.....	28
2.3.1 Pengertian Nutrisi.....	28
2.3.2 Jenis-Jenis Nutrisi.....	28
2.3.3 Manfaat Nutrisi.....	30
2.4. Konsep Dasar Perilaku.....	31
2.4.1. Pengertian Perilaku.....	31
2.4.2 Domain Perilaku.....	32

2.4.3	Faktor Penentu Perilaku	37
2.5	Karakteristik Keluarga	39
2.5.1	Pekerjaan	39
2.5.2	Pendapatan Keluarga	39
2.5.3	Jumlah Anak	39
2.6	Karakteristik Balita	40
2.6.1	Usia	40
2.6.2	Jenis Kelamin	40
2.6.3	Berat Badan	40
2.7	Tumbuh Kembang Balita	41
2.8	Pola Konsumsi	44
2.9	Tingkat Konsumsi	45
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	46
3.1	Kerangka Konseptual	46
3.2	Hipotesis	47
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	48
4.1	Desain Penelitian	48
4.2	Populasi, Sample Dan Sampling	48
4.2.1	Populasi	48
4.2.2	Sampel	49
4.2.3	Sampling	50
4.3	Identifikasi Variabel	50
4.4	Definisi operasional	51
4.5	Instrumen penelitian	53
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	54
4.7	Prosedur pengambilan dan Pengumpulan Data	54
4.8	Kerangka Kerja	55
4.9	Analisa Data	56
4.10	Etik Penelitian	56
4.10.1	Surat Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	56
4.10.2	Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	57
4.10.3	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	57
4.11	Keterbatasan	58
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	59
5.1	Hasil Penelitian	59
5.1.1	Karakteristik lokasi pengambilan sampel	59
5.1.2	Data Umum	61
5.1.3	Data Khusus	63
5.2	Pembahasan	68
BAB 6	SIMPULAN DAN SARAN	74
6.1	Kesimpulan	74
6.2	Saran	74
	Daftar pustaka	76

Lampiran - Lampiran 79

DAFTAR SINGKATAN

xiv

ASI	:	Air Susu Ibu
AKG	:	Angka Kecukupan Gizi
cm	:	centimeter
BB	:	Berat Badan
BALITA	:	Bayi Lima Tahun
BGM	:	Bawah Garis Merah
DKBM	:	Daftar Komposisi bahan Makanan
DKMM	:	Daftar konversi Mentah masak
Depkes	:	Departemen Kesehatan
KB	:	Keluarga Berencana
KEP	:	Kurang Energi Protein
Kg	:	Kilogram
Kkal	:	Kilo Kalori
KMS	:	Kartu Menuju sehat
LLA	:	Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	:	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
NCHS	:	National Center Health Statistic
PMT	:	Pemberian Makanan Tambahan
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
Posyandu	:	Pusat Pelayanan terpadu
Polindes	:	Poli Layanan Kesehatan Desa
Poskesdes	:	Pos Kesehatan Desa
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	:	Puskesmas Pembantu
RI	:	Republik Indonesia
SD	:	Sekolah Dasar
SD	:	Standar Deviasi
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
TB	:	Tinggi Badan
URT	:	Ukuran Rumah Tangga
U	:	Umur
WHO	:	World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya antara lain diselenggarakan melalui upaya kesehatan anak yang dilakukan sedini mungkin sejak anak masih di dalam kandungan. Di Indonesia masalah gizi khususnya pada balita, menjadi masalah besar karena berkaitan erat dengan indikator kesehatan seperti tingginya angka kesakitan serta angka kematian bayi dan balita lebih jauh lagi, status gizi yang kurang dapat mengancam kualitas sumber daya manusia di masa mendatang (Almatsier, 2003). Kebutuhan nutrisi sangat penting dalam mencegah terjadinya berbagai penyakit akibat kurang nutrisi dalam tubuh (Azis, 2006). Azwar (2004) mengemukakan bahwa, perbaikan gizi masyarakat yang difokuskan pada perbaikan gizi bayi dan balita merupakan awal dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Anak perlu dipersiapkan agar dapat tumbuh sehat dan berkembang seoptimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (Narendra, 2008). Upaya menjamin pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan balita maka perlu asupan gizi yang cukup (Agus, 2002). Balita tidak terpenuhi akan kebutuhan nutrisinya dapat menyebabkan gangguan gizi atau biasa disebut gizi kurang dan gizi buruk. Anak balita sangat tergantung pada orang lain terutama ibunya, karena dia dituntut untuk dapat memberikan perhatian khusus kepada anaknya yang berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan watak dan kemampuan si anak, tetapi pada saat ini banyak ibu yang berperan ganda sebagai ibu rumah tangga dan sebagai wanita pekerja sehingga

fungsi utama seorang ibu dalam merawat anaknya sudah berkurang (Soetjiningsih, 2002). Berdasarkan fakta yang didapat penulis berdasarkan observasi awal dengan di puskesmas Sarina kabupaten Belu sekitar 5,2% dari 546 jumlah balita mengalami status gizi buruk. Berdasarkan hasil wawancara yang diisi oleh 17 ibu dari penderita gizi buruk pada bulan September 2012, ibu yang mempunyai anak balita di lokasi penelitian sebagian menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Pertama, ada juga yang belum tamat Sekolah Menengah Pertama, dan ada yang tamat Sekolah Dasar. Pengetahuan ibu tentang pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk masih sangat kurang, mereka berpendapat makanan yang diberikan sudah cukup gizinya dan yang terpenting anaknya dalam keadaan kenyang. Sikap ibu dalam memberikan makanan yaitu bahan makanan apa saja boleh dikonsumsi oleh balita. Tindakan ibu memberikan makanan kepada anaknya hanya nasi dan sayuran saja. Upaya dinas kesehatan dengan adanya pemberian makanan setempat telah dilakukan namun masih lebih dari 50 % balita yang menderita gizi buruk, hal ini dapat dikarenakan oleh beberapa faktor seperti perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi belum dapat dipahami lebih jelas. Sampai saat ini hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk di puskesmas Sarina Kabupaten Belu belum dapat dijelaskan.

Angka kematian balita di Indonesia oleh karena status gizi buruk masih sangat tinggi. Data WHO menyebutkan angka kejadian gizi buruk pada tahun 2007 lalu tercatat sebanyak 4 juta balita di Indonesia mengalami gizi kurang dan 700 ribu anak dalam kategori gizi buruk. Angka kejadian gizi buruk di Indonesia menduduki peringkat ke 142 dari 170 negara dan terendah di ASEAN.

Berdasarkan data Departemen Kesehatan (2004), di Indonesia pada tahun 2003 terdapat sekitar 5 juta anak balita (27,5%) yang kekurangan gizi, lebih kurang 3,5 juta anak (19,2%) dalam tingkat gizi kurang, dan 1,5 juta anak gizi buruk (8,3%). Perkembangan penyakit malnutrisi (gizi kurang, resiko gizi buruk, dan gizi buruk) di Indonesia pada tahun 2006 tercatat 4,2 juta anak gizi kurang, pada tahun 2007 tercatat 4,1 juta anak resiko gizi buruk, status gizi kurang berjumlah 3,38 anak dan 755 ribu dalam kategori risiko gizi buruk (Depkes, 2008). Data dari Departemen Kesehatan Indonesia tahun (2011) balita gizi kurang berjumlah 4,7 juta orang balita. *Prevalensi* status gizi balita *wasting* di Provinsi Nusa Tenggara Timur 23.4%, *Prevalensi stunting* berturut-turut Provinsi Nusa Tenggara Timur 31.9% (tinggi/serius), prevalensi status gizi di Kabupaten Belu tahun 2012 yakni dari jumlah balita yang di timbang 28402 balita yang menderita gizi kurang 7693 (27,1%), balita gizi buruk 1154 (4,1%). Data Dinas kesehatan Kabupaten Belu pada bulan Januari-September jumlah balita yang ditimbang 28402, balita menderita gizi kurang 7693 (27,1%), balita yang menderita gizi buruk 1154 (4,1%). Puskesmas yang ada di Kabupaten Belu berjumlah 23. Puskesmas Sarina menduduki urutan ke dua *prevalensi* angka gizi buruk terbanyak. Data puskesmas Sarina pada bulan Januari – September 2012, jumlah balita yang di timbang 546, balita yang menderita gizi kurang 122 (24,5%) dan gizi buruk 28 (5,2%).

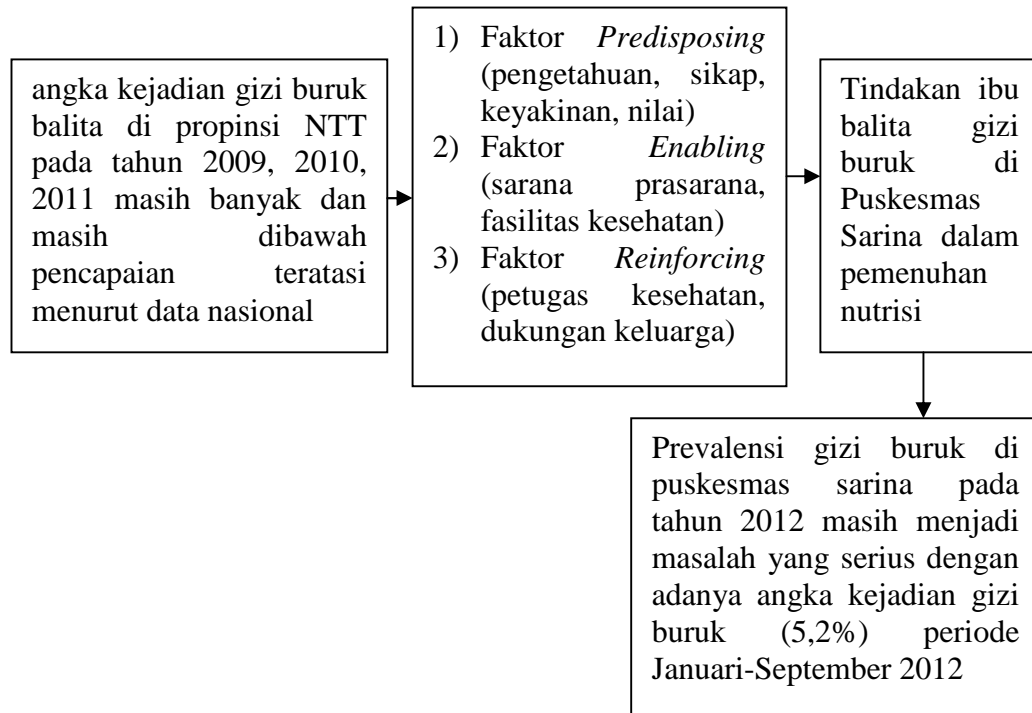
Gizi buruk yang terjadi pada balita merupakan masalah yang banyak dialami di Indonesia. Menurut Supari dalam Depkes (2005), Faktor-faktor yang mempengaruhi gizi buruk antara lain konsumsi makanan, penyakit infeksi, pengetahuan, pendidikan, pendapatan, pendidikan orang tua, jumlah anggota keluarga. Status gizi balita dapat juga dipengaruhi oleh berbagai faktor

diantaranya yaitu kurangnya wawasan dan pengetahuan ibu tentang gizi yang disebabkan rendahnya tingkat pendidikan ibu yang juga memberi andil yang besar terhadap status gizi buruk balita. Pengetahuan dan pemahaman ibu yang terbatas akan mempengaruhi pola pemenuhan gizi balita sehingga penerapan pola konsumsi makan belum sehat dan seimbang (Wiryo, 2000). Asupan makanan secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola perilaku asuh yang diberikan ibu antara lain bagaimana cara ibu memberi makan, bagaimana ibu merawat, memelihara kesehatan, pemukiman yang layak, *hygiene* perorangan, sanitasi lingkungan, pakaian, kesegaran jasmani dan rekreasi (Sulistiyani, 2006). Setiap anak akan tercukupi gizinya apabila makanan yang di konsumsi mampu memberikan gizi yang cukup. Menurut Hadi (2005) gagal tumbuh yang terjadi akibat kurang gizi pada masa emas pertumbuhan dan perkembangan otak akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya sehingga berpotensi menyebabkan rendahnya kualitas Sumber Daya Manusia. Dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. 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 akademi di sekolah (Narendra, 2008). Oleh karena itu perhatian orang tua terhadap pola konsumsi makanan perlu diperhatikan terkait pentingnya peran ibu dalam memberikan nutrisi pada balita.

Penelitian ini dilakukan mengingat masih ada kecenderungan meningkatnya angka kejadian gizi buruk di Propinsi NTT di Kabupaten Belu khususnya di Puskesmas Sarina. Upaya perbaikan gizi telah lama dilaksanakan oleh pemerintah

Indonesia melalui departemen kesehatan. Langkah yang juga diambil pemerintah didalam menekan angka kematian balita oleh karena status gizi yang jelek dilakukan melalui beberapa cara antara lain pemantauan status gizi, peningkatan kemampuan dan keterampilan petugas, dan kader di lingkungan rumah sakit, puskesmas dan rumah tangga. Dalam hal ini, begitu besarnya peran serta masyarakat untuk ikut andil dalam mencapai tujuan yang kita harapkan bersama – sama. Dukungan keluarga terhadap peningkatan wawasan pengetahuan ibu tentang nutrisi untuk balita sangat diperlukan dalam hal ini. Asupan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan dan menjamin pertumbuhan fisik yang optimal (Khomsan dan Ridhayani, 2008). Perbaikan gizi kelompok balita juga bisa dilakukan dengan cara program Taman balita, program PMT (Pemberian Makanan Tambahan) yang didalamnya diadakan rehabilitasi penderita gizi kurang serta pelatihan kepada para ibu untuk bertanggung jawab atas pengurusan balita didalam keluarga, dalam hal ini bagaimana mengurus, memasak dan menyediakan makanan bergizi bagi balita (Sediaoetama, 2008).

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan Hubungan pengetahuan dan sikap Dengan Tindakan Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu
2. Mengidentifikasi sikap ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu
3. Mengidentifikasi tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu
4. Menganalisa hubungan pengetahuan dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu
5. Menganalisa hubungan sikap dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Penelitian ini digunakan sebagai dasar pengembangan Keperawatan Anak, terutama tentang pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi balita gizi buruk.

1.5.2 Praktis

1. Bagi Para Ibu

Bagi para ibu agar dapat merubah perilaku menjadi lebih baik agar dapat memberikan pola asuh yang baik pula kepada anaknya.

2. Bagi Perawat

Dapat disarankan sebagai masukan positif pada upaya peningkatan kesehatan balita dan informasi bagi peningkatan pengetahuan para ibu.

