



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP  
STATUS GIZI BALITA  
(Studi Kasus : Kecamatan Kuranji Kotan Padang)**

**SKRIPSI**



**ANGGIA LONIKA  
07151104**

**JURUSAN ILMU EKONOMI  
FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2011**

**FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS ANDALAS**

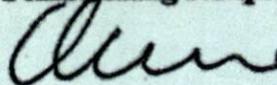
**TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI**

Dengan ini Dekan Fakultas Ekonomi, Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi, dan Pembimbing Skripsi menyatakan bahwa :

Nama : **ANGGIA LONIKA**  
No. BP : **07 151 104**  
Program Studi : **Ekonomi Pembangunan**  
Jurusan : **Ilmu Ekonomi**  
Judul Skripsi : **Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita (Studi Kasus: Kecamatan Kuranji Kota Padang)**

Telah diseminarkan pada tanggal 19 Juli 2011 dan telah disetujui dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Padang, 15 Agustus 2011  
Pembimbing Skripsi

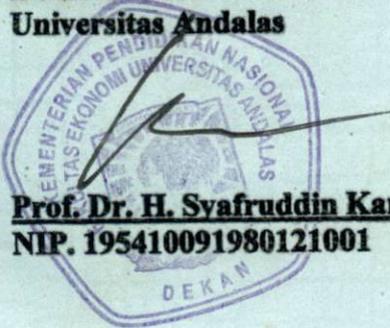


**Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA**  
**NIP. 131656496**

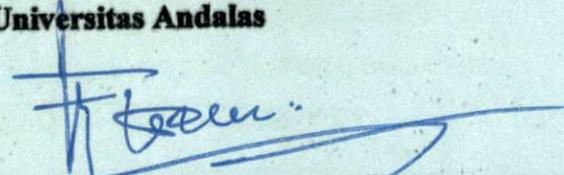
**Mengetahui,**

**Dekan Fakultas Ekonomi  
Universitas Andalas**

**Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi  
Universitas Andalas**



**Prof. Dr. H. Syafruddin Karimi, SE, MA**  
**NIP. 195410091980121001**



**Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA, Ing**  
**NIP. 130812952**

	No. Alumni Universitas	ANGGIA LONIKA	No. Alumni Fakultas
	<b>BIODATA</b>		
<p>a) Tempat/tanggal lahir : Padang/ 06 Desember 1989 b) Nama Orang Tua : H.Adhy M.Djamil (alm) dan Asmi c) Fakultas : Ekonomi d) Jurusan : Ilmu Ekonomi e) No.BP : 07151104 f) Tanggal Lulus : 19 Juli 2011 g) Prediket Lulus : Sangat Memuaskan h) IPK : 3,36 i) Alamat Orang Tua : Jl. Dr. A. Rivai No. 19 RT 06/ RW 1 Kelurahan Kayu Kubu Kecamatan Guguk Panjang Kota Bukittinggi</p>			

**Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita  
(Studi Kasus : Kecamatan Kuranji Kota Padang)**

Skripsi S1 oleh : Anggia Lonika

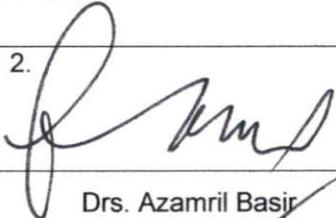
Pembimbing Skripsi : Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA

**Abstrak**

Faktor gizi merupakan faktor yang memiliki peranan penting dalam menciptakan SDM yang berkualitas. Faktor gizi harus diperhatikan sejak anak balita. Anak balita merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat sehingga memerlukan zat gizi yang tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisa faktor – faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang 2011. Data yang digunakan dalam penelitian adalah data primer yang diperoleh dari 96 orang responden yang dipilih secara accidental. Berdasarkan hasil penelitian dari 96 responden dapat dilihat 80,21 % balita berstatus gizi baik, 13,54 % berstatus gizi kurang dan 6,25 % berstatus gizi buruk. Dari hasil uji statistik Chi - Square ditemukan bahwa faktor – faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita antara lain, pengetahuan gizi ibu ( $\chi^2 = 6,140$ ,  $p = 0,013$ ,  $p < \alpha$ ), kejadian diare ( $\chi^2 = 3,928$ ,  $p = 0,047$ ,  $p < \alpha$ ) dan kebiasaan mencuci tangan ( $\chi^2 = 7,037$ ,  $p = 0,008$ ,  $p < \alpha$ ). Sedangkan faktor – faktor yang tidak berpengaruh antara lain pendapatan rumah tangga ( $\chi^2 = 0,731$ ,  $p = 0,392$ ,  $p > \alpha$ ), pelayanan kesehatan ( $\chi^2 = 0,362$ ,  $p = 0,547$ ,  $p > \alpha$ ), pemberian ASI eksklusif ( $\chi^2 = 0,893$ ,  $p = 0,345$ ,  $p > \alpha$ ) dan sumber air bersih ( $\chi^2 = 0,005$ ,  $p = 0,941$ ,  $p > \alpha$ ).  $\alpha = 10\%$ .

Skripsi telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus tanggal : 19 Juli 2011

Abstrak telah disetujui oleh pembimbing dan penguji :

Tanda Tangan	1. 	2. 	3. 
Nama Terang	Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA	Drs. Azamril Basir	Sri Maryati, SE.M.Si

Mengetahui,  
Ketua Jurusan

**Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE. M.Ec. DEA. Ing**

NIP. 130 812 952

  
Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke fakultas/ universitas dan mendapat nomor alumnus :

		<b>Petugas Fakultas/ Universitas</b>	
No. Alumni Fakultas		Nama	Tanda Tangan
No. Alumni Universitas		Nama	Tanda Tangan

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis sampaikan kepada Allah SWT beserta salawat dan salam kepada Rasulullah SAW, atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan berjudul **"Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita, Studi Kasus : Kecamatan Kuranji Kota Padang"**.

Selama proses penulisan skripsi, penulis menemui beberapa kendala. Namun dapat juga teratasi berkat bantuan, bimbingan, dan dorongan berbagai pihak ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak **Prof. Dr. H. Elfindri, SE. MA** selaku pembimbing skripsi yang telah dengan sepenuh hati memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapak **Drs. Azamril Basir** dan Ibu **Sri Maryati, SE. M.Si** selaku pembahas skripsi yang telah banyak memberikan saran, pendapat, serta dukungan moril sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak **Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE. M. Ec. DEA. Ing** selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi Universitas Andalas.
4. Bapak **Prof. Dr. H. Syafruddin Karimi, SE, MA** selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.
5. Ibu **Dra. Laksmi Dewi, M.Si** selaku Pembimbing Akademik penulis.

