

**HUBUNGAN PENGHASILAN ORANG TUA DAN KUNJUNGAN KE
POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI
POSYANDU BUAH HATI KELURAHAN LOA BUAH
KECAMATAN SUNGAI KUNJANG
SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



**DISUSUN OLEH
HARYATI
1111308230288**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Haryati
NIM : 1111308230288
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan Penghasilan Orang Tua dan Kunjungan ke Posyandu dengan Status Gizi Anak Balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Samarinda.

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, 21 Agustus 2015

Haryati
1111308230288

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGHASILAN ORANG TUA DAN KUNJUNGAN KE
POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI
POSYANDU BUAH HATI KELURAHAN LOA BUAH**

KECAMATAN SUNGAI KUNJANG

SAMARINDA

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

Haryati

1111308230288

**Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 21 Agustus 2015**

Pembimbing I

Pembimbing II

Ghozali MH, M.Kes

NIDN. 1114077102

Ns. Ni Wayan Wiwin A., S.Kep., M.Pd

NUPN. 9911006179

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Skripsi

Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes

NIDN. 1112068002

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN PENGHASILAN ORANG TUA DAN KUNJUNGAN KE
POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI
POSYANDU BUAH HATI KELURAHAN LOA BUAH
KECAMATAN SUNGAI KUNJANG
SAMARINDA**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

Haryati

1111308230288

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 21 Agustus 2015

Penguji I

Penguji II

Penguji III

**Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes
NIDN. 1102096902**

**Ghozali MH, M.Kes
NIDN. 1114077102**

**Ns.Ni Wayan WA., S.Kep., M.Pd
NUPN.. 9911006179**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd., M.Kep
NIDN.1115017703**

**Hubungan Penghasilan Orang Tua dan Kunjungan ke Posyandu
dengan Status Gizi Anak Balita di Posyandu Buah Hati
Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang
Samarinda**

Haryati¹, Ghozali M Hasyim², Ni Wayan Wiwin Asthiningsih³

INTISARI

Latar Belakang : Masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak (WHO, 2011). Prevalensi balita yang mengalami masalah gizi di Indonesia secara garis besar 17,9%. Dari prevalensi total tersebut, balita yang menderita gizi kurang sebesar 13%, dan sebesar 4,9% balita menderita gizi buruk. Prevalensi penderita gizi buruk terjadi penurunan dari 5,4% di 2007 menjadi 4,9% di 2010 Sedangkan di kota Samarinda mencapai 0,01 % (Risksdas, 2010; Dinkes, 2014).

Tujuan penelitian : Untuk mengetahui hubungan penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Metode penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sample menggunakan *purposive sampling dengan* sampel sebesar 59 balita dari total populasi sebesar 146 balita. Teknik analisa data yang digunakan adalah uji *FisherExact* dengan nilai kemaknaan α (0,05).

Hasil dan kesimpulan : Hasil penelitian menunjukkan bahwa balita yang memiliki orang tua dengan penghasilan tinggi mengalami gizi baik sebesar 8,2% sedangkan yang memiliki status gizi kurang hanya 11,8%. sebaliknya orang tua dengan penghasilan rendah memiliki balita dengan gizi kurang dan gizi baik masing-masing sebesar 50%. kunjungan aktif ke Posyandu memiliki balita dengan status gizi balita kurang sebesar 14,3% dan balita dengan status gizi baik sebesar 85,7% sedangkan kunjungan ke Posyandu yang tidak aktif memiliki balita dengan status gizi kurang sebesar 30% dan balita dengan gizi baik sebesar 70%. Dari hasil uji analisa bivariat didapatkan bahwa ada hubungan antara penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita dengan p value sebesar $0,022 < \alpha$ (0,05), sementara itu kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita memiliki p value sebesar $0,350 > \alpha$ (0,05) yang berarti bahwa tidak ada hubungan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita.

Kata Kunci: Penghasilan, Kunjungan, Posyandu, Anak Balita, dan Status Gizi

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda

³Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

**The Relationship Between Parents's Income And Visiting Posyandu
With Nutritional Status Of Children Under Five In
Posyandu Buah Hati, Loa Buah District
Of Sungai Kunjang Samarinda**

Haryati¹, Ghozali MH², Ni Wayan Wiwin Asthiningsih³

Abstract

Background: Nutritional problems in Indonesia resulted more than 80% of childhood deaths (WHO, 2011). The prevalence of children under five who suffering nutritional problems in Indonesia reach 17.9%. and from that prevalence, children who suffering malnutrition is in 13%, while 4.9% children experienced for poor nutrition. The prevalence of poor nutritional decreased from 5.4% in 2007 to 4.9% in 2010, while in Samarinda reached 0.01% (Riskesdas, 2010; Dinkes, 2014).

Objective: To determine the relationship between parents income and Visiting Posyandu with the nutritional status of children in Posyandu Buah Hati Loa Buah district of sungai Kunjang Samarinda

Methods: This research was a quantitative descriptive correlation with cross sectional approach. Sampling technique used purposive with the number of samples were 59 from 146 of total population of toddler. Data analysis technique used Fisher Exact tests with significance value α (0.05).

Results and conclusions: the results showed that children who have parents with high income experienced good nutrition by 8.2% while those with less nutritional status is only 11.8%. otherwise parents with low incomes have children with poor nutrition and good nutrition both 50% respectively. Active visit to Posyandu have nutritional status of children under five with less than 14.3% and toddlers with good nutritional status amounted to 85.7%, while visits to Posyandu inactive had a toddler with less nutritional status of 30% and a toddler with good nutrition by 70 %. Bivariate analysis of test showed that there is a relationship between parents income and nutritional status of children under five with p value of $0.022 < \alpha$ (0.05), while there is no relationship between the visits to Posyandu with the nutritional status of children under five with p value of $0.350 > \alpha$ (0, 05).

Keywords: Income, Visits, posyandu, Toddler, and Nutritional Status

¹Student, Nursing Program, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Head Master Of Nursing, STIKES Muhammadiyah Samarinda

³Department Of Nursing, STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat, karunia serta ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian ini. Shalawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya, serta pengikutnya sampai akhir zaman.

Hasil penelitian ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Strata I program studi Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda tahun 2015. Selama proses pembuatan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bantuan, motivasi, dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Ghozali MH., M.Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda sekaligus pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan hingga penyusunan hasil penelitian ini selesai.
2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.

3. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi program studi S-1 ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Ibu Ns. Ni Wayan Wiwin A., S.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan hingga penyusunan hasil penelitian ini selesai.
5. Ibu Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes selaku penguji I yang telah banyak memberikan saran, masukan dan arahan dalam penyusunan hasil penelitian ini.
6. Bapak dan Ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
7. Bapak Masta dan Ibu Puspita sebagai kedua orang tuaku tercinta dan saudaraku Yoga Saputra, atas dukungan moril dan materi serta kasih sayang yang telah diberikan dan tidak henti-hentinya memberikan semangat, motivasi dan doa kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian.
8. Zulma Astuti, Diah Rosanti dan seluruh keluarga yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang selalu memberikan memotivasi, semangat, saran, bantuan dan doa yang begitu besar kepada penulis selama empat tahun ini.
9. Amah, Ayu, Febi, Hafshah, Riska, Wulan, dan Tyas, yang senantiasa membantu, menyemangati, menemani, memberi masukan serta ide dan menghibur penulis selama penyusunan hasil penelitian ini.

10. Sahabat- sahabat seperjuangan S-1 Ilmu Keperawatan tingkat IV B yang tidak dapat penulis sebutkan satu- persatu, yang senantiasa memberi motivasi, semangat, saran, ide, bantuan, doa dan kebahagiaan yang begitu besar kepada penulis selama empat tahun ini.
11. Yogi Tri Huntoro Bayu yang selalu memberi semangat, ide, saran dan doa kepada penulis selama penyusunan hasil penelitian ini.
12. Dan semua pihak yang telah memberikan dukungan, kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan, mendapatkan pahala dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam proposal penelitian ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan sehingga dapat bermanfaat untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagai mana mestinya.

Billahi Fii Sabilil Haq, Fastabiqul Khairat

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Samarinda, 21 Agustus 2015

Penulis

DAFTAR ISI

halaman

Halaman Sampul	
Halaman Judul.....	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Intisari.....	v
abstract.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv

BAB I PENDAHULUAN

➤ Latar Belakang Masalah.....	1
➤ Rumusan masalah.....	5
➤ Tujuan Penelitian.....	6
➤ Manfaat Penelitian.....	7
➤ Keaslian Penelitian.....	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Telaah Pustaka.....	10
Penelitian Terkait.....	57
Kerangka Teori Penelitian.....	60
Kerangka Konsep Penelitian.....	61
Hipotesis/Pertanyaan Penelitian.....	62

BAB III METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian.....	64
Populasi dan Sampel.....	64
Waktu dan Tempat Penelitian.....	66
Definisi Operasional.....	67
Instrument Penelitian.....	68
Uji Validitas dan Reliabilitas.....	69
Teknik Pengumpulan Data.....	69
Teknik Analisa Data.....	72
Etika Penelitian.....	78
Jalannya Penelitian.....	79
Jadwal Penelitian.....	81

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	82
B. Pembahasan.....	89
C. Keterbatasan Penelitian.....	102

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	104
B. Saran	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 2.1 Pertumbuhan Anak Balita.....	11
Tabel 2.2 Angka Kecukupan Energi Anak Balita.....	11
Table 2.3 Angka Kecukupan Protein Anak Balita.....	23
Table 2.4 Angka Kecukupan Lemak Anak Balita.....	25
Tabel 2.5 Angka Kecukupan Vitamin dan Mineral Anak Balita.....	25
Tabel 2.6 Pemberian Makanan pada Anak Balita.....	26
Table 2.7 Pola Makan Balita.....	25
Tabel 2.8 Takaran Konsumsi Makanan Sehari.....	25
Tabel 2.9 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak (Indeks).....	34
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	60
Tabel 3.2 Jadwal Penelitian.....	73
Table 4.1 Karakteristik Balita Menurut Usia.....	82
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin.....	83
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan Ibu.....	83
Table 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Ibu.....	84
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penghasilan Orang Tua	85
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Kunjungan ke Posyandu.....	85
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak Balita.....	86
Tabel 4.8 Hasil Uji <i>Fisher Exact</i> Penghasilan Orang Tua.....	87
Tabel 4.9 Hasil Ujis <i>Fisher Excat</i> Kunjungan ke Posyandu	88

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	60
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata peneliti

Lampiran 2 : Penjelasan penelitian

Lampiran 3 : Lembar persetujuan responden

Lampiran 4 : Kuesioner penelitian

Lampiran 5 : Data dinas kesehatan kota samarinda

Lampiran 6 : Data Penelitian

Lampiran 7 : Buku Standar Penelitian Status Gizi Anak

Lampiran 8 : Output SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masa balita berada pada rentang usia 1-5 tahun, pada masa ini dikenal dengan masa keemasan (*golden period*) dimana otak anak mengalami perkembangan yang sangat cepat seperti bahasa, aktivitas, mental, emosi, psikomotorik, intelegensi, dan sosial anak juga ikut berkembang. Menurut Adriana & Wirjatmadi (2011) pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Status gizi balita merupakan salah satu yang harus diperhatikan karena keadaan gizi sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang balita.

Makan-makanan yang seimbang dapat mempengaruhi status gizi pada balita, dan keadaan ekonomi sebuah keluarga dapat menentukan kualitas makanan yang akan dibeli. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin tercukupinya bahan makanan yang akan di beli, demikian sebaliknya semakin rendah penghasilan keluarga maka tidak akan mencukupi makanan yang akan dibeli. Menurut Sarah (2008), keadaan ekonomi keluarga yang kurang mampu merupakan faktor yang kurang mendukung bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Hal ini disebabkan karena tingkat pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga.

Status gizi balita juga dapat dipantau di Kartu Menuju Sehat (KMS) dari hasil kunjungan balita setiap bulan ke Posyandu. Semakin sering balita ditimbang di Posyandu sehingga status gizinya akan selalu terpantau dan ketika status gizi berada dibawah garis merah tenaga kesehatan dapat dengan cepat menanggulangi status gizi buruk pada balita. Menurut Octaviani (2008) kunjungan ke Posyandu dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita karena pada setiap kunjungan balita akan mendapatkan makanan tambahan setiap bulan dan penyuluhan tentang pencegahan gizi buruk pada balita.

Posyandu menjadi pelayanan penting bagi balita, namun pada kenyataannya banyak warga masyarakat yang tidak berkunjung membawa balitanya ke Posyandu untuk memantau tumbuh kembang anaknya. Kebanyakan orang tua yang tidak membawa balitanya ke Posyandu dengan alasan sibuk bekerja atau tidak sempat dan kurangnya pengetahuan orang tua mengenai pentingnya posyandu untuk pemantuan status gizi pada balita.

Masalah kekurangan gizi merupakan masalah serius yang harus dicari penyelesaiannya, karena kekurangan gizi sangat mempengaruhi sebagian besar kelangsungan hidup balita di Indonesia. Hal ini senada dengan menurut WHO (2011) yaitu “masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak”. Dengan kata lain masalah kekurangan gizi pada balita di Indonesia merupakan masalah

yang sangat mengancam kelangsungan bangsa Indonesia sehingga harus segera dicari penyelesaian masalahnya.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, prevalensi balita yang mengalami masalah gizi di Indonesia secara garis besar 17,9%. Dari prevalensi total tersebut, balita yang menderita gizi kurang sebesar 13%, dan sebesar 4,9% balita menderita gizi buruk. Prevalensi penderita gizi buruk terjadi penurunan dari 5,4% di 2007 menjadi 4,9% di 2010. Namun prevalensi gizi kurang dari tahun 2007 hingga 2010 tidak terjadi penurunan, tetap di angka 13%. Hasil Riskesdas pada tahun 2010 menyebutkan bahwa prevalensi balita gizi buruk dan balita gizi kurang pada balita laki-laki lebih besar dibandingkan balita perempuan. Masalah gizi pada balita ini dapat dijumpai hampir di setiap provinsi yang tersebar di seluruh Indonesia. Sebanyak 15 provinsi terdapat masalah gizi lebih dari 20%, 9 provinsi terdapat masalah gizi 15-19%. 9 provinsi terdapat masalah gizi sebesar 10-14,9%, dan belum ada balita kurang dari 10%.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Samarinda Tahun 2014 Bulan Januari-Oktober didapatkan data bahwa dari 140,300 balita yang ditimbang di Posyandu 18 (0,01%) balita diantaranya berada pada keadaan status gizi buruk, dimana 16 (0,01%) yang masih dirawat dan 1 balita yang meninggal dunia akibat gizi buruk.

Kelurahan Loa Buah merupakan salah satu kelurahan yang ada di Kecamatan Sungai Kunjang yang berada jauh dari kota sehingga tempat pelayanan kesehatan yang ada di Loa Buah hanya PUSBAN (Puskesmas Pembantu). Sebagian besar masyarakat Loa Buah merupakan penduduk pendatang yang tinggal di daerah tersebut. Masyarakat Kelurahan Loa Buah mempunyai mata pencaharian pedagang, pegawai swasta, dan buruh pabrik. Masyarakat sendiri berada pada ekonomi menengah kebawah untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, baik sandang, pangan dan papan.

Dari hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 05 Januari 2015 di Puskesmas Sungai Kunjang, didapatkan data bahwa dalam tiga bulan terakhir terjadi penurunan kunjungan ke Posyandu Buah Hati yaitu pada bulan November 2014 dari 120 balita, yang berkunjung ke Posyandu hanya 108 balita (90,0%). Bulan Desember dari 120 balita, yang datang berkunjung ke Posyandu hanya 107 (89,2%) dan bulan Januari dari 146 balita, yang berkunjung ke Posyandu hanya 96 (65,8%) balita. Data dari Posyandu Buah Hati pada tanggal 05 Januari 2015 yang datang berkunjung ke Posyandu Buah Hati sebanyak 42 balita. Dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Posyandu yang masih kurang, sehingga Posyandu mengalami kesulitan dalam mendata dan menganalisa kasus gizi kurang pada balita.

Masyarakat masih kurang menyadari dalam pemeliharaan kesehatan terutama pada anak balitanya. Hal ini dibenarkan oleh salah satu kader kesehatan bahwa masih ditemukannya kasus gizi KEP (Kurang Energi Protein). Pada data awal 05 Januari 2015 dari 42 balita terdapat 3 (7,14%) balita dengan status gizi kurang berdasarkan BB/U, dan 39 (92,8%) dengan gizi baik. Peneliti juga melakukan wawancara terhadap 5 orang ibu rumah tangga dan 1 orang pegawai honor di TK, 2 diantaranya mengatakan suami mereka bekerja sebagai karyawan swasta dengan gaji sesuai UMR sebanyak Rp. 2.500.000,00 perbulan, 3 orang pekerja swasta dengan penghasilan Rp. 1.000.000,00-Rp. 3.000.000,00 perbulan, 1 orang buruh pabrik dengan penghasilan Rp. 1.000.000,00 perbulan.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik mengadakan penelitian untuk mengetahui “Hubungan penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Apakah ada hubungan antara penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengetahui apakah ada hubungan antara penghasilan orang tua dan kunjungan ke posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden ibu dan balita (usia balita, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendidikan)
- b. Mengidentifikasi penghasilan orang tua yang memiliki balita di Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.
- c. Mengidentifikasi kunjungan orang tua yang membawa balita ke Posyandu Buah Hati di Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.
- d. Mengidentifikasi status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.
- e. Menganalisis hubungan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.
- f. Menganalisis hubungan kunjungan ke Posyandu Buah Hati dengan status gizi anak balita di Kelurahan Loa Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan informasi kepada orang tua tentang pentingnya pemantauan dan pemberian gizi pada anak balita.

2. Bagi Posyandu

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang gizi balita sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka untuk meningkatkan kegiatan promotif berupa penyuluhan tentang gizi balita.

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan informasi dan wawasan mengenai status gizi pada balita sehingga dan dapat dipergunakan untuk menambah sumber kepustakaan sebagai bahan bacaan dan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi pengalaman belajar serta menambah wawasan dalam melakukan penelitian di bidang kesehatan dan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh dari institusi dengan keadaan yang ada di masyarakat.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini mengenai hubungan penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita (usia 1-5 tahun) di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kec. Sungai Kunjang Samarinda. Beberapa penelitian terdahulu yang memiliki perbedaan dengan penelitian yang akan diteliti oleh peneliti, yaitu:

1. Penelitian Siti Nur Aisyah (2013) dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Dengan Status Gizi Balita Di RT 23 Kelurahan Air Hitam Kecamatan Samarinda Ulu Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di RT 23 Kelurahan Air Hitam Kecamatan Samarinda Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *Purposive Sampling*.
2. Penelitian Majarina Devi (2010) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Gizi Status Gizi Balita Di Pedesaan”. Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di 7 provinsi di Indonesia, dimana jumlah penduduk di provinsi-provinsi tersebut mencakup 70% dari total penduduk Indonesia, yaitu provinsi Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat (Lombok) dan Sulawesi Selatan. Teknik

pengambilan sampel dengan menggunakan *PPS (Probability Proportional to size)*.

3. Penelitian Agung Maulana (2013) dengan judul “Hubungan Keaktifan Ibu Dalam Posyandu Dengan Penurunan Jumlah Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Desa Suko Jember Kecamatan Jeluk Kabupaten Jember”. Desain yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di desa Suko Jember Kecamatan Jeluk Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*.