3. Bagi Instansi / Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan tambahan informasi bagi institusi pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya balita.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gizi dan Status Gizi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat – zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ – organ, serta menghasilkan energi (Supariasa, 2002).

Nutrisi atau zat gizi adalah zat yang menyusun bahan makanan seperti: air, protein, lemak, hidrat arang, vitamin, dan mineral (Wiryo, 2000).

Ilmu gizi merupakan ilmu yang mempelajari perihal makanan serta hubungannya dengan kesehatan (Paath, 2004).

Status gizi merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut. Kebutuhan tubuh akan zat gizi ditentukan oleh banyak faktor, antara lain: tingkat metabolisme basal, tingkat pertumbuhan aktivitas fisik dan faktor yang bersifat relatif, yaitu: gangguan pencernaan (*ingestion*), perbedaan daya serap (*absorption*), tingkat penggunaan (*utilization*) serta perbedaan pengeluaran dan penghancuran (*excretion and destruction*) dari zat gizi tersebut dalam tubuh (Supariasa, 2002).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2002)

2.1.1 Klasifikasi status gizi

Status gizi secara umum dapat diklasifikasikan menjadi empat kelompok utama, yaitu :

1. Status Gizi Buruk

Apabila berat badan balita menurut umurnya kurang dari -3 SD, terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial (Almatsier, 2003) dan keadaan tersebut terjadi terus menerus dan dalam jangka waktu yang lama. Status gizi buruk ini dapat mengakibatkan kematian.

2. Status Gizi Kurang

Apabila berat badan balita menurut umurnya kurang dari -2 SD, terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial (Almatsier, 2003). Tingkat keadaan kurang gizi yang dialami karena konsumsi makanan sehari-hari kurang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh.

3. Status Gizi Normal atau Baik

Status gizi baik atau status gizi normal terjadi apabila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2003)

4. Status Gizi Lebih

Status gizi lebih terjadi apabila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah yang berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksik atau membahayakan (Almatsier, 2003). Menurut Supariasa (2002), tingkat keadaan gizi yang disebabkan karena konsumsi zat-zat gizi yang berlebihan dibandingkan dengan kebutuhan tubuh.

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi menurut Standar Baku Nasional (Baku WHO-NCHS)

Ambang batas (cut of point)	Klasifikasi Status Gizi Menurut Jenis Indeks		
	BB/U	TB/U	BB/TB
Z-score > + 2 SD	Gizi lebih	TB jangkung	Gemuk
Z-score -2 SD s/d + 2 SD	Gizi baik	TB normal	Normal
Z-score -3 SD s/d < - 2 SD	Gizi kurang	TB pendek	Kurus
Z-score < - 3 SD	Gizi buruk	TB sangat pendek	Sangat kurus

Sumber : Soegianto, 2007

Cara penghitungan Z-score adalah sebagai berikut menurut Supariasa (2002) :

$$\text{Z-score} = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai median baku rujukan}}{\text{Nilai simpangan baku rujukan}}$$

2.1.2 Penilaian status gizi

Adalah suatu pengukuran terhadap aspek yang dapat menjadi indicator penilaian status gizi, kemudian dibandingkan dengan standar baku yang ada. System penilaian status gizi dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Pengukuran Secara Langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu : antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik.

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, 2002).

Parameter antropometri merupakan dasar bagi penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter antropometri disebut indeks antropometri. Beberapa indeks antropometri antara lain berat bada per umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan

lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U). penggunaan dan pemilihan indeks tersebut sangat tergantung pada tujuan pengukuran yang dilaksanakan (Soegianto, 2007).

Penilaian status gizi yang ideal untuk balita sebaiknya adalah menggunakan indeks antropometri (BB/U, TB/U dan BB/TB), karena dengan ketiga indeks ini dapat diketahui dengan jelas karakteristik individu maupun masyarakat (Barasai, 2009). Untuk dapat mengkaji dan menilai pertumbuhan balita sesuai tahapannya, digunakan pengukuran antropometri. Pengukuran antropometri digunakan untuk menentukan keadaan gizi seseorang. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air (Supariasa, 2002).

(1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*).

Kelebihan Indeks BB/U

Indeks BB/U mempunyai beberapa kelebihan antara lain:

1. Lebih mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum
2. Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis
3. Berat badan dapat berfluktuasi
4. Sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan kecil
5. Dapat mendeteksi kegemukan (*over weight*)

Kelemahan Indeks BB/U

1. Dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat edema maupun asites.
 2. Umur sering sulit ditaksir secara tepat karena pencacatan umur yang belum baik.
 3. Memerlukan data yang akurat
 4. Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran
 5. Secara operasional sering mengalami hambatan
- (2) Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Beaton dan Bengoa (1973), menyatakan bahwa indeks TB/U disamping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial-ekonomi.

Keuntungan Indeks TB/U

1. Baik untuk menilai status gizi masa lampau
2. Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa

Kelemahan Indeks TB/U

1. Tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun.

2. Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya.
3. Ketepatan umur sulit didapat (Supriasa, dkk. 2002)

(3) Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Jelliffe pada tahun 1994, telah memperkenalkan indeks ini dengan mengidentifikasi status gizi. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini/sekarang. Indeks BB/TB adalah merupakan indeks yang independen terhadap umur.

Keuntungan indeks BB/TB

1. Tidak memerlukan data umur
2. Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, kurus)

Kelemahan indeks BB/TB

1. Tidak dapat memberikan gambaran
2. Dalam praktek sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan pada kelompok balita.
3. Membutuhkan dua macam alat ukur
4. Pengukuran relatif lebih lama
5. Membutuhkan dua orang untuk melakukannya
6. Sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran.

Pada penelitian indeks antropometri yang digunakan adalah BB/U dan BB/TB untuk mendapatkan data mengenai status gizi balita. Indikator BB/U baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis. Sedangkan BB/TB merupakan

indikator yang baik untuk menilai status gizi saat kini/sekarang (Supariasa, dkk.2002).

2) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

3) Biokimia

Adalah pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

4) Biofisik

Adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan.

2. Pengukuran Secara Tidak Langsung

1) Survei Konsumsi makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi (Supariasa, 2002). Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu.

Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supariasa, 2002).

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Supariasa, 2002). Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial.

Metode pengukuran konsumsi makanan dibedakan berdasarkan jenis data yang diperoleh dan sasaran pengamatan (Supariasa, 2002). Namun dibawah ini akan dijelaskan mengenai metode pengukuran berdasarkan data yang diperoleh, dibedakan menjadi 2, yaitu :

(1) Metode Kualitatif

Metode yang bersifat kualitatif biasanya untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makann dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habit*) serta cara memperoleh makana tersebut (Supariasa, 2002). Metode pengukuran yang bersifat kualitatif antara lain :

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

Metode frekuensi makanan untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun (Supariasa, 2002). Berikut ini kelebihan dan kekurangan metode frekuensi makanan menurut Supariasa (2002), antara lain:

Kelebihan metode frekuensi makanan:

(1) Relative murah dan sederhana

- (2) Dapat dilakukan sendiri oleh responden
- (3) Tidak membutuhkan latihan khusus
- (4) Dapat membantu menjelaskan hubungan antara penyakit dan kebiasaan makan.

Kekurangan metode frekuensi makanan:

- (1) Tidak dapat menghitung masukan zat gizi sehari
- (2) Sulit mengembangkan kuesioner pengumpulan data
- (3) Cukup menjemukan bagi pewawancara
- (4) Perlu membuat percobaan pendahuluan untuk menentukan jenis bahan makanan yang akan masuk dalam daftar kuesioner
- (5) Responden harus jujur.

2. Metode *Dietary history*

3. Metode telepon

4. Metode pendaftaran makanan (*food list*)

(2) Metode 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 (Supriasa, 2002). Metode untuk pengukuran konsumsi secara kuantitatif antara lain:

1. Metode *Recall 24 Hour*

Prinsip dari metode *recall 24 hour* dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu.

Kelebihan metode *recall 24 hour* :

- 1) Mudah dilaksanakan dan tidak terlalu membebani responden
- 2) Biaya relatif murah
- 3) Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden
- 4) Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf
- 5) Dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung masukan zat gizi sehari (Supriasa, 2002).

Kekurangan metode *recall 24 hour* :

- 1) Tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari-hari, bila hanya dilakukan *recall* satu hari
- 2) Ketepatan sangat tergantung pada daya ingat responden
- 3) Membutuhkan tenaga atau petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat-alat bantu ukuran rumah tangga (URT) dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat (Supriasa, 2002).

2. Perkiraan makanan
3. Penimbangan makanan
4. Metode *food account*
5. Metode inventaris
6. Pencatatan

(3) Metode Kualitatif Dan Kuantitatif

Beberapa metode pengukuran dapat menghasilkan data yang bersifat kualitatif dan kuantitatif (Supariasa, 2002). Metode tersebut antara lain:

1 Metode *recall 24 hour*

2 Metode *dietary history*.

2) Statistik vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital menganalisis beberapa data statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi (Supariasa, 2002)

3) Faktor ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi multifactor dari factor lingkungan fisik, biologi, ekonomi, politik, dan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dan sebagainya (Supariasa, 2002)

2.1.3 Kebutuhan gizi balita

Kebutuhan gizi seseorang adalah jumlah yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan pada umumnya. Secara garis besar, kebutuhan gizi ditentukan oleh usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik. Status gizi balita dapat dipantau dengan menimbang anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat (KMS).

1. Kebutuhan Energi

Kebutuhan energi bayi dan balita relative besar dibandingkan dengan orang dewasa, sebab pada usia tersebut pertumbuhannya masih sangat pesat. Kecukupannya akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia.

2. Kebutuhan Zat Pembangunan

Secara fisiologis, balita sedang dalam masa pertumbuhan sehingga kebutuhannya relative lebih besar daripada orang dewasa. Namun, jika dibandingkan dengan bayi yang usianya kurang dari satu tahun, kebutuhannya relatif lebih kecil.

3. Kebutuhan Zat Pengatur

Kebutuhan air bayi dan balita dalam sehari berfluktuasi seiring dengan bertambahnya usia.

2.1.4 Angka kecukupan gizi yang dianjurkan

Pangan merupakan salah satu kebutuhan pokok yang dibutuhkan tubuh setiap hari dalam jumlah tertentu sebagai sumber energi dan zat gizi. Kekurangan atau kelebihan pangan dalam jangka waktu lama akan berakibat buruk terhadap kesehatan. Kebutuhan akan energi dan zat gizi bergantung pada berbagai faktor, seperti umur, gender, berat badan, iklim dan aktivitas fisik. Oleh karena itu, perlu disusun *Angka Kecukupan Gizi (AKG)* yang dianjurkan.

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) adalah taraf konsumsi zat gizi esensial yang berdasarkan pengetahuan ilmiah dinilai cukup untuk memenuhi kebutuhan hampir semua orang sehat. AKG adalah jumlah zat gizi yang hendaknya dikonsumsi tiap hari untuk jangka waktu tertentu sebagai bagian dari diet normal rata-rata orang sehat (Almatsier, 2003).

Rumus perhitungan AKG Energi :

$$\text{AKG energi individu} = \frac{\text{berat responden} \times \text{AKG standart}}{\text{Berat standart}}$$

$$\% \text{AKG energi} = \frac{\text{Asupan Energi}}{\text{AKG energi individu}} \times 100\%$$

Rumus perhitungan AKG Standart :

$$\% \text{AKG protein} = \frac{\text{asupan protein}}{\text{AKG protein Individu}} \times 100\%$$

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Energi Pada Anak Per Orang Per Hari

Golongan umur	BB (Kg)	TB (cm)	Energi (Kkal)
0 – 6 bulan	6	60	550
7 - 12 bulan	8,5	71	650
1 – 3 tahun	12	90	1.000
4 – 6 tahun	17	110	1.550

Sumber : Widyakarya Nasional Pangan & Gizi, 2004

Tabel 2.3 Angka Kecukupan Protein Pada Anak Per Orang Per Hari

Golongan umur	BB (Kg)	TB (cm)	Protein
0 – 6 bulan	5,5	60	10
7 – 12 bulan	8,5	71	16
1 – 3 tahun	12	90	25
4 – 6 tahun	18	110	39

Sumber : Widyakarya Nasional Pangan & Gizi, 2004

2.2 Gizi Buruk

Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Status gizi buruk adalah tingkat keadaan gizi yang dialami karena tubuh menderita kekurangan bermacam – macam zat gizi dalam waktu yang lama dan berlarut – larut sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi dan rusaknya jaringan tubuh tertentu (Supariasa, 2002). KEP didefinisikan sebagai keadaan

kurang gizi disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari – hari sehingga tidak memenuhi *Angka Kecukupan Gizi* (Soegianto, 2007).

2.2.1 Strategi penemuan kasus gizi buruk

Penemuan kasus gizi buruk menurut Departemen kesehatan RI, 2002 dapat diketahui melalui penimbangan di posyandu. Posyandu ini harus dilengkapi dengan KMS (Kartu Menuju Sehat) dengan penilaian pada KMS dapat diketahui perkembangan berat badan balita, N (naik), T (tidak naik), atau BGM (Bawah Garis Merah). Dapat disimpulkan kasus gizi buruk dapat berasal dari :

1. Anak BGM, T dan kurus hasil penimbangan posyandu yang telah dikonfirmasi positif gizi buruk.
2. Anak yang langsung diperiksa petugas kesehatan dari puskesmas dan positif gizi buruk.
3. Anak yang langsung diperiksa petugas kesehatan dari rumah sakit dan positif gizi buruk.

KMS dapat digunakan untuk membandingkan dan menilai pertumbuhan berat badan awal dan mengenali penyimpangan dini tumbuh kembang dalam jangka waktu tertentu, didalam KMS dalam setiap blok grafik pertumbuhan dibentuk dengan garis merah, dan pita kuning, hijau muda dan hijau tua.

Dasar pembentukan :

1. Garis merah dibentuk dengan menghubungkan angka – angka yang dihitung dari 70% median baku WHO-NCHS
2. Dua pita kuning diatas garis merah terbentuk masing – masing dengan batas atas 75% dan 80% median baku WHO-NCHS.

3. Dua pita warna hijau muda diatas pita kuning dibentuk dengan batas atas 85% dan 90% median baku WHO-NCHS.
4. Dua pita warna hijau tua diatasnya dibentuk masing – masing dengan batas atas 95% dan 100% median baku WHO-NCHS.
5. Dua pita warna hijau muda dan kuning paling atas yang masing – masing pita bernilai 5% dari baku median adalah daerah dimana anak – anak balita sudah mempunyai kelebihan berat badan (Depkes RI dalam Soegianto, 2007).