6. Bapak **Febriandi Prima Putra, SE, M.Si** selaku Ketua Program Studi Ilmu Ekonomi serta telah membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.
7. Bapak dan Ibu dosen yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan pengajaran kepada penulis.
8. Uni Nel, Pak Ujang, Pak Oyon, Buk Nini, Pak Suryadi serta seluruh karyawan dan karyawan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas yang telah memberikan bantuan dan kemudahan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Kepada ibuku dan uni serta hagi yang selalu menemani, memberi semangat dan dukungan yang tiada hentinya pada penulis. Terkhusus buat ayah yang menjadi kekuatanku selama ini. Dan terima kasih untuk keluarga besarku atas segala dukungannya.
10. Teman-teman Ilmu Ekonomi '07 senasib seperjuangan, Eca, Imel, Lusi, Okti, Nera, Enda, Febi, Rio, Amir, Dayat, Rian, Hajal, Ee, Eka, Aau, Rizky, Eno, Eci, Celsy juga kepada senior Ilmu Ekonomi kak Nayla, abang Fran, abang Nover, abang Nanang serta kepada teman-teman Ilmu Ekonomi lainnya yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas bantuan dan pertemanannya selama ini.
11. Sahabatku Iwit, Omi, Ide, Winda, Ira, Tesa, Tia, Ocin, Dije dan Tika. Karena kalian hidupku berwarna dan berarti. Kalian tidak sekedar teman bagiku tapi juga saudaraku.
12. Teman-teman KKN Iil, Tiara, abang Pela, Arif, Lutfan, Janewar dan teman-teman knn lainnya, senang bisa kenal kalian semua. Pengalaman, suka-duka dan kenangan bersama kalian menjadi inspirasi bagiku. Dan untuk teman-teman baikku serta guru-guruku saat SD, SMP, SMA, ku ucapkan terima kasih banyak atas pelajaran hidup selama ini.

13. Serta untuk semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan, semangat dan doa kepada penulis.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa dalam tulisan ini masih banyak terdapat kekurangan, maka masukan berupa kritik dan saran dari berbagai pihak dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi dunia pengetahuan dan bagi kita semua. Bagaimanapun juga dari Allah SWT semuanya bermula dan kepada Allah SWT jugalah kita kembali. Semoga ridho Allah menyertai kita semua. Amin amin ya robbilalamin, assalammualaikum warrahmatullahiwabarakatuh.

Padang, 15 Agustus 2011

**PENULIS**

**(Anggia Lonika)**

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*" Sesungguhnya sesudah kesulitan ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai dari satu urusan kerjakanlah dengan sungguh – sungguh urusan yang lain. Dan hanya kepada Tuhan-Mu lah kamu berharap" (Al – Insyirah : 6 – 8 )*

## *Alhamdulillah*

*Puji syukur ku ucapkan kehadiran-Mu Ya Allah  
Bersujudku atas anugerah yang telah engkau kirimkan kepadaku.  
Penantian itu datang  
Dengan perjuangan meraihnya tanpa kenal lelah  
Keteguhan dan ketekunan serta yakin dan percaya  
Akhirnya sebuah masa lelah ku lalui dengan penuh warna, rasa dan ribuan perkara  
Dan kini semuanya berbuah kebahagiaan.*

## *Terima Kasih Ya Allah*

*Engkau Telah memberikan keselamatan bagi ku untuk membahagiakan mereka  
Aku menyadari sepenuhnya apa yang ku perbuat hari ini  
Belum sepenuhnya mampu membayar semua jerih payah yang ia lakukan kepadaku  
Aku memohon jadikanlah keringat mereka sebagai mutiara yang berkilauan di saat kegelapan.  
Orang-orang yang aku cintai dan mencintai ku*

*Kupersembahkan sebuah karya kecilku ini  
untuk orang-orang tercinta yang menjadi bagian terpenting dalam hidup ku  
Ibuku dan kakakku serta Hagi  
Sebagai tanda bukti dan terima kasih yang setulus-tulusnya Atas segala pengorbanan, cinta  
kasih serta ketulusan hati untuk membimbing ku sampai sekarang. Dan untuk Ayahku  
tersayang. Terima kasih Ayah.*

*Amin.... 😊😊😊😊*

# DAFTAR ISI

## BAB I PENDAHULUAN

1.1.	Latar Belakang .....	1
1.2.	Perumusan Masalah .....	6
1.3.	Tujuan Penelitian .....	7
1.4.	Manfaat Penelitian .....	7
1.5.	Ruang Lingkup.....	7
1.6.	Sistematika Penulisan .....	8

## BAB II KAJIAN TEORI, KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

2.1.	Kajian Teori .....	9
2.1.1.	Konsep Status Gizi.....	9
2.1.2.	Konsep Pendapatan.....	23
2.1.3.	Konsep Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu .....	24
2.1.4.	Konsep Pelayanan Kesehatan .....	26
2.1.5.	Konsep Kejadian Diare .....	27
2.1.6.	Konsep Pola Hidup Bersih dan Sehat .....	29
2.1.7.	Penelitian Terdahulu .....	34
2.2.	Kerangka Konseptual .....	37
2.3.	Hipotesis .....	39

## BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1.	Jenis Penelitian .....	40
3.2.	Lokasi Penelitian.....	40

3.3.	Populasi dan Sampel .....	40
3.4.	Data dan Sumber Data .....	42
3.5.	Defenisi Operasional .....	42
3.6.	Analisis Data dan Pengujian Statistik .....	45
3.7.	Metode Pengujian Statistik .....	45

## BAB IV GAMBARAN UMUM DAN KARAKTERISTIK RESPONDEN

4.1.	Gambaran Umum .....	47
4.1.1.	Gambaran Umum Kecamatan Kuranji.....	47
4.1.2.	Gambaran Umum Puskesmas Kuranji .....	49
4.2.	Keadaan Demografi .....	52
4.2.1.	Jumlah dan Tingkat Pertumbuhan Penduduk .....	53
4.2.2.	Struktur Penduduk .....	54
4.3.	Karakteristik Responden.....	54
4.3.1.	Usia Ibu .....	55
4.3.1.	Pendidikan Ibu .....	56
4.3.3.	Status Gizi Balita .....	56
4.3.4.	Pendapatan Rumah Tangga .....	58
4.3.5.	Pengetahuan Gizi Ibu.....	60
4.3.6.	Akses Pelayanan Kesehatan.....	61
4.3.7.	Kejadian Diare .....	62
4.3.8.	Pemberian Asi Eksklusif.....	64
4.3.9.	Sumber Air Bersih .....	65
4.3.10.	Kebiasaan Mencuci Tangan.....	66

## BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Analisis Variabel – Variabel yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Kecamatan Kuranji .....	68
5.1.1. Hubungan Pendapatan Rumah Tangga dengan Status Gizi Balita ....	68
5.1.2. Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita	70
5.1.3. Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Balita ...	71
5.1.4. Hubungan Kejadian Diare dengan Status Gizi Balita .....	73
5.1.5. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita .....	75
5.1.6. Hubungan Sumber Air Bersih dengan Status Gizi Balita .....	76
5.1.7. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan dengan Status Gizi Balita .....	78
5.2. Implikasi Kebijakan .....	80

## BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan .....	85
6.2. Saran.....	86

## DAFTAR PUSTAKA

Lampiran 1

Lampiran 2

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Status Gizi Berdasarkan Indeks Antropometri.....	22
Tabel 3.1. Defenisi Operasional.....	43
Tabel 4.1. Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin .....	50
Tabel 4.2. Posyandu Berdasarkan Strata Tahun 2010.....	52
Tabel 4.3. Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	55
Tabel 4.4. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan .....	56
Tabel 4.5. Distribusi Status Gizi Balita di Kecamatan Kuranji .....	57
Tabel 4.6. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin .....	57
Tabel 4.7. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Umur .....	58
Tabel 4.8. Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Rumah Tangga di Kecamatan Kuranji .....	59
Tabel 4.9. Distribusi Responden Berdasarkan Kunjungan Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Kuranji.....	62
Tabel 4.10. Jumlah Balita Mengalami Diare di Kecamatan Kuranji .....	63
Tabel 4.11. Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Kuranji.....	64
Tabel 4.12. Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Air Bersih di Kecamatan Kuranji.....	65
Tabel 4.13. Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan di Kecamatan Kuranji .....	66
Tabel 5.1. Tabel Silang Hubungan Pendapatan dengan Status Gizi Balita...68	
Tabel 5.2. Tabel Silang Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita.....	70