Perbedaan penelitian ini terletak pada judul yaitu “Hubungan Penghasilan Orang Tua dan Kunjungan ke Posyandu dengan Status Gizi Anak Balita (Usia 1-5 Tahun) di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda. Desain penelitian ini deskriptif korelasional, dengan pendekatan *cross sectional* dan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Anak Balita

a. Definisi anak balita

Balita merupakan istilah yang berasal dari kependekan kata bawah lima tahun. Istilah ini cukup populer dalam program kesehatan. Balita merupakan kelompok usia tersendiri yang menjadi sasaran program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di lingkup Dinas Kesehatan. Balita merupakan masa pertumbuhan tubuh dan otak yang sangat pesat dalam pencapaian keoptimalan fungsinya. Periode tumbuh kembang anak adalah masa balita, karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya (supartini, 2004).

b. Teori tumbuh kembang

Table 2.1 Pertumbuhan Anak Balita

Usia	Fisik	Motorik Kasar	Motorik Halus
1 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penambahan berat badan 150-210 g setiap minggu selama 6 bulan 2) Penambahan tinggi badan 2,5 cm setiap bulan selama 6 bulan pertama. 3) Peningkatan lingkaran kepala sebesar 1,5 cm setiap bulan selama 6 bulan pertama. 4) Ada reflex primitif dan kuat. 5) Reflex mata boneka dan reflex dansa menghilang. 6) Pernafasan hidung harus terjadi (pada kebanyakan bayi). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memilih posisi fleksi dengan pelvis tinggi tetapi lutut tidak dibawah abdomen bila telungkup (pada saat lahir, lutut fleksi di bawah abdomen). 2) Dapat memutar kepala dari satu sisi kesisi lain bila telungkup, mengangkat kepala sebentar dari tempat tidur. 3) Mengalami <i>head lag</i> yang nyata, khususnya bila menarik kepala dari posisi berbaring keposisi duduk. 4) Menahan kepala sebentar secara paralel dan dalam garis tengah dan tertahan dalam posisi terlungkup. 5) Menunjukkan posisi refleks leher tonik asimetris bila telentang. 6) Bila menahan dalam posisi berdiri, tubuh lemas pada lutut dan panggul. 7) Pada posisi duduk, punggung memutar bersamaan, tidak ada kontrol kepala. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tangan tertutup secara umum. 2) Refleks menggenggam kuat. 3) Tangan mengatup pada kontak dengan mainan.
2 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fontanel posterior menutup 2) Refleks merangkak hilang 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjukkan posisi yang kurang fleksi bila terlungkup-panggul datar, kaki terekstensi, lengan fleksi, kepala ke satu sisi. 2) <i>Head lag</i> berkurang bila menariknya keposisi duduk. 3) Dapat mempertahankan kepala dalam kesejajaran yang sama dengan posisi tubuh yang lain ketika ditahan dalam suspensi ventral. 4) Bila telungkup, dapat mengangkat kepala hampir 45 derajat dari meja. 5) Bila digendong dalam posisi duduk, kepala ditahan keatas tetapi menunduk kedepan. 6) Menunjukkan posisi refleks leher tonik asimetris secara intermiten. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tangan sering terbuka. 2) Refleks menggenggam menghilang.

3 bulan	1) Refleks primitif menghilang	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu menahan kepala lebih tegak bila duduk, tetapi masih menunduk kedepan. 2) Hanya sedikit mengalami <i>head lag</i> yaitu bila menarik kepala keposisi duduk. 3) Mendapatkan posisi tubuh simetrik. 4) Mampu mengangkat kepala dan bahu dari posisi telungkup sampai sudut 45-90 derajat dari meja, menahan beban berat badan pada lengan bawah. 5) Bila digendong pada posisi berdiri, mampu menahan sedikit fraksi beban berat badan pada kakinya. 6) Memegang tangan sendiri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Secara aktif memegang mainan tetapi tidak akan menggapai mainan itu. 2) Refleks menggenggam tidak ada. 3) Tangan tetap tertutup rapat. 4) Menggenggam taangan sendiri, menarik selimut atau pakain.
4 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mulai merangkak 2) Refleks Moro, tonik leher, dan rooting telah menghilang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hampir tidak mengalami <i>head lag</i> ketika menariknya keposisi duduk. 2) Keseimbangan kepala pada posisi duduk baik. 3) Punggung sedikit melengkung, lengkungnya hanya dalam area lumbal. 4) Mampu duduk tegak bila disangga. 5) Mampu mengankat kepala dan dada dari permukaan sampai sust 90 derajat. 6) Mengambil posisi simetris utama. 7) Berguling dari telungkup kesisi lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melihat dan memainkan tangan, menarik pakaian atau selimut ke atas wajah untuk bermain. 2) Mencoba meraih objek dengan tangan tetapi melampauinya. 3) Menggenggam objek dengan kedua tangan. 4) Bermain dengan mainan yang ditempatkan ditangan, mencarinya, tetapi tidak dapat mengambilnya bila dijatuhkan. 5) Dapat memasukkan objek kemulut.
5 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memulai tanda-tanda pertumbuhan gigi. 2) Berat badan lahir menjadi dua kali lipat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada <i>head lag</i> ketika menarik kepala untuk posisi duduk. 2) Bila duduk, mampu menahan kepala tegak dan mantap. 3) Mampu duduk untuk periode yang lebih lama bila punggung disokong dengan baik. 4) Punggung tegak. 5) Bila telungkup, menunjukkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu menggenggam objek secara vo,unter. 2) Menggunakan genggam tangan telapak, pendekatan <i>bidextrous</i> 3) Memainkan jari-jari kaki.

		posisi simetris dengan lengan ekstensi. 6) Dapat membalik dari posisi telungkup ketelentang. 7) Bila telentang, menempatkan kaki kemulut.	4) Mengambil objek secara langsung kemulut. 5) Memegang satu kotak sementara memperhatikan kotak yang lain.
6 bulan	1) Laju pertumbuhan mulai menurun. 2) Penambahan berat badan 90-150 g setiap minggu selama 6 bulan berikutnya. 3) Penambahan tinggi badan 1,25 cm setiap bulan selama 6 bulan berikutnya. 4) Gigi geligi mulai dengan pertumbuhan dua gigi insisi sentral bawah. 5) Mengunyah dan menggigit mulai terjadi	1) Bila telungkup, dapat mengangkat dada dan abdomen bagian atas dari atas meja, membebankan berat badan pada tangan. 2) Bila akan menarik untuk posisi duduk, mengangkat kepala. 3) Duduk pada posisi tinggi dengan punggung tegak. 4) Berguling dari telungkup ke telentang. 5) Bila digendong dalam posisi berdiri, membebankan hampir semua berat badan. 6) Memegang tangan tidak ada lagi.	1) Mengamankan objek yang jatuh. 2) Menjatuhkan satu kotak bila kotak lainnya diberikan. 3) Menggenggam dan memanipulasi objek kecil. 4) Memegang botol. 5) Menggenggam kaki dan menarik ke mulut.
7 bulan	1) Pertumbuhan gigi insisi tengah atas.	1) Bila telentang, secara spontan mengangkat kepala dari meja. 2) Duduk, menyandar kedepan dengan kedua tangan. 3) Bila telungkup, membebankan berat badan pada satu tangan. 4) Duduk tegak sebentar. 5) Membebankan seluruh berat badan pada kaki. 6) Bila digendong dalam posisi berdiri, meloncat secara aktif.	1) Memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lain. 2) Mempunyai pendekatan <i>unidextrous</i> dan menggenggam. 3) Memegang kedua kotak lebih dari sebentar. 4) Membanting kotak kemeja. 5) Menggaruk pada objek kecil.
8 bulan	1) Mulai menunjukkan pola yang teratur dalam eliminasi kandung kemih dan defekasi. 2) Refleks parasut muncul.	1) Duduk dengan mantap tanpa sokongan. 2) Membebankan berat badan pada kaki dengan segera bila disokong, dapat berdiri berpegangan pada perabot. 3) Menyesuaikan postur untuk meraih objek.	1) Mulai menggenggam dengan menggunakan jari telunjuk, jari keempat, dan kelima terhadap bagian tungkai bawah. 2) Melepaskan objek sesuai keinginan. 3) Membunyikan bel dengan tujuan.

			<ul style="list-style-type: none"> 4) Memegang dua kotak dan menginginkan kotak ketiga. 5) Mengamankan objek dengan menarik. 6) Meraih secar mantap mainan yang berada diluar jangkuan.
9 bulan	<ul style="list-style-type: none"> 1) Pertumbuhan gigi incisor lateral atas mulai terjadi merangkak pada tangan dan lutut. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Creeps on hands and kness. 2) Duduk dengan mantap di lantai untuk waktu lama (10 menit). 3) Mengatasi keseimbangan bila bersandar kedepan tetapi tidak dapat melakukannya bila bersandar kesamping. 4) Menarik badan ke posisi berdiri dan berdiri berpegangan pada perabot. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Menggunakan ibu jari dan jari telunjuk dalam menggenggam kasar. 2) Menyukai menggunakan tangan yang dominan mulai terlihat. 3) Menggenggam kotak ketiga. 4) Membandingkan dua kotak membawanya.
10 bulan	<ul style="list-style-type: none"> 1) Refleks <i>labyrinth-righting</i> paling kuat-bila bayi pada posisi terlungkup atau terlentang, mampu mengangkat kepala. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Mengubah dari terlungkup menjadi duduk. 2) Berdiri sementara memegang perabot, duduk dengan menjatuhkan diri. 3) Melakukan keseimbangan dengan mudah pada saat duduk. 4) Saat berdiri mengangkat salah satu kaki utnuk melangkah. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Pelepasan sederhana terhadap suatu objek. 2) Menggenggam objek dengan tangan.
11 bulan	<ul style="list-style-type: none"> 1) Munculnya gigi incisor lateral bawah. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Bila duduk, berputar untuk meraih objek. 2) Meluncurkan atau berjalan memegang perabot atau dengan kedua tangan dipegang. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Menjelajahi objek lebih seksama (mis., didalam bel). 2) Memiliki genggamannya lebih erat. 3) Menjatuhkan objek dengan sengaja untuk mengambilnya. 4) Menempatkan suatu objek setelah objek lain didalam suatu wadah (permainan

			sekuensial). 5) Mampu memanipulasi objek untuk memindahkannya dari penjepitan paha yang erat.
12 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tiga kali berat badan lahir. 2) Panjang lahir meningkat 50%. 3) Lingkar kepala dan lingkar dada sama (lingkar kepala 46,5 cm). 4) Mempunyai total gigi enam sampai delapan. 5) Fontanel anterior hampir menutup. 6) Refleks Landau berkurang. 7) Refleks Babinski menghilang. 8) Kurva lumbar terbentuk, lordosis terlihat selama berjalan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berjalan dengan satu tangan dipegang. 2) Meluncur dengan baik. 3) Dapat berusaha untuk berdiri sejenak, dapat berusaha melangkah pertama sendiri. 4) Dapat duduk dari posisi berdiri tanpa bantuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melepaskan kotak kedalam cangkir. 2) Berusaha untuk membangun dua blok menara tetapi gagal. 3) Mencoba untuk memasukkan butir-butir ke dalam leher botol yang sempit tetapi gagal. 4) Dapat membalikan halaman buku, banyak dalam sekali waktu.
15 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pertumbuhan mantap pada tinggi dan berat badan. 2) Lingkar kepala 48 cm. 3) Berat badan 11 kg. 4) Tinggi badan 78,7 cm. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berjalan tanpa bantuan (biasanya sejak usia 13 bulan). 2) Memanjat tangga. 3) Berlutut tanpa sokongan. 4) Tidak dapat berjalan sekitar sudut atau berhenti tiba-tiba tanpa kehilangan keseimbangan. 5) Memilih posisi berdiri tanpa sokongan. 6) Tidak dapat melompat bola tanpa jatuh. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Secara konstan menjatuhkan objek ke lantai. 2) Membangun menara dari dua kotak. 3) Memegang dua kotak dalam satu tangan. 4) Melepaskan butir-butir kedalam leher botol sempit. 5) Mencoret-coret secara spontan. 6) Menggunakan cangkir dengan baik tetapi memutarakan sendok.
18 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Anoreksia fisiologis dari penurunan kebutuhan pertumbuhan. 2) Fontanel anterior tertutup. 3) Secara fisiologis 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berlari secara kikuk, sering jatuh. 2) Berjalan naik tangga dengan satu tangan berpegangan. 3) Menarik dan mendorong mainan. 4) Melompat ditempat dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membangun menara tiga sampai empat kotak. 2) Pelepasan, <i>prehension</i>, dan pencapaian

	mampu mengendalikan sfingter.	kedua kaki. 5) Duduk sendiri di kursi. 6) Melempar bola dari satu tangan ketangan lain tanpa jatuh.	perkembangan dengan baik. 3) Membalik halaman dalam buku, dua atau tiga lembar sekaligus. 4) Dalam menggambar, membuat tekanan sesuai tiruan. 5) Mengatur sendok tanpa memutar.
24 bulan	1) Lingkar kepala 49-50 cm. 2) Lingkar dada > lingkar kepala. 3) Diameter lateral dada > diameter anteroposterior. 4) Peningkatan BB 1,8-2,7 kg. 5) Peningkatan tinggi badan biasanya 10-12,5 cm. 6) Tinggi badan dewasa dua kali tinggi pada usia 2 tahun. 7) Mungkin telah siap untuk mulai kontrol usus dan kandung kemih siang hari. 8) Gigi geligi utama 16 gigi.	1) Naik dan turun tangga sendir dengan dua kaki pada setiap langkah. 2) Berlari dengan seimbang, dengan langkah lebar. 3) Menangkap objek tanpa jatuh. 4) Menendang bola tanpa gangguan keseimbangan.	1) Membangun menara dengan enam sampai tujuh kotak. 2) Menyusun dua atau lebih kotak menyerupai kereta. 3) Dalam menggambar, meniru tekanan vertikal dan melingkar. 4) Memencet bel pintu, membuka gerendel.
30 bulan	1) Empat kali lipat berat badan lahir. 2) Gigi geligi utama (20 gigi) lengkap. 3) Dapat mengontrol usus dan kandung kemih disiang hari.	1) Melompat dengan kedua kaki . 2) Melompat dari kursi atau langkah. 3) Berdiri sebentar pada satu kaki. 4) Mengambil dua langkah pada ujung ibu jari kaki.	1) Membangun menara delapan kotak. 2) Menambahkan lubang asap pada kereta dari kotak. 3) Koordinasi jari baik, memegang krayon dengan jari bukan menggenggamnya. 4) Menggerakkan jari secara mandiri. 5) Menggambar, meniru tekanan vertikal dan horizontal, membuat dua atau lebih tekanan untuk

			menyilang.
3 tahun	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penambahan berat badan umumnya 1,8-2,7 kg. 2) Rata-rata berat badan 14,6 kg. 3) Penambahan tinggi badan umumnya 7,5 cm. 4) Rata-rata tinggi badan 95 cm. 5) Telah mencapai kontrol malam hari terhadap usus dan kandung kemih. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengendarai sepeda roda tiga. 2) Melompat dari langkah dasar. 3) Berdiri pada satu kaki untuk beberapa detik. 4) Menaiki tangga dengan kaki bergantian, dapat tetap turun dengan menggunakan kedua kaki untuk melangkah. 5) Melompat panjang. 6) Mencoba berdansa, tetapi keseimbangan mungkin tidak adekuat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membangun menara dari 9 atau 10 kotak. 2) Membangun jembatan dengan tiga kotak. 3) Secara benar memasukkan biji-bijian dalam botol berleher sempit. 4) Dalam menggambar, meniru lingkaran, meniru silangan, menyebutkan apa yang telah digambarkan, tidak dapat menggambar tongkat tetapi dapat membuat lingkaran dengan gambaran wajah.
4 tahun	<ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nada dan pernapasan menurun sedikit demi sedikit. 2) Kecepatan pertumbuhan serupa dengan tahun sebelumnya. 3) Berat badan rata-rata 16,7 kg. 4) Tinggi badan rata-rata 103 cm. 5) Panjang saat lahir dua kali lipat. 6) Potensi maksimum untuk perkembangan ambliopia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melompat dan meloncat pada satu kaki. 2) Menangkap bola dengan tepat. 3) Melempar bola bergantian tangan. 4) Berjalan menuruni tangga dengan kaki bergantian. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menggunakan gunting dengan baik untuk memotong gambar mengikuti garis. 2) Dapat memasang sepatu tetapi tidak mampu mengikat talinya. 3) Dalam menggambar, menyalin bentuk kotak, menjoplak garis silang dan permata, menambahkan tiga bagian pada gambar jari.
5 tahun	<ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi dan pernafasan menurun sedikit demi sedikit. 2) Berat badan rata-rata 18,7 kg. 3) Tinggi badan rata-rata 110 cm. 4) Pemunculan gigi geligi permanen dapat terjadi. 5) Penggunaan tangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Meloncat dan melompat pada kaki bergantian. 2) Melempar dan menangkap bola dengan baik. 3) Meloncat keatas. 4) Bermain skate dengan keseimbangan yang baik. 5) Berjalan mundur dengan tumit dan jari kaki. 6) Melompat dari ketinggian 12 inci dan bertumpu pada ibu 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengikat tali sepatu. 2) Menggunakan gunting, alat sederhana, atau pensil dengan sangat baik. 3) Dalam menggambar meniru gambar permata dan

	primer terbentuk (kira-kira 90% adalah pengguna tangan kanan)	7) Keseimbangan pada kaki bergantian dengan mata tertutup.	segitiga, menambahkan tuju sampai sembilan bagian dari gambar garis, mencetak beberapa huruf, angka, atau kata seperti nama panggilan.
--	---	--	--

1) Perkembangan Psikoseksual (Sigmund Freud)

a. Tahap oral (lahir-1 tahun).

Selama masa bayi sumber utama mencari kesenangan berpusat pada aktivitas oral seperti mengisap, menggigit, mengunyah, dan berbicara. Anak boleh memilih salah satu dari yang disebutkan sedang mereka bentuk.

b. Tahap anal (1-3 tahun)

Ketertarikan selama tahun kedua kehidupan berpusat pada bagian anal saat otot-otot sfingter berkembang dan anak-anak mampu menahan atau mengeluarkan feses sesuai keinginan. Pada tahap ini suasana di sekitar *toilet training* dapat menimbulkan efek seumur hidup pada kepribadian anak.

c. Tahap falik (3-6 tahun)

Selama tahap falik, genital menjadi area tubuh yang menarik dan sensitif. Anak mengetahui perbedaan jenis kelamin dan menjadi ingin tahu tentang perbedaan tersebut. Pada periode ini terjadi

masalah yang kontroversial tentang Oedipus dan Electra kompleks, *penis envy*, dan ansietas terhadap kastrasi.

2) Perkembangan Psikososial (Erik Erikson)

1) Percaya vs tidak percaya (lahir-1 tahun)

Hal pertama dan yang paling penting bagi perkembangan kepribadian yang sehat adalah rasa percaya dasar. Oleh karena itu asuhan yang konsisten dan penuh kasih oleh orang yang berperan sebagai ibu merupakan hal yang sangat penting bagi perkembangan rasa percaya. Rasa tidak percaya terjadi jika pengalaman yang meningkatkan tidak terpenuhinya rasa percaya atau jika kebutuhan dasar tidak dipenuhi secara konsisten atau adekuat. Hasilnya adalah kepercayaan dan optimisme.

2) Autonomi vs rasa malu dan ragu-ragu (1-3 tahun)

Perkembangan autonomi selama periode toddler berpusat pada peningkatan kemampuan anak untuk mengendalikan tubuh mereka, diri mereka, dan lingkungan mereka. Perasaan negatif seperti ragu dan malu muncul ketika anak-anak diremehkan, ketika pilihan-pilihan mereka membahayakan, atau ketika mereka dipaksa untuk bergantung dalam beberapa hal

yang sebenarnya mereka mampu melakukannya. Hasil yang diharapkan adalah kontrol diri dan ketekunan.