2.2.2 Klasifikasi KEP

Berdasarkan Depkes RI (2006) menyebutkan klasifikasi KEP, antara lain:

1. KEP ringan bila BB/U 70%-80% baku median WHO-NCHS dan atau BB/TB 80%-90% baku median WHO-NCHS.
2. KEP sedang bila BB/U 60%-70% baku median WHO-NCHS dan atau BB/TB 70%-80% baku median WHO-NCHS.
3. KEP berat atau gizi buruk bila BB/U <60% baku median WHO-NCHS dan atau BB/TB <70% baku median WHO-NCHS.

2.2.3 Jenis dan gejala klinis KEP

Menurut Depkes RI (2006) bahwa keadaan KEP terdapat 3 jenis antara lain marasmus, kwashiorkor dan marasmic-kwashiorkor. Marasmus sebagai salah satu bentuk KEP diakibatkan karena defisiensi kalori dan protein, sedangkan kwashiorkor lebih disebabkan karena defisiensi protein.

Menurut Jellife (1994), penyebab utama kwashiorkor adalah makanan yang sedikit mengandung protein (terutama protein hewani), kebiasaan memakan

makanan berpati terus – menerus. Penyebab marasmus adalah kegagalan menyusui, kelaparan, kegagalan memberikan makanan tambahan.

Gejala klinis KEP yang dapat ditemukan menurut Depkes RI (2006) :

1. Kwashiorkor:

- 1) Edema, umumnya seluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis).
- 2) Wajah membulat dan sembab (*moon face*).
- 3) Pandangan mata sayu.
- 4) Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok.
- 5) Perubahan status mental, apatis dan rewel.
- 6) Pembesaran hati.
- 7) Otot mengecil (*hipertropi*), lebih nyata diperiksa pada posisi berdiri atau duduk.
- 8) Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas.
- 9) Sering disertai : penyakit infeksi, umumnya akut, anemia dan diare.

2. Marasmus

- 1) Tampak sangat kurus, hingga tulang terbungkus kulit.
- 2) Wajah seperti orang tua.
- 3) Cengeng, rewel.
- 4) Kulit keriput, jaringan subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (pada daerah pantat tampak seperti memakai celana longgar).
- 5) Perut cekung,

6) Sering disertai : penyakit infeksi (umumnya kronis berulang) dan diare.

3. Marasmic-Kwashiorkor

Tanda-tanda Marasmic-Kwashiorkor adalah gabungan dari tanda-tanda yang ada pada Marasmus dan Kwashiorkor, dengan BB/U <60% (Z-score baku < -3 SD) WHO-NCHS dan disertai dengan edema yang tidak mencolok.

Tanda-tanda klinis yang terkadang menyertai gizi buruk :

1. Xerophthalmia adalah kelainan mata yang disebabkan karena kekurangan vitamin A yang berat. Gambaran klinisnya mulai dari buta senja sampai kelainan klinis mata yang berat.
2. Anemia karena disebabkan kekurangan zat besi, asam folat, vitamin B12 yang ditandai dengan pucatnya konjungtiva, selaput lender pada mulut, muka dan telapak tangan.
3. Stomatitis, disebabkan karena kekurangan vitamin yang ditandai dengan adanya kelainan pada sudut mulut.

2.2.4 Penyebab gizi buruk

Menurut Supari dalam Depkes (2005), gizi buruk dipengaruhi banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung dipengaruhi oleh 3 hal, yaitu; anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai dan anak menderita penyakit infeksi. Ketiga penyebab langsung tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Bayi dan balita tidak mendapat makanan yang bergizi, dalam hal ini makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan.

2. Anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai. Pola pengasuhan anak berpengaruh pada timbulnya gizi buruk. Anak yang diajau ibunya sendiri dengan kasih sayang, ibu berpendidikan, mengerti tentang pentingnya ASI, manfaat posyandu dan kebersihan, meskipun miskin anaknya lebih sehat. Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak.

3. Anak menderita penyakit infeksi. Terjadi hubungan timbal balik antara kejadian infeksi penyakit dan gizi buruk. Anak menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi. Anak yang menderita sakit infeksi akan cenderung menderita gizi buruk. Cakupan pelayanan kesehatan dasar terutama imunisasi, penanganan diare, tindakan cepat pada balita yang tidak naik berat badan, pendidikan, penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan pelayanan posyandu, penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan akan menentukan tingginya kejadian penyakit infeksi.

Penyebab kurang gizi pada anak balita memiliki beberapa tahapan, yaitu meliputi : penyebab langsung, penyebab tidak langsung, akar masalah dan masalah pokok (UNICEF dalam Baliwati, 2006) :

1. Penyebab langsung yaitu makanan anak yang tidak seimbang dan adanya penyakit infeksi yang diderita anak.

2. Penyebab tidak langsung yaitu tidak cukupnya ketahanan pangan keluarga tidak memadainya pola pengasuhan anak, tidak memadainya sanitasi, air bersih serta pelayanan kesehatan dasar. Faktor penyebab tidak langsung tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan.

Berbagai faktor penyebab langsung dan tidak langsung tersebut berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan kar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah yang ada di masyarakat antara lain ketidaktahana pangan, ketidaktahuan pola pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

2.2.5 Penanganan gizi buruk

Intervensi untuk memulihkan tingkat gizi anak penderita gizi buruk adalah berupa pemberian makanan tambahan di luar makanan yana dimakan anak di lingkungan keluarga (Moehji, 2003). Pemberian makanan tambahan (PMT) adalah pemberian zat gizi dalam bentuk bahan makanan yang kandungan zat gizi terukur dan berasal dari luar keluarga (Moehji, 2003).

Mengacu pada tujuan, PMT dibedakan menjadi dua, yakni :

1. PMT pemulihan

Bertujuan memulihkan gizi penderita yang buruk dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang terukur sehingga kebutuhan gizi penderita dapat terpenuhi (Moehji, 2003). Sasaran PMT pemulihan adalah anak balita yang sudah nyata menderita gizi buruk. Pemberian makan tambahan harus dilakukan setiap hari selama tiga sampai empat bulan (Moehji, 2003).

2. PMT Penyuluhan

Pemberian makanan tambahan penyuluhan merupakan sarana bagi penyuluhan gizi bagi orang tua anak balita. Oleh karena itu, sasaran PMT penyuluhan berbeda dengan PMT pemulihan, yaitu semua anak balita bukan penderita gizi buruk (Moehji, 2003). Pemberian makanan tambahan penyuluhan diselenggarakan sekali dalam sebulan, yaitu sesuai dengan jadwal penimbangan (Moehji, 2003).

2.3 Konsep Nutrisi

2.3.1 Pengertian nutrisi

Nutrisi adalah proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh (Tarwoto, 2010). Nutrisi merupakan proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh (Azis, 2006).

2.3.2 Jenis- jenis nutrisi

Nutrien merupakan zat gizi yang terdapat dalam makanan. Macam-macam zat gizi yang dibutuhkan tubuh adalah karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral dan air. (Azis, 2006)

Karbohidrat merupakan sumber energi yang tersedia dengan mudah disetiap makanan. Tubuh memerlukan keseimbangan energi untuk dapat melakukan aktivitas. Karbohidrat harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan karbohidrat sekitar 15 % dari kalori yang ada dapat menyebabkan kelaparan dan berat badan menurun demikian sebaliknya apabila jumlah kalori yang tersedia dari karbohidrat dengan jumlah yang tinggi dapat menyebabkan peningkatan berat

badan (obesitas). Sumber karbohidrat seperti susu, padi-padian, buah-bauhan, sukrosa, sirup, tepung, dan sayur-sayuran.

Lemak berperan dalam pengangkut vitamin A, D, E, K yang larut dalam lemak, dan sumber yang kaya akan energi, sebagai pelindung organ tubuh seperti pembuluh darah, saraf, organ dan lain-lain terhadap suhu tubuh, dapat membantu rasa kenyang (penundaan waktu pengosongan lambung). Kekurangan lemak menyebabkan terjadinya perubahan kulit khususnya asam linoleat yang rendah, berat badan kurang, akan tetapi apabila jumlah lemak yang banyak pada anak menyebabkan terjadi hiperlipidemia, hiperkolesterol, dan lain-lain. Sumber makanan yang mengandung lemak seperti susu, mentega, kuning telur, daging, ikan, keju, kacang-kacangan, dan minyak sayur.

Protein berguna dalam pembentukan protoplasma sel, dan tersedianya proteni dalam jumlah cukup penting untuk pertumbuhan dan perbaikan sel jaringan dan sebagai larutan untuk keseimbangan osmotik. Apabila protein berlebih jumlahnya yang atau tinggi dapat memperburuk insufisiensi ginjal, sebaliknya apabila kurang jumlahnya maka dapat menyebabkan kelemahan, odem, dapat kwashiorkor apabila kekurangan protein saja, tetapi jika kekurangan kalori dan protein menyebabkan marasmus. Sumber protein dapat diperoleh dari susu, telur, daging, ikan, unggas, keju, kedelai, kacang buncis, dan padi-padian.

Air berfungsi sebagai pelarut untuk pertukaran seluler, sebagai medium untuk ion, transport nutrient dan produk buangan dan pengaturan suhu tubuh. Pada bayi relatif tinggi untuk kebutuhan air 75 - 80 % dari berat badan dibanding dengan orang dewasa yang hanya 55 – 60 %.

Vitamin merupakan senyawa organik yang berfungsi untuk mengkatalisator metabolisme sel yang dapat berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan. Vitamin yang dibutuhkan antara lain vitamin A, B1, B2, B3, B6, B12, C, D, E, biotin, K.

Mineral merupakan zat gizi mikro yang terdiri dari kalsium, klorida, khromium, kobalt, tembaga, flourin, jodium, besi, magnesium, mangan, fosfor, kalium, natrium, sulfur, dan seng. Kesemuanya harus tersedia dalam jumlah cukup (Aziz, 2006).

2.3.3 Manfaat nutrisi

Nutrisi termasuk pembangun tubuh yang mempunyai peranan terhadap pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada tahun-tahun pertama kehidupan dimana anak sedang mengalami pertumbuhan yang sangat pesat terutama pertumbuhan otak (Soetjiningsih, 2002). Keberhasilan perkembangan anak ditentukan oleh keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan otak.

Nutrien-nutrien dapat digolongkan menjadi 3 golongan yaitu :

1. Golongan pembangun: protein hewani dan protein nabati dibutuhkan kira- kira 2-3 gram/kg BB/hari. Misalnya ikan, telur, daging, tahu, tempe, dan sebagainya.
2. Golongan sumber tenaga : karbohidrat, lemak, dan sebagainya. Misalnya : beras, kentang, gandum, susu, ubi, singkong, maizena, dan sebagainya.
3. Golongan pelindung : mikro nutrient (besi, kalsium, seng, mangan, dan sebagainya), vitamin-vitamin dan air. (Soetjiningsih, 2002)

2.4 Konsep Dasar Perilaku

2.4.1 Pengertian perilaku

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organism, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori S – O – R” atau Stimulus Organisme Respon (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2 :

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

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

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

2.4.2 Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan menbagiperilaku manusia itu ke dalam 3 domain yakni : Kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia Notoatmodjo (2007). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- 1) Faktor internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya : intelegensia, minat, kondisi fisik.
- 2) Faktor eksternal : faktor dari luar diri, misalnya : keluarga, masyarakat, sarana dan sumber informasi.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

- (1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

- (2) Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- (3) Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

(4) Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian menjadi satu bentuk keseluruhan atau kemampuan menyusun formulasi berdasarkan teori yang ada.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan melakukan penilaian terhadap materi objek berdasarkan kriteria yang ada.

Pengetahuan gizi merupakan wawasan mengenai bahan pangan, baik mengenai kandungan gizi maupun cara pengkonsumsian yang tepat. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan bahan makanan dan selanjutnya akan berpengaruh pada kesehatan individu tersebut. Pengetahuan gizi dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain tingkat pendidikan, lingkungan social dan frekuensi kontak dengan media massa (Moehji, 2003). Tingkat pengetahuan gizi yang tinggi dapat membentuk sikap yang positif terhadap masalah gizi. Pada gilirannya akan dapat menolong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah dan kualitas yang mencukupi kebutuhan gizi. Tanpa adanya pengetahuan gizi akan lebih sulit menanamkan kebiasaan dan penggunaan bahan makanan yang penting bagi kesehatan. Maka disinilah perilaku ibu sebagai orang terdekat anak sangat penting dalam pemberian makanan pada balitanya, karena balita masih tergantung pada apa yang

diberikan oleh orang lain. Pengetahuan gizi ibu menentukan apa yang dimakan anak, karena pengetahuan gizi mempengaruhi perilaku pemilihan makan (Notoatmodjo, 2003).

Peningkatan pengetahuan gizi selanjutnya akan menimbulkan sikap yang positif. Keadaan ini dapat mencegah timbulnya perubahan social budaya, makan, gaya hidup yang negatif terhadap kesehatan dan timbulnya masalah kesehatan yang tidak diinginkan. Pengetahuan tentang pengaturan konsumsi pangan balita yang benar yang dimiliki seseorang sangat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam mengatur pola konsumsi pangan pada balita (Siti Paryani, 2001).

2. Sikap

Sikap mengandung tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu :

- (1) Komponen kognitif yaitu komponen yang berhubungan dengan pengetahuan, keyakinan yaitu hal – hal yang berhubungan dengan bagaimana orang berpresepsi terhadap suatu obyek sikap.
- (2) Komponen afektif yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap. Rasa senang adalah suatu hal yang bersifat positif, sedangkan rasa tidak senang adalah suatu hal yang bersifat negatif.
- (3) Komponen konatif adalah komponen yang berhubungan dengan kecendrungan bertindak terhadap obyek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas besar kecilnya kecendrungan untuk bertindak terhadap suatu obyek sikap.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Soekidjo Notoatmodjo, 1996: 132):

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai obyek sikap yang hendak diungkap. pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat. pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo, 2003).

3. Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*).

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor

pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan dan faktor dukungan (*support*).

Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan :

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil (indicator tindakan tingkat pertama).

2) Respon terpimpin (*quided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh (indicator tindakan tingkat dua).

3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan (indicator tindakan tingkat tiga).

4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan – kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Efendi (2009) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. Awarnees (*Kesadaran*)
Yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. Interest (*Merasa Tertarik*)
Yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Evaluation (*Menimbang-nimbang*)
Yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Trial (*Mencoba*)
Yakni orang telah mencoba perilaku baru.
5. Adaption (*Adopsi*)
Subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bertahan lama.

2.4.3 Faktor penentu perilaku

Teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non - behaviour causes*).