Tabel 5.3.	Tabel Silang Hubungan Frekuensi Mengakses Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Balita .....	72
Tabel 5.4.	Tabel Silang Hubungan Kejadian Diare dengan Status Gizi Balita .....	74
Tabel 5.5.	Tabel Silang Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita .....	76
Tabel 5.6.	Tabel Silang Hubungan Sumber Air Bersih dengan Status Gizi Balita .....	77
Tabel 5.7.	Tabel Silang Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan dengan Status Gizi Balita.....	78

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Hubungan Gizi dan Pembangunan.....	2
Gambar 2.1.	Hubungan Antara Faktor Asupan Gizi dengan Status Kesehatan .....	11
Gambar 2.2.	Metode Penilaian Status Gizi .....	14
Gambar 2.3.	Kerangka Konseptual Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi .....	38
Gambar 4.1.	Laju Pertumbuhan Penduduk Kecamatan Kuranji .....	53
Gambar 4.2.	Struktur Penduduk Kecamatan Kuranji Tahun 2009 .....	54
Gambar 4.3.	Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu.....	60
Gambar 4.4.	Persentase Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu.....	61
Gambar 4.5.	Persentase Kejadian Diare di Kecamatan Kuranji .....	63

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

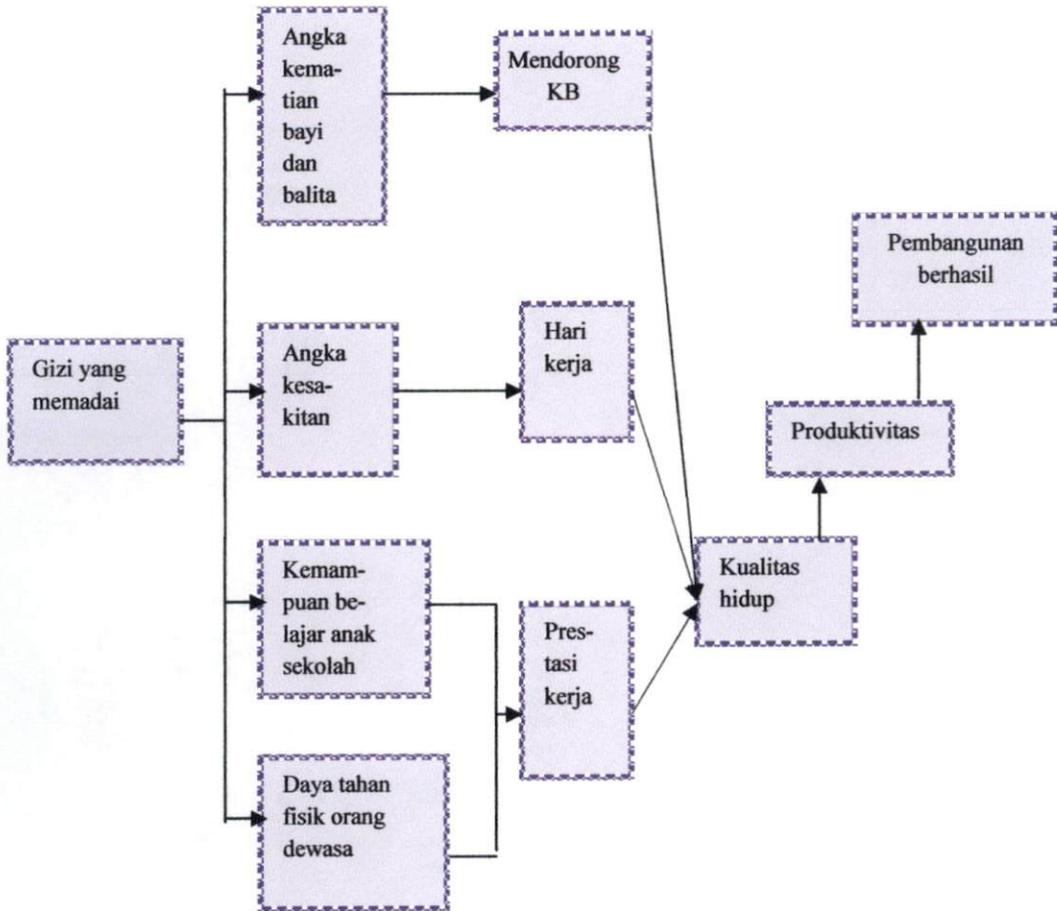
### **1.1. Latar Belakang**

Faktor- faktor yang mempengaruhi status gizi balita penting untuk dikaji. Dengan mengetahui faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi maka kita dapat mengambil langkah tepat dalam upaya perbaikan gizi masyarakat. Faktor ini merupakan faktor yang berguna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Karena kesehatan sebagai hak asasi manusia secara tegas diamanatkan oleh Undang – Undang Dasar tahun 1945 (Dinas Kesehatan Padang, 2010).

Faktor gizi merupakan salah satu faktor yang memiliki peranan penting dalam menciptakan SDM yang berkualitas disamping kesehatan, pendidikan, teknologi, informasi, dan jasa pelayanan lainnya. Kekurangan gizi dapat merusak kualitas SDM, dan tentunya akan mengurangi kesempatan masyarakat untuk ikut serta dalam pembangunan nasional (Baliwati dkk, 2004).

Seperti yang tertera dalam tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang dilakukan secara berkelanjutan. Dimana peningkatan sektor kesehatan ini menjadi salah satu hal penting dalam upaya pembangunan bangsa (Ali, 2007). Upaya peningkatan kualitas SDM tersebut dimulai melalui pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Depkes RI dalam Handayani dkk, 2008). Hubungan gizi dan pembangunan tersebut dapat dilihat pada gambar 1.1.

**Gambar 1.1**  
**Hubungan Gizi dan Pembangunan**



Sumber : Supariasa dkk, 2001

Gizi kurang dan gizi buruk pada balita berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kesehatan. Secara tidak langsung gizi kurang dan gizi buruk dapat menyebabkan anak balita mengalami defisiensi zat gizi yang dapat berakibat panjang, yaitu berkaitan dengan kesehatan anak, pertumbuhan anak, penyakit infeksi dan kecerdasan anak seperti halnya karena serangan penyakit tertentu. Apabila hal ini dibiarkan tentunya balita sulit sekali berkembang. Dengan demikian jelaslah masalah gizi merupakan masalah bersama dan semua keluarga harus bertindak atau berbuat untuk melakukan perbaikan gizi. Balita termasuk

dalam kelompok rentan gizi, dimana pada umur 0 – 4 tahun merupakan saat pertumbuhan bayi yang relatif cepat. Dan pada masa ini merupakan masa pertumbuhan besar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya (Sanyoto dkk, 2005).