3) Inisiatif vs rasa bersalah (3-6 tahun)

Anak-anak mengeksplorasi dunia fisik dengan semua indra dan kekuatan mereka. Mereka membentuk suara hati. Anak-anak terkadang memiliki tujuan atau melakukan aktivitas yang bertentangan dengan yang dimiliki orang tua atau orang lain, dan dibuat merasa aktivitas atau imajinasi mereka merupakan hal yang buruk sehingga menimbulkan rasa bersalah. Anak-anak harus belajar mempertahankan rasa inisiatif tanpa mengenai hak dan hak istimewa orang lain. Hasil akhirnya adalah arahan dan tujuan.

3) Perkembangan Kognitif (Jean Piaget)

1) Sensorimotor (lahir-2 tahun)

Anak-anak mengalami perkembangan aktivitas refleks dari perilaku berulang sederhana ke perilaku imitatif. Mereka menunjukkan rasa ingin tahu yang tinggi, eksperimentasi, dan menyukai hal-hal baru serta mulai membentuk rasa percaya diri karena mereka mampu membedakan diri mereka dari lingkungan. Di akhir periode sensorimotor anak-anak mulai

menggunakan bahasa dan cara berpikir representasional.

2) Praoperasional (2-7 tahun)

Ciri menonjol dalam perkembangan intelektual adalah *egosentrisme*, hal ini bukan berarti egois atau berpusat pada diri sendiri, tetapi ketidakmampuan untuk menempatkan diri di tempat orang lain. Anak-anak mengintreprestasikan objek dan peristiwa, tidak dari segi umum, melainkan dari segi hubungan mereka atau penggunaan mereka terhadap objek tersebut. Pada tahap akhir periode ini pemikiran mereka bersifat intuitif dan transduktif (dua kejadian terjadi bersamaan).

4) Perkembangan Moral (Lawrence Kohlberg)

a. Tingkat prakonvensional

Tingkat prakonvensional dalam perkembangan moral sejajar dengan tingkat praoperasional dalam perkembangan kognitif dan pemikiran intuitif. Awalnya, anak-anak menetapkan baik atau buruknya suatu tindakan dari konsekuensi tindakan tersebut. Mereka menghindari hukuman dan mematuhi tanpa mempertanyakan siapa yang berkuasa untuk menentukan dan memperkuat aturan dan label.

Anak-anak kemudian menentukan baha perilaku yang benar terdiri atas sesuatu yang memuaskan kebutuhan mereka sendiri .

b. Tingkat konvensional

Pada tahap ini anak-anak terfokus pada kepatuhan dan loyalitas. Mereka menghargai pemeliharaan harapan keluarga, kelompok, atau negara tanpa memedulikan konsekuensinya. Perilaku yang disetujui dan disukai atau membantu orang lain dianggap sebagai perilaku yang baik.

c. Tingkat pascakonvensional, autonomi, atau prinsip

Pada tahap ini individu telah mencapai tahap kognitif operasional formal. Perilaku yang tepat cenderung didefinisikan dari segi hak-hak dan standar umum individu yang telah diuji dan disetujui masyarakat.

c. Kebutuhan gizi untuk balita

Zat makanan yang disebut juga zat gizi atau *nutrient* adalah satuan yang menyusun bahan makanan tersebut. Zat makan yang kita kenal ialah karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Ada ahli kelompok gizi yang menambahkan air dan oksigen sebagai makanan pula, tetapi pendapat ini belum diterima oleh semua ahli. Alasannya

menambahkan kedua zat ini sebagai zat makanan, ialah karena pada proses metabolisme zat gizi, selalu diperlukan air dan oksigen atau zat asam merupakan bahan yang sangat penting pula didalam pengolahan zat makanan didalam tubuh. Sumber zat gizi menurut Sedioetama (2004) adalah sebagai berikut.

1) Energi

Energi dalam makanan berasal dari nutrisi karbohidrat, protein, dan lemak. Setiap gram protein menghasilkan 4 kalori, lemak 9 kalori dan karbohidrat 4 kalori. Distribusi kalori dalam makanan anak yang dalam keseimbangan diet (*balanced diet*) ialah 15% berasal dari protein, 35% dari lemak dan 50% dari karbohidrat. Kelebihan energi yang tetap setiap hari sebanyak 500 kalori, dapat menyebabkan kenaikan berat badan 500 gram dalam seminggu (Soedioetama, 2004).

Tabel 2.2. Angka Kecukupan Energi Anak Balita

Umur (Tahun)	Kecukupan Energi	Kal/kg BB/hari
1	990	110
1-3	1200	100
4-5	1620	90

2) Karbohidrat

Dianjurkan 60-70% energy total basal berasal dari karbohidrat. Pada air susu ibu (ASI) dan sebagian besar susu formula bayi, 40-50% kandungan kalori berasal dari karbohidrat terutama laktosa. Menurut Sedioetama (2004)

karbohidrat mempunyai dua fungsi utama, ialah sebagai simpanan energi dan sebagai penguat struktur tumbuhan tersebut. Karbohidrat yang tidak dapat dicerna, memberikan volume kepada isi usus, dan rangsangan mekanis yang terjadi, melancarkan gerak *peristaltic* yang melancarkan aliran bubur makanan (*chymus*) melalui saluran pencernaan serta memudahkan pembuangan tinja (*defekasi*). Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan karbohidrat ialah penyakit kurang kalori dan protein (KKP), penyakit kegemukan (obesitas) dan diabetes mellitus (DM).

3) Protein

Nilai gizi protein ditentukan oleh kadar asam amino esensial. Akan tetapi dalam praktek sehari-hari umumnya dapat ditentukan dari asalnya. Protein hewani biasanya mempunyai nilai yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan protein nabati. Protein telur dan protein susu biasanya dipakai sebagai standar untuk nilai gizi protein.

Nilai gizi protein nabati ditentukan oleh asam amino yang kurang (asam amino pembatas), misalnya protein kacang-kacangan. Nilai protein dalam makanan orang Indonesia sehari-hari umumnya diperkirakan 60% dari pada nilai gizi protein telur (Soediaoetama, 2004).

Tabel 2.3 Angka Kecukupan Protein Anak Balita

Umur (Tahun)	gram/hari
1	1,27
2	1,19
3	1,12
4	1,06
5	1,01

4) Lemak

Berasal dari minyak goreng, daging, margarine, dan sebagainya. Fungsi pokok lemak bagi tubuh ialah menghasilkan kalori terbesar dalam tubuh manusia (1 gr lemak menghasilkan sekitar 9,3 kalori), sebagai pelarut vitamin A,D, E, K dan sebagai pelindung bagi pada temperatur rendah.

Tabel 2.4 Angka Kecukupan Lemak Anak Balita

Umur	gram/hari
0-5 bulan	31
6-11 bulan	36
1-3 tahun	44
4-6 tahun	62

5) Vitamin dan mineral

Menurut Almatsier (2005), vitamin adalah zat-zat organik kompleks yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah sangat kecil. Vitamin dibagi menjadi 2 kelompok yaitu vitamin yang larut dalam air (vitamin B dan C) dan vitamin yang tidak larut dalam air (vitamin A, D, E dan K). Menurut Sediaoetama (2004), satuan untuk vitamin yang larut dalam lemak dikenal dengan Satuan Internasional (S.I) atau I.U (International Unit). Sedangkan yang larut dalam air maka

berbagai vitamin dapat diukur dengan satuan milligram atau mikrogram.

Mineral merupakan bagian dari tubuh dan memegang peranan penting dalam pemeliharaan fungsi tubuh, baik pada tingkat sel, jaringan, organ maupun fungsi tubuh secara keseluruhan, berperan dalam berbagai tahap metabolisme, terutama sebagai kofaktor dalam aktivitas enzim-enzim (Almatsier, 2005). Berfungsi sebagai bagian dari zat yang aktif dalam metabolisme atau sebagai bagian penting dari struktur sel dan jaringan. Bayi membutuhkan kurang lebih 150ml/ kg BB air maupun cairan lainnya hal ini untuk mencegah bayi yang mudah mengalami dehidrasi maupun diare.

Tabel 2.5 Angka Kecukupan Vitamin dan Mineral Anak Balita

Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Zat Besi (mg)	Vitamin A (RE)	Vitamin C (mg)
0-5 bulan	200	100	0,5	375	40
6-11 bulan	400	225	7	400	40
1-3 tahun	500	400	8	400	40
4-6 tahun	500	400	9	450	45

d. Makanan untuk balita

Pemberian makanan adalah cara pemberian makanan kepada balita, dimana pemberian makanan tersebut harus disesuaikan dengan usia balita dan dilakukan secara bertahap, karena kerja saluran cerna balita belum sempurna. Pengturan makanan dimulai dari pemberian ASI, makanan lumat/lunak,

makanan lembek, sampai akhirnya makanan padat, seperti yang terdapat dalam table berikut ini.

Tabel 2.6 Pemberian Makanan Pada Anak Balita

Umur Anak	Pemberian Makanan
0-6 bulan	ASI saja
6-9 bulan	Makanan Lunak
9-12 bulan	Makanan Lembek
1-5 tahun	Makanan Padat

Table 2.7 Pola makan balita

Jenis makanan		1-3 tahun	4-6 tahun
Berat badan (kg)		12,0	17,0
Tinggi badan (cm)		90	110
angka kecukupan gizi (kkal/energi)		1000	1550
Nasi	100 g ($\frac{3}{4}$ gelas)	2x	4x
Lauk hewani	50 g (1 potong) ikan/penggantinya	2x	2x
Lauk nabati	50 g (1 potong) tempe/penggantinya	1x	2x
Sayur	100 g (1 gelas)	1x	1x
Buah	100 g (1 potong) papaya/penggantinya	1x	2x
Susu	200 ml (1 gelas)	1x	2x

Tabel 2.8 Takaran Konsumsi Makanan Sehari

Kelompok Umur	Bentuk Makanan	Frekuensi Makan
1-3 tahun	Makanan keluarga 1-1 piring nasi atau pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati $\frac{1}{2}$ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1 gelas susu	3x sehari
4-6 tahun	1-3 piring nasi atau pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati 1-1 $\frac{1}{2}$ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1-2 gelas susu	3x sehari

2. Konsep Status Gizi

a. Definisi Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrire dalam bentuk variabel tertentu(Supariasa, dkk, 2007).

Status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilisasinya(Sediaoetama, 2010).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2005).

Jadi bisa disimpulkan, bahwa status gizi pada balita adalah suatu keadaan yang menentukan keseimbangan antara masukan dan kebutuhan zat-zat gizi didalam tubuh balita.

b. Klasifikasi Status Gizi Balita

Dalam menentukan status gizi balita harus ada ukuran baku yang sering disebut *reference*. Pengukuran baku antropometri yang sekarang digunakan di Indonesia adalah WHO-NCHS (2005). Klasifikasi status gizi dapat dibedakan menjadi empat yaitu:

1) Gizi lebih (*Over weight*)

Gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Almatsier, 2005). Kelebihan

berat badan pada balita terjadi karena ketidakmampuan antara energi yang masuk dengan keluar, terlalu banyak makan, terlalu sedikit olahraga atau keduanya. Kelebihan berat badan anak tidak boleh diturunkan, karena penyusutan berat akan sekaligus menghilangkan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan (Arisman, 2007).

2) Gizi baik (*well nourished*)

Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2005).

3) Gizi kurang (*under weight*)

Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau zat-zat esensial (Almatsier, 2005)

4) Gizi buruk (*severe PCM*)

Gizi buruk adalah suatu kondisi dimana seseorang dinyatakan kekurangan nutrisi, atau dengan ungkapan lain status nutrisinya berada di bawah standar rata-rata. Nutrisi yang dimaksud bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori. Di Indonesia, kasus KEP (Kurang Energi Protein) adalah salah satu masalah gizi utama yang banyak dijumpai pada

balita.

Menurut Rudolph (2006) malnutrisi protein energi adalah:

1) Kwashiorkor

Kwashiorkor disebabkan oleh insufisiensi asupan protein yang bernilai biologis adekuat, dan sering berkaitan dengan defisiensi asupan energi. Gambaran utama pada malnutrisi protein relatif adalah edema yang lunak, *pitting*, dan tidak nyeri, biasanya dikaki dan tungkai bawah tetapi juga dapat meluas kewajah dan ekstremitas atas pada kasus yang parah. Tekstur rambut menjadi kering, rapuh, lurus, dan warnanya berubah menjadi merah atau abu-abu kekuningan (*flag sign*).

2) Marasmus

Marasmus ditandai oleh penciutan atau pengurangan (*wasting*) otot generalisata dan tidak adanya lemak subkutis. Anak marasmus tampak kakektis dan sangat kurus. Penampakan klasik wajah cekung atau berkriput yang mirip orang tua, terjadi akibat hilangnya bantalan lemak temporal dan bukal.

3) Kwashiorkor-Marasmus

Bentuk kwashiorkor marasmus dari malnutrisi protein-energi ditandai dengan gambaran klinis kedua

jenis malnutrisi. Keadaan ini dapat terjadi pada malnutrisi kronik saat jaringan subkutis, masa otot, dan simpanan lemak menghilang. Gambaran utama adalah edema kwasiorkor, dengan atau tanpa lesi kulit, dan kakeksia marasmus.

c. Metode Penilaian Status Gizi

Secara umum penilaian status gizi dapat dilihat dengan metode langsung dan tidak langsung (Proverawati, 2010).

1) Secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu:

a) 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. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh.

b) 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 gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Metode ini umumnya digunakan untuk survei klinis secara tepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu, digunakan untuk mengetahui tingkat gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.

c) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen 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. Metode ini digunakan untuk suatu

peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

d) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (*epidemic of night blindness*). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap

2) Secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga (Proverawati, 2010) yaitu :

a) Survei konsumsi makanan

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

dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan gizi.

b) Statistik vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan, dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

c) Faktor ekologi

Malnutrisi juga merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dan lain-lain. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) kurva pertumbuhan pada KMS dapat mengikuti tiga arah sebagai berikut.

1) Pertumbuhan baik

Bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut berada pada jalur pertumbuhan normalnya yaitu: jika kurva pertumbuhan bergerak secara horizontal pada jalur pita hijau.

2) Pertumbuhan membaik

Bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut menunjukkan adanya pengejaran (*catch-up*) terdapat pada jalur pertumbuhan normal yaitu jika kurva pertumbuhan menunjuk ke arah jalur pertumbuhan normalnya atau bergerak ke arah pita hijau.

3) Pertumbuhan bayi memburuk

Bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut menunjukkan adanya penyimpangan dari jalur pertumbuhan normalnya yaitu : jika kurva pertumbuhan menunjuk keluar dari jalur pertumbuhan normalnya baik ke arah atas (gizi lebih) atau ke arah bawah (BGM)

d. Pengukuran Status Gizi

Penilaian antropometri merupakan metode penilaian status nutrisi melalui ukuran tubuh tertentu. Penggunaan dan interpretasi pengukuran pertumbuhan kemungkinan sangat berbeda menurut tujuan klinis (individual) atau tujuan

kesehatan masyarakat (populasi secara keseluruhan). Pemilihan indeks antropometri ditentukan oleh tujuan kegiatan penilaian status gizi, sifat-sifat dan gambaran status gizi yang ditunjukkan berbagai indeks, serta kemungkinan memperoleh data antropometri mengingat kesediaan alat ukur (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI, 2011).

Penilaian status gizi anak secara antropometri dapat dilakukan (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI, 2011) sebagai berikut.

1) Indeks BB/U

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang membergambarkan tentang massa tubuh, yaitu otot dan lemak (Riyadi, 2005). Menurut Gibson (2007) berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air dan mineral tulang didalam tubuh, tetapi tidak dapat menggambarkan perubahan yang terjadi pada keempat komponen tersebut. Indeks ini dapat digunakan untuk mengetahui terjadinya malnutrisi akut dan digunakan secara luas untuk menilai Kekurangan Energi Protein (KEP) dan gizi lebih. Indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi pada masa kini. Pengukuran berat badan menurut umur pada umumnya untuk anak merupakan cara standar yang digunakan untuk pertumbuhan. Indeks ini

biasanya digunakan untuk pemantauan status gizi anak jangka waktu singkat atau individual. Indeks berat badan menurut umur ini memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan indeks BB/U ini sebagai berikut.

- a) Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti
- b) Sensitive untuk melihat perubahan status gizi jangka pendek
- c) Dapat mendeteksi kelebihan berat badan
- d) Pengukuran lebih objektif
- e) Peralatan mudah dibawa dan relatif murah
- f) Pengukuran mudah dilaksanakan dan teliti
- g) Tidak banyak memakan waktu

Kekurangan indeks BB/U ini sebagai berikut.

- a) Dapat mengakibatkan interpretasi status gizi bila terjadi oedema
- b) Memerlukan data umur yang akurat, terutama untuk kelompok umur dibawah lima tahun
- c) Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran

2) Indeks BB/TB

Indeks tunggal BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menyatakan status gizi masa kini dan biasanya digunakan bila data umur yang akurat sulit diperoleh. Karena indeks ini dapat menggambarkan proporsi BB

relatif terhadap TB, maka indeks ini merupakan indikator kekurusan atau yang lebih dikenal dengan *wasting*. Indeks ini digunakan untuk mengevaluasi dampak gizi dan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek. Kelebihan indeks ini sebagai berikut.

- a) Bebas terhadap pengaruh umur dan ras
- b) Dapat membedakan keadaan anak dalam penilaian berat badan relatif terhadap tinggi badan.

Kekurangan indeks ini sebagai berikut.

- a) Tidak dapat menggambarkan apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi atau kelebihan tinggi badan karena faktor umur sering tidak diperhatikan.
- b) Sering terjadi kesalahan membaca angka hasil pengukuran, terutama bila pembacaan dilakukan oleh tenaga yang kurang profesional.
- c) Kesulitan dalam mengukur panjang badan anak balita atau tinggi badan balita.

3) Indeks PB/U

Indeks PB/U lebih menggambarkan status gizi masa lalu. Indeks ini erat kaitannya dengan masalah sosial ekonomi, oleh karena itu indeks ini dapat digunakan sebagai indikator perkembangan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Indeks ini juga digunakan dalam pemantauan

status gizi jangka panjang, karena indeks ini lebih stabil dan tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Kelebihan yang dimiliki indeks PB/U sebagai berikut.

- a) Indikator yang baik untuk mengetahui kurang gizi pada masa lampau
- b) Peralatan mudah dipindahkan dan dapat dibuat secara lokal
- c) Pengukuran lebih objektif
- d) Jarang orang tua yang keberatan anaknya diukur

Kekurangan indeks ini sebagai berikut.

- a) Diperlukan indeks lain dalam menilai intervensi karena perubahan TB tidak banyak terjadi dalam waktu yang singkat
- b) Membutuhkan beberapa teknik pengukuran seperti: alat ukur panjang badan untuk anak umur kurang dari 2 tahun, dan alat ukur tinggi badan untuk anak lebih dari 2 tahun
- c) Memerlukan tenaga terlatih untuk melakukan pengukuran
- d) Memerlukan 2 orang untuk mengukur panjang badan anak
- e) Umur yang kadang-kadang sulit diperoleh

4) Ambang Batas (*Cut of Points*)

Dalam antropometri gizi, median = persentil 50 dan nilai median ini dinyatakan = 100% (untuk standar). Setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas (Proverawati, 2010).