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan 3 faktor, yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Terwujud dalam pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal – hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat. Tingkat pendidikan dan sosial ekonomi. Faktor – faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku sehingga disebut faktor pemudah.

2. Faktor pendukung (*enabling factors*)

Terwujud dalam sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan sehingga disebut sebagai faktor pendukung atau pemungkin.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, termasuk juga undang – undang, peraturan – peraturan baik dari pusat atau daerah yang terkait dengan kesehatan. Dukungan dari berbagai pihak misalnya keluarga dan teman juga termasuk dari faktor pendorong. Untuk berperilaku sehat masyarakat kadang – kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas perlu perilaku teladan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan serta dukungan dari orang – orang terdekat juga mendorong seseorang untuk berperilaku sehat.

2.5 Karakteristik Keluarga

2.5.1 Pekerjaan

Menurut Markum yang dikutip oleh Nursalam (2001), berpendapat bahwa bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Seseorang yang bekerja cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada yang tidak bekerja. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh teman sekerja yang merupakan sumber informasi yang menambah pengetahuan seseorang.

2.5.2 Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan kebutuhan anak baik kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder (Soetjiningsih, 2005). Dalam keluarga, dimana pendapatannya golongan menengah kebawah akan berdampak pada pemenuhan bahan makanan terutama yang bergizi. Keterbatasan ekonomi yang berarti ketidakmampuan daya beli keluarga yang berarti tidak mampu membeli bahan makanan yang berkualitas baik, maka pemenuhan gizi pada balitanya juga akan terganggu (Budianto, 2001)

2.5.3 Jumlah anak

Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup, akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak, apalagi bila jarak kelahiran anak yang terlalu dekat. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang, jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak, selain itu juga mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan primer seperti makanan, sandang, perumahan. Oleh karena itu diperlukan program Keluarga

Berencana (KB) (Soetjiningsih, 2002). Dengan jumlah anak yang sesuai dengan program KB, maka anak akan mendapatkan kasih sayang dan perhatian yang cukup dibandingkan dengan jumlah anak yang terlalu banyak.

2.6 Karakteristik Balita

2.6.1 Usia

Masa 5 tahun pertama kehidupan merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan masa ini berlangsung sangat pendek dan tidak bias diulangi lagi, maka masa balita tersebut sebagai “masa keemasan” (*golden periode*) dan “masa kritis” (*critical periode*) (Depkes RI, 2005).

Selain itu usia yang paling rawan adalah usia balita, dimana pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Disamping itu, pada masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak, sehingga diperlukan perhatian khusus (Soetjiningsih, 2005).

2.6.2 Jenis kelamin

Menurut Soetjiningsih (2002) dinyatakan bahwa anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan, tetapi belum diketahui secara pasti mengapa demikian. Kebutuhan gizi balita dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, kegiatan dan suhu lingkungan.

2.6.3 Berat Badan

Pada usia 5 bula kelahiran bayi, berat badan akan bertambah menjadi dua kali lipat dari berat badan pada waktu lahir. Pada usia satu tahun akan bertambah menjadi tiga kali berat badan bayi lahir. Dan pada usia dua tahun berat badan bayi akan bertambah menjadi empat kali lipat dari berat badan bayi lahir. Pada masa

prasekolah yaitu usia diatas dua tahun, penambahan berat badan rata-rata 2 kg/tahun (Soetjningsih, 2005).

Untuk setiap kegiatan yang dilakukan orang gemuk membutuhkan tenaga lebih banyak dari pada orang kurus. Karena untuk menggerakkan tubuhnya orang gemuk harus mengerahkan tenaga lebih banyak. Jaringan tubuh orang gemuk lebih mampat dan pertumbuhan selnya lebih pesat. Hal ini turut pula menjadi sebab mengapa orang gemuk membutuhkan zat gizi lebih banyak dari pada orang kurus

2.7 Tumbuh kembang Balita

Menurut Soetjningsih (2005), kebutuhan dasar untuk tumbuh kembang anak dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

1. Asuh

Pola asuh adalah pola pendidikan yang diberikan orang tua pada anaknya (Radiansyah, 2007). Pengasuhan anak didefinisikan sebagai perilaku yang dipraktikkan oleh pengasuh (ibu, bapak, nenek atau orang lain) dalam memberikan makanan, dan pemeliharaan kesehatan. Pola asuh berbeda antar daerah karena perbedaan budaya, dan bahkan antar keluarga pada daerah atau budaya yang sama. Namun kebutuhan anak terhadap makanan, kesehatan perlindungan dan kasih sayang adalah universal (Husaini, 2000).

Pada umumnya, pola asuh yang dikatakan terbaik bagi anak adalah yang tinggal dalam satu rumah dengan pengasuh (ibu), diasuh oleh ibu sendiri, dalam satu keluarga utuh yang terdiri oleh ayah dan ibu, dan ada kesinambungan pendidikan anak dalam suasana damai, dilandasi kasih sayang dan penerimaan (Markum, 1999).

2. Asah

Pemberian stimulasi pada indra balita sejak dini sangat penting, agar otaknya senantiasa aktif. Stimulasi hendaknya disesuaikan dengan perkembangan usia, misalnya merangkak dan ketika mereka mulai merangkak, merambat, dan berjalan tidak boleh terlalu banyak dilarang karena akan menghambat perkembangan balita (Narendra, 2008).

Stimulasi adalah adanya perangsangan dari lingkungan luar anak, yang berupa latihan atau bermain. Stimulasi merupakan kebutuhan yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang dapat stimulasi yang terarah akan cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi.

Pemberian stimulasi ini sudah dapat dilakukan sejak prenatal, dan setelah lahir dengan cara menetekkan ibunya sedini mungkin. Asuh merupakan kebutuhan untuk perkembangan mental psikologi anak yang dapat dilakukan dengan pendidikan dan pelatihan.

3. Asih

Setiap anak membutuhkan cinta, perhatian dan kasih sayang yang berdampak terhadap perkembangan fisik, mental dan emosionalnya. Kasih sayang dari kedua orang tua merupakan fondasi kehidupan bagi si anak dan menjadi modal utama rasa aman.

Orang tua bisa mengungkapkan rasa cinta kasih melalui pelukan, sentuhan, belaian, senyuman, dukungan, mendengar keluh kesah dan celotehnya serta meluangkan waktu bermain si kecil (Narendra, 2008).

Pemenuhan kebutuhan emosi dan kasih sayang dapat dimulai sedini mungkin. Bahkan sejak anak berada dalam kandungan, perlu diupayakan kontak psikologi antara ibu dan anak, misalnya dengan mengajak berbicara atau mengelusnya setelah lahir, upaya tersebut dapat dilakukan dengan mendekapkan bayi ke dada ibu segera setelah lahir, ikatan emosi dan kasih sayang erat antara ibu atau orang tua dengan anak sangatlah penting, karena berguna untuk menentukan perilaku anak dikemudian hari, merangsang perkembangan otak anak serta merangsang perhatian anak terhadap dunia luar.

Orang tua dan orang terdekat dengan anak, memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan otak anak. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riner Foundation pada tahun 1999, menyebutkan sepuluh hal yang dilakukan orang tua untuk meningkatkan status kesehatan dan perkembangan otak anak. Hal itu dilakukan dengan memberi rangsangan berupa kehangatan dan cinta yang tulus, memberi pengalaman langsung dengan menggunakan indranya, interaksi melalui sentuhan, pelukan, senyuman, nyanyian, mendengarkan dengan perhatian, menanggapi ocehan anak, mengajak bercakap-cakap dengan suara yang lembut dan memberi rasa aman. Sentuhan tersebut sangat membantu dalam menstimulasi otak untuk menghasilkan hormon yang diperlukan dalam perkembangan.

2.8 Pola Konsumsi

Terjadinya keadaan gizi mempunyai dimensi yang sangat kompleks. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi tersebut adalah konsumsi dan tingkat kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh tingkat pendapatan, makanan dan tersedianya bahan makanan (Moehji, 2003). Dengan demikian

bukan hanya pengetahuan saja yang perlu digali namun ada faktor lain yang harus dikaji. Pola konsumsi seseorang akan membawa dampak terhadap keadaan gizinya seperti yang dinyatakan oleh Karyadi dan Muhilal dalam Direktorat Gizi Masyarakat (2007) bahwa keadaan gizi seseorang merupakan gambaran dari apa yang dikonsumsi dalam waktu yang lama.

Status gizi ditentukan oleh konsumsi makanan dan penggunaannya melalui proses pencernaan, penyerapan dan metabolisme zat gizi dalam tubuh. Pola konsumsi itu sendiri sangat dipengaruhi oleh bahan makanan yang dibeli, proses pemasakan, distribusi makanan dalam keluarga dan kebiasaan makan (*food habit*). Yang dimaksud dengan kebiasaan makan (*food habit*) adalah tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhannya akan makan yang meliputi sikap, kepercayaan dan pemilihan makanan (Khumaidi, 1997).

Gizi yang diperoleh anak melalui konsumsi makanan setiap hari berperan besar untuk kehidupan anak sehat. Makanan yang dikonsumsi perlu beragam jenis dengan berbagai cara pengolahannya. Seorang anak dapat memiliki kebiasaan dan selera makan yang terbentuk dari kebiasaan dalam masyarakatnya. Menyusun hidangan untuk anak perlu memperhatikan kebutuhan zat gizinya, juga kecukupan zat gizi anak tersebut karena sangat berpengaruh pada kesehatan dan kecerdasan anak (Sulistiyani, 2006).

2.9 Tingkat Konsumsi

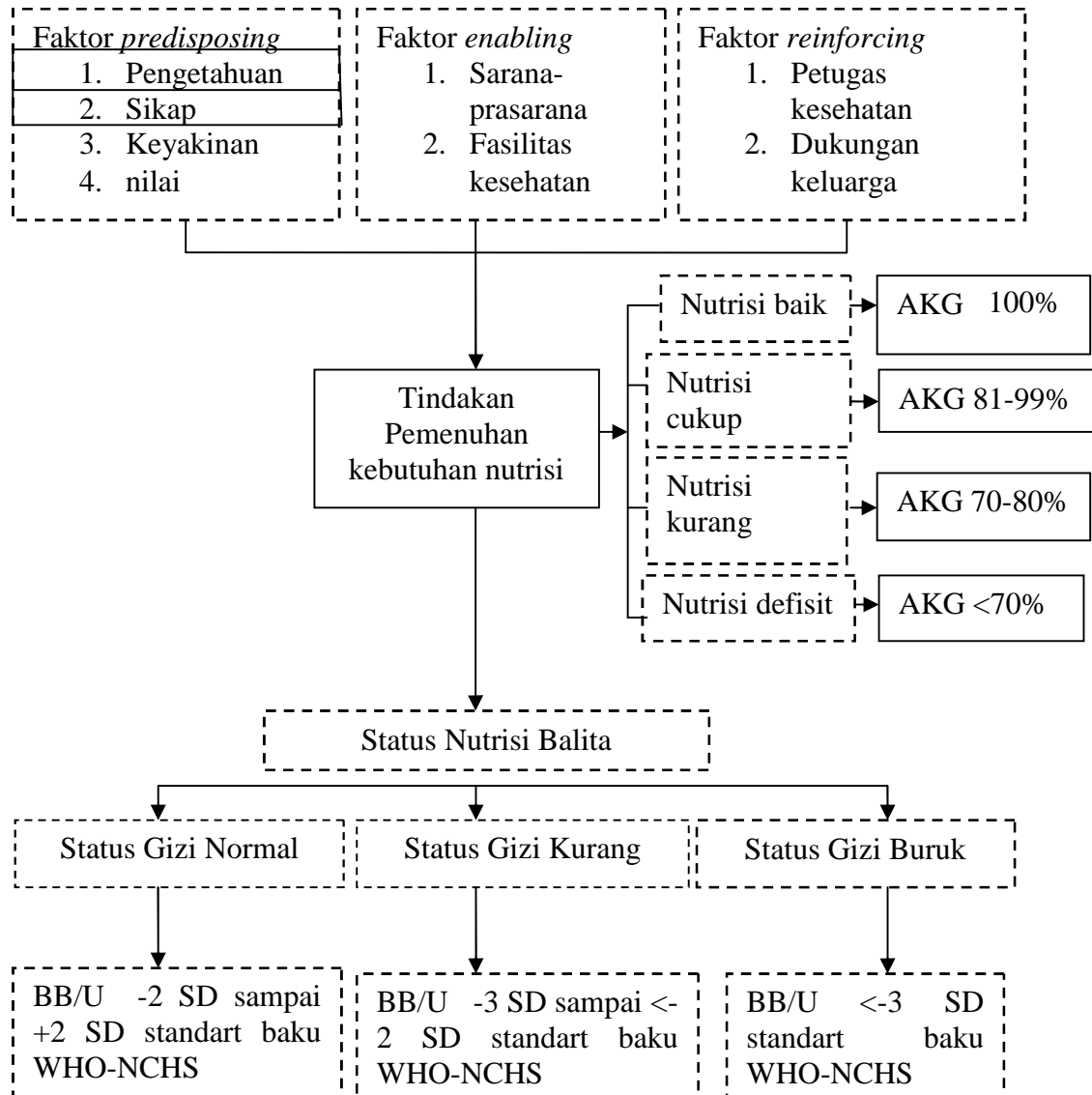
Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat

setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan.

Gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer atau sekunder. Faktor primer adalah bila susunan makanan seseorang salah dalam kuantitas dan atau kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kurang baiknya distribusi pangan, kemiskinan, ketidaktahuan, kebiasaan makan yang salah dan sebagainya. Sedangkan faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat-zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah makanan dikonsumsi. Akibat kurang gizi terhadap proses tubuh bergantung pada zat-zat gizi apa yang kurang. Kekurangan gizi secara umum menyebabkan gangguan pada proses pertumbuhan, produksi tenaga, pertahanan tubuh, struktur dan fungsi otak dan perilaku remaja. Kurang gizi pada usia muda dapat berpengaruh terhadap perkembangan mental dan kemampuan berpikir (Narendra, 2008).