Untuk melihat status gizi masyarakat biasanya dilakukan terhadap penduduk usia dibawah 5 tahun (balita). Secara umum status gizi dapat diwakili dengan status gizi balita., karena pada usia ini merupakan masa tumbuh kembang yang kritis dan rawan gizi (Aminah dkk, 2005). Konsumsi makanan balita sangat tergantung dengan orang dewasa di sekitarnya. Status gizi balita juga dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemiskinan.

Secara umum terdapat 4 masalah utama kurang gizi di Indonesia yaitu KEP (Kekurangan Energi Protein), Anemia Gizi Besi, Kurang Vitamin A dan Gangguan akibat kurang yodium (Biro Pusat Statistik, 2003). Salah satu dampak paling fatal dari Kurang Energi Protein pada balita adalah kematian. Karena kekurangan kalori dan protein berkorelasi positif dengan angka kematian bayi (Mosley dan Chen, 1984).

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada balita banyak sekali, diantaranya adalah pendapatan, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan. Menurut Ali (2007), pendapatan dapat mempengaruhi pola konsumsi suatu keluarga. Perolehan pendapatan yang tinggi, maka akan semakin cukup konsumsi makan yang kaya akan asupan gizi bagi keluarga. Tetapi sebaliknya, perolehan pendapatan yang rendah dalam suatu keluarga maka akan semakin

rendah pula mengkonsumsi makanan yang kaya akan gizi bagi keluarganya. Karena dalam hal ini suatu keluarga hanya akan pas-pasan dalam memenuhi kebutuhannya, dengan kata lain kurang memperhatikan asupan gizi.

Sedangkan menurut Andarwati (2007) faktor yang juga mempengaruhi gizi adalah pengetahuan ibu tentang gizi. Karena menurutnya tingkat pengetahuan gizi ibu yang rendah berakibat buruk pada status gizi balita. Karena dengan luasnya pengetahuan ibu tentang gizi tentunya dapat mengetahui makanan mana yang bergizi yang dapat diberikan pada bayinya.

Kejadian diare juga berhubungan dengan gizi. Kejadian diare sering diderita pada anak yang keadaan gizinya buruk. Diare dan gizi memiliki hubungan timbal balik. Elfindri dalam Chaidir (2003) mengemukakan bahwa diare merupakan proses pertama terjadinya kekurangan gizi. Karena insiden penyakit yang berulang – ulang ini akan menyebabkan berat badan menurun. Apalagi diare masih termasuk dalam 10 penyakit utama yang sering terjadi di Kota Padang. Penyakit diare yang banyak ditemukan adalah gastro enteritis yang disebabkan oleh kuman. Pada tahun 2009 terjadi kasus diare sebanyak 17483 kejadian ini meningkat dibanding tahun 2008 (Dinas Kesehatan Padang, 2010). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, diare menjadi penyebab kematian 31,4 % bayi berusia 29 hari hingga 11 bulan. Sekitar 162 ribu balita meninggal karena diare setiap tahun atau sekitar 460 balita setiap hari (<http://padangekspress.com>).

Mempraktikkan PHBS merupakan langkah tepat dalam upaya memantau pertumbuhan dan pencegahan balita dari kurang gizi, dengan mengetahui ada atau tidaknya kurang gizi pada balita yang dapat dilakukan melalui penimbangan berat

badan (BB) setiap bulan (Supriasa, 2001). Beberapa perilaku hidup bersih dan sehat adalah pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan ibu.

Pemberian ASI eksklusif berpengaruh terhadap kondisi gizi si anak. Anak-anak yang ketika bayi diberi ASI eksklusif lebih memiliki daya tahan tubuh yang baik dibandingkan anak-anak yang tidak diberikan ASI eksklusif ketika bayi.

Sumber air bersih juga berperan penting pada tumbuh kembang anak. Karena air merupakan kebutuhan yang sangat vital dalam kehidupan. Sumber air minum yang baik tentunya akan meningkatkan derajat kesehatan anak (BPS, 2003).

Perilaku higienis seperti kebiasaan mencuci tangan juga merupakan indikator dalam kesejahteraan keluarga. Kebiasaan ibu bertindak bersih dan sehat akan mengurangi anak-anak terkena resiko penyakit.

Menurut data yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2010, angka indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) Indonesia menduduki peringkat terendah dalam penerapan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun. DKI Jakarta yang notabene merupakan ibukota Negara, hanya 43,8 % atau tidak sampai separo penduduk yang terbiasa mencuci tangan dengan sabun. Dan yang terendah kesadarannya adalah Sumbar yang persentasenya hanya 7 %. Data tersebut menunjukkan bahwa perilaku cuci tangan belum membudaya di masyarakat (<http://padangekspres.com>).

Melihat fenomena ini peneliti tertarik untuk meneliti "Faktor - Faktor Yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita (Studi kasus : Kecamatan Kuranji Kota Padang).

## **1.2. Perumusan Masalah**

Gizi kurang dan gizi buruk pada balita berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kesehatan. Secara tidak langsung gizi kurang dan gizi buruk dapat menyebabkan anak balita mengalami defisiensi zat gizi yang dapat berakibat panjang, yaitu berkaitan dengan kesehatan anak, pertumbuhan anak, penyakit infeksi dan kecerdasan anak seperti halnya karena serangan penyakit tertentu. Apabila hal ini dibiarkan tentunya balita sulit sekali berkembang. Dengan demikian jelaslah masalah gizi merupakan masalah bersama dan semua keluarga harus bertindak atau berbuat untuk melakukan perbaikan gizi. Karena pembangunan manusia yang cerdas tidak akan berjalan lancar jika masih banyaknya masalah gizi yang terjadi.

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah karakteristik status gizi balita dan faktor yang mempengaruhinya di Kecamatan Kuranji Kota Padang.
2. Faktor apa saja yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui karakteristik status gizi balita dan faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang.
2. Menganalisis faktor – faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah :

1. Secara Teoritik

Diharapkan dapat memberi informasi faktor – faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang.

2. Secara Praktis

Diharapkan dapat memberi pertimbangan dan pengetahuan bagi Departemen Kesehatan kota setempat pentingnya peningkatan status gizi anak sejak balita sekaligus untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

### **1.5. Ruang Lingkup**

Kesehatan memang merupakan masalah yang sampai saat ini belum terselesaikan. Penelitian ini hanya dibatasi pada ruang lingkup faktor – faktor yang berpengaruh terhadap gizi balita antara lain faktor sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, infeksi penyakit, dan pola hidup bersih dan sehat di Kecamatan Kuranji yaitu, pendapatan, pengetahuan ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

## **1.6. Sistematika Penulisan**

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai masalah yang dibahas, maka sistematika penulisan adalah sebagai berikut:

### **BAB I : PENDAHULUAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.

### **BAB II : KERANGKA TEORI**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kajian teori dan konseptual serta hipotesa.

### **BAB III : METODE PENELITIAN**

Bagian ini menjelaskan sumber data dan metode analisa data.

### **BAB IV : GAMBARAN UMUM DAN KARAKTERISTIK RESPONDEN DAERAH PENELITIAN**

Pada bab ini akan diuraikan tentang gambaran umum Kecamatan Kuranji dan Puskesmas Kuranji antara lain mengenai keadaan geografis dan kependudukan. Dan karakteristik responden daerah penelitian.