Tabel 2.9 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
BB/U	Gizi buruk Gizi kurang Gizi baik Gizi lebih	< -3 SD -3 SD sampai < -2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD
PB/U atau TB/U	Sangat pendek Pendek Normal Tinggi	< -3 SD -3 SD sampai < -2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD
BB/PB atau BB/TB	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	< -3 SD -3 SD sampai < -2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD
IMT/U	Sangat kurus Kurus Normal Gemuk	< -3 SD -3 SD sampai < -2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD

Sumber :SK Menkes 1995/Menkes/SK/XII/2010.

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

a) Tingkat pendidikan ibu

Salah satu faktor penting dalam proses tumbuh kembang anak yaitu pendidikan orang tua. Tingkat pendidikan yang ditempuh ibu balita akan mempengaruhi penerimaan pesan dan informasi gizi serta kesehatan anak. Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima pesan mengenai gizi dan kesehatan anak

(Rahmawati, 2006). Tingkat pendidikan terdiri dari SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi.

b) Pekerjaan ibu

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Isnansyah (2006) melalui uji korelasi, menunjukkan adanya hubungan yang positif dan signifikan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita. Ibu yang tidak bekerja secara otomatis tidak akan mendapatkan penghasilan sehingga ada kemungkinan kurang mencukupi kebutuhan gizi balita sehari-hari. Hasil penelitian Devi (2010) dengan menggunakan uji regresi logistik menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan status gizi adalah jenis pekerjaan ayah dan jenis pekerjaan ibu.

c) Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga adalah penghasilan orang tua baik bapak maupun ibu dalam setiap bulan. Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang disajikan. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Proverawati, 2010).

d) Pengetahuan ibu

Pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni : Indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoadmojo, 2007). Rahmawati (2006), pengetahuan ibu tentang gizi secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi anak sehingga gizinya dapat terjamin. Dengan pengetahuan yang dimiliki tersebut, maka ibu dapat mengasuh dan memenuhi zat gizi balitanya.

e) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang buruk dapat mempermudah terkena penyakit infeksi, sehingga penyakit infeksi dengan keadaan gizi merupakan suatu hubungan timbal balik. Penyakit infeksi dapat disebabkan oleh faktor *agent* (penyebab infeksi), *host* (induk semang), dan *route of transmission* (jalannya penularan). Faktor agen penyebab penyakit infeksi antara lain virus, bakteri, jamur, riketsia, dan protozoa. Berbagai agen infeksi tersebut akan menyebabkan seseorang mengalami penyakit-penyakit infeksi seperti influenza, cacar, typhus, disentri, malaria,

dan penyakit kulit seperti panu. Suatu penyakit infeksi juga dapat disebabkan oleh faktor-faktor yang ada pada induk semang itu sendiri, tergantung dari kekebalan atau resistensi orang yang bersangkutan. Penyakit infeksi ini merupakan penyakit yang menular dan penularan dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2007).

f) Asupan nutrisi

Salah satu penyebab langsung yang mempengaruhi status gizi yaitu asupan nutrisi yang kurang. Makanan yang dikonsumsi tidak dapat memenuhi kebutuhan zat-zat gizi dalam tubuh seperti energi dan protein. Energi dapat diperoleh dari kandungan bahan makanan seperti karbohidrat, lemak, dan protein. Energi tersebut dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi basal, menunjang proses pertumbuhan serta untuk menunjang aktivitas sehari-hari. Kekurangan protein dalam tubuh juga dapat menyebabkan status gizi menurun sampai pada gizi buruk apabila terjadi dalam jangka lama. Hal ini dikarenakan fungsi protein itu sendiri sebagai pembangun, pertumbuhan, pemeliharaan jaringan, mekanisme pertahanan tubuh, dan mengatur metabolisme tubuh (Faradevi, 2011).

3. Konsep Penghasilan Orang Tua

a. Pengertian Penghasilan

Dalam Kamus Ekonomi, pendapatan (*income*) adalah uang yang diterima seseorang dalam perusahaan dalam bentuk gaji, upah, sewa, bunga, laba dan lain sebagainya, bersama dengan tunjangan pengangguran, uang pensiun dan lain sebagainya.

Pendapatan atau *income* adalah uang yang diterima oleh seseorang dan perusahaan dalam bentuk gaji, upah, sewa bunga, dan laba termasuk juga beragam tunjangan, seperti kesehatan dan pensiun (Reksoprayitno, 2009)

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa penghasilan orang tua adalah seluruh penghasilan orang tua yang diterima sebagai balas jasa dari pekerjaan yang berupa gaji, upah, sewa, bunga, laba dan sebagainya dalam waktu satu bulan.

Faktor yang berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang adalah tingkat sosial ekonomi, dalam hal ini adalah daya beli keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama

untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya (Fikawati & Shafiq, 2012).

Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas hidangan. Semakin banyak mempunyai uang berarti semakin baik makanan yang diperoleh. Dengan kata lain semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula persentase dari penghasilan tersebut untuk membeli daging, buah, sayuran dan beberapa jenis bahan makanan lainnya (Fikawati & Shafiq, 2012)

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi umum di masyarakat. Masalah utama penduduk miskin pada umumnya sangat tergantung pada pendapatan perhari yang pada umumnya tidak mencukupi kebutuhan dasar secara normal. Penduduk miskin cenderung tidak mempunyai cadangan pangan karena daya belinya rendah. Pada tahun 1998, ada 51,0% rumah tangga di daerah perkotaan dan 47,5% rumah tangga di daerah pedesaan mengalami masalah kekurangan konsumsi pangan (Ernawati, 2006)

Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang disajikan. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang

disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Proverawati & Asfuah, 2009)

b. Tingkat Penghasilan Orang Tua

- 1) Rendah jika $<$ Rp. 2.156.889,00 (Dua Juta Seratus Lima Puluh Enam Ribu Delapan Puluh Sembilan Rupiah) per bulan.
- 2) Tinggi jika \geq Rp. 2.156.889,00 (Dua Juta Seratus Lima Puluh Enam Ribu Delapan Puluh Sembilan Rupiah) per bulan. (Upah Minimum Kota Samarinda Tahun 2015)

c. Kategori Penghasilan

Ada 3 kategori pendapatan yaitu :

- 1) Pendapatan berupa uang yaitu segala penghasilan berupa uang yang sifatnya regular dan yang diterima biasanya sebagai balas jasa atau kontra prestasi.
- 2) Pendapatan berupa barang adalah segala pendapatan yang sifatnya regular dan biasa, akan tetapi selalu berbentuk balas jasa dan diterima dalam bentuk barang dan jasa.
- 3) Pendapatan yang bukan merupakan pendapatan adalah segala penerimaan yang bersifat transfer redistributive dan biasanya membuat perubahan dalam keuangan rumah tangga (Sunuharjo, 2009).

4. Konsep Kunjungan ke Posyandu

a. Definisi posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Depkes RI, 2006). Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita (Adisasmito, 2007).

Menurut Briawan (2012), sasaran posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya yaitu: bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui serta Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan posyandu pada hari buka dilaksanakan dengan menggunakan 5 (lima) tahapan layanan yang biasa disebut sistem 5 (lima) meja. Kelompok sasaran yang selama ini dilayani dalam kegiatan yang ada di posyandu, yaitu 3 (tiga) kelompok rawan yaitu di bawah dua tahun (baduta), di bawah lima tahun (balita), ibu hamil dan ibu menyusui, dengan mempertimbangkan terhadap urgensi adanya gangguan gizi yang cukup bermakna yang umumnya terjadi pada anak balita

yang bila tidak diatasi dapat menimbulkan gangguan yang tetap, maka diberikan perhatian yang khusus bagi anak baduta agar dapat tercakup dalam pemantauan pertumbuhan di posyandu (Hartono, 2008).

b. Tujuan Posyandu

Menurut Adisasmito (2007) yang dikutip dalam bukunya “Sistem Kesehatan”, bahwa Posyandu memiliki beberapa tujuan pokok, tujuan pokok dari Posyandu adalah untuk:

- 1) Mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan *Index Mortality Rate (IMR)*
- 3) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat
- 4) Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi
- 5) Meningkatkan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk swakelola usaha-usaha kesehatan masyarakat.

c. Sasaran Posyandu

Sasaran Posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya:

- 1) Bayi
- 2) Anak balita
- 3) Ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas dan ibu menyusui
- 4) Pasangan usia subur (Depkes RI, 2006).

d. Sistem lima meja Posyandu

Menurut Briawan (2012), pelaksanaan posyandu dikenal dengan sistem 5 (lima) meja yang terdiri dari:

1) Meja pertama

Kader mendaftarkan balita dan menulis nama balita pada satu lembar kertas kecil dan diselipkan pada KMS. Peserta yang baru pertama kali datang ke posyandu, maka dituliskan namanya, kemudian diselipkan satu lembar kertas kecil yang bertuliskan nama bayi atau balita pada KMS. Kader juga mendaftarkan ibu hamil dengan menulis nama ibu hamil pada formulir atau register ibu hamil. Ibu hamil yang datang ke posyandu, langsung menuju meja 4 sedangkan ibu hamil baru atau belum mempunyai buku KIA, maka diberikan buku KIA.

2) Meja kedua

Kader melakukan penimbangan balita dengan menggunakan timbangan dacin, dan selanjutnya menuju

meja 3.

3) Meja ketiga

Kader mencatat hasil timbangan yang ada pada satu lembar kertas kecil dipindahkan ke dalam buku KIA atau KMS. Cara pengisian buku KIA atau KMS yaitu sesuai petunjuk petugas kesehatan.

4) Meja keempat

Menjelaskan data KMS (keadaan anak) yang digambarkan dalam grafik, memberikan penyuluhan, pelayanan gizi dan kesehatan dasar. Meja 4 dilakukan rujukan ke puskesmas pada kondisi tertentu, yaitu:

- a. Balita dengan berat badan di bawah garis merah
- b. Berat badan balita 2 bulan berturut-turut tidak naik
- c. Sakit (diare, busung lapar, lesu, badan panas tinggi batuk 100 hari dan sebagainya)
- d. Ibu hamil (pucat, nafsu makan berkurang, gondok, bengkak di kaki, pusing terus menerus, pendarahan, sesak nafas, muntah terus menerus dan sebagainya).

5) Meja kelima

Khusus di meja 5, yang memberi pelayanan adalah petugas kesehatan atau bidan. Pelayanan yang diberikan yaitu: imunisasi, keluarga berencana, pemeriksaan ibu hamil, dan pemberian tablet tambah darah, kapsul yodium

dan lain-lain.

e. Kunjungan ke Posyandu

Kunjungan adalah hal atau perbuatan berkunjung kesuatu tempat. Kunjungan balita ke Posyandu adalah datangnya balita ke Posyandu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan misalnya penimbangan, imunisasi, penyuluhan gizi, dan lain sebagainya. Kunjungan balita ke Posyandu yang paling baik adalah teratur setiap bulan atau 12 kali pertahun. Untuk ini kunjungan balita diberi batasan 8 kali pertahun (Maulana A, 2013)

Tingkat kehadiran ibu dikategorikan baik apabila garis grafik berat badan pada KMS tidak pernah putus (hadir dan ditimbang setiap bulan di posyandu), sedang apabila garis grafik tersambung dua bulan berturut-turut, dan kurang apabila garis grafik pada KMS tidak terbentuk atau tidak hadir dan tidak ditimbang setiap bulan di posyandu (Madanijah & Triana, 2007).

Setiap anak umur 12-59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 kali dalam setahun yang tercatat di kohort anak balita dan prasekolah, buku KIA atau KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya. Ibu dikatakan aktif ke posyandu jika ibu hadir dalam mengunjungi posyandu sebanyak ≥ 8 kali dalam 1 tahun,

sedangkan ibu dikatakan tidak aktif ke posyandu jika ibu hadir dalam mengunjungi posyandu < 8 kali dalam 1 tahun (Departemen Kesehatan RI, 2008).

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi keaktifan ibu ke Posyandu

Faktor-faktor yang mempengaruhi keaktifan kunjungan ibu untuk membawa balitanya ke posyandu yaitu:

1) Umur Ibu

Usia dari orang tua terutama ibu yang relatif muda, maka cenderung untuk lebih mendahulukan kepentingan sendiri daripada anak dan keluarganya. Sebagian besar ibu yang masih berusia muda memiliki sedikit sekali pengetahuan tentang gizi yang akan diberikan pada anaknya dan pengalaman dalam mengasuh anak . Istilah usia diartikan dengan lama waktu hidup terhitung sejak dilahirkan (Hoetomo, 2005). Umur akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang seiring dengan perkembangan fisik dan mental orang tersebut sehingga perilakunya akan semakin matang dengan bertambahnya umur yang didukung dengan bertambahnya pengalaman (Kurnia, 2011). Berdasarkan hasil kesimpulan Kartini dan Asdhany (2012), mengemukakan bahwa sebanyak 66,7% ibu balita berusia 15-31 tahun berpartisipasi aktif dalam kegiatan posyandu.

2) Pendidikan

Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan. Pemberian informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut (Notoatmodjo, 2010). Notoatmojo (2010) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang untuk menerima informasi sehingga pengetahuannya semakin baik. Kurnia (2011) menyatakan bahwa orang tua yang berpendidikan rendah akan sulit beradaptasi dengan situasi dan kondisi dari kegiatan yang dilaksanakan sehingga dapat mempengaruhi dalam kegiatan pelaksanaan Posyandu.

3) Pengetahuan

Seseorang yang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), maka ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Indikator-indikator yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan yaitu pengetahuan tentang sakit dan penyakit,

pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, pengetahuan tentang kesehatan lingkungan (Fitriani, 2011). Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2006). Pengetahuan dapat mengubah perilaku ke arah yang diinginkan. Perilaku yang diharapkan dari pengetahuan ini dalam hubungannya dengan partisipasi ibu dalam berkunjung ke posyandu (Notoatmojo, 2007).

4) Pekerjaan

Data Indonesia menunjukkan bahwa terdapat hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Semakin kecil pendapatan penduduk, semakin tinggi prosentase anak yang kekurangan gizi dan sebaliknya, semakin tinggi pendapatan, semakin kecil prosentase gizi buruk. Kurang gizi berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya pendidikan dan produktivitas (Adisasmito,

2007).

5) Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Terdapat kategori pelayanan kesehatan yaitu kategori yang berorientasi publik (masyarakat) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (individu). Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada arah individu-individu yang khusus. Pelayanan kesehatan perorangan akan langsung diarahkan ke individu itu sendiri (Notoatmodjo, 2007). Seseorang dalam berpartisipasi harus didukung dalam partisipasinya, seperti adanya sarana transportasi. Kemudahan untuk mengakses lokasi atau tempat kegiatan, dan waktu pelaksanaan kegiatan dapat menjadi faktor pendukung partisipasi yang dilakukan oleh seseorang (Ife & Tesoriero, 2008). Semakin dekat jarak tempuh rumah dengan tempat penyelenggaraan posyandu, maka akan lebih banyak masyarakat memanfaatkan posyandu (Kartini & Asdhany, 2012).

6) Dukungan keluarga

Kedudukan seorang istri dalam keluarga bergantung pada suami, sedangkan kedudukan seorang anak perempuan bergantung pada ayah. Keikutsertaan perempuan dalam suatu kegiatan biasanya

harus mendapatkan izin terlebih dahulu dari keluarga ataupun suaminya, sehingga keluarga ataupun suami tersebut dapat menjadi faktor yang mempengaruhi keikutsertaan perempuan dalam suatu program (Muniarti, 2004).

7) Dukungan kader Posyandu

Kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu secara sukarela (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Kader diharapkan mampu membawa nilai baru yang sesuai dengan nilai yang ada di daerahnya, dengan menggali segi-segi positifnya. Kader yang dipercaya oleh masyarakat, maka dapat berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2006).

8) Dukungan tokoh masyarakat

Tokoh masyarakat adalah orang-orang terkemuka karena mempunyai kelebihan-kelebihan tertentu. Kelebihan dalam memberikan bimbingan, maka menjadikan sikap dan perbuatannya diterima dan dipatuhi serta ditakuti. Mereka tempat bertanya dan anggota masyarakat sering meminta pendapat mengenai urusan-urusan tertentu (Notoatmodjo, 2007). Proses

partisipasi suatu program di dalam masyarakat dapat dilihat dari struktur masyarakat yang tidak mengucilkan setiap orang yang turut berpartisipasi. Lingkungan masyarakat yang baik harus mendukung kelemahan yang ada di dalam diri setiap warganya dalam keikutsertaan sebuah program yang dilakukan di masyarakat, seperti ketidakpercayaan diri, lemah dalam berpikir ataupun berkata-kata (Ife & Tesoriero, 2008).

B. Penelitian Terkait

Beberapa Penelitian yang terkait dengan penelitian ini yaitu:

1. Penelitian Siti Nur Aisyah (2013) dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Dengan Status Gizi Balita Di RT 23 Kelurahan Air Hitam Kecamatan Samarinda Ulu Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan balita dengan status gizi kurang sebanyak 6 orang balita (33,3%), Ibu dengan pengetahuan tinggi memiliki balita dengan status gizi baik sebanyak 11 orang (61,1%) dan ibu dengan pengetahuan tinggi memiliki balita dengan status gizi lebih sebanyak 1 orang balita (5,6%), sedangkan Ibu dengan pengetahuan rendah memiliki balita dengan status gizi kurang sebanyak 2 orang balita (10,5%), Ibu dengan pengetahuan rendah memiliki balita dengan gizi baik

sebanyak 16 orang balita (89,5%) dan Ibu dengan pengetahuan rendah memiliki balita dengan gizi lebih tidak ada (0%).