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Buruk Di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

⎓ : Tidak Diteliti □ : Yang Diteliti

Menurut Lawrence Green (1980), yang dikutip Notoadmodjo 2007, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku antara lain: faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai), faktor *enabling* (sarana-prasarana, fasilitas kesehatan), faktor *reinforcing* (petugas kesehatan, dukungan keluarga). Faktor-faktor diatas dapat mempengaruhi perilaku seorang ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi balita. Perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) seorang ibu mempengaruhi pola asuh terhadap balita. Pengetahuan sikap yang positif dan tindakan ibu yang baik dalam pemenuhan nutrisi maka kebutuhan nutrisi balita terpenuhi sehingga balita mendapatkan status gizi yang baik, sebaliknya apabila pengetahuan ibu kurang dengan sikap yang negatif dan tindakan yang kurang dalam pemenuhan nutrisi maka nutrisi balita tidak terpenuhi sehingga balita akan mengalami status gizi lebih, kurang maupun gizi buruk. Penilaian gizi pada balita didasarkan pada standar status gizi menurut standart baku WHO-NCHS antara lain: Status Gizi Normal BB/U(-2 SD sampai +2 SD), status gizi kurang BB/U(-3 SD sampai <-2 SD), status gizi buruk BB/U(<-3 SD). Penilaian angka kecukupan nutrisi dihitung berdasarkan AKG energi per hari dan AKG energi protein Per hari.

3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu.
2. Ada hubungan antara sikap ibu dan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data (Nursalam 2011). Rancangan juga dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan peneliti.

Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan metode *cross sectional* (hubungan dan asosiasi). Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variable independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat (Nursalam, 2011).

4.2 Populasi, Sample dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoadmodjo, 2005). Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu dari balita yang menderita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel (Notoadmodjo, 2005).

Dalam pemilihan sampel penelitian, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008), yaitu:

- 1) Ibu balita gizi buruk yang mengasuh anaknya sendiri
- 2) Ibu yang dari balita gizi buruk yang bersedia diteliti

2. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2008), yaitu

- 1) Ibu dari balita yang menderita penyakit infeksi seperti TBC
- 2) Ibu dari bayi kelainan kongenital seperti bibir sumbing.

4.2.3 Sampling

Teknik penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan keseluruhan populasi.

4.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2005). Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel independen (*Bebas*)

Variabel independen adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel lain (Alimul, 2007). Pada penelitian ini variabel independen adalah beberapa faktor perilaku yakni pengetahuan dan sikap ibu balita gizi buruk

2. Variabel dependen (*Terikat*)

Variabel dependen ini merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Alimul, 2007). Pada penelitian ini variabel dependen adalah tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen merupakan alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik. Ada dua jenis instrumen yaitu yang disusun sendiri oleh peneliti dan jenis kedua adalah instrument yang sudah standar (Arikunto, 2010). Ada 3 variabel independen antara lain pengetahuan, sikap, dan tindakan. Untuk pengetahuan diberikan dalam bentuk 15 pertanyaan dengan jawaban pilihan (kuesioner *check list*). Setiap pertanyaan yang dijawab benar diberi bobot (1) dan salah diberi bobot (0), setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria; baik: 76-100%, cukup: 56-75%, kurang: 55%. Aspek sikap menggunakan skala Likert yang terdiri 4 alternatif jawaban yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Untuk sikap diberikan dalam 5 pertanyaan positif dan 5 pertanyaan negatif. Pada pertanyaan yang bersifat *favorable* (Positif) jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, sangat tidak setuju diberi nilai 1, yakni pada pertanyaan nomor (3,5,6,8,10). Sebaliknya pada pertanyaan *unfavorable* (negatif) jawaban sangat setuju diberi nilai 1, setuju diberi nilai 2, tidak setuju diberi nilai 3, sangat tidak setuju diberi nilai 4, yakni pada nomor (1,2,4,7,9).

Untuk variabel dependen dilakukan dengan pemberian kuesioner pemberian *food recall* 2x24 jam, dimana pewawancara menanyakan kepada responden apa yang telah dikonsumsi oleh balita selama 24 jam yang lalu. Wawancara dilakukan berdasarkan suatu daftar pertanyaan atau kuesioner yang telah dipersiapkan lebih dahulu. Pewawancara mengajukan pertanyaan kemudian jawaban responden dicatat langsung diatas daftar pertanyaan tersebut. Metode ini

menanyakan dengan lengkap apa yang telah dikonsumsi ketika makan pagi kemarin, makan siang dan makan malam serta makanan selingan diantara jam makan. Tanggal dan waktu makan serta besar porsi setiap makanan harus dicatat dengan teliti (Supriasa, 2002).

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

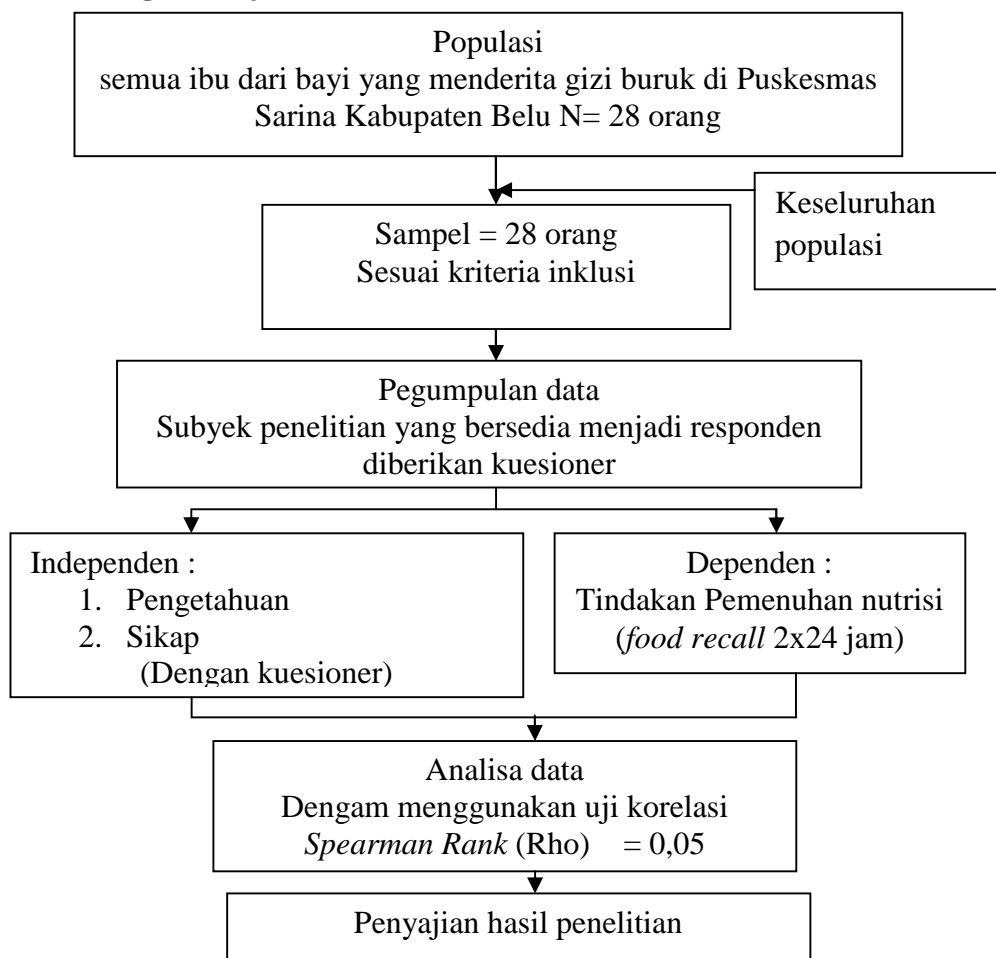
Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sarina, Kecamatan Botin Leobele Kabupaten Belu, NTT pada Bulan Desember 2012.

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Pengambilan dan pengumpulan data dilakukan setelah mendapat surat pengantar pengambilan data dari pihak Fakultas Keperawatan UNAIR. Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada ibu dari balita penderita gizi buruk yang sesuai dengan kriteria inklusi dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian. Jika ibu dari penderita gizi buruk setuju untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian, peneliti memasukkan surat persetujuan, kemudian dilakukan penandatanganan surat persetujuan (*informed consent*) yang terdapat dalam lampiran. Responden yang sesuai kriteria inklusi diberikan kuesioner. Subjek diminta sendiri untuk mengisi sendiri biodata dan kuesioner yang sudah dibagikan untuk mengetahui perilaku ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk. Untuk kuesioner *food recall* 24 jam peneliti menyediakan tabel jenis bahan makanan yang dalam ukuran rumah tangga yang

dapat dikonsumsi balita. Kegiatan ini hanya dilakukan satu kali saja (tidak ada *follow up*). Pengumpulan data dilakukan dengan cara responden dikumpulkan lalu diberi pengarahan tentang cara mengisi kuesioner, lalu responden mengisi kuesioner pengetahuan dan sikap. Setelah itu para responden diwawancara mengenai *food recall 2 x 24 jam* secara langsung.

4.8 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor Perilaku Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Buruk Di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

4.9 Analisa Data

Berdasarkan pada kuesioner yang telah diisi ibu balita gizi buruk yang masuk dalam kriteria inklusi selanjutnya akan dilakukan pengolahan data melalui proses coding yaitu kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas atau beberapa kategori (Alimul, 2007). Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan tabulasi data, dan analisis data dengan menggunakan uji statistik dengan *spearman correlation rho*. Derajat kemaknaan ditentukan $p < 0,05$ artinya jika hasil uji statistik menunjukkan $p \leq 0,05$ maka ada hubungan yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis data ini menggunakan komputersasi. Penyajian data memberikan informasi dan memudahkan interpretasi hasil analisis. Dalam penelitian ini tabel frekuensi menginformasikan hasil penelitian yang didapat sedangkan interpretasi tabel menurut Arikunto (2007) adalah sebagai berikut :

1. Seluruhnya : 100%
2. Hampir seluruhnya : 76-99%
3. Sebagian besar : 51-75%
4. Setengahnya : 50%
5. Hampir setengahnya : 26-49%
6. Sebagian kecil : 1-25%
7. Tidak satupun : 0%

4.10 Etik Penelitian

Setelah mendapat rekomendasi dari bagian akademi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan mendapat izin dari Dinas Kesehatan

Kabupaten serta Kepala Puskesmas Sarina, peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etik yang meliputi :

4.10.1 Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti untuk bersedia menjadi responden dalam hal ini adalah ibu dari balita penderita gizi buruk. Namun sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan terlebih dahulu. Jika responden penelitian setuju dan bersedia untuk diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika responden tidak bersedia diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.10.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan, seluruh responden yang dijadikan dalam sampel penelitian tidak akan disebutkan namanya baik dalam kuesioner maupun dalam penyajian pelaporan penelitian. Peneliti cukup memberikan inisial dan nomor kode pada masing-masing lembar.

4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

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

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Pengisian kuesioner *food recall* 2 x 24 jam dilakukan secara langsung dalam satu hari. Hal ini kurang sesuai dengan kaidah pengumpulan data dengan menggunakan *food recall*.
2. Instrumen pengumpulan data tidak melalui uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.
3. Penilaian status gizi masih menggunakan cara lama menurut WHO-NCHS padahal Depkes sudah mempunyai standar baru KEPMENKES 1995 tahun 2010.
4. Penilaian status gizi baru dilakukan secara kuantitatif saja, belum secara kualitatif.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen : Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui ibu balita gizi buruk setelah melihat dan mendengar informasi tentang pemenuhan nutrisi balita gizi buruk	Pengetahuan ibu balita gizi buruk tentang : 1. Pengertian nutrisi 2. Manfaat pemenuhan nutrisi balita 3. Kebutuhan gizi balita 4. Makanan yang dibutuhkan balita 5. Masalah yang ditimbulkan akibat kekurangan gizi 6. Tanda-tanda gizi buruk	Kuesioner	Ordinal	Nilai 1 jawaban benar Nilai 0 jawaban salah Klasifikasi : Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : 55% (Arikunto, 2002)
Sikap	Respon ibu balita gizi buruk dalam memenuhi kebutuhan nutrisi	Sikap ibu tentang : 1. menerima info tentang nutrisi balita	Kuesioner dengan Skala Lickert	Ordinal	Terdiri dari 5 pertanyaan positif (soal no 3, 5, 6, 8, 10) dan 5 pertanyaan negatif (soal no 1, 2, 4,

	balita gizi buruk	<ol style="list-style-type: none"> 2. merespon info tentang nutrisi balita 3. menghargai info tentang nutrisi balita 4. bertanggung jawab terhadap nutrisi balita 			<p>7, 9). Skor untuk pernyataan positif: Sangat setuju : 4 Setuju : 3 Tidak setuju : 2 Sangat tidak setuju : 1 Skor untuk pernyataan negatif : Sangat setuju : 1 Setuju : 2 Tidak setuju : 3 Sangat tidak setuju : 4</p> <p>Kategori : Sikap positif = $T > \text{mean}$ Sikap negatif = $T < \text{mean}$ data</p>
Dependen : Tindakan Pemenuhan nutrisi	Perbuatan yang dilakukan ibu untuk memenuhi Asupan zat gizi pada balita sesuai dengan yang dianjurkan	Tindakan ibu dalam pemenuhan gizi balita perhari; Tingkat konsumsi makanan (intake energy) berdasarkan food recall 2x24 jam	Kuesioner <i>food recall</i> 2x24 jam	Ordinal	Tingkat intake energy : <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : bila 100 % AKG 2. Sedang : bila 81 - 99 % AKG 3. Kurang : bila 70 - 80 % AKG 4. Defisit : bila < 70 %

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu yang pelaksanaannya mulai tanggal 20 Desember sampai dengan 30 Desember 2012.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, data umum yang terdiri dari karakteristik responden dan data khusus meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk.

Pada bagian pembahasan diuraikan tentang hasil uji korelasi *Spearman rho* untuk mengetahui hubungan variabel independen pengetahuan, sikap dengan variabel dependen tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk dengan hasil kemaknaan $p < 0,05$ artinya H_1 diterima artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap dengan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik Lokasi Pengambilan Sampel

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sarina. Puskesmas Sarina adalah salah satu puskesmas di Kabupaten Belu pemekaran dari Puskesmas Kaputu yang berada di Kecamatan Botin Leobele Kabupaten Belu. Luas wilayah kerja puskesmas sarina 39,03 (Km²). Jumlah penduduk 4480 jiwa dengan 993

kepala keluarga dan terbagi dalam 5 Desa, dengan jumlah balita 546 orang dengan angka kejadian balita gizi buruk berjumlah 28 orang. Sebagian besar masyarakat bekerja sebagai petani dengan penghasilan keluarga yang masih rendah yaitu kurang dari Rp 925.000 perbulan. Makanan pokok masyarakat kecamatan Botin Leobele adalah jagung. Jagung diperoleh setiap musim penghujan lalu dikeringkan dan disimpan didalam lumbung untuk dijadikan makanan sehari-hari sampai musim penanaman jagung berikutnya. Penanganan gizi buruk yang dilakukan di Puskesmas Sarina dengan cara pemberian makanan tambahan secara rutin pada saat posyandu kepada balita gizi buruk, lalu dipantau perkembangannya sampai posyandu berikutnya. Sarana Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sarina Pustu 3 bh, Polindes 2 bh, Poskesdes 1 bh. Jumlah Tenaga di Wilayah Kerja Puskesmas Sarina Dokter umum 1, D3 Bidan 3, D3 Perawat 3, D3 analis kesehatan 1, SPK 2.