### **BAB V : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasannya.

### **BAB VI : KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran.

## BAB II

### KAJIAN TEORI, KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS

#### 2.1. Kajian Teori

##### 2.1.1. Konsep status gizi

Status gizi yaitu tanda – tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh nutriture yang terlihat melalui variabel tertentu (Habicht dalam Mailefni, 1998).

Sedangkan menurut Arifuddin (2009), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi pada anak dalam jangka waktu yang lama.

Menurut Deswarni Idras dan Gatot Kunanto (1990) dalam Supariasa, dkk (2001) beberapa istilah yang berhubungan dengan status gizi diuraikan sbb :

##### 1. Gizi (*Nutrition*)

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

## **2. Keadaan Gizi**

Keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh.

## **3. Status Gizi (*Nutrition Status*)**

Eksresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrire dalam bentuk variabel tertentu. Contoh: Gondok endemik merupakan keadaan tidak seimbangny pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh.

## **4. Malnutrition (Gizi Salah, *Malnutrisi*)**

Keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara relatif maupun absolut satu atau lebih zat gizi.

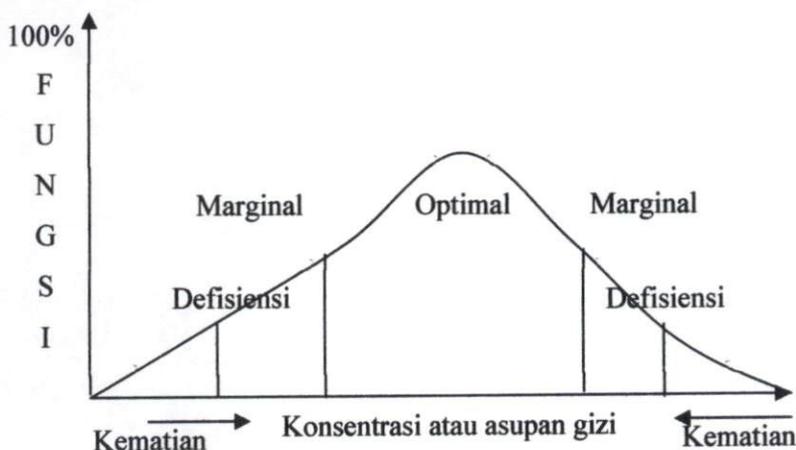
## **5. Kurang Energi Protein (KEP)**

Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO-NCHS. KEP merupakan defisiensi gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas terutama pada balita. Pada umumnya penderita KEP berasal dari keluarga yang berpenghasilan rendah.

Kekurangan Energi Protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus. Namun gejala klinis KEP berat secara garis besar dapat dibedakan menjadi 3 yaitu Marasmus, Kwasiorkor, atau Marasmic-Kwasiorkor (Supariasa dkk, 2001).

Dikatakan status gizi baik atau status gizi optimal terjadi apabila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan bekerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Untuk mengetahui seseorang mengalami gangguan gizi dibutuhkan pengetahuan gizi yang baik. Sebagai akibat kelebihan atau kekurangan zat gizi manfaat/dampaknya dapat kita lihat pada gambar di bawah ini.

**Gambar 2.1**  
**Hubungan antara Faktor Asupan Zat Gizi dengan Status Kesehatan**



Sumber : Willet W, 1998. Nutrition Epidemiology, Sccond edition Oxford Universty Press. New York. Hlm. 13 dalam Supariasa (2001)

### **2.1.1.1. Penilaian Status Gizi**

Menurut Supriasa penilaian status gizi dapat dilakukan dengan 2 cara :

#### **a. Penilaian secara langsung**

Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Adapun penilaian dari masing-masing adalah sebagai berikut :

##### *1. Antropometri*

*Antropometri* secara umum bermakna ukuran tubuh manusia. *Antropometri* gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

##### *2. Biokimia*

Biokimia adalah suatu pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: urine, tinja, darah, beberapa jaringan tubuh lain seperti hati dan otot.

##### *3. Klinis*

Metode ini, didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal tersebut dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

#### 4. Biofisik

Penentuan gizi secara biofisik adalah suatu metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi, khususnya jaringan, dan melihat perubahan struktur jaringan.

##### **b. Penilaian secara tidak langsung**

Penilaian status gizi secara tidak langsung dibagi menjadi 3 yaitu: survey konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi.

##### 1. Survey konsumsi makanan

Survey konsumsi makanan adalah suatu metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi.

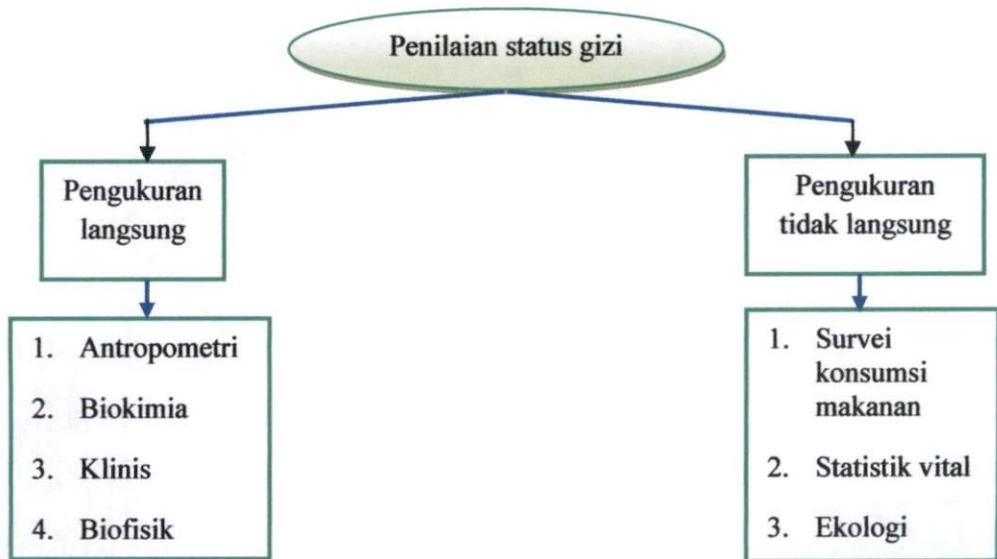
##### 2. Statistik vital

Statistik vital adalah dengan cara menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

##### 3. Ekologi

Berdasarkan ungkapan dari Bengoa dikatakan bahwa malnutrisi 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 dll.

**Gambar 2.2**  
**Metode Penilaian Status Gizi**



Sumber : Jellife dalam Supariasa, dkk, 2001

Salah satu metode yang umum digunakan di Indonesia adalah dengan penggunaan *antropometri*. Yang berasal dari kata: *antropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran); *antropometri* = ukuran tubuh. Menurut Jellife (1966) *antropometri* gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

Sebagai indikator status gizi, *antropometri* dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Jenis parameter *antropometri*:

1. Umur
2. Berat Badan
3. Tinggi Badan
4. Lingkar Lengan Atas
5. Lingkar Kepala

## 6. Lingkar Dada

## 7. Jaringan Lunak

Di dalam ilmu gizi, status gizi tidak hanya diketahui dengan mengukur BB atau TB sesuai dengan umur secara sendiri-sendiri, tetapi juga dalam bentuk indikator yang dapat merupakan kombinasi dari ketiganya. Masing-masing indikator mempunyai makna sendiri-sendiri. Misalnya kombinasi BB dan umur membentuk indikator BB menurut umur yang disimbolkan dengan "BB/U". Kombinasi TB dan umur membentuk indikator TB menurut umur yang disimbolkan dengan "TB/U". Kombinasi BB dan TB membentuk indikator BB menurut TB yang disimbolkan dengan "BB/TB" (Soekirman dalam Ernawati, 2003).