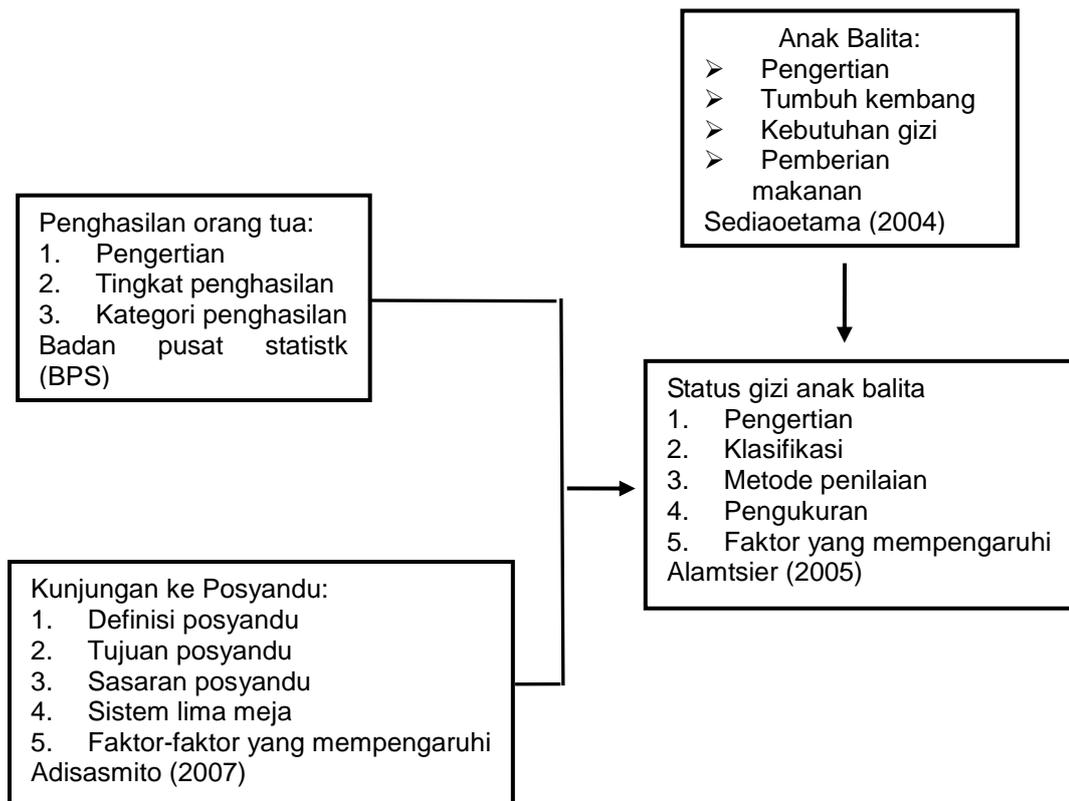
2. Penelitian Mazarina Devi (2010) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita Di Pedesaan”. Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di 7 provinsi di Indonesia, dimana jumlah penduduk di provinsi-provinsi tersebut mencakup 70% dari total penduduk Indonesia, yaitu provinsi Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat (Lombok) dan Sulawesi Selatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di desa terdiri dari jenis kelamin hasil Tabulasi silang diperoleh bahwa 51,7% balita laki laki berstatus gizi baik dan 51,3% berstatus gizi buruk, sedangkan untuk jenis kelamin perempuan, sebanyak 48,3% balita berstatus gizi baik dan 49,3% berstatus gizi buruk, kelompok umur Pada kelompok balita berusia 25-36 bulan, yang berstatus gizi baik 21,4% sedangkan yang berstatus gizi kurang 27,0%. Untuk kelompok umur berusia 37-59 bulan, yang berstatus gizi baik 33,0% sedangkan yang berstatus gizi kurang 34,5%. Usia 7–24 bulan anak masih mendapatkan, jumlah anggota keluarga, pendidikan ayah dan ibu Tingkat pendidikan ayah dan ibu pada umumnya sampai SD, dimana ayah sebesar 45,5% dan ibu sebesar 53,6%., jenis pekerjaan ayah dan

ibu, usia ibu dan status menyusui ibu 98,7% ibu tidak lagi menyusui balita.

3. Penelitian Agung Maulana (2013) dengan judul “Hubungan Keaktifan Ibu Dalam Posyandu Dengan Penurunan Jumlah Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Desa Suko Jember Kecamatan Jeluk Kabupaten Jember”. Desain yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang aktif ke posyandu dengan status gizi balitanya tidak BGM sebesar 90,16% (110 responden), dan ibu yang aktif ke posyandu dengan status gizi balita BGM sebesar 9,84% (12 responden), sedangkan pada ibu yang tidak aktif ke posyandu dengan status gizi balita tidak BGM sebesar 77,08% (74 responden), dan ibu yang tidak aktif ke posyandu dengan status gizi balita BGM sebesar 22,92% (22 responden).

C. Kerangka Teori Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010) kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor yang penting diketahui dalam suatu penelitian. Kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Sediaoetama (2004), Alamtsier (2005), Adisasmito (2007), BPS, Adisasmito (2007) dan Modifikasi

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012). Adapun beberapa variabel yang terdapat pada penelitian ini sebagai berikut.

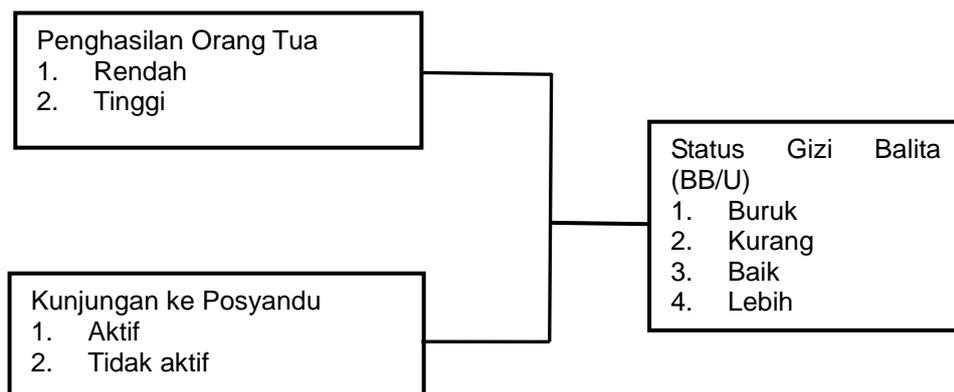
1. Variabel independen (bebas)

Variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel

lain (Nursalam, 2013). Variabel independen dalam penelitian ini adalah penghasilan orang tua dan kunjungan ke posyandu.

2. Variabel dependen (terikat)

Variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas(Nursalam, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status gizi anak balita usia (1-5 tahun) di wilayah Kelurahan Loa Buah.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis/Pernyataan

Menurut Notoatmodjo (2012) hipotesis didalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Berdasarkan bentuk rumusannya, hipotesis digolongkan menjadi tiga yaitu, hipotesis kerja (hipotesa alternatif) adalah suatu rumusan hipotesis dengan tujuan untuk membuat ramalan tentang

peristiwa yang terjadi apabila suatu gejala muncul, hipotesis nol (hipotesis statistik) dibuat untuk menyatakan sesuatu kesamaan atau tidak adanya suatu perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok atau lebih mengenai suatu hal yang dipermasalahkan, dan hipotesis hubungan (hipotesis perbedaan) menyatakan tentang dugaan atau ketidaksamaan atau adanya hubungan antara dua variabel. Berdasarkan kerangka konsep di atas maka hipotesis/ Pernyataan penelitian sebagai berikut:

1. H_{a1} : Ada hubungan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita
2. H_{a2} : Ada hubungan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita
3. H_{01} : Tidak ada hubungan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita
4. H_{02} : Tidak ada hubungan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional bertujuan untuk mengetahui sejauh mana hubungan antara variabel yang diteliti yaitu hubungan antara penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita. Dengan pendekatan *cross sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini menggambarkan tentang variabel yang diteliti yaitu variabel independen adalah penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan variabel dependen adalah status gizi anak balita.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Notoatmodjo (2012), populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh orang tua yang memiliki balita di RT 11-14 Kelurahan Loa Buah Samarinda dengan jumlah populasi sebanyak 146 balita.

2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *non-probability sampling* dengan teknik *sampling* digunakan *purposive sampling* yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2013). Besarnya sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besaran sampel menurut Nursalam (2013) :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n= Jumlah sampel

N= Jumlah popuasi

d^2 = Presisi yang ditetapkan

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)} = \frac{146}{1 + 146(0,1^2)} = \frac{146}{2,46} = 59,3$$

= 59 responden (dibulatkan)

Peneliti juga menentukan kriteria sampel untuk membantu mengurangi terjadinya bias pada hasil penelitian. Adapun kriteria sampel penelitian ini adalah sebagai berikut.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti antara lain:

- 1) Orang tua yang memiliki balita usia 1-5 tahun yang terdaftar di Posyandu Buah hati Loa Buah
- 2) Orang tua dan anak balita yang tinggal di Kelurahan Loa Buah.
- 3) Orang tua yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi yang ditetapkan penelitian antara lain:

- 1) Orang tua yang memiliki balita dengan penyakit kronis
- 2) Orang tua yang berada di luar wilayah Loa Buah
- 3) Orang tua yang menolak menjadi responden

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu pelaksanaan penelitian ini adalah pada tanggal 05 Mei 2015 di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mengidentifikasi variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2009).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen: Penghasilan orang tua	Uang yang diterima seseorang dalam perusahaan dalam bentuk gaji, upah, sewa, bunga, laba dan lainnya, beserta dengan tunjangan pengangguran, uang pensiun dan lain sebagainya yang diterima orang tua sebagai penghasilan sebulan	Kuesioner	1. Tinggi jika > Rp. 2.156.809,00 2. Rendah jika < Rp. 2.156.809,00	Ordinal
2	Independen: Kunjungan ke Posyandu	Datangnya balita ke Posyandu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan misalnya penimbangan, munisasi, penyuluhan gizi, dan lain sebagainya. Kunjungan balita ke Posyandu yang paling baik adalah teratur setiap bulan atau 12 kali pertahun.	KMS	1. Aktif jika > 8 x/tahun 2. Tidak Aktif jika < 8x/tahun	Ordinal
3	Dependen: Status Gizi Anak Balita	Keadaa tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi pada anak balita usia 1-5 tahun.	Timbangan	1. Gizi buruk jika < -3 SD 2. Gizi kurang jika -3 SD - < -2 SD 3. Gizi baik jika -2 SD sampai 2 SD 4. Gizi lebih > 2 SD	Ordinal

E. Instrumen Penelitian

Pada penyusunan instrumen penelitian tahap awal perlu dituliskan data-data tentang karakteristik responden seperti umur, pekerjaan, jenis kelamin dan data demografi lainnya. Data tersebut akan sangat membantu peneliti dalam pembahasan jika sewaktu-waktu dibutuhkan dan tidak kembali mencari responden lain. Instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah kuesioner, KMS dan timbangan.. Kuesioner adalah pertanyaan yang diajukan kepada responden berbentuk tulisan, pada jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2011).

Bagian A merupakan data demografi yang terdiri dari data demografi balita, Ayah dan Ibu yang berisi kode responden, nama, jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan BB balita.

Bagian B merupakan data penghasilan orang tua yang terdiri dari pekerjaan ayah dan ibu, jenis pekerjaan ayah dan ibu, gaji perbulan ayah dan ibu, dan total pendapatan keluarga.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian untuk status gizi balita adalah timbangan dan kunjungan balita menggunakan KMS yang sudah baku.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012).

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini uji validitas dan reliabilitas penghasilan orang tua menggunakan keputusan gubernur Kalimantan Timur nomor 561/K.760/2014 tentang penetapan upah minimum Kota Samarinda tahun 2015 sebesar Rp. 2.156.809,00 (Dua Juta Seratus Lima Puluh Enam Ribu Delapan Puluh Sembilan Rupiah) per bulan.

Pada status gizi balita dalam penelitian ini digunakan timbangan berat badan yang sudah ditera atau dikalibrasi terlebih dahulu sebelum digunakan dan untuk kunjungan ke Posyandu peneliti menggunakan KMS (kartu menuju sehat) dan catatan kader yang tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya karena sudah baku.

G. Teknik Pengumpulan Data

Menurut sumbernya data penelitian digolongkan sebagai data primer dan data sekunder:

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari (Azwar, 2009). Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Data primer ini adalah lembar jawaban responden atau kuesioner yang diberikan saat penelitian yaitu kuesioner penghasilan orang tua dan KMS digunakan untuk

melihat kunjungan ke Posyandu dan hasil penimbangan balita yang dilakukan peneliti.

2. Data Sekunder

Data sekunder data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subjek penelitiannya. Data sekunder biasanya berwujud data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia (Azwar, 2009). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari data Posyandu Buah Hati mengenai jumlah balita dan jumlah kunjungan balita setiap bulan yang ada di Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang samarinda.

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengumpulkan data berupa angket. Angket adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (banyak orang). Angket selalu berbentuk formulir yang berisi pertanyaan. Maka angket sering disebut *Questionnaire* (Notoatmodjo, 2010).

Data dikumpulkan dari responden dengan menggunakan kuesioner yang disesuaikan dengan karakteristik subyek penelitian dan variabel. Prosedur pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada subyek (orang tua) yang membawa balitanya untuk ditimbang di Posyandu Buah hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan

Sungai Kunjang Samarinda pada Bulan Mei 2015.

Pertama yang dilakukan peneliti ialah mengidentifikasi tempat penelitian dan populasi target. Kemudian peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada perawat dan pimpinan Posyandu Buah Hati untuk mengadakan penelitian. Setelah memperoleh izin dari kader Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda, peneliti mengadakan pendekatan kepada calon responden dengan menjelaskan tujuan dan latar belakang penelitian.

Setelah itu peneliti memberikan lembar persetujuan responden dan menjelaskan bahwa persetujuan tersebut menjamin hak-hak dan kerahasiaan responden. Kemudian peneliti membagikan lembar kuesioner kepada orang tua balita dan memberikan penjelasan untuk mengisi kuesioner. Setelah kuesioner terbagi peneliti memberikan waktu 30 menit untuk mengisi kuesioner. Setelah waktu selesai peneliti mengumpulkan kuesioner yang telah diisi oleh keluarga.

H. Teknik Analisa Data

Analisa data bertujuan mengubah data menjadi informasi. dalam statistika, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, di antaranya:

a) *Editing*

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (*droup out*) (Notoatmodjo, 2012).

b) *Koding*

Lembaran atau kartu kode adalah instrumen berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual. Lembaran atau kartu kode berisi nomor responden, dan nomor-nomor pertanyaan (Notoatmodjo,2012)

c) *Entering*

Yakni mengisi kolom -kolom atau kotak-kotak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan (Notoatmodjo, 2012)

d) *Cleaning*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2015).

e) *Tabulasi*

Yakni membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012) analisis data dibedakan menjadi

1. Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel. Bentuk analisa univariat tergantung pada jenis datanya. Pada penelitian ini variabel dengan skala data kategorik adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, suku, pekerjaan, penghasilan orang tua, kunjungan posyandu, status gizi dan agama menggunakan rumus distribusi frekuensi :

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P= persentase yang dicari

f= frekuensi sampel/responden untuk setiap pertanyaan

n= jumlah keseluruhan sampel/responden

2. Analisa Bivariat

Sebelum melakukan analisa bivariat, peneliti melakukan uji normalitas data. Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah dalam sebuah model regresi baik variabel independen

maupun dependen mempunyai distribusi yang normal. Pengujian normalitas dalam penelitian ini dilakukan dengan uji *Kolmogorop Smirnov* karena jumlah data > 50.

Analisa bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisa ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat penghasilan orang tua dengan status gizi balita dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Kelurahan Loa Bua Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Apabila P Value > 0,05 maka *H0* diterima uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel independen dan dependen sedangkan apabila P Value < 0,05 maka *H0* ditolak uji statistik menunjukkan ada hubungan antara variabel independen dan dependen. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan 5%. Rumus sebagai berikut.

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

x^2 = statistik *chi square*

O= observasi

E= expected atau hasil yang diharapkan

Setelah didapatkan χ^2 hitung, kemudian nilai χ^2 tabel dengan derajat uji kebebasan:

$$df = (b-1)(k-1)$$

b= Jumlah baris

k= Jumlah kolom

Keputusan uji :

- 1) Jika χ^2 hitung $\geq \chi^2$ tabel maka H_0 ditolak artinya ada hubungan
- 2) Jika χ^2 hitung $\leq \chi^2$ tabel maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan

Syarat uji *Chi Square* :

- 1) Jumlah sampel > 40
- 2) Jumlah sampel antara 20-40 dan tidak ada sel yang nilai E-nya < 5 .

Uji *Chi Square* tidak digunakan dengan syarat :

- 1) Jumlah sampel < 20
- 2) Jumlah sampel 20-40 dan ada sel yang nilainya E-nya kurang dari 5, lebih di 20% total selnya.

Kalau hal ini ditemui di dalam suatu tabel kontingensi, teknik yang dianggap dapat menanggulangi permasalahan adalah menggabungkan nilai dari sel yang kecil dengan sel lainnya (meng-*collaps*). Artinya, kategori dari variabel dikurangi sehingga kategori yang n untuk tabel 2x2, hal ini tidak dapat

dilakukan, maka solusinya adalah melakukan uji *Fisher Exact* (Hastono & Sabri, 2011).

Rumus *Fisher Exact* :

$$P_{(a,b,c,d)} = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)!}{N!(A)!(B)!(C)!(D)!}$$

Dalam penelitian ini syarat uji *Chi Square* tidak terpenuhi, karena ada 1 cell nilai expektasi (25%) sehingga peneliti menggunakan uji *Fisher Exact*.

I. Etika penelitian

Menurut Hidayat (2009) mengemukakan segi etika penelitian yang perlu diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antar peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan

disajikan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

J. Jalannya Penelitian

Jalannya penelitian ini melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. Menentukan judul penelitian melalui koordinator mata kuliah skripsi sebanyak empat judul selanjutnya satu judul yang diterima sebagai judul proposal penelitian dan dikonsulkan ke pembimbing. Judul proposal penelitian di ganti dan dikonsulkan judul proposal yang baru pada tanggal 13 November 2014.
2. Menyusun proposal penelitian yang terdiri dari tiga bab berdasarkan literatur dari berbagai sumber, studi pendahuluan dan penelitian lain yang terkait dengan proposal penelitian pada Bulan Desember 2014- Maret 2015.
3. Sidang proposal penelitian akan dilaksanakan setelah penyusunan materi proposal penelitian disetujui untuk disidangkan oleh para pembimbing proposal penelitian pada Bulan Maret 2015.
4. Revisi proposal penelitian akan dilaksanakan selama maksimal 1 minggu setela sidang proposal dilaksanakan pada bulan Maret 2015.

5. Melakukan pengurusan perizinan penelitian dari STIKES Muhammadiyah Samarinda ke Puskesmas Loa Bakung Samarinda.
6. Setelah mendapat izin peneliti datang pada kegiatan Posyandu untuk mendatangi subjek peneliti dan meminta kesediaan subyek peneliti atas partisipasi dalam penelitian yang dilakukan. Setiap responden yang setuju dapat menandatangani surat persetujuan dan diberikan kuesioner kemudian diminta untuk mengisi kuesioner.
7. Penelitian dilakukan pada tanggal 05 Maret 2015 di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah kecamatan Sungai Kunjang samarinda.
8. Selanjutnya mengumpulkan data, dan mengolah data dalam bentuk SPSS versi 16
9. Menyusun Skripsi yang terdiri dari bab 3,4 dan 5 berdasarkan hasil peneitian dan pembahasan.
10. Sidang hasil penelitian akan dilaksanakan setelah penyusunan skripsi disetujui untuk disidangkan oleh para pembimbing skripsi penelitian pada bulan Agustus 2015.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang hasil dan pembahasan dari hasil penelitian. Penelitian ini dilakukan di Posyandu Buah hati Kelurahan Loa Buah kecamatan Sungai Kunjang Samarinda pada tanggal 05 Mei 2015. Posyandu Buah Hati merupakan satu dari enam Posyandu yang berada dibawah wilayah Puskesmas Pembantu di Kelurahan Loa Buah. Puskesmas Pembantu Loa Buah merupakan cabang pelayanan kesehatan dari Puskesmas Loa Bakung Kecamatan Sungai Kunjang. Posyandu Buah Hati terdiri dari 4 RT dari RT 11-RT 14 dan jumlah kader sebanyak 4 orang. Posyandu Buah Hati terdiri dari 5 meja, meja pertama tempat pendaftaran, meja kedua balita ditimbang, meja ketiga mencatat berat badan dan pengisian KMS, meja keempat tim kesehatan melakukan pemeriksaan keadaan balita dan meja kelima tempat tim kesehatan memberikan promosi kesehatan.