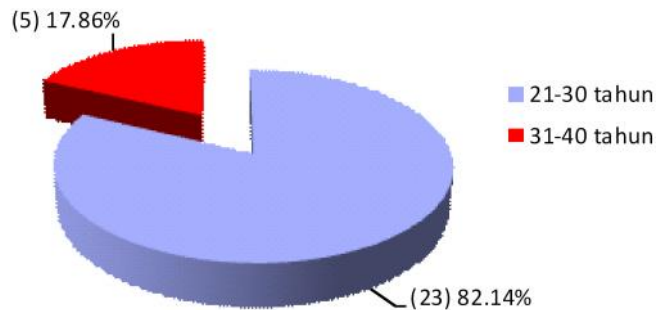
Gambar 5.1 Peta wilayah kerja Puskesmas Sarina

Batas wilayah sebagai berikut :

- Bagian Utara : Berbatasan dengan Kecamatan Malaka Tengah
- Bagian Selatan : Berbatasan dengan Kecamatan Kobalima
- Bagian Barat : Berbatasan dengan Kecamatan Sasitamean
- Bagian Timur : Berbatasan dengan Kecamatan Malaka Timur

5.1.2 Data Umum

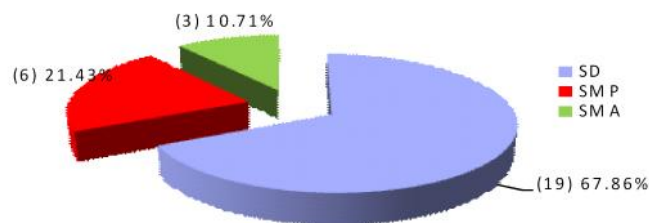
1. Usia Ibu



Gambar 5.2 Diagram Pie Distribusi Usia Ibu Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Dari gambar 5.2 menunjukkan bahwa hampir seluruh ibu balita gizi buruk yaitu 23 orang (82,14%) berusia antara 21-30 tahun.

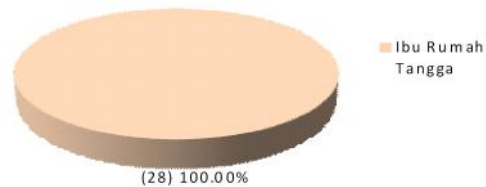
2. Pendidikan Terakhir



Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi Pendidikan Terakhir Ibu Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Berdasarkan gambar 5.3 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu balita gizi buruk yaitu 19 orang (67,86%) berlatarbelakang pendidikan SD dan 3 orang berpendidikan SMA (10,71%).

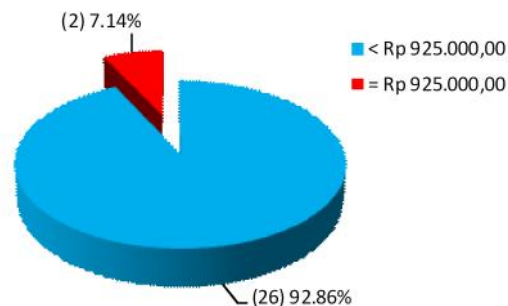
3. Pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi Pekerjaan Ibu Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Dari gambar 5.4 menunjukkan bahwa seluruh responden ibu balita adalah ibu rumah tangga.

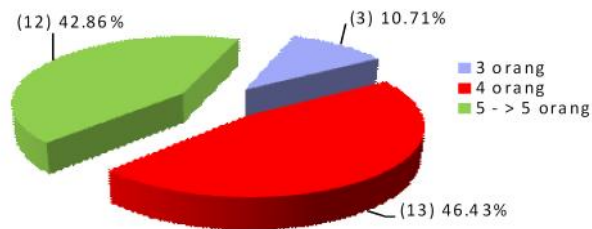
4. Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan



Gambar 5.5 Diagram Pie Distribusi Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan pada Ibu Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Berdasarkan gambar 5.5 dapat dilihat bahwa hampir seluruh ibu balita gizi buruk yaitu 26 orang (92,86%) berpenghasilan < Rp 925.000,00 dan hanya 2 orang (7,14%) yang berpenghasilan Rp 925.000,00

5. Jumlah Anak dalam Keluarga

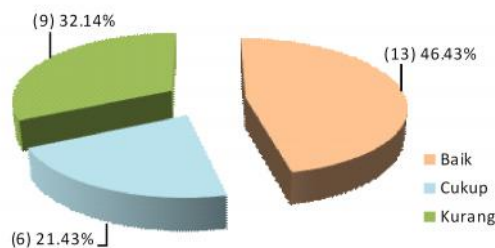


Gambar 5.6 Distribusi Jumlah Anak dalam Keluarga pada Ibu Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Dari gambar 5.6 menunjukkan bahwa terbanyak adalah 13 orang (46,43%) ibu balita gizi buruk dengan jumlah anak dalam keluarga 4 orang dan yang jumlah anak dalam keluarganya 3 orang terdapat 3 orang (10,71%).

5.1.3 Data Khusus

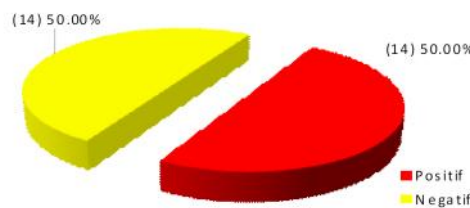
1. Pengetahuan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk



Gambar 5.7 Diagram Pie Distribusi Pengetahuan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Berdasarkan gambar 5.7 menunjukkan bahwa hampir setengah ibu balita yaitu 13 orang (46,43%) mempunyai pengetahuan yang baik dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk, Sedangkan 9 orang (32,14%) memiliki pengetahuan yang kurang. Sebagian besar responden sebanyak 26 responden mengerti tentang pengertian nutrisi, tanda-tanda gizi buruk. Sebagian kecil sebanyak 11 responden mengerti tentang manfaat pemenuhan nutrisi balita, masalah yang ditimbulkan akibat kekurangan gizi.

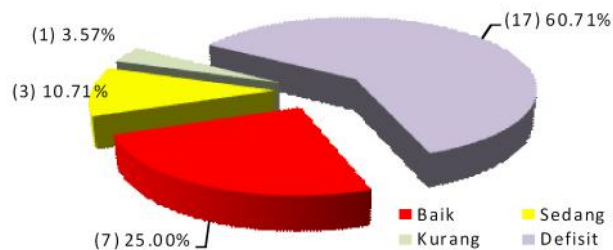
2. Sikap Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk



Gambar 5.2 Diagram Pie Distribusi Sikap Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa setengah ibu balita yaitu 14 orang (50%) memiliki sikap yang positif dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk, begitu juga yang bersikap negatif juga terdapat 14 orang (50%). Sebagian besar responden sebanyak 23 responden mau menerima informasi tentang nutrisi balita, sedangkan yang mau bertanggung jawab terhadap pemenuhan nutrisi balita sebanyak responden sebanyak 5 orang.

3. Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk



Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu tanggal 20-30 Desember 2012

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu balita yaitu 17 orang (60,71%) defisit dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk. Sedangkan yang pemenuhan nutrisinya baik terdapat 7 orang (25%). Gambaran tindakan defisit yang dapat dilihat dari pemenuhan nutrisi pada balita di Puskesmas Sarina antara lain makanan yang diberikan hanya 1 jenis saja. Kebanyakan menu tiap kali makan adalah bubur nasi, nasi putih, jagung yang sudah digiling halus.

5. Hubungan Pengetahuan dan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Hubungan Pengetahuan dan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu, Desember 2012

		Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk				Total
		Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Pengetahuan	Baik	1 (23,08%)	3 (23,08%)	0 (0,00%)	7 (53,85%)	13 (100,00%)
	Cukup	3 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	2 (33,33%)	6 (100,00%)
	Kurang	1 (11,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (88,89%)	9 (100,00%)
Total		7 (25,00%)	3 (10,71%)	1 (3,57%)	17 (60,71%)	28 (100,00%)

Spearman's rho : p = 0,009 ; r = 0,485

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 13 ibu balita yang berpengetahuan baik, didapatkan sebagian besar yaitu 7 orang (53,85%) defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi. Kemudian dari 6 ibu balita yang berpengetahuan cukup, didapatkan setengahnya yaitu 3 orang (50%) baik dalam tindakan pemenuhan nutrisi. Sedangkan dari 9 ibu balita yang berpengetahuan kurang, didapatkan hampir seluruhnya yaitu 8 orang (88,89%) defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi.

Hasil uji Spearman's rho didapatkan nilai probabilitas 0,009 yang lebih kecil dari 0,05, sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu. Nilai koefisien korelasi (r) didapatkan 0,485 dengan arah korelasi yang positif (+). Hal ini berarti bahwa kekuatan hubungan antara variabel pengetahuan dan variabel tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah sedang. Arah korelasi yang positif

berarti bahwa semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpengetahuan baik tidak berarti mutlak tindakannya juga baik.

6. Hubungan Sikap dan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu

Tabel 5.7 Tabulasi Silang Hubungan Sikap dan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu, Desember 2012

		Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Balita Gizi Buruk				Total
		Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Sikap	Positif	7 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	6 (42,86%)	14 (100,00%)
	Negatif	0 (0,00%)	3 (21,43%)	0 (0,00%)	11 (78,57%)	14 (100,00%)
Total		7 (25,00%)	3 (10,71%)	1 (3,57%)	17 (60,71%)	28 (100,00%)

Spearman's rho : $p = 0,001$; $r = 0,593$

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 14 ibu balita yang memiliki sikap positif, didapatkan hampir setengahnya yaitu 6 orang (42,86%) defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi. Kemudian dari 14 ibu balita yang memiliki sikap negatif, didapatkan hampir seluruhnya yaitu 11 orang (78,57%) defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi.

Hasil uji Spearman's rho didapatkan nilai probabilitas 0,001 yang lebih kecil dari 0,05, sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa terdapat hubungan antara sikap dan tindakan ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu. Nilai koefisien korelasi (r) didapatkan 0,593 dengan arah korelasi yang positif (+). Hal ini berarti bahwa kekuatan hubungan antara variabel sikap dan variabel tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah sedang. Arah korelasi yang positif berarti bahwa semakin positif sikap maka semakin baik pula tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 13 orang (46,43%) mempunyai pengetahuan yang baik.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu Notoatmodjo (2007). Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia. Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain: pendidikan, minat, kondisi fisik, keluarga, masyarakat, sarana dan sumber informasi. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan (Depkes, 2005). Namun tidak menjadi syarat mutlak seseorang yang berpendidikan rendah, akan berpengetahuan rendah pula. Hal ini terlihat pada penelitian pada gambar 5.3 dari 13 orang dengan pendidikan SD ada 11 orang responden ternyata mempunyai pengetahuan yang baik. Seseorang dengan pendidikan rendah juga bisa mempunyai pengetahuan yang baik dikarenakan pengalaman, usia, dan jumlah anggota dalam keluarga. Jumlah anggota keluarga berpengaruh juga pada pengetahuan terkait dengan Pengalaman ibu dalam memelihara balita. Bagi ibu yang mempunyai anak lebih dari 1 akan menambah pengetahuan ibu tentang pemenuhan nutrisi yang baik dan tepat pada balita. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia pengasuh (ibu), pengasuhan anak akan semakin baik karena pengalaman pengasuhan anak yang dimiliki ibu (Zeitlin dalam Sulistiyani,

2006). Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Hal ini terlihat dari 11 orang Responden dengan usia 21-30 tahun ternyata mempunyai pengetahuan yang baik. Selain itu pendidikan juga bisa didapat melalui media massa dan elektronik seperti majalah, koran, radio dan televisi.

Berdasarkan hasil penelitian sebanyak 14 (50,00%) responden memiliki sikap negatif. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap adalah faktor internal (pengalaman pribadi), kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam individu. Ibu yang kurang pengalaman akan memiliki sikap yang negatif karena jarang mengurus pemenuhan nutrisi anak balita. Namun pengalaman bukan satu-satunya faktor penentu sikap negatif, pendidikan dan usia juga dapat mempengaruhi seorang ibu bersikap negatif. Hal ini terlihat dari 13 responden yang berumur 21-30 tahun mempunyai sikap yang negatif. Hal ini mungkin disebabkan karena responden dengan umur 21-30 belum banyak pengalaman dalam pemenuhan nutrisi anak balita sebelumnya. Namun ada responden yang memiliki sikap positif terkait dengan jenjang pendidikan yang ditempuh pada SMP dan SMA.