### **a. Indikator BB/U**

Indikator BB/U berguna untuk mengukur status gizi saat ini.

#### 1) Cara Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan cara :

- a) Timbang berat badan anak
- b) Siapkan tabel rujukan WHO-NCHS untuk indikator BB/U yang sesuai dengan jenis kelamin anak
- c) Perhatikan kolom paling kiri untuk variabel perujuk yaitu umur
- d) Bandingkan hasil pengukuran dengan angka yang ada dalam tabel.

- (1) Tergolong gizi lebih jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom + 2 SD baku WHO-NCHS
- (2) Tergolong gizi baik jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom -2 SD dan lebih kecil dari + 2 SD baku WHO-NCHS
- (3) Tergolong gizi kurang jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom - 3 SD lebih kecil dari - 2 SD baku WHO-NCHS
- (4) Tergolong gizi buruk jika hasil ukur lebih kecil dari angka pada kolom -3 SD baku WHO-NCHS

2) Kelebihan indikator BB/U

- a) Mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum
- b) Sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka pendek
- c) Dapat mendeteksi kegemukan

3) Kelemahan indikator BB/U

- a) Interpretasi status gizi dapat keliru apabila terdapat pembengkakan atau *oedem*
- b) Data umur yang akurat sulit diperoleh terutama di negara yang sedang berkembang
- c) Kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak tidak dilepas/ dikoreksi dan anak bergerak terus

- d) Masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orangtua untuk tidak mau menimbang anaknya karena dianggap seperti barang dagangan

## **b. Indikator TB/U**

Indikator TB/U berguna untuk menggambarkan status gizi masa lalu. Dalam keadaan normal tinggi badan tumbuh bersamaan dengan bertambahnya umur. Pertambahan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap kurang gizi dalam waktu singkat. Pengaruh kurang gizi terhadap pertumbuhan tinggi badan baru terlihat dalam waktu yang cukup lama.

### 1) Cara Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan cara :

- a) Ukur tinggi badan anak
- b) Siapkan tabel rujukan WHO-NCHS untuk indikator TB/U yang sesuai dengan jenis kelamin anak
- c) Perhatikan kolom paling kiri untuk variabel perujuk yaitu Umur
- d) Bandingkan hasil pengukuran dengan angka yang ada dalam tabel.

(1) Tergolong normal jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom - 2 SD baku WHO - NCHS

(2) Tergolong *Stunted*/ pendek gizi baik jika hasil ukur lebih kecil dari angka pada kolom -2 SD baku WHO-NCHS

- 2) Kelebihan indikator TB/U
  - a) Dapat memberikan gambaran riwayat keadaan gizi masa lampau
  - b) Dapat dijadikan indikator sosial ekonomi penduduk
- 3) Kekurangan indikator TB/U
  - a) Kesulitan untuk mengukur panjang badan pada usia balita
  - c) Tidak dapat menggambarkan keadaan gizi saat ini
  - c) Memerlukan data umur yang akurat yang sering sulit diperoleh negara-negara berkembang
  - d) Kesalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur, terutama jika dilakukan oleh tenaga non profesional.

### **c. Indikator BB/TB**

Merupakan pengukuran antropometri yang terbaik. Ukuran ini dapat menggambarkan status gizi saat ini dengan lebih sensitif. Berat badan berkorelasi linear dengan tinggi badan artinya dalam keadaan normal perkembangan berat badan akan mengikuti pertambahan tinggi badan pada percepatan tertentu. Dengan demikian berat badan yang normal akan proposional dengan tinggi badannya (Soekirman dalam Ernawati, 2003).

#### 1) Cara Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan cara :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan anak
- b) Siapkan tabel rujukan WHO-NCHS untuk indikator BB/TB yang sesuai dengan jenis kelamin anak

c) Perhatikan kolom paling kiri untuk variabel perujuk yaitu Tinggi Badan

d) Bandingkan hasil pengukuran dengan angka yang ada dalam tabel.

(1) Tergolong gemuk lebih jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom + 2 SD baku WHO-NCHS

(2) Tergolong normal jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom -2 SD dan lebih kecil dari +2 SD baku WHO-NCHS

(3) Tergolong kurus/ *wasted* jika hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom -3 SD lebih kecil dari - 2 SD baku WHO-NCHS

(4) Tergolong sangat kurus gizi buruk jika hasil ukur lebih kecil dari angka pada kolom -3 SD baku WHO – NCHS

2) Kelebihan pemakaian indikator BB/TB

a) Independen terhadap umur dan ras

b) Dapat menilai status “kurus” dan “gemuk” dan keadaan marasmus atau KEP berat yang lain.

3) Kelemahan pemakaian indikator BB/TB

a) Kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak yang tidak dilepas dan anak bergerak terus

- b) Kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang atau tinggi badan pada kelompok usia balita
- c) Masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orang tua untuk tidak mau menimbang anaknya karena dianggap seperti barang dagangan
- d) Kasalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur, terutama jika dilakukan oleh petugas non professional
- e) Tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut normal, pendek atau jangkung

Secara ilmiah *antropometri* gizi diakui kebenarannya. Hampir semua Negara menggunakan *antropometri* sebagai metode untuk mengukur status gizi masyarakat.

Keunggulan *antropometri* gizi :

- a. Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
- b. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli
- c. Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat.
- d. Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan.
- e. Dapat mendeteksi riwayat gizi masa lampau
- f. Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang dan gizi buruk karena sudah ada ambang batas yang jelas.

- g. Metode *antropometri* dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari satu generasi ke generasi selanjutnya.
- h. Metode *antropometri* gizi dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

Kelemahan *antropometri* gizi ;

- a. Tidak sensitif

Disamping itu tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zink dan Fe.

- b. Faktor di luar gizi (penyakit, genetik, dan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran *antropometri*.
- c. Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran *antropometri* gizi.

Dari berbagai jenis parameter dalam *antropometri*, untuk menginterpretasikan dibutuhkan ambang batas, penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para ahli gizi. Ambang batas menurut Supariasa dapat disajikan kedalam 3 cara yaitu persen terhadap median, persentil dan standar deviasi unit.

- a. Persen terhadap median

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Dalam antropometri gizi median sama dengan persentil 50. Nilai median ini dinyatakan sama dengan 100% (untuk standar). Setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas.

Rumus persen terhadap median

$$\% \text{ median} = \frac{\text{nilai individu subyek}}{\text{nilai median baku rujukan}} \times 100 \%$$

**Tabel 2.1**  
**Status Gizi Berdasarkan Indeks Antropometri**

Status Gizi	BB/U	TB/U	BB/TB
Gizi baik	> 80 %	> 90 %	> 90 %
Gizi sedang	71 % – 80 %	81 % – 90 %	81 % – 90 %
Gizi kurang	61 % – 70 %	71 % – 80 %	71 % – 80 %
Gizi buruk	≤ 60 %	≤ 70 %	≤ 70 %

Catatan : Persen dinyatakan terhadap median baku NCHS.