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Usia Balita

Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan usia balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Usia Balita	Frekuensi	Persentasi (%)
12-36 Bulan	46	78
37-60 Bulan	13	22
Jumlah	59	100

Sumber: Data Primer 2015

Pada tabel 4.1 diatas diperoleh gambaran usia responden dengan frekuensi terbanyak pada usia 12-36 bulan sebanyak 46 balita (78%) dan usia 37-60 bulan sebanyak 13 balita (22%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi balita berdasarkan jenis kelamin di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentasi (%)
Laki-laki	27	45,8
Perempuan	32	54,2
Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.2 diatas diperoleh gambaran jenis kelamin balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda yaitu sebanyak 27 balita laki-laki (45,8%) dan 32 balita perempuan (54,2%).

c. Ibu Responden

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan Ibu balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Pekerjaan Ibu	Frekuensi	Persentasi (%)
PNS	3	5,1
Honor	2	3,4
IRT	48	81,4
Buruh	2	3,4
Swasta	4	6,8
Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2015

Pada tabel 4.3 diatas diperoleh gambaran responden yang mempunyai balita dalam penelitian ini berdasarkan pekerjaan

Ibu yaitu mayoritas bekerja sebagai Ibu rumah tangga sebanyak 48 orang Ibu (81,4%).

d. Pendidikan Ibu Responden

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan Ibu balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Pendidikan Ibu	Frekuensi	Persentasi (%)
SD	6	10,2
SMP	26	44,1
SMA	25	42,4
PT	2	3,4
Jumlah	59	100

Sumber : Data Pimer 2015

Pada tabel 4.4 diatas diperoleh gambaran responden yang memiliki balita dalam penelitian ini berdasarkan tingkat pendidikan Ibu tertinggi yaitu dengan pendidikan SMP sebanyak 26 Ibu (44,1%) dan terendah dengan tingkat perguruan tinggi sebanyak 2 Ibu (3,4%).

2. Analisa Univariat

Analisa Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau menggambarkan karakteristik yang diteliti, yaitu variabel bebas dan variabel terkait.

a. Variabel bebas (*Variabel Independent*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu. Berdasarkan jawaban kuesioner dari 59 orang responden (Ibu) di Posyandu Buah

Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan sungai Kunjang Samarinda, diperoleh hasil sebagai berikut.

1) Penghasilan Orang Tua

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi berdasarkan penghasilan orang tua di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Penghasilan Orang Tua	Frekuensi	Persentasi (%)
Rendah	8	13,6
Tinggi	51	86,4
Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.5 diatas diperoleh gambaran responden yang memiliki balita dalam penelitian ini berdasarkan penghasilan orang tua yaitu responden dengan penghasilan rendah < Rp. 2.156.809,00 sebanyak 8 orang tua (13,6%) dan orang tua responden dengan penghasilan tinggi sebanyak 51 orang tua (86,4%).

2) Kunjungan ke Posyandu

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi berdasarkan kunjungan orang tua yang membawa balita ke Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Kunjungan ke Posyandu	Frekuensi	Persentasi (%)
Aktif	49	83,1
Tidak Aktif	10	16,9
Jumlah	56	100

Sumber : Data 2015

Berdasarkan tabel 4.6 diatas diperoleh gambaran responden yang memiliki balita dalam penelitian ini berdasarkan kunjungan orang tua yang membawa balitanya ke Posyandu adalah responden dengan kunjungan yang aktif > 8 x/tahun sebanyak

49 balita (83,05%) dan responden dengan kunjungan tidak aktif < 8x/tahun sebanyak 10 balita (16,95%).

b. Variabel terikat (*Variabel dependent*)

Variabel terkait pada penelitian ini adalah status gizi anak balita. Berdasarkan hasil penimbangan berat badan yang diukur oleh peneliti di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah kecamatan Sungai Kunjang Samarinda, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi berdasarkan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Status Gizi	Frekuensi	Persentasi (%)
Gizi baik	49	83,1
Gizi kurang	10	16,9
Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.7 diatas diperoleh gambaran balita yang memiliki status gizi baik berjumlah 49 balita (83,1%), tetapi masih ditemukan balita dengan status gizi kurang sebanyak 10 balita (16,9%) di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

3. Analisa Bivariat

Setelah dilakukan analisa data secara univariat, maka selanjutnya dilakukan analisa bivariat yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar 2 variabel yang akan diteliti, yaitu antara variabel independen (bebas) dan variabel dependen

(terikat) dengan menggunakan uji *Fiser Exact*. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut.

a. Penghasilan OrangTua Dengan Status Gizi Anak Balita

Tabel 4.8 Distribusi berdasarkan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

Penghasilan Orang Tua	Status Gizi				Total		<i>p value</i>	OR CI 95%
	Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%		
	N	%	N	%	n	%		
Rendah	4	50	4	50	8	100	0,022	7,500 (1,474-38,155)
Tinggi	6	11,8	45	88,2	51	100		
Jumlah	10	16,9	49	83,1	59	100		

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.8 diatas, dari 8 orang tua balita yang berpenghasilan rendah terdapat 4 balita (50%) dengan gizi kurang dan 4 balita (50%) dengan gizi baik. Sedangkan dari 51 orang tua balita yang berpenghasilan tinggi terdapat 6 balita (11,8%) dengan gizi kurang dan 45 balita (88,2%) dengan gizi baik.

Hasil uji statistik dalam penelitian ini menggunakan uji *Fisher Exact* didapatkan nilai *p value* $0,022 < \alpha (0,05)$, maka dapat disimpulkan *H0* ditolak. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah hati Kelurahan Loa Buah kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Dari tabulasi silang di atas didapatkan *odds ratio* sebesar 7,500 sehingga dapat disimpulkan bahwa penghasilan orang tua yang rendah mempunyai risiko 7,500 kali lebih besar anak balitanya

mengalami gizi kurang dibandingkan dengan penghasilan orang tua yang tinggi.

b. Kunjungan ke Posyandu dengan Status Gizi Anak Balita

Tabel 5.9 Distribusi berdasarkan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015

	Status Gizi				Total		<i>p value</i>
	Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
Kunjungan Balita	N	%	N	%	n	%	
Aktif	7	14,3	42	85,7	49	100	0,350
Tidak Aktif	3	30	7	70	10	100	
Jumlah	10	16,9	49	83,1	59	100	

Sumber : Data 2015

Berdasarkan tabel 5.9 diatas dari 49 balita yang aktif ke Posyandu terdapat 7 balita (14,3%) diantaranya dengan status gizi kurang dan 42 balita (85,7%) dengan status gizi baik. Sedangkan dari 10 balita yang tidak aktif berkunjung ke Posyandu, terdapat 3 balita (30%) diantaranya memiliki status gizi kurang dan 7 balita (70%) memiliki status gizi baik.

Hasil uji statistik menggunakan uji *Fisher Exact* didapatkan nilai *p value* sebesar $0,350 > \alpha (0,05)$, maka dapat disimpulkan *H0* diterima. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden

a. Usia balita

Berdasarkan hasil analisa data karakteristik usia balita, maka dapat diketahui bahwa sebagian besar balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda (78%) berusia 12-36 bulan.

Anak balita ini justru merupakan kelompok umur yang paling sering menderita kekurangan gizi. Beberapa kondisi yang menyebabkan balita rawan gizi yaitu anak balita dianggap kelompok umur yang paling belum berguna bagi keluarga, ibu sudah mempunyai anak kecil lagi atau ibu sudah bekerja penuh, dan anak balita masih belum dapat mengurus diri sendiri dengan baik, serta anak balita mulai turun ke tanah sehingga terpapar dengan kondisi yang memungkinkan untuk terinfeksi berbagai macam penyakit (Sediaoetama, 2010).

Pada umumnya kekurangan gizi terjadi pada balita, karena pada umur tersebut anak mengalami pertumbuhan yang pesat dan termasuk kelompok yang rentan gizi, karena pada masa itu merupakan masa peralihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makan orang dewasa (Adisasmito, 2007).

Pada usia balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Masa balita berada pada

usia 1-5 tahun, masa ini dinamakan *golden period*. Menurut asumsi peneliti kurang gizi pada anak kebanyakan pada usia 1-3 tahun, karena pada saat ini anak sangat aktif bermain diluar sehingga anak lupa makan. Pada saat aktif bermain, anak lebih banyak membutuhkan energi, tetapi asupan nutrisi masuk tidak seimbang dengan energi yang dibutuhkan oleh tubuh anak balita keadaan ini bisa yang bisa mempengaruhi status gizi anak balita.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil analisa berdasarkan jenis kelamin, didapatkan gambaran bahwa balita di Posyandu Buah Hati sebagian besar (54,2%) perempuan.

Arisman (2004), mengemukakan bahwa status gizi dipengaruhi oleh determinan biologis yang meliputi jenis kelamin, lingkungan dalam rahim, jumlah kelahiran, berat lahir, ukuran orang tua, dan konstitusi genetik serta faktor lingkungan seperti keadaan sosial ekonomi keluarga.

Pada penelitian Devi (2010) dari hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi anak balita.

Menurut asumsi peneliti jenis kelamin tidak mempengaruhi status gizi anak balita, karena pada usia balita kebutuhan gizi sama besar antara anak laki-laki dan perempuan.

c. Pekerjaan

Jenis pekerjaan seseorang akan berpengaruh terhadap banyaknya waktu luang yang dimilikinya dalam turut serta berbagai kegiatan di dalam masyarakat (Slamet, 1993 dalam Ocbrianto, 2012). Mayoritas pekerjaan Ibu di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda (81,4%) sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT). Ibu rumah tangga tidak terkait jam kerja, sehingga memiliki waktu yang cukup banyak untuk memelihara, mengasuh dan memberikan makanan yang bernutrisi kepada anaknya.

Penelitian Devi (2010), yang menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan orang tua dengan status gizi anak. Hal ini disebabkan ibu yang bekerja diluar rumah cenderung tidak memiliki waktu untuk melaksanakan tugas rumah.

Menurut asumsi peneliti pekerjaan mempengaruhi status gizi anak balita, karena ibu yang bekerja diluar rumah tidak mempunyai banyak waktu untuk mengasuh, memberikan perhatian dan kasih sayang untuk anaknya, sehingga anaknya menjadi terabaikan. Berbeda dengan ibu yang tidak terikat jam kerja, ibu lebih banyak bersama anaknya dan banyak

meluangkan waktu untuk mengasuh dan memperhatikan anaknya. Ibu lebih banyak waktu agar dapat membawa balita ke Posyandu untuk lebih meningkatkan kesehatannya.

d. Pendidikan

Jenjang pendidikan formal di Indonesia berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No 66 tahun 2010 terbagi menjadi pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Pendidikan terakhir Ibu di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda sebagian besar (44,1%) SMP (Sekolah Menengah Pertama).

Orang tua yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi lebih berorientasi pada tindakan preventif, tahu lebih banyak tentang masalah kesehatan, dan memiliki status kesehatan yang lebih baik (Timmreck, 2005). Menurut teori Sediaoetama dalam Lutviana dan Budiono (2010), menyatakan tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi dan kesehatan.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan

informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan ibu mempunyai peranan penting dalam menentukan status gizi balita. Peningkatan pendidikan ibu akan membawa dampak pada investasi sumber daya manusia yang berkualitas, karena dengan peningkatan pendidikan ibu akan meningkatkan status gizi balita yang pada akhirnya dapat meningkatkan peluang kesempatan pendidikan balitanya sebagai modal dasar peningkatan sumber daya manusia yang berkualitas (Damanik, *et al.*, 2010).

Menurut Atmarita (2004) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi.

Menurut asumsi peneliti tingkat pendidikan orang tua mempengaruhi status gizi anaknya, karena peneliti berasumsi bahwa semakin tinggi pendidikan maka semakin banyak pengetahuan orang tua tentang status gizi anaknya. Biasanya orang tua yang berpendidikan tinggi lebih memperhatikan makanan yang dikonsumsi anak dan selalu mencukupi semua kebutuhan anaknya.

2. Penghasilan orang tua

Dari hasil analisa diperoleh gambaran sebagian besar penghasilan orang di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda (86,4%) berpenghasilan tinggi.

Menurut Suhardjo (1986) dalam Sarah (2008), keadaan ekonomi keluarga yang kurang mampu merupakan faktor yang kurang mendukung bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Hal ini disebabkan karena tingkat pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga.

Semakin kecil pendapatan penduduk, semakin tinggi presentase anak yang kekurangan gizi dan sebaliknya semakin tinggi pendapatan, maka semakin kecil presentase gizi buruk (Adisasmita, 2007).

Tingkat penghasilan seseorang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan. Pendapatan yang lebih tinggi akan mendukung perbaikan kesehatan dan gizi anggota keluarga, hal ini berkaitan dengan meningkatnya daya beli keluarga tersebut. Pendapatan keluarga yang rendah mengakibatkan daya beli terhadap pangan yang berkualitas menjadi rendah, akibatnya status gizi anggota keluarga terutama anak-anak akan menurun. Rendahnya status gizi akan menyebabkan lemahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit (Berg, 1986 dalam Triana, 2006).

Menurut asumsi peneliti penghasilan orang tua yang tinggi mempengaruhi status gizi anak balita, karena semakin tinggi penghasilan maka kemampuan daya beli keluarga akan makan-makanan yang bergizi tercukupi sehingga gizi untuk keluarga dan balitanya tercukupi, sebaliknya penghasilan orang tua yang rendah mempengaruhi gizi anak balita karena keluarga tidak mampu membeli dan mencukupi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti membeli makan-makanan yang bergizi.

3. Kunjungan ke Posyandu

Hasil analisa dapat diperoleh gambaran bahwa sebagian besar kunjungan anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah (83,1%) aktif ke Posyandu.

Perilaku kesehatan meliputi pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktik (*Skill*). Pengetahuan dapat mengubah perilaku kearah yang diinginkan. Perilaku yang diharapkan dari pengetahuan ini dalam hubungannya dengan partisipasi dalam berkunjung ke Posyandu (Notoatmodjo, 2007). Posyandu merupakan salah satu pelayanan kesehatan di desa untuk memudahkan masyarakat untuk mengetahui atau memeriksakan kesehatan terutama untuk ibu hamil dan anak balita. Keaktifan keluarga pada setiap kegiatan posyandu tentu akan berpengaruh pada keadaan status gizi anak balitanya, Karena salah satunya tujuan posyandu adalah memantau peningkatan

status gizi masyarakat terutama anak balita dan ibu hamil (Adisasmito, 2007).

Menurut asumsi peneliti kunjungan ke Posyandu sangat bermanfaat untuk balita, karena dari kunjungan ke Posyandu setiap balita selalu terpantau garis pertumbuhannya, jika ada balita dibawah garis merah, tim kesehatan langsung bisa mengantisipasi sebelum berlanjut kekurangan gizi sampai ke gizi buruk. Kunjungan ke Posyandu mempengaruhi status gizi anak balita, karena setiap kali kunjungan anak akan mendapatkan promosi kesehatan dari tim kesehatan tentang masalah gizi yang sering dialami anak, seperti kurang gizi dan anak tidak mau makan. Jika Ibu tidak aktif ke membawa balitanya ke Posyandu untuk ditimbang, status gizi anaknya tidak terpantau oleh tim kesehatan dan kurangnya pengetahuan Ibu tentang gizi pada anak balita.

4. Status gizi anak balita

Sebagian besar status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda dengan gizi baik. Menurut peneliti dari pekerjaan Ibu responden yaitu Ibu rumah tangga sehingga Ibu lebih banyak meluangkan waktunya untuk mengasuh dan memberikan makanan dan juga peran dari petugas kesehatan dan kader Posyandu Buah Hati yang sangat memperhatikan status gizi anak balita dengan mengaktifkan Posyandu dan memberikan makanan tambahan di Posyandu

seperti makanan pendamping asi (MPAsi). Menurut Almatier (2005) status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, status gizi kurang, status gizi baik, dan status gizi lebih.

Namun dalam penelitian ini dari 59 balita, 49 balita dengan gizi baik. Tetapi masih ditemukan balita dengan gizi kurang berjumlah 10 balita (16,9%), karena menurut peneliti pada usia balita lebih rentan dengan gizi kurang, karena anak lebih aktif bermain diluar sehingga lupa makan dan sering terpapar lingkungan luar, sehingga anak lebih mudah terinfeksi penyakit yang ada disekitar lingkungannya. Keadaan seperti ini yang dapat mempengaruhi status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah

5. Hubungan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita

Menurut analisa bivariat hubungan penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda diperoleh gambaran bahwa penghasilan orang tua sebagian besar (86,4%) berpenghasilan tinggi dimana (11,8%) dengan status gizi kurang dan (88,2%) dengan status gizi baik.

Hasil uji statistik menggunakan uji *Fisher Exact* didapatkan nilai *p value* $0,022 < \alpha (0,05)$, maka dapat disimpulkan *H0* ditolak sehingga ada hubungan antara penghasilan orang tua dengan

status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Djola (2012), menggunakan uji *Spearman* yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan orang tua dengan status gizi anak. Penelitian Rarastiti (2013) menunjukkan tidak ada hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi anak usia 1-2 tahun karena tidak diketahui seberapa besar pendapatan yang digunakan untuk membeli makanan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sarah (2008), menunjukkan ada pengaruh pendapatan keluarga terhadap status gizi anak balita. Artinya, dengan pendapatan keluarga yang besar maka balita pasti akan mendapatkan gizi yang baik pula. Keadaan ekonomi keluarga yang kurang mampu merupakan faktor yang kurang mendukung bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Hal ini disebabkan karena tingkat pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Trimanto (2008) menggunakan uji statistik *Chi Square*, menunjukkan ada hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi anak balita dengan nilai $\chi^2=90.00; p =0,000$.

Penghasilan orang tua yang tinggi terdapat 45 (88,2%) balita dengan gizi baik, ini sesuai dengan teori Sulistyoningsih (2011),

meningkatnya pendapatan akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan yang baik secara kualitas maupun kuantitas.

Dari hasil penelitian ini penghasilan yang tinggi masih ditemukan balita dengan status gizi kurang berjumlah 6 balita, terdapat 3 orang tua balita dengan pendidikan SD. Menurut peneliti tingkat pendidikan orang tua balita mempengaruhi status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda. Pendidikan Ibu sangat penting untuk menentukan status gizi anak balita, karena tingkat pendidikan menentukan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari khususnya dalam hal kesehatan dan gizi anaknya.

Tingkat pendapatan menentukan makanan yang dibeli, dimana semakin tinggi pendapatan keluarga maka gizi anak juga akan tercukupi dan berpengaruh terhadap status gizinya. Tingginya penghasilan yang tidak diimbangi pengetahuan gizi yang cukup, akan menyebabkan seseorang menjadi sangat konsumtif dalam pola makannya sehari-hari, sehingga pemilihan suatu bahan makanan lebih didasarkan kepada pertimbangan selera dibandingkan aspek gizi. Keluarga dengan pendapatan yang tinggi

belum tentu memperbaiki komposisi makanan sehingga belum tentu mutu makanannya lebih baik dan kurangnya pengetahuan keluarga tentang makan-makanan yang bergizi. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kurangnya pengetahuan Ibu tentang pentingnya gizi pada anaknya. Menurut Sediaoetama (2006), pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi.

Penghasilan orang tua yang rendah terdapat 4 (50%) balita dengan gizi baik ini karena menurut peneliti dari hasil penelitian didapatkan balita aktif dalam berkunjung ke Posyandu, sehingga Ibu mendapatkan informasi lebih banyak tentang mencegah gizi kurang pada balitanya dan ketika balita aktif berkunjung ke Posyandu, kader dan petugas kesehatan dapat memantau gizi anak tersebut ketika berada pada gizi kurang. Dan 4 (50%) balita dengan gizi kurang hal ini karena terdapat 1 balita yang tidak aktif berkunjung ke Posyandu dengan tingkat pendidikan SMP dan 3 balita aktif ke Posyandu tetapi dengan tingkat pendidikan 2 orang SMP dan 1 orang SD, sehingga kurangnya pengetahuan Ibu tentang pentingnya status gizi pada balita dan Ibu tidak tahu menyusun makan-makanan yang bergizi untuk balitanya.