Berdasarkan hasil penelitian sebanyak 17 (60,71%) responden memiliki tindakan yang defisit dalam pemenuhan nutrisi. Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap

menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan dan faktor dukungan (*support*). Salah satunya adalah keadaan status ekonomi keluarga. . Tingkat pendapatan menentukan jenis pangan yang akan dibeli, semakin tinggi pendapatan semakin meningkat pula jenis pangan yang dibeli, Jadi pendapatan merupakan faktor penting bagi kualitas dan kuantitas makan balita (Berg dalam Pratiwi, 2007), jenis pangan yang diberikan ibu kepada balita mencukupi kebutuhan nutrisinya. Dari 17 responden dengan tindakan yang defisit didapatkan kuantitas pangan jelek karena 16 responden berpenghasilan <Rp. 925.000,00 sehingga pemenuhan nutrisi balita gizi buruk sangat jelek. Hal ini dikarenakan tingkat pengetahuan ibu yang kurang / cukup, pendapatan keluarga yang kurang ataupun karena kemampuan ibu dalam mengolah makanan bagi balita yang belum bervariasi dan bergizi. Namun apabila ibu pandai dalam mengolah bahan pangan yang ada maka pendapatan belum berarti faktor penting pemenuhan nutrisi balita. Selain itu Usia muda dengan pengalaman kurang dan pendidikan rendah akan berpengaruh dalam tindakan ibu. Dengan tingkat pendidikan rata-rata rendah pengetahuan yang didapatkanpun kurang sehingga mempengaruhi tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi. Dari 17 orang yang defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi ada 13 responden yang berpendidikan SD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sedang antara pengetahuan ibu dengan tindakan ibu pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk. Hal ini terlihat dari 13 orang yang memiliki pengetahuan baik, didapatkan hanya 3 ibu balita yang baik dalam tindakan pemenuhan nutrisi, 3 orang sedang dalam tindakan pemenuhan nutrisi, 7 orang ibu defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi

pada balita gizi buruk. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan dapat diperoleh secara formal dan non formal. Pendidikan formal di mulai dari SD, SMP, SMA dan universitas, sedangkan nonformal dapat diperoleh melalui pengalaman pribadi, media massa, lingkungan. Oleh karena pengetahuan seorang ibu dapat mempengaruhi tindakan yang diambil dalam pemenuhan nutrisi balitanya. Hal ini didapatkan dengan Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,013$ dengan Nilai koefisien korelasi (r) didapatkan 0,465 dengan arah korelasi yang positif (+). Arah korelasi yang positif berarti bahwa semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sedang antara sikap ibu dengan tindakan dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk. Dari 28 responden 14 orang (50,00%) bersikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Menurut Notoatmodjo (2007), Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Faktor-faktor yang sangat mempengaruhi tindakan pemenuhan nutrisi tersebut sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan terdapat kemungkinan makin baik pula tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak (Supariasa, 2001). Dari 14 responden sikap positif didapatkan 6 responden defisit dalam tindakan

pemenuhan nutrisi pada balita gizi. Hal ini dikarenakan dari 6 orang yang defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi, 5 orang diantaranya berpendapatan <925.000,00. Dengan demikian dapat disimpulkan apabila penghasilan keluarga rendah, cenderung daya beli rendah pula sehingga pemenuhan nutrisi balita belum dapat terpenuhi secara kualitas dan kuantitatif. 1 orang responden yang lainnya bisa saja dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya yang SD dan jumlah anggota keluarganya yang besar (5- > 5 orang). Besar keluarga menentukan status gizi. Pada keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang besar bila tidak didukung dengan persediaan makanan yang cukup akan mempengaruhi kualitas pemenuhan nutrisi balita gizi buruk. Semakin besar jumlah penghuni didalam suatu keluarga maka pangan terhadap balita akan berkurang. Kemudian dari 14 ibu balita yang memiliki sikap negatif, didapatkan hampir seluruhnya yaitu 11 orang defisit dalam tindakan pemenuhan nutrisi. Hal ini dikarenakan dari 11 orang yang defisit, 11 orang diantaranya adalah berpendidikan SD. Pendidikan seseorang dapat mempengaruhi sikap dan tindakan yang akan diambil. Hal ini terkait dengan sejauh mana pengetahuan yang dimiliki seseorang, sehingga ia dapat menentukan sikap yang positif yang dapat tercermin dari tindakan yang akan diambil. Namun pendidikan yang tinggi juga tidak mutlak menentukan apakah seseorang dapat bersikap positif dapat melakukan tindakan yang benar. Hal ini terlihat dari 3 orang yang bersikap negatif dengan tindakan yang defisit ternyata berpendidikan SMP dan SMA. Dengan Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,010$ dengan Nilai koefisien korelasi (r) didapatkan 0,479 dengan arah korelasi yang positif (+). Arah korelasi yang positif berarti bahwa

semakin positif sikap maka semakin baik pula tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

B A B 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- 1) Sebagian besar responden di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu memiliki tingkat pengetahuan baik dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk.
- 2) Responden di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk.
- 3) Responden di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu memiliki tindakan defisit dalam pemenuhan nutrisi balita gizi buruk.
- 4) Terdapat hubungan pengetahuan ibu dengan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu dengan kekuatan hubungan sedang.
- 5) Terdapat hubungan sikap ibu dengan tindakan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu dengan kekuatan hubungan sedang.

6.2. Saran

- 1) Ibu balita diharapkan bertanggung jawab terhadap pemenuhan nutrisi balita dengan cara memberikan makanan yang lebih cukup kandungan gizinya dan bervariasi jenis gizinya sesuai dengan kebutuhan balita.
- 2) Petugas puskesmas lebih meningkatkan penyuluhan kesehatan yang tepat kepada ibu tentang manfaat pemenuhan nutrisi balita dan masalah yang ditimbulkan akibat kekurangan gizi.

- 3) Dinas Kesehatan diharapkan lebih mengoptimalkan program pencegahan dan penanganan gizi kurang dan gizi buruk melalui kegiatan posyandu dengan melakukan pemantauan dan pemberian makanan tambahan (PMT) secara berkala dengan melihat kondisi gizi pada balita khususnya gizi kurang dan gizi buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, Krisno B., 2002. *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Malang : Universitas Muhammadiyah
- Almatsier, S., 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Arikunto, Suharsimi., 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Edisi Revisi VI*. Jakarta : Rineka Cipta
- Azis, Alimul., 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Azis, Alimul., 2007. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Azwar, A., 2004. *Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang dalam Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju keluarga Sadar Gizi*. Jakarta : Sahid Jaya
- Baliwati, Y.F., 2006. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta : Penebar Swadaya
- Barasai, M., 2009. *At A Glance Ilmu Gizi*. Jakarta : Erlangga
- Budianto, A.K., 2001. *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Malang : Universitas Muhammadiyah
- Depkes RI., 2005. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*. Jakarta
- Depkes RI., 2006. *Upaya Pencegahan dan Penaggulangan Secara Terpadu di Setiap Tingkat Pelayanan Kesehatan*. Jakarta
- Efendi, Ferry., 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Husaini, M.A., 2000. *Peranan Gizi dan Pola Asuh dalam Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta
- Jellife., 1994. *Kesehatan Anak di Daerah Tropis*. Jakarta : Bumi Aksara
- Khomsan & Ridhayani., 2008. *Upaya Perbaikan Gizi Di Indonesia*. Jakarta : ECG, Hal 42
- Khumaidi, M., 1997. *Gizi Masyarakat*. Jakarta : Gunung Mulia
- Markum, A.K., 1999. *Buku Ajar Ilmu Kedokteran Anak*. Jakarta : FK UI

- Moehji, S., 2003. *Ilmu Gizi dan Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti
- Narendra M., Titi S., & Soetjningsih., 2008. *Buku Ajar I Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta: CV Sagung Seto pp. 1-60.
- Nursalam., 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam., 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal : 77-103
- Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S., 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S., 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- Paath, E (2004). *Gizi dalam kesehatan reproduksi*. Jakarta : EGC
- Radiansyah, E., 2007. *Gizi Kurang*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Saifudin Azwar, (2009). *Sikap manusia teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal 4-157
- Sediaoetama, A.D., 2008. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid I*. Jakarta : Dian Rakyat
- Sheila, Isanaka., 2009. *Assesing the Impact of the Introduction of the World Health Organization Growth Standarts and Weight-for-Height Z-score Criterion on the response to Treatment of Severe Acute Malnutrition in Children: Secondary Data Analysis*. American Academic of Pediatrics www.pediatrics.apublications.org (sitasi 6 november 2012)
- Siti Paryani. 2001. *Pendekatan Praktis Metode Riset Keperawatan*. Jakarta : Sagung Sato
- Sulistiyani., 2006. *Praktik Pola Asuh Gizi oleh Keluarga pada Anak Usia 6-24 Bulan dengan Status Gizi Baik Pada keluarga Miskin, Tesis*. Surabaya : Universitas Airlangga
- Supariasa, dkk (2002). *Penilaian status gizi*. Jakarta : EGC
- Soegianto, B., 2007. *Penilaian Status Gizi dan Baku Antropometri WHO-NCHS*. Surabaya : Duta Prima Airlangga

- Soetjiningsih, (2002). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Buku Ajar I*. Jakarta: Sagung Seto. Hal 13-15
- Soetjiningsih, (2005). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Buku Ajar II*. Jakarta: Sagung Seto. Hal 16,21
- Tarwoto, Wartonah, (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- WHO., 2011. *Infant Nutrition*. http://www.who.int/topics/infant_nutrition/en (sitasi 24 nopember 2012)
- Wiryo, H(2000). *Peningkatan gizi bayi, anak, ibu hamil dan menyusui dengan bahan makanan lokal*. Jakarta : Sagung Seto

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ANNA MARIANCE TAETETI

NIM : 131111185

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul: **Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu.**

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada hubungan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita gizi buruk

- 1).Kesediaan Ibu untuk menandatangani *informed consent*
- 2).Identitas Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
- 3).Kerahasiaan informasi yang diberikan Ibu dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu sekalian saya ucapkan terima kasih

Surabaya, Desember 2012

Hormat saya,

ANNA MARIANCE TAETETI

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia menjadi peserta responden penelitian yang dilakukan oleh Anna Mariance Taeteti, mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Sarina Kabupaten Belu.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sarina, Desember 2012

Yang menyetujui,

(.....)

Kode responden:

Lampiran 4

LEMBAR KUESIONER**No Responden :****Tanggal pengisian :****Berilah tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan jawaban anda****DATA DEMOGRAFI****1. Usia ibu :**

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | < 21 tahun |
| <input type="checkbox"/> | 21-30 tahun |
| <input type="checkbox"/> | 31-40 tahun |

Kode :

2. Pendidikan terakhir :

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | SD |
| <input type="checkbox"/> | SMP |
| <input type="checkbox"/> | SMA |
| <input type="checkbox"/> | Perguruan Tinggi |

Kode :

3. Pekerjaan

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | PNS |
| <input type="checkbox"/> | Swasta |
| <input type="checkbox"/> | Petani |
| <input type="checkbox"/> | Ibu rumah tangga |

Kode :

4. Penghasilan keluarga dalam sebulan berdasarkan UMT daerah:

< Rp. 925.000

Kode :

> Rp. 925.000

5. Jumlah anggota keluarga

2 orang

Kode :

3 orang

4 orang

5 - >5 orang

I. PENGETAHUAN

Berilah tanda (X) pada huruf yang sesuai dengan pertanyaan anda

1. Menurut ibu, apakah yang dimaksud dengan makanan bergizi ?
 - a. Makanan enak dan lezat
 - b. Makanan yang mengandung bahan-bahan yang diperlukan tubuh
2. Menu seimbang adalah :
 - a. Makanan yang terdiri dari nasi, lauk-pauk, sayur, buah dan susu
 - b. Makanan yang terdiri dari nasi dan lauk-pauk
3. Apa manfaat mengkonsumsi makanan yang sehat dan seimbang?
 - a. Agar menjadi gemuk
 - b. Menjamin terpenuhinya zat gizi yang penting bagi tubuh
4. Bahan makanan dibawah ini yang mengandung sumber energi :
 - a. Tempe, daging, susu
 - b. Nasi, roti, kentang
5. Jenis makanan yang mengandung karbohidrat :
 - a. Nasi
 - b. Kacang hijau
6. Bahan makanan yang mengandung kalsium :
 - a. Pepaya
 - b. Susu
7. Jenis makan yang mengandung protein :

- a. Jagung
 - b. Ikan
8. Vitamin A diperlukan tubuh untuk kesehatan:
- a. Perut
 - b. Mata
9. Anak yang menderita gizi kurang dan gizi buruk bisa menyebabkan :
- a. Tumbuh kembang terganggu
 - b. Anak ceria
10. Kurang vitamin C dapat menyebabkan:
- a. Diare
 - b. Gusi berdarah
11. Vitamin D diperlukan Tubuh untuk kesehatan :
- a. Tulang dan gigi
 - b. Mata
12. Vitamin B mencegah penyakit :
- a. Mata
 - b. Beri-beri
13. Vitamin E diperlukan tubuh agar balita :
- a. Tidak mudah sakit
 - b. Gemuk
14. Apabila anak kekurangan masukan makanan kedalam tubuh sehingga berat badan tidak mau naik tiap bulan disebut:
- a. gizi baik
 - b. gizi kurang

15. Tanda – tanda gizi buruk:

- a. Perut cekung, kulit keriput
- b. Anak gemuk, nafsu makan bertambah

II. SIKAP

Beri tanda cek list (v) pada jawaban yang dianggap benar

No	Pertanyaan	Jawaban				Skor
		SS	ST	TS	STS	
1	Menurut saya anak tidak perlu makan ikan banyak karena bisa menyebabkan cacingan					
2	Menurut saya anak tidak perlu diberikan sayur, cukup dengan ikan saja yang penting anak mau makan					
3	Menurut saya informasi tentang nutrisi yang baik untuk balita sangat penting					
4	Menurut saya anak tidak perlu diberikan susu karena sudah bisa makan makanan orang dewasa					
5	Menurut saya informasi tentang nutrisi balita sangat berguna untuk menambah wawasan					
6	Saya akan memperhatikan kebutuhan nutrisi balita seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air					
7	Menurut saya anak cukup minum susu 1 gelas sehari pada pagi hari					
8	Saya merasa perlu berkonsultasi dengan orang lain tentang nutrisi yang diperlukan balita					
9	Menurut saya balita perlu mengkonsumsi makanan yang berlemak					
10	Saya akan memberikan makanan yang sama dengan keluarga pada balita dengan porsi kecil tapi sering					

KETERANGAN :

SS = SANGAT SETUJU

ST = SETUJU

TS = TIDAK SETUJU

STS = SANGAT TIDAK SETUJU

III. KUESIONER FOOD RECALL 2 X 24 JAM

Petunjuk pengisian: 1. Wawancara dengan responden

2. Diisi oleh petugas

1. Hari pertama

Tanggal :

Waktu makan	Nama makanan	Bahan makanan		
		Jenis makanan	Banyaknya	
			URT	Gram
Contoh : Pagi/jam: 07.00	Bubur Ikan Soup Pisang susu			
Makanan selingan	Sereal			
Pagi/jam				
Makanan selingan				
Siang/jam				
Makanan selingan				
Malam/jam				
Makanan selingan				
Total tingkat konsumsi energi (K)				

2. Hari kedua

Tanggal :

Waktu makan	Nama makanan	Bahan makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	Gram
Contoh : Pagi/jam: 07.00	Bubur Ikan Soup Pisang susu			
Makanan selingan	Sereal			
Pagi/jam				
Makanan selingan				
Siang/jam				
Makanan selingan				
Malam/jam				
Makanan selingan				
Total tingkat konsumsi energi (K)				