Sumber : Yayah K. Husaini. Antropometri sebagai Indeks Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: medika (1997: 60) dalam Supariasa (2001). Persen dinyatakan terhadap baku NCHS.

b. Persentil

Para pakar merasa kurang puas dengan menggunakan persen terhadap median, akhirnya memilih cara persentil. Persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada dibawahnya.

National Center for Health Statistics (NCHS) merekomendasikan persentil ke 5 sebagai batas gizi baik dan kurang, serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik.

c. Standar deviasi unit (SD)

Standar deviasi unit disebut juga Z-skor. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan.

Rumus perhitungan Z skor adalah

$$Z_{\text{skor}} = \frac{\text{nilai individu subyek} - \text{nilai median baku rujukan}}{\text{nilai simpang baku rujukan}}$$

Sumber: Gizi Indonesia, Vol XV No 2 Tahun 1990 (Supariasa, 2001)

Keterangan ;

Status gizi lebih : > 2 SD

Status gizi baik :  $\geq - 2$  SD dan  $\leq 2$  SD

Status gizi kurang : < - 2 SD

Status gizi buruk : < - 3 SD

### 2.1.2. Konsep Pendapatan

Salah satu indikator utama ekonomi adalah untuk mengukur kemampuan rumah tangga dalam mengkonsumsi kebutuhan hidupnya adalah tingkat pendapatan dan pengeluaran, akan tetapi yang lebih penting adalah mengetahui besarnya perbandingan antara penerimaan dengan pengeluaran (Ali, 2007).

Menurut Badudu dalam Ali ( 2007) pendapatan berarti penghasilan atau nafkah. Lebih lanjut ia mengatakan bahwa, pendapatan bisa dalam bentuk:

- a. Pendapatan bersih, yaitu penghasilan yang diperoleh sesudah dipotong dengan semua pengeluaran.

- b. Pendapatan bruto, yaitu penghasilan yang diperoleh sebelum dikurangi dengan pengeluaran
- c. Pendapatan buruh, yaitu upah yang diterima oleh kaum buruh.

Menurut Jhingan (2004), pendapatan adalah penghasilan berupa uang selama periode tertentu, pendapatan yang diperoleh tersebut digunakan untuk keperluan hidup untuk mencapai kepuasan

Defenisi lain dari pendapatan adalah sejumlah uang/ perolehan yang diterima sebagai hasil dari pekerjaan/ balas jasa seseorang. Pendapatan inilah yang menjadi ukuran kondisi ekonomi suatu keluarga. Semakin tinggi tingkat pendapatannya, maka semakin tinggi pula tingkat kesejahteraan keluarganya.

### **2.1.3. Konsep Tingkat Pengetahuan Ibu**

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Sebab lain yang tidak kalah penting dari gangguan gizi adalah kekurangan pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo dalam Kusumawati, 2004).

Suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan yaitu:

- a. Status gizi cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan.

- b. Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal. Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi (Suhardjo dalam Kusumawati, 2004).

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

- b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.

- c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

#### **2.1.4. Konsep Pelayanan Kesehatan**

Upaya pelayanan kesehatan dasar diarahkan kepada peningkatan kesehatan dan status gizi anak sehingga terhindar dari kematian dini dan mutu fisik yang rendah (Aritonang, 2003).

Peran pelayanan kesehatan telah lama diadakan untuk memperbaiki status gizi. Pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kesehatan dengan adanya penanganan yang cepat terhadap masalah kesehatan terutama masalah gizi. Pelayanan yang selalu siap dan dekat dengan masyarakat akan sangat

membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dengan pelayanan kesehatan masyarakat yang optimal kebutuhan kesehatan masyarakat akan terpenuhi (Herper, dkk dalam Mastari, 2009). Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yaitu kegiatan posyandu yang dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan anak balita dengan penimbangan berat badan (BB) secara rutin setiap bulan. Monitoring pertumbuhan berat badan anak dilakukan dengan mengikutsertakan ibu – ibu anak balita untuk dapat membaca hasil penimbangan anak balita yang kemudian dicatat ke dalam kartu menuju sehat (KMS) (Elfindri, 2003).

#### **2.1.5. Konsep Kejadian Diare**

Diare sesuai dengan defenisi *Hippocrates*, maka diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang tidak normal (3 kali dalam sehari) dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair (Nelson dkk, 1969 dan Mosley, 1973). Semakin buruk keadaan gizi anak, semakin sering dan semakin berat diare yang dideritanya (Suharyono, 2008).

Diare merupakan mekanisme perlindungan tubuh untuk mengeluarkan sesuatu yang merugikan atau racun dari dalam tubuh, namun banyaknya cairan tubuh yang dikeluarkan bersama tinja akan mengakibatkan dehidrasi yang dapat berakibat kematian. Oleh karena itu, diare tidak boleh dianggap sepele, keadaan ini harus dihadapi dengan serius mengingat cairan banyak keluar dari tubuh, sedangkan tubuh manusia pada umumnya 60% terdiri dari

air, sebab itu bila seseorang menderita diare berat, maka dalam waktu singkat saja tubuh penderita sudah kelihatan sangat kurus (Kamalia, 2005).

Sedangkan diare menurut Prabu dalam Kamalia (2005) merupakan gejala, jadi bukan penyakit, sama halnya dengan demam panas, bukan suatu penyakit tetapi merupakan gejala dari suatu penyakit tertentu, contoh: malaria, radang, paru, influinza, dan lain-lain. Ada dua jenis diare menurut lama hari terjadinya yaitu diare akut dan diare kronik. Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat serta berlangsung antara 3-5 hari. Sedangkan diare kronik adalah diare yang berlanjut lebih dari 2 minggu, disertai kehilangan berat badan atau tidak bertambahnya berat badan.

#### **2.1.6. Konsep Pola Hidup Bersih dan Sehat**

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sehingga dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Dinas Kesehatan Padang, 2009).

Tujuan PHBS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat agar hidup sehat, serta meningkatkan peran aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha dalam upaya mewujudkan derajat hidup yang optimal (Dinas Kesehatan Padang, 2009).

Jenis kegiatan PHBS mencakup enam bidang yaitu : Bidang gizi, KIA dan KB, kesehatan lingkungan, jaminan pemeliharaan kesehatan, gaya hidup sehat dan bidang obat dan farmasi.

10 Indikator dalam Pola Hidup Bersih dan Sehat :

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi bayi ASI eksklusif
3. Menimbang bayi dan balita
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktifitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok dalam rumah

#### **2.1.6.1. Konsep Pemberian ASI Eksklusif**

Pemberian ASI eksklusif adalah keadaan dimana bayi hanya mendapat ASI langsung dari ibunya atau mendapat ASI perahan dan tidak

memperoleh makanan cair atau padat lainnya kecuali obat tetes atau sirup yang berisi suplemen vitamin, mineral, atau obat. Bayi yang hanya mendapat ASI perahan dalam cangkir sementara ibunya bekerja diluar rumah masih dianggap sebagai bayi yang mendapat ASI eksklusif (Gibney, dkk, 2009).