6. Hubungan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita

Menurut analisa bivariat hubungan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita didapatkan gambaran bahwa

sebagian besar (83,1%) aktif. Dimana (14,3%) dengan status gizi kurang dan (85,7%) dengan status gizi baik.

Berdasarkan hasil analisa secara bivariat menggunakan hasil uji statistik *Fisher Exact* didapatkan nilai *p value* $0,350 > \alpha$ (0,05) sehingga uji statistik menunjukkan *H0* diterima, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Octaviani, *et al* (2008), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antar keaktifan di Posyandu dengan status gizi. Penimbangan balita yang dilakukan secara rutin di posyandu dan dengan adanya penyuluhan serta pemberian makanan tambahan setiap bulan pada balita selama 3 bulan maka status gizi dan pertumbuhan anak pada KMS dapat selalu terpantau oleh petugas kesehatan. Penelitian Maulana (2013), menunjukan ada hubungan keaktifan ibu dalam Posyandu dengan penurunan jumlah balita BGM di Desa Suko Jember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Analisa data hasil penelitian menggunakan uji *chi square* didapatkan hasil *p value* $=0,014 < \alpha$ (0,05)

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Wulandari S (2015), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan kunjungan Ibu ke Posyandu dengan status gizi

anak balita. Lebih lanjut dijelaskan dalam penelitian ini bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi menjadi faktor seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dari media cetak maupun elektronik tentang kesehatan khususnya masalah gizi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari (Atmarita, 2004). Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2010).

Dari kunjungan balita yang aktif terdapat 42 (85,7%) balita dengan gizi baik, ini sesuai dengan teori Adisasmito (2007) Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita. Keaktifan kunjungan balita pada setiap kegiatan Posyandu tentu akan berpengaruh pada keadaan status gizi anak balitanya, karena salah satu tujuan Posyandu adalah memantau peningkatan status gizi masyarakat terutama anak balita dan ibu hamil.

Hasil penelitian Puslitbang Gizi Bogor (2007) dan Djukarni (2001) bahwa penimbangan balita secara rutin dan diimbangi dengan penyuluhan serta pemberian makanan tambahan pada setiap bulan penimbangan di posyandu dalam kurun waktu 3 bulan dapat menurunkan angka kasus gizi buruk dan gizi kurang. Dan 7 (14,3%) balita dengan gizi kurang, menurut peneliti kemungkinan

faktor yang mempengaruhi status gizi adalah faktor lingkungan dan penyakit infeksi. Wilayah loa buah merupakan kawasan perusahaan *plywood* dan batu bara sehingga lingkungannya tercemar dengan polusi sehingga mempengaruhi daya tahan tubuh balita dan lebih rentan terinfeksi virus sehingga dapat mempengaruhi gizibalita di Posyandu Buah Hati.

Kunjungan yang tidak aktif terdapat 7 (70%) balita dengan gizi baik, menurut peneliti kemungkinan dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan tingkat pendidikan 3 orang SMA, 3 orang SMP, dan 1 orang SD. Penghasilan orang tua balita berada pada penghasilan tinggi. Kemungkinan orang tua balita tidak membawa balitanya ke Posyandu tetapi ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah sakit untuk ditimbang, sehingga data balita tidak masuk ke Posyandu Buah Hati. Dan 3 (30%) balita dengan gizi kurang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 3 balita, tingkat pendidikan Ibu adalah 2 orang dengan tingkat pendidikan SMP dan 1 orang SD. Dari tingkat penghasilan berada pada penghasilan rendah. Menurut peneliti tingkat pendidikan Ibu adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kunjungan balita ke Posyandu.

Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi pengetahuan Ibu tentang pentingnya kunjungan balita ke Posyandu, setiap kegiatan Posyandu setelah di timbang anak mendapatkan makanan pendamping asi (MPAsi). Balita yang tidak aktif

berkunjung ke posyandu mengakibatkan ibu kurang mendapatkan informasi mengenai pentingnya status gizi balita, tidak mendapat dukungan dan dorongan dari petugas kesehatan apabila ibu mempunyai masalah kesehatan pada balitanya, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita yang tidak dapat terpantau secara optimal, karena pemantauan pertumbuhan balita dapat dipantau melalui KMS.

Kunjungan ke Posyandu merupakan salah satu dari faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita, tetapi menurut peneliti banyak faktor yang mempengaruhi status gizi seperti pendidikan, pekerjaan, ekonomi keluarga, penyakit infeksi dan asupan nutrisi yang mempengaruhi status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati di Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda.

Jumlah anak merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kunjungan Ibu ke Posyandu, karena anak ke 1,2 dan ke 3 biasanya Ibu lebih memperhatikan dan berpikir kesehatan anaknya sangat penting untuk selalu dipantau dengan cara Ibu selalu membawa balitanya ke Posyandu untuk ditimbang.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Sumber Pustaka

Keterbatasan sumber pustaka seperti referensi jurnal yang memuat literatur atau teori lebih dari 10 tahun yang berasal dari hasil penelitian terdahulu dan sumber-sumber rujukan yang masih

terbatas. Sehingga hasil penelitian ini masih kurang mendalam dan diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan sumber-sumber yang lebih terbaru kurang dari 10 tahun.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian yang relatif sangat singkat dan dilakukan hanya dalam satu hari saat kegiatan Posyandu. Sehingga peneliti meminta bantuan salah satu kader Posyandu untuk membantu bersama-sama *door to door* ke rumah ibu yang tidak hadir saat kegiatan Posyandu berlangsung.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil peneitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut: (tujuan khusus)

1. Gambaran karakteristik responden di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda berdasarkan usia sebagian besar adalah usia balita 12-36 bulan sebanyak (78%), berdasarkan jenis kelamin sebagian besar perempuan sebanyak (54,2%), berdasarkan pekerjaan sebagian besar adalah Ibu Rumah Tangga (81,4%), dan berdasarkan pendidikan sebagian besar pendidikan terakhir adalah SMP sebanyak (44,1%).
2. Gambaran penghasilan orang tua yaitu penghasilan rendah sebanyak 8 orang tua (13,6%) dan penghasilan tinggi sebanyak 51 orang tua (86,4%).
3. Gambaran Kunjungan orag tua yang membawa balita ke Posyandu yang aktif sebanyak 49 balita (83%) dan yang tidak aktif sebanyak 10 balita (17%)
4. Gambaran status gizi balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda sebagian besar memiliki status gizi baik sebanyak 49 balita (81,4%) dan gizi kurang sebanyak 10 balita (19%).

5. Hasil penelitian ini H_0_1 ditolak sehingga secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara penghasilan orang tua dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda Tahun 2015 dengan *p value* sebesar 0,022 sehingga *p value* < 0,05
6. Hasil penelitian ini H_0_2 diterima sehingga secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda tahun 2015 dengan *p value* sebesar 0,350 sehingga *p value* > 0,05.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diambil dalam penelitian ini, beberapa saran yang bisa disampaikan adalah:

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi khususnya bagi orang tua yang memiliki anak balita agar selalu memberi makanan-makanan yang bernilai gizi tinggi serta meningkatkan dan mempertahankan status gizi anaknya dengan selalu membawa balita ke Posyandu setiap bulan untuk di timbang agar status gizi balita selalu terpantau oleh tenaga kesehatan.

2. Bagi Posyandu

Khususnya Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang Samarinda dalam meningkatkan status

gizi balita melakukan pendekatan kepada masyarakat dengan melakukan penyuluhan kesehatan agar dapat meningkatkan kunjungan orang tua yang memiliki balita.

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diterapkan pada institusi pendidikan agar dapat menambah sumber referensi yang berhubungan dengan status gizi balita.

4. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini melakukan pengukuran status gizi dengan menggunakan BB/U, diharapkan peneliti lain dapat menggunakan indikator lain seperti BB/TB dan PB/U, dan juga diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan variabel lain selain penghasilan dan kunjungan karena masih ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi status gizi seperti tingkat pendidikan ibu, pekerjaan, penyakit infeksi dan asupan nutrisi.

DAFTAR PUSTAKA

Adriana, M & Wirjatmadi, B. (2012). *Penerapan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Adisasmito, W. (2007). *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta

Aisyah, SN. (2013) . *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Di RT 23 Kelurahan Air Hitam Kecamatan Samarinda Ulu Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda*.

Almatsier, S. (2005). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta.

Arisman, MB (2007). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC

Asdhany, C. & Kartini, A. (2012). *Hubungan Tingkat Partisipasi Ibu dalam Kegiatan Posyandu dengan Status Gizi Anak Balita (Studi di Kelurahan Cangkiran Kecamatan Mijen Kota Semarang*. Journal of Nutrition College. [serial on line] <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc/article/view/424/424> [diakses tanggal 18 Februari 2013].

Atmarita. (2004). *Pola Asuh dalam Hubungannya dengan Status Gizi Anak Balita*

Ditinjau dari Pekerjaan, Pendapatan dan Pengeluaran Orang Tua di Daerah Sulawesi Selatan.

Azwar, S. (2009). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Pustaka Pijar.

Briawan, D. (2012). *Optimalisasi Posyandu dan Posbindu dalam Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat*. Pembekalan KKP Ilmu Gizi. [serial on line].<http://fema.ipb.ac.id/wp-content/uploads/2012/05/Posyandu-dan-Posbindu-2-12-Fema.pdf> [diakses tanggal 3 September 2012].

Damanik, M. R., et al., (2010). *Analisis Pengaruh Pendidikan Ibu terhadap Status Gizi Balita di Provinsi Kalimantan Barat*. Jurnal Gizi dan Pangan [serial online] <http://journal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/view>

/4554/3054 [diakses tanggal 18 Mei 2012]

Depkes RI. (2005). Balita BGM. <http://www.bank.data.depkes.go>

_____. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI. (2011).

Devi, M. (2010). *Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di pedesaan* . September 2010

DINKES Kaltim. (2014). Profil Dinas Kesehatan Kota Samarinda.

Djaali & Pudji M. 2008. *Pengukuran Dalam Bidang Pendidikan*. Jakarta: PT Grasindo.

Djola, R. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pendapatan Keluarga Dan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Balita Di Desa Bonkudai Kecamatan Modayag Barat*.

Ernawati, A. (2006). Hubungan Faktor Sosial Ekonomi, Hygiene Sanitasi Lingkungan, Tingkat Konsumsi dan Infeksi dengan Status Gizi Anak di Kabupaten Semarang Tahun 2003. Tesis. Universitas Diponegoro.

Faradevi, R. (2011). *Perbedaan Besar Pengeluaran Keluarga, Jumlah Anak serta Asupan Energi dan Protein Balita antara Balita Kurus dan Normal*. (Skripsi), Universitas Diponegoro, Semarang. 22 Oktober 2013.http://eprints.undip.ac.id/32558/1/382_Reny_Faradevi_G2C309004.pdf

Fitriani, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Hartono, B.W. 2008. *Pedoman Umum Program Pos Pendidikan Anak Usia Dini Terpadu*. Surabaya: Walikota Surabaya.

Hastono, SP & Sabri, L. (2011). *Statistik Kesehatan*. ISBN. Jakarta

Hidayat, AA. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Ife, J. & Tesoriero, F. (2008). *Community Development: Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Isnansyah, Y. (2006). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak bawah lima tahun di Desa Tinggarjaya Kecamatan Jatilawang Kabupaten Banyumas*. (Skripsi), Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto.

Kartono. (2006). *Perilaku Manusia*. ISBN. Jakarta.

Madanijah, S. & Triana, N. 2007. *Hubungan antara Status Gizi Masa Lalu Anak dan Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Kejadian Tuberkulosis pada Murid Taman Kanak-Kanak*. Jurnal Gizi dan Pangan. [serial online]. <http://journal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/view/4400/2967> [diakses tanggal 18 Februari 2013].

Maulana, A. (2013). *Hubungan Keaktifan Ibu Dalam Posyandu Dengan Penurunan Jumlah Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Desa Suko Jember Kecamatan Jeluk Kabupaten Jember*.

Muniarti, N. P. 2004. *Getar Gender: Perempuan Indonesia dalam Perspektif Agama, Budaya, dan Keluarga*. Magelang: Indonesiaterra.

Notoatmodjo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2012). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan (pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan)*. Jakarta: Salemba

_____. (2013). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Ocbrianto, H .(2012). *Partisipasi Masyarakat terhadap Posyandu dalam Upaya Pelayanan Kesehatan Balita*. Skripsi. [serial online]. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20280831-Hosea%20Ocbrianto.pdf> [diakses tanggal 1 September 2012]

Octaviani, U., et al. 2009. *Hubungan Keaktifan Keluarga dalam Kegiatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Desa Rancaekek Kulon Kecamatan Rancaekek*. Hasil Penelitian: Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Padjadjaran. [serial online] <http://pustaka.unpad.ac.id> [diakses tanggal 9 Mei 2012]

Proverawati. (2010). *Buku Ajar Gizi untuk Kebidanan*. Jogjakarta: Nuha Meidka.

Puslitbang Gizi Bogor (2007) dan Djukarni (2001) Cara Membuat Status Gizi Balita Meningkat. Available at : <http://victor-health.blogspot.com/articles/2007/12/cara-membuat-status-gizibalita.html> (diakses 30 Maret 2008).

Rahmawati, D. (2006). *Status gizi dan perkembangan anak di Taman Pendidikan Karakter Semai Benih Bangsa Sutera Alam, Desa Sukamantri, Kecamatan Tamansari, Bogor*. (Skripsi), Institut Pertanian Bogor, Bogor. Retrieved 30 Juni 2013, http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/1673/Rahmawati.%20Dina_A2006.pdf

Rarastiti, CN. (2013). *Hubungan Karakteristik Ibu, Frekuensi Kehadiran Anak Ke Posyandu, Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi Anak Usia 1-2 Tahun*.

Reksoprayitno, S. (2009). *Ekonomi Makro*. Badan Penerbit Fakultas Ekonomi (BPFE) : UGM.

Riskesdas. (2010). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*. Diunduh dari http://www.litang.depkes.go.id/sites/download/buku_laporan/lapnas_riskdas2010/Laporan_riskesdas_2010.pdf. Pada tanggal. 10 November.

Riyadi (2005). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Kabupaten Timor Tengah Utara, Provinsi Nusa Tenggara Timur*.

Rudolph, AM. (2006). *Buku Ajar Pediatri*. Edisi 20 Jakarta: EGC 2006

Sarah. M. 2008. Skripsi. *Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat*. FKM USU. Medan

Sediaoetama, AD (2010). *Ilmu Gizi untuk mahasiswa dan profesi*. Jakarta: Dian Rakjat

SK Menkes 1995/Menkes/SK/XII/2010.

Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Bandung : Alfabeta.

Sulistyoningsih, H. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Sunuharjo, BS. (2009). *Kemiskinan dan Kebutuhan Pokok*. Jakarta : Yayasan Ilmu Sosial.

Supariasa, dkk. (2007). *Pengantar Ilmu Gizi*. Jakarta. Pustaka Pelajar

Supartini. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta : EGC

Syatriani, S. (2011). Faktor yang berhubungan dengan status gizi bayi di Kelurahan Bira Kota Makassar Tahun 2010. *Media Gizi Pangan, XI(1)*. Retrieved 15 November 2013, <http://jurnalmediagizipangan.files.wordpress.com/2012/03/10-faktor-yang-berhubungan-dengan-status-gizi-bayi-di-kelurahan-bira-kota-makassar-tahun-2010.pdf>

Timmreck, CT. (2005). *Epidemiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: EGC

Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC

Wulandari. SE. (2015). Hubungan tingkat kepatuhan kunjungan ibu ke Posyandu dengan status Gizi Balita di Posyandu Sejahtera V Bontang Barat.

LAMPIRAN



BIODATA PENELITIAN

a) Data Pribadi

Nama : Haryati
Tempat, Tanggal Lahir : Ngayau, 18 Oktober 1993
Alamat Asal :Desa Ngayau, RT 003 Kecamatan Muara
Bengkal
Alamat di Samarinda :Jl. Jakarta, RT. 037 Kelurahan Karang Asam
Ulu Samarinda

b) Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

1. Tamat SD : SDN 001 Ngayau 2005
2. Tamat SMP : SMPN 1 Muara Bengkal 2008
3. Tamat SMA : SMAN 1 Muara Bengkal 2011

PENJELASAN PENELITIAN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Haryati

NIM : 1111308230288

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda jurusan S1-Keperawatan yang akan melakukan penelitian berjudul "Hubungan Penghasilan Orang Tua Dan Kunjungan Ke Posyandu Dengan Status Gizi Anak Balita Di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan Sungai Kunjang samarinda". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan Penghasilan Orang Tua dan Kunjungan Ke Posyandu dengan Status Gizi.

Dengan ini saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan bersedia mengisi pernyataan dalam kuisisioner. Setiap pernyataan yang Bapak/Ibu berikan mohon sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu sehingga mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Pernyataan yang diberikan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk penelitian.

Demikian saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu semua dalam membantu kelancaran penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, setelah mendapat penjelasan, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “Hubungan Penghasilan Orang Tua dan Kunjungan Ke Posyandu dengan Status Gizi Anak Balita di Posyandu Buah Hati Kelurahan Loa Buah Kecamatan sungai Kunjang Samarinda”, yang dilakukan oleh mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda:

Nama : Haryati

NIM : 1111308230288

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif pada saya dan segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenar-benarnya.

Berdasarkan semua penjelasan di atas, maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian ini.

Samarinda,2015

Responden

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGHASILAN ORANG TUA DAN KUNJUNGAN KE POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI POSYANDU BUAH HATI KELURAHAN LOA BUAH KECAMATAN SUNGAI KUNJANG SAMARINDA

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat dan teliti
2. Pertanyaan dibawah ini mengenai hubungan penghasilan orang tua dan kunjungan ke Posyandu dengan status gizi anak balita (usia 1-5 tahun)
3. Isilah pertanyaan dengan tanda *checklist* (√)
4. Terima kasih atas perhatian, bantuan dan kerja sama saudara/i dalam penelitian ini.

Tanggal :

Kode No :

1. Data Demografi

a. Data demografi balita :

- 1) Nama :
- 2) Tanggal lahir :
- 3) Jenis kelamin :
- 4) Alamat :

2. Data Pengukuran Berat Badan : (Diisi oleh peneliti)

- 1) BB/U (Berdasarkan timbangan) :kg
- 2) Interpretasi status gizi balita sesuai dengan BB/U berdasarkan KMS (3 bulan terakhir):
 - a) Bulan ini :
 - b) 1 bulan sebelumnya :
 - c) 2 bulan sebelumnya :

➤ Nama Ayah :

- 1) Usia :

- 2) Tingkat Pendidikan :
 - a. Tidak sekolah ()
 - b. SD ()
 - c. SMP ()
 - d. SMA ()
 - e. Perguruan Tinggi ()

- 3. Nama Ibu :**
- 1) Usia :
- 2) Tingkat Pendidikan : a. Tidak sekolah ()
 b. SD ()
 c. SMP ()
 d. SMA ()
 e. Perguruan Tinggi ()

2. Data Penghasilan Orang Tua

- Pekerjaan Ayah : a. Tidak Bekerja ()
 b. Bekerja ()
- Jenis Pekerjaan : a. PNS ()
 b. Wiraswasta ()
 c. Petani ()
 d. Nelayan ()
 e. Pedagang ()
 f. Buruh ()
 g. Lain-lain : sebutkan.....

3. Gaji per bulan Ayah : a. Kurang dari Rp. 2.156.809,00 ()
 b. Lebih dari Rp. 2.156.809,00 ()

- Pekerjaan Ibu : a. Bekerja ()
 b. Tidak bekerja/ibu rumah tangga ()

- Jenis Pekerjaan : a. PNS ()
 b. Wiraswasta ()
 c. Petani ()
 d. Nelayan ()
 e. Pedagang ()
 f. Buruh ()
 g. Lain-lain : sebutkan.....