Lampiran 7

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Pengetahuan	Baik	Count	10	3	13
		% within Pengetahuan	76,92%	23,08%	100,00%
	Cukup	Count	5	1	6
		% within Pengetahuan	83,33%	16,67%	100,00%
	Kurang	Count	8	1	9
		% within Pengetahuan	88,89%	11,11%	100,00%
Total		Count	23	5	28
		% within Pengetahuan	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Pengetahuan	Baik	Count	10	3		13
		% within Pengetahuan	76,92%	23,08%		100,00%
	Cukup	Count	5	1		6
		% within Pengetahuan	83,33%	16,67%		100,00%
	Kurang	Count	4	2	3	9
		% within Pengetahuan	44,44%	22,22%	33,33%	100,00%
Total		Count	19	6	3	28
		% within Pengetahuan	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan	
			Ibu Rumah Tangga	Total
Pengetahuan	Baik	Count	13	13
		% within Pengetahuan	100,00%	100,00%
	Cukup	Count	6	6
		% within Pengetahuan	100,00%	100,00%
	Kurang	Count	9	9
		% within Pengetahuan	100,00%	100,00%
Total		Count	28	28
		% within Pengetahuan	100,00%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		Total
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Pengetahuan	Baik	Count	13		13
		% within Pengetahuan	100,00%		100,00%
	Cukup	Count	4	2	6
		% within Pengetahuan	66,67%	33,33%	100,00%
	Kurang	Count	9		9
		% within Pengetahuan	100,00%		100,00%
Total		Count	26	2	28
		% within Pengetahuan	92,86%	7,14%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Pengetahuan	Baik	Count	3	5	5	13
		% within Pengetahuan	23,1%	38,5%	38,5%	100,0%
	Cukup	Count		3	3	6
		% within Pengetahuan		50,0%	50,0%	100,0%
	Kurang	Count		5	4	9
		% within Pengetahuan		55,6%	44,4%	100,0%
Total		Count	3	13	12	28
		% within Pengetahuan	10,7%	46,4%	42,9%	100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Sikap	Positif	Count	9	4	13
		% within Sikap	69,23%	30,77%	100,00%
	Negatif	Count	14	1	15
		% within Sikap	93,33%	6,67%	100,00%
Total		Count	23	5	28
		% within Sikap	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Sikap	Positif	Count	7	4	2	13
		% within Sikap	53,85%	30,77%	15,38%	100,00%
	Negatif	Count	12	2	1	15
		% within Sikap	80,00%	13,33%	6,67%	100,00%
Total		Count	19	6	3	28
		% within Sikap	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan	
			Ibu Rumah Tangga	Total
Sikap	Positif	Count	13	13
		% within Sikap	100,00%	100,00%
	Negatif	Count	15	15
		% within Sikap	100,00%	100,00%
Total		Count	28	28
		% within Sikap	100,00%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		Total
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Sikap	Positif	Count	11	2	13
		% within Sikap	84,62%	15,38%	100,00%
	Negatif	Count	15		15
		% within Sikap	100,00%		100,00%
Total		Count	26	2	28
		% within Sikap	92,86%	7,14%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Sikap	Positif	Count	1	5	7	13
		% within Sikap	7,69%	38,46%	53,85%	100,00%
Negatif	Count	Count	2	8	5	15
		% within Sikap	13,33%	53,33%	33,33%	100,00%
Total	Count	Count	3	13	12	28
		% within Sikap	10,71%	46,43%	42,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1		1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%		100,00%
	Sedang	Count	5	1	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	83,33%	16,67%	100,00%
	Kurang	Count	2	1	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	33,33%	100,00%
	Defisit	Count	15	3	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	83,33%	16,67%	100,00%
Total		Count	23	5	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count		1		1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		100,00%		100,00%
	Sedang	Count	4	1	1	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	16,67%	16,67%	100,00%
	Kurang	Count	2	1		3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	33,33%		100,00%
	Defisit	Count	13	3	2	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	72,22%	16,67%	11,11%	100,00%
Total		Count	19	6	3	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan	Total
			Ibu Rumah Tangga	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1	1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Sedang	Count	6	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Kurang	Count	3	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Defisit	Count	18	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
Total		Count	28	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		Total
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1		1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%		100,00%
	Sedang	Count	6		6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%		100,00%
	Kurang	Count	2	1	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	33,33%	100,00%
	Defisit	Count	17	1	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	94,44%	5,56%	100,00%
Total		Count	26	2	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	92,86%	7,14%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1			1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%			100,00%
	Sedang	Count		4	2	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		66,67%	33,33%	100,00%
	Kurang	Count		1	2	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		33,33%	66,67%	100,00%
	Defisit	Count	2	8	8	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	11,11%	44,44%	44,44%	100,00%
Total		Count	3	13	12	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	10,71%	46,43%	42,86%	100,00%

Lampiran 8

Frequencies**Statistics**

		Pengetahuan	Sikap	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
N	Valid	28	28	28
	Missing	0	0	0

Frequency Table**Pengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	13	46,43	46,43	46,43
	Cukup	6	21,43	21,43	67,86
	Kurang	9	32,14	32,14	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	14	50,00	50,00	50,00
	Negatif	14	50,00	50,00	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Tindakan Pemenuhan Nutrisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	25,00	25,00	25,00
	Sedang	3	10,71	10,71	35,71
	Kurang	1	3,57	3,57	39,29
	Defisit	17	60,71	60,71	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Tindakan Pemenuhan Nutrisi	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Tindakan Pemenuhan Nutrisi Crosstabulation

			Tindakan Pemenuhan Nutrisi				Total
			Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Pengetahuan	Baik	Count	3	3		7	13
		% within Pengetahuan	23,08%	23,08%		53,85%	100,00%
	Cukup	Count	3		1	2	6
	% within Pengetahuan	50,00%		16,67%	33,33%	100,00%	
	Kurang	Count	1			8	9
	% within Pengetahuan	11,11%			88,89%	100,00%	
Total		Count	7	3	1	17	28
	% within Pengetahuan	25,00%	10,71%	3,57%	60,71%	100,00%	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,485**
		Sig. (2-tailed)	,	,009
		N	28	28
	Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Correlation Coefficient	,485**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	,
		N	28	28

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Tindakan Pemenuhan Nutrisi	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Tindakan Pemenuhan Nutrisi Crosstabulation

			Tindakan Pemenuhan Nutrisi				Total
			Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Sikap	Positif	Count	7		1	6	14
		% within Sikap	50,00%		7,14%	42,86%	100,00%
	Negatif	Count		3		11	14
		% within Sikap		21,43%		78,57%	100,00%
Total		Count	7	3	1	17	28
		% within Sikap	25,00%	10,71%	3,57%	60,71%	100,00%

Nonparametric Correlations

Correlations

			Sikap	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1,000	,593**
		Sig. (2-tailed)	,	,001
		N	28	28
	Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Correlation Coefficient	,593**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	,
		N	28	28

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

**TABULASI SILANG ANTARA
DATA KHUSUS DENGAN
DATA UMUM**

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Pengetahuan	Baik	Count	10	3	13
		% within Pengetahuan	76,92%	23,08%	100,00%
	Cukup	Count	5	1	6
		% within Pengetahuan	83,33%	16,67%	100,00%
	Kurang	Count	8	1	9
		% within Pengetahuan	88,89%	11,11%	100,00%
Total		Count	23	5	28
		% within Pengetahuan	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Pengetahuan	Baik	Count	10	3		13
		% within Pengetahuan	76,92%	23,08%		100,00%
	Cukup	Count	5	1		6
		% within Pengetahuan	83,33%	16,67%		100,00%
	Kurang	Count	4	2	3	9
		% within Pengetahuan	44,44%	22,22%	33,33%	100,00%
Total		Count	19	6	3	28
		% within Pengetahuan	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan		Total
			Ibu Rumah Tangga		
Pengetahuan	Baik	Count	13	13	
		% within Pengetahuan	100,00%	100,00%	
	Cukup	Count	6	6	
% within Pengetahuan		100,00%	100,00%		
Kurang	Count	9	9		
	% within Pengetahuan	100,00%	100,00%		
Total	Count	28	28		
	% within Pengetahuan	100,00%	100,00%		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		Total
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Pengetahuan	Baik	Count	13		13
		% within Pengetahuan	100,00%		100,00%
Cukup	Cukup	Count	4	2	6
		% within Pengetahuan	66,67%	33,33%	100,00%
Kurang	Kurang	Count	9		9
		% within Pengetahuan	100,00%		100,00%
Total	Count	26	2	28	
	% within Pengetahuan	92,86%	7,14%	100,00%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Pengetahuan	Baik	Count	3	5	5	13
		% within Pengetahuan	23,1%	38,5%	38,5%	100,0%
	Cukup	Count		3	3	6
		% within Pengetahuan		50,0%	50,0%	100,0%
	Kurang	Count		5	4	9
		% within Pengetahuan		55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count	3	13	12	28	
	% within Pengetahuan	10,7%	46,4%	42,9%	100,0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Sikap	Positif	Count	9	4	13
		% within Sikap	69,23%	30,77%	100,00%
	Negatif	Count	14	1	15
		% within Sikap	93,33%	6,67%	100,00%
Total		Count	23	5	28
		% within Sikap	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Sikap	Positif	Count	7	4	2	13
		% within Sikap	53,85%	30,77%	15,38%	100,00%
	Negatif	Count	12	2	1	15
		% within Sikap	80,00%	13,33%	6,67%	100,00%
Total		Count	19	6	3	28
		% within Sikap	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan	
			Ibu Rumah Tangga	Total
Sikap	Positif	Count	13	13
		% within Sikap	100,00%	100,00%
	Negatif	Count	15	15
		% within Sikap	100,00%	100,00%
Total		Count	28	28
		% within Sikap	100,00%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Sikap	Positif	Count	11	2	13
		% within Sikap	84,62%	15,38%	100,00%
	Negatif	Count	15		15
		% within Sikap	100,00%		100,00%
Total		Count	26	2	28
		% within Sikap	92,86%	7,14%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Sikap	Positif	Count	1	5	7	13
		% within Sikap	7,69%	38,46%	53,85%	100,00%
	Negatif	Count	2	8	5	15
		% within Sikap	13,33%	53,33%	33,33%	100,00%
Total		Count	3	13	12	28
		% within Sikap	10,71%	46,43%	42,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Usia Ibu	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Usia Ibu Crosstabulation

			Usia Ibu		Total
			21-30 tahun	31-40 tahun	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1		1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%		100,00%
	Sedang	Count	5	1	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	83,33%	16,67%	100,00%
Kurang	Count	2	1	3	
	% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	33,33%	100,00%	
Defisit	Count	15	3	18	
	% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	83,33%	16,67%	100,00%	
Total		Count	23	5	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	82,14%	17,86%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pendidikan Terakhir	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

			Pendidikan Terakhir			Total
			SD	SMP	SMA	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count		1		1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		100,00%		100,00%
	Sedang	Count	4	1	1	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	16,67%	16,67%	100,00%
Kurang	Count	2	1		3	
	% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	66,67%	33,33%		100,00%	
Defisit	Count	13	3	2	18	
	% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	72,22%	16,67%	11,11%	100,00%	
Total		Count	19	6	3	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	67,86%	21,43%	10,71%	100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pekerjaan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan	
			Ibu Rumah Tangga	Total
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1	1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Sedang	Count	6	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Kurang	Count	3	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
	Defisit	Count	18	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%
Total		Count	28	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,0%	100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan		Total
			< Rp 925.000	> Rp 925.000	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count % within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	1 100,00%		1 100,00%
	Sedang	Count % within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	6 100,00%		6 100,00%
	Kurang	Count % within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	2 66,67%	1 33,33%	3 100,00%
	Defisit	Count % within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	17 94,44%	1 5,56%	18 100,00%
Total		Count % within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	26 92,86%	2 7,14%	28 100,00%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Jumlah Anggota Keluarga	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Tindakan Pemenuhan Nutrisi * Jumlah Anggota Keluarga Crosstabulation

			Jumlah Anggota Keluarga			Total
			3 orang	4 orang	5 - >5 orang	
Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Baik	Count	1			1
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	100,00%			100,00%
	Sedang	Count		4	2	6
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		66,67%	33,33%	100,00%
	Kurang	Count		1	2	3
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi		33,33%	66,67%	100,00%
	Defisit	Count	2	8	8	18
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	11,11%	44,44%	44,44%	100,00%
Total		Count	3	13	12	28
		% within Tindakan Pemenuhan Nutrisi	10,71%	46,43%	42,86%	100,00%

Frequencies

Statistics

		Usia Ibu	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan	Jumlah Anggota Keluarga
N	Valid	28	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-30 tahun	23	82,14	82,14	82,14
	31-40 tahun	5	17,86	17,86	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	19	67,86	67,86	67,86
	SMP	6	21,43	21,43	89,29
	SMA	3	10,71	10,71	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ibu Rumah Tangga	28	100,00	100,00	100,00

Penghasilan Keluarga Dalam Sebulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< Rp 925.000	26	92,86	92,86	92,86
	> Rp 925.000	2	7,14	7,14	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Jumlah Anggota Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 orang	3	10,71	10,71	10,71
	4 orang	13	46,43	46,43	57,14
	5 - >5 orang	12	42,86	42,86	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Frequencies

Statistics

		Pengetahuan	Sikap	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
N	Valid	28	28	28
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	13	46,43	46,43	46,43
	Cukup	6	21,43	21,43	67,86
	Kurang	9	32,14	32,14	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	14	50,00	50,00	50,00
	Negatif	14	50,00	50,00	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Tindakan Pemenuhan Nutrisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	25,00	25,00	25,00
	Sedang	3	10,71	10,71	35,71
	Kurang	1	3,57	3,57	39,29
	Defisit	17	60,71	60,71	100,00
	Total	28	100,00	100,00	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Tindakan Pemenuhan Nutrisi	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Pengetahuan * Tindakan Pemenuhan Nutrisi Crosstabulation

			Tindakan Pemenuhan Nutrisi				Total
			Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Pengetahuan	Baik	Count	3	3		7	13
		% within Pengetahuan	23,08%	23,08%		53,85%	100,00%
	Cukup	Count	3		1	2	6
		% within Pengetahuan	50,00%		16,67%	33,33%	100,00%
	Kurang	Count	1			8	9
		% within Pengetahuan	11,11%			88,89%	100,00%
Total		Count	7	3	1	17	28
		% within Pengetahuan	25,00%	10,71%	3,57%	60,71%	100,00%

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,485**
		Sig. (2-tailed)	,	,009
		N	28	28
	Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Correlation Coefficient	,485**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	,
		N	28	28

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Tindakan Pemenuhan Nutrisi	28	100,0%	0	,0%	28	100,0%

Sikap * Tindakan Pemenuhan Nutrisi Crosstabulation

			Tindakan Pemenuhan Nutrisi				Total
			Baik	Sedang	Kurang	Defisit	
Sikap	Positif	Count	7		1	6	14
		% within Sikap	50,00%		7,14%	42,86%	100,00%
	Negatif	Count		3		11	14
		% within Sikap		21,43%		78,57%	100,00%
Total		Count	7	3	1	17	28
		% within Sikap	25,00%	10,71%	3,57%	60,71%	100,00%

Nonparametric Correlations

Correlations

			Sikap	Tindakan Pemenuhan Nutrisi
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1,000	,593**
		Sig. (2-tailed)	,	,001
		N	28	28
	Tindakan Pemenuhan Nutrisi	Correlation Coefficient	,593**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	,
		N	28	28

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).