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi, karena merupakan makanan alamiah yang sempurna. ASI merupakan makanan yang aman dan terjamin kebersihannya karena langsung diberikan kepada bayi dalam keadaan segar. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Jumlah dan komposisi ASI berbeda-beda dari hari ke hari sangat sesuai dengan kebutuhan artinya zat gizi yang masuk ke dalam tubuh akan sesuai dengan laju pertumbuhannya.

Menurut Aritonang (2003), keunggulan ASI sudah tidak perlu diragukan lagi. ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan bayi, mengandung zat kekebalan terhadap penyakit, dan tidak perlu dibeli, sekaligus merupakan ungkapan rasa kasih sayang ibu kepada anak.

ASI eksklusif merupakan mikronutrein penting bagi balita. Pemberian ASI dalam waktu yang cukup pada balita dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi dan penyakit lainnya. Lamanya balita diberi ASI yang terbaik adalah sampai usia 2 tahun. Sejak lahir sampai usia enam bulan bayi sebaiknya diberi ASI saja (ASI Eksklusif) dan setelah

enam bulan bayi mulai dapat diberikan makanan tambahan pendamping ASI sampai usia dua tahun (Biro Pusat Statistik, 2008).

ASI dapat disimpan dalam waktu tertentu. ASI yang telah dimasukkan ke dalam cangkir atau gelas tertutup dapat disimpan di tempat yang sejuk, akan bertahan selama waktu 8-10 jam. Sedangkan jika disimpan di dalam lemari es akan bertahan selama 3 hari, didalam freezer lemari es dapat disimpan selama 3 bulan dan ASI dapat di simpan dalam peti pendingin (*chest freezer*) selama 6 bulan (Gibney dkk, 2009).

Kebiasaan penyapihan yang lebih dini sering mengakibatkan keadaan gizi kurang apabila makanan sapihan tidak diperhatikan. Keadaan tersebut umum dijumpai dikalangan anak umur kurang dari 18 bulan. Hal ini berkaitan dengan semakin menurunnya jumlah ASI dan tidak diimbangi dengan bertambahnya makanan pendamping ASI (Suhardjo dalam Kusumawati, 2004).

#### **2.1.6.2. Konsep Sumber Air Bersih**

Sumber daya air bersih adalah faktor utama sektor ekonomi dan lingkungan hidup yang sangat penting. Permasalahan yang sering timbul berkaitan dengan ketersediaan, distribusi, kualitas, harga dan inefisiensi pada perusahaan pemasok air bersih (Biro Pusat Statistik, 2009).

Sumber air minum adalah sumber dari air yang digunakan untuk keperluan minum anggota rumah tangga. Jika sumber air minumannya berasal lebih dari satu sumber, maka dipilih sumber air minum yang

paling banyak digunakan oleh anggota keluarga (Biro Pusat Statistik, 2009).

**a. Batasan sumber air yang bersih dan aman**

Menurut Chandra, air yang diperuntukkan bagi konsumsi manusia harus berasal dari sumber yang bersih dan aman. Batasan – batasan sumber air yang bersih dan aman tersebut, antara lain :

1. Bebas dari kontaminasi kuman atau bibit penyakit
2. Bebas dari substansi kimia yang berbahaya dan beracun.
3. Tidak berasa dan tidak berbau
4. Dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan domestik dan rumah tangga.
5. Memenuhi standar minimal yang ditentukan oleh WHO atau Departemen Kesehatan RI.

Air dikatakan tercemar bila mengandung bibit penyakit, parasit, bahan-bahan kimia yang berbahaya dan sampah atau limbah industri.

**b. Sumber air**

Berdasarkan letaknya air air dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :  
(Chandra, 2007).

1. Air angkasa (hujan)

Air angkasa atau air hujan merupakan sumber utama air di bumi. Walau pada saat presipitasi merupakan air yang paling bersih, air tersebut cenderung mengalami pencemaran ketika berada di

atmosfer. Pencemaran yang berlangsung di atmosfer itu dapat disebabkan oleh partikel debu, mikroorganisme dan gas, misalnya, karbondioksida, nitrogen dan ammonia.

## 2. Air permukaan

Air permukaan yang meliputi badan-badan air semacam sungai, danau, telaga, waduk, rawa, air terjun dan sumur permukaan, sebagian berasal dari air hujan yang jatuh ke permukaan bumi. Air hujan tersebut kemudian akan mengalami pencemaran baik oleh tanah, sampah maupun lainnya.

## 3. Air tanah

Air tanah (ground water) berasal dari air hujan yang jatuh ke permukaan bumi yang kemudian mengalami perkolasi atau penyerapan ke dalam tanah dan mengalami perkolasi atau penyerapan ke dalam tanah dan mengalami proses filtrasi secara ilmiah. Proses-proses yang telah dialami air hujan tersebut, di dalam perjalanannya ke bawah tanah, membuat air tanah menjadi lebih baik dan lebih murni dibandingkan air permukaan.

Air tanah memiliki beberapa kelebihan dibanding sumber air lain. Pertama, air tanah biasanya bebas dari kuman penyakit dan tidak perlu mengalami proses purifikasi atau penyernihan. Persediaan air tanah juga cukup tersedia sepanjang tahun, saat musim kemarau sekalipun. Sementara itu, air tanah juga memiliki beberapa

kerugian atau kelemahan dibanding sumber air lainnya. Air tanah mengandung zat-zat mineral dalam konsentrasi yang tinggi. Konsentrasi yang tinggi dari zat – zat mineral semacam magnesium, kalsium dan logam berat seperti besi dapat menyebabkan kesadahan air. Selain itu, untuk mengisap dan mengalirkan air ke atas permukaan, diperlukan pompa.

### **2.1.6.3. Konsep Kebiasaan Mencuci Tangan**

Mencuci tangan saja adalah salah satu tindakan pencegahan yang menjadi perilaku sehat dan baru dikenal pada akhir abad 19. Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman.

Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu dari *Hygienis Practise* atau perilaku hidup bersih dan sehat. Mencuci tangan dengan sabun merupakan kegiatan yang dilaksanakan pada bidang kesehatan lingkungan (Dinas Kesehatan Padang, 2010).

### **2.1.7. Penelitian Terdahulu :**

Rice Yunidra Ali, dalam penelitiannya yang berjudul “ Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi balita di Kelurahan Belakang Balok Kota Bukittinggi (2007)”. Menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan dan jumlah anggota keluarga tidak signifikan terhadap status gizi balita. Sedangkan

pendapatan, pendidikan ibu, akses ke posyandu, signifikan dalam arti mempunyai hubungan yang positif terhadap status gizi balita.

Dewi Andarwati, dalam penelitiannya yang berjudul “ Faktor – faktor yang berhubungan dengan status gizi balita pada keluarga petani di desa Purwojati Kec. Kertek Kabupaten Wonosobo (2007)”. Meneliti sembilan buah variabel yang mempengaruhi status gizi balita, yaitu hubungan antara pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu, tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, tingkat pendidikan ibu, besar keluarga, status pekerjaan ibu, dan pantangan makan balita. Dari ke sembilan variabel tersebut, pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu, tingkat konsumsi energi dan tingkat konsumsi protein berhubungan dengan status gizi balita. Sedangkan tingkat pendidikan ibu, besar keluarga, status pekerjaan ibu dan pantangan makan balita tidak berpengaruh terhadap status gizi balita.

Mailefni, dalam penelitiannya