4. Gaji per bulan ibu : a. Kurang dari Rp. 2.156.809,00 ()
 b. Lebih dari Rp. 2.156.809,00 ()

Total pendapatan keluarga

:.....

Lampiran 6

DATA PENELITIAN

No	Inisia I	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Ibu	RT	Berat Badan	Penghasilan	Kunjungan	Status Gizi
1	An.A	16 Bulan	L	SMP	14	11,2	Rendah	Aktif	Gizi Baik
2	An.A	14 Bulan	L	SMP	14	10,4	Rendah	Aktif	Gizi Baik
3	An.M	24 Bulan	P	SMP	14	8,8	Rendah	Aktif	Gizi Kurang
4	An.A	14 Bulan	L	SMA	14	10,8	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
5	An.S	16 Bulan	P	SMA	14	10,3	Tinggi	Tidak aktif	Gizi Baik
6	An.K	13 Bulan	P	SMA	12	9,2	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
7	An.S	16 Bulan	L	SMA	14	10,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
8	An.H	28 Bulan	P	SMA	14	11,7	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
9	An.I	32 Bulan	L	SMP	14	16	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
10	An.V	23 Bulan	P	SD	14	9	Rendah	Tidak Aktif	Gizi Kurang
11	An.A	16 Bulan	L	SMP	14	11,7	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
12	An.A	13 Bulan	P	SMA	14	9,6	Tinggi	Tidak Aktif	Gizi Baik
13	An.H	28 Bulan	L	SMA	14	12,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
14	An.A	16 Bulan	P	SMP	14	10,4	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
15	An.M	13 Bulan	L	PT	14	10,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
16	An.J	16 Bulan	P	SD	14	11,2	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
17	An.M	35 Bulan	L	PT	14	10,8	Tinggi	Aktif	Gizi Kurang
18	An.M	14 Bulan	L	SMP	14	11,2	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
19	An.F	15 Bulan	P	SMP	13	10,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
20	An.A	15 Bulan	P	SMP	14	10,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
21	An.A	24 Bulan	P	SMA	11	13,8	Rendah	Aktif	Gizi Baik
22	An.A	14 Bulan	L	SMP	12	9,7	Tinggi	Tidak Aktif	Gizi Baik
23	An.T	59 Bulan	P	SMA	14	20,1	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
24	An.S	51 Bulan	P	SMA	13	15,4	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
25	An.T	49 Bulan	P	SMP	13	17,3	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
26	An.A	48 Bulan	L	SMP	12	15,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
27	An.N	49 Bulan	L	SMA	12	16,1	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
28	An.M	46 Bulan	L	SMP	12	15,3	Tinggi	Tidak aktif	Gizi Baik
29	An.Q	45 Bulan	P	SMA	12	13,7	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
30	An.A	38 Bulan	L	SMP	14	14,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
31	An.A	38 Bulan	P	SMP	12	12,3	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
32	An.M	39 Bulan	P	SMP	12	11,8	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
33	An.M	35 Bulan	L	SMA	14	10,9	Tinggi	Aktif	Gizi Kurang
34	An.A	36 Bulan	P	SMP	12	15,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
35	An.I	33 Bulan	L	SMA	14	14,3	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
36	An.Z	38 Bulan	P	SMP	12	13,4	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
37	An.A	30 Bulan	L	SD	12	15,2	tinggi	Tidak Aktif	Gizi Baik
38	An.R	47 Bulan	L	SMP	12	11,8	Rendah	Aktif	Gizi Kurang
39	An.S	32 Bulan	P	SMP	12	16,4	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
40	An.K	28 Bulan	P	SMA	14	13,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
41	An.N	27 Bulan	P	SMA	13	10,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
42	An.K	13 Bulan	P	SMP	13	11,1	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
43	An.A	22 Bulan	P	SMA	13	13,8	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
44	An.A	22 Bulan	P	SMA	12	8,5	Tinggi	Aktif	Gizi Kurang
45	An.S	27 Bulan	L	SD	11	9,7	Tinggi	Tidak Aktif	Gizi Kurang
46	An.V	21 Bulan	P	SMA	11	10,8	Tinggi	Tidak Aktif	Gizi Baik
47	An.M	20 Bulan	L	SMA	13	12,7	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
48	An.H	30 Bulan	L	SMP	12	10,2	Rendah	Aktif	Gizi Kurang
49	An.A	27 Bulan	P	SMP	12	15,2	Tinggi	Aktif	Gizi Baik

50	An.G	21 Bulan	L	SMP	12	11,5	Rendah	Aktif	Gizi Baik
51	An.N	21 Bulan	L	SMA	13	13,6	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
52	An.K	19 Bulan	P	SMA	13	9,4	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
53	An.M	18 Bulan	P	SMP	12	8,8	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
54	An.J	21 Bulan	L	SMP	11	9,6	Tinggi	Tidak aktif	Gizi Baik
55	An.S	15 Bulan	L	SD	13	7,8	Tinggi	Aktif	Gizi Kurang
56	An.F	15 Bulan	P	SMA	13	9,2	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
57	An.M	33 Bulan	L	SMA	13	13,9	Tinggi	Aktif	Gizi Baik
58	An.A	35 Bulan	P	SD	14	10,6	Tinggi	Tidak Aktif	Gizi Kurang
59	An.V	38 Bulan	P	SMA	13	12	Tinggi	Aktif	Gizi Baik



B. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Kategori dan ambang batas status gizi anak adalah sebagai mana terdapat pada tabel di bawah ini:

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

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





Lampiran 2
Keputusan Menteri Kesehatan RI
Nomor : 1995/MENKES/SK/XII/2010
Tanggal : 30 Desember 2010

Tabel 1
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U)
Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4	5.0
1	2.9	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6
2	3.8	4.3	4.9	5.6	6.3	7.1	8.0
3	4.4	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0	9.0
4	4.9	5.6	6.2	7.0	7.8	8.7	9.7
5	5.3	6.0	6.7	7.5	8.4	9.3	10.4
6	5.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8	10.9
7	5.9	6.7	7.4	8.3	9.2	10.3	11.4
8	6.2	6.9	7.7	8.6	9.6	10.7	11.9
9	6.4	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0	12.3
10	6.6	7.4	8.2	9.2	10.2	11.4	12.7
11	6.8	7.6	8.4	9.4	10.5	11.7	13.0
12	6.9	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0	13.3
13	7.1	7.9	8.8	9.9	11.0	12.3	13.7
14	7.2	8.1	9.0	10.1	11.3	12.6	14.0
15	7.4	8.3	9.2	10.3	11.5	12.8	14.3
16	7.5	8.4	9.4	10.5	11.7	13.1	14.6
17	7.7	8.6	9.6	10.7	12.0	13.4	14.9
18	7.8	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7	15.3
19	8.0	8.9	10.0	11.1	12.5	13.9	15.6
20	8.1	9.1	10.1	11.3	12.7	14.2	15.9
21	8.2	9.2	10.3	11.5	12.9	14.5	16.2
22	8.4	9.4	10.5	11.8	13.2	14.7	16.5
23	8.5	9.5	10.7	12.0	13.4	15.0	16.8
24	8.6	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3	17.1
25	8.8	9.8	11.0	12.4	13.9	15.5	17.5
26	8.9	10.0	11.2	12.5	14.1	15.8	17.8
27	9.0	10.1	11.3	12.7	14.3	16.1	18.1
28	9.1	10.2	11.5	12.9	14.5	16.3	18.4
29	9.2	10.4	11.7	13.1	14.8	16.6	18.7
30	9.4	10.5	11.8	13.3	15.0	16.9	19.0



Lanjutan
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U)
Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
31	9.5	10.7	12.0	13.5	15.2	17.1	19.3
32	9.6	10.8	12.1	13.7	15.4	17.4	19.6
33	9.7	10.9	12.3	13.8	15.6	17.6	19.9
34	9.8	11.0	12.4	14.0	15.8	17.8	20.2
35	9.9	11.2	12.6	14.2	16.0	18.1	20.4
36	10.0	11.3	12.7	14.3	16.2	18.3	20.7
37	10.1	11.4	12.9	14.5	16.4	18.6	21.0
38	10.2	11.5	13.0	14.7	16.6	18.8	21.3
39	10.3	11.6	13.1	14.8	16.8	19.0	21.6
40	10.4	11.8	13.3	15.0	17.0	19.3	21.9
41	10.5	11.9	13.4	15.2	17.2	19.5	22.1
42	10.6	12.0	13.6	15.3	17.4	19.7	22.4
43	10.7	12.1	13.7	15.5	17.6	20.0	22.7
44	10.8	12.2	13.8	15.7	17.8	20.2	23.0
45	10.9	12.4	14.0	15.8	18.0	20.5	23.3
46	11.0	12.5	14.1	16.0	18.2	20.7	23.6
47	11.1	12.6	14.3	16.2	18.4	20.9	23.9
48	11.2	12.7	14.4	16.3	18.6	21.2	24.2
49	11.3	12.8	14.5	16.5	18.8	21.4	24.5
50	11.4	12.9	14.7	16.7	19.0	21.7	24.8
51	11.5	13.1	14.8	16.8	19.2	21.9	25.1
52	11.6	13.2	15.0	17.0	19.4	22.2	25.4
53	11.7	13.3	15.1	17.2	19.6	22.4	25.7
54	11.8	13.4	15.2	17.3	19.8	22.7	26.0
55	11.9	13.5	15.4	17.5	20.0	22.9	26.3
56	12.0	13.6	15.5	17.7	20.2	23.2	26.6
57	12.1	13.7	15.6	17.8	20.4	23.4	26.9
58	12.2	13.8	15.8	18.0	20.6	23.7	27.2
59	12.3	14.0	15.9	18.2	20.8	23.9	27.6
60	12.4	14.1	16.0	18.3	21.0	24.2	27.9



Tabel 9
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U)
Anak Perempuan Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2	4.8
1	2.7	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5	6.2
2	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6	7.5
3	4.0	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5	8.5
4	4.4	5.0	5.7	6.4	7.3	8.2	9.3
5	4.8	5.4	6.1	6.9	7.8	8.8	10.0
6	5.1	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3	10.6
7	5.3	6.0	6.8	7.6	8.6	9.8	11.1
8	5.6	6.3	7.0	7.9	9.0	10.2	11.6
9	5.8	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5	12.0
10	5.9	6.7	7.5	8.5	9.6	10.9	12.4
11	6.1	6.9	7.7	8.7	9.9	11.2	12.8
12	6.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5	13.1
13	6.4	7.2	8.1	9.2	10.4	11.8	13.5
14	6.6	7.4	8.3	9.4	10.6	12.1	13.8
15	6.7	7.6	8.5	9.6	10.9	12.4	14.1
16	6.9	7.7	8.7	9.8	11.1	12.6	14.5
17	7.0	7.9	8.9	10.0	11.4	12.9	14.8
18	7.2	8.1	9.1	10.2	11.6	13.2	15.1
19	7.3	8.2	9.2	10.4	11.8	13.5	15.4
20	7.5	8.4	9.4	10.6	12.1	13.7	15.7
21	7.6	8.6	9.6	10.9	12.3	14.0	16.0
22	7.8	8.7	9.8	11.1	12.5	14.3	16.4
23	7.9	8.9	10.0	11.3	12.8	14.6	16.7
24	8.1	9.0	10.2	11.5	13.0	14.8	17.0
25	8.2	9.2	10.3	11.7	13.3	15.1	17.3
26	8.4	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.7
27	8.5	9.5	10.7	12.1	13.7	15.7	18.0
28	8.6	9.7	10.9	12.3	14.0	16.0	18.3
29	8.8	9.8	11.1	12.5	14.2	16.2	18.7
30	8.9	10.0	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0
31	9.0	10.1	11.4	12.9	14.7	16.8	19.3
32	9.1	10.3	11.6	13.1	14.9	17.1	19.6
33	9.3	10.4	11.7	13.3	15.1	17.3	20.0
34	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.6	20.3
35	9.5	10.7	12.0	13.7	15.6	17.9	20.6



Lanjutan
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U)
Anak Perempuan Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
36	9.6	10.8	12.2	13.9	15.8	18.1	20.9
37	9.7	10.9	12.4	14.0	16.0	18.4	21.3
38	9.8	11.1	12.5	14.2	16.3	18.7	21.6
39	9.9	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0	22.0
40	10.1	11.3	12.8	14.6	16.7	19.2	22.3
41	10.2	11.5	13.0	14.8	16.9	19.5	22.7
42	10.3	11.6	13.1	15.0	17.2	19.8	23.0
43	10.4	11.7	13.3	15.2	17.4	20.1	23.4
44	10.5	11.8	13.4	15.3	17.6	20.4	23.7
45	10.6	12.0	13.6	15.5	17.8	20.7	24.1
46	10.7	12.1	13.7	15.7	18.1	20.9	24.5
47	10.8	12.2	13.9	15.9	18.3	21.2	24.8
48	10.9	12.3	14.0	16.1	18.5	21.5	25.2
49	11.0	12.4	14.2	16.3	18.8	21.8	25.5
50	11.1	12.6	14.3	16.4	19.0	22.1	25.9
51	11.2	12.7	14.5	16.6	19.2	22.4	26.3
52	11.3	12.8	14.6	16.8	19.4	22.6	26.6
53	11.4	12.9	14.8	17.0	19.7	22.9	27.0
54	11.5	13.0	14.9	17.2	19.9	23.2	27.4
55	11.6	13.2	15.1	17.3	20.1	23.5	27.7
56	11.7	13.3	15.2	17.5	20.3	23.8	28.1
57	11.8	13.4	15.3	17.7	20.6	24.1	28.5
58	11.9	13.5	15.5	17.9	20.8	24.4	28.8
59	12.0	13.6	15.6	18.0	21.0	24.6	29.2
60	12.1	13.7	15.8	18.2	21.2	24.9	29.5

Frequency Table

Usia Balita					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	1	1.7	1.7	1.7
	13	4	6.8	6.8	8.5
	14	4	6.8	6.8	15.3
	15	4	6.8	6.8	22.0
	16	6	10.2	10.2	32.2
	18	1	1.7	1.7	33.9
	19	1	1.7	1.7	35.6
	20	1	1.7	1.7	37.3
	21	4	6.8	6.8	44.1
	22	2	3.4	3.4	47.5
	23	2	3.4	3.4	50.8
	24	1	1.7	1.7	52.5
	27	2	3.4	3.4	55.9
	28	3	5.1	5.1	61.0
	30	2	3.4	3.4	64.4
	32	2	3.4	3.4	67.8
	33	2	3.4	3.4	71.2
	35	3	5.1	5.1	76.3
	36	1	1.7	1.7	78.0
	38	4	6.8	6.8	84.7
39	1	1.7	1.7	86.4	
45	1	1.7	1.7	88.1	
46	1	1.7	1.7	89.8	
47	1	1.7	1.7	91.5	
48	1	1.7	1.7	93.2	

	49	2	3.4	3.4	96.6
	51	1	1.7	1.7	98.3
	59	1	1.7	1.7	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Balita					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-Laki	27	45.8	45.8	45.8
	Perempuan	32	54.2	54.2	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Pekerjaan Ibu Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	50	84.7	84.7	84.7
	Bekerja	9	15.3	15.3	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Pekerjaan Ayah Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	59	100.0	100.0	100.0

Pendidikan Ibu Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	10.2	10.2	10.2
	SMP	26	44.1	44.1	54.2

	SMA	25	42.4	42.4	96.6
	PT	2	3.4	3.4	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Pendidikan Ayah responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	3.4	3.4	3.4
	SMP	16	27.1	27.1	30.5
	SMA	38	64.4	64.4	94.9
	PT	3	5.1	5.1	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Jenis Pekerjaan Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	48	81.4	81.4	81.4
	Buruh	2	3.4	3.4	84.7
	Honor	2	3.4	3.4	88.1
	PNS	3	5.1	5.1	93.2
	Swasta	4	6.8	6.8	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Jenis Pekerjaan Ayah					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pedagang	3	5.1	5.1	5.1
	Buruh	10	16.9	16.9	22.0
	Driver	1	1.7	1.7	23.7

	Honor	1	1.7	1.7	25.4
	PNS	2	3.4	3.4	28.8
	Swasta	42	71.2	71.2	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Penghasilan Ortu Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	8	13.6	13.6	13.6
	Tinggi	51	86.4	86.4	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Kunjungan Balita					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Aktif	10	16.9	16.9	16.9
	Aktif	49	83.1	83.1	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Status Gizi Balita					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	10	16.9	16.9	16.9
	Baik	49	83.1	83.1	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penghasilan Ortu Responden * Status Gizi Balita	59	100.0%	0	.0%	59	100.0%
Kunjungan Balita * Status Gizi Balita	59	100.0%	0	.0%	59	100.0%

Penghasilan Ortu Responden * Status Gizi Balita

Crosstab					
			Status Gizi Balita		Total
			Kurang	Baik	
Penghasilan Ortu Responden	Rendah	Count	4	4	8
		Expected Count	1.4	6.6	8.0
		% within Penghasilan Ortu Responden	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Status Gizi Balita	40.0%	8.2%	13.6%
		% of Total	6.8%	6.8%	13.6%
	Tinggi	Count	6	45	51
		Expected Count	8.6	42.4	51.0
		% within Penghasilan Ortu Responden	11.8%	88.2%	100.0%
		% within Status Gizi Balita	60.0%	91.8%	86.4%
		% of Total	10.2%	76.3%	86.4%
Total		Count	10	49	59
		Expected Count	10.0	49.0	59.0

	% within Penghasilan Ortu Responden	16.9%	83.1%	100.0%
	% within Status Gizi Balita	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	16.9%	83.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.182 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	4.723	1	.030		
Likelihood Ratio	5.663	1	.017		
Fisher's Exact Test				.022	.022
Linear-by-Linear Association	7.060	1	.008		
N of Valid Cases ^b	59				
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,36.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penghasilan Ortu Responden (Rendah / Tinggi)	7.500	1.474	38.155
For cohort Status Gizi Balita = Kurang	4.250	1.529	11.813
For cohort Status Gizi Balita = Baik	.567	.281	1.141
N of Valid Cases	59		

Kunjungan Balita * Status Gizi Balita

Crosstab					
			Status Gizi Balita		Total
			Kurang	Baik	
Kunjungan Balita	Tidak Aktif	Count	3	7	10
		Expected Count	1.7	8.3	10.0
		% within Kunjungan Balita	30.0%	70.0%	100.0%
		% within Status Gizi Balita	30.0%	14.3%	16.9%
		% of Total	5.1%	11.9%	16.9%
	Aktif	Count	7	42	49
		Expected Count	8.3	40.7	49.0
		% within Kunjungan Balita	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Status Gizi Balita	70.0%	85.7%	83.1%
		% of Total	11.9%	71.2%	83.1%
Total	Count	10	49	59	
	Expected Count	10.0	49.0	59.0	
	% within Kunjungan Balita	16.9%	83.1%	100.0%	
	% within Status Gizi Balita	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	16.9%	83.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.457 ^a	1	.227		
Continuity Correction ^b	.554	1	.457		
Likelihood Ratio	1.291	1	.256		
Fisher's Exact Test				.350	.219
Linear-by-Linear Association	1.432	1	.231		
N of Valid Cases ^b	59				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kunjungan Balita (Tidak Aktif / Aktif)	2.571	.534	12.378
For cohort Status Gizi Balita = Kurang	2.100	.652	6.760
For cohort Status Gizi Balita = Baik	.817	.536	1.245
N of Valid Cases	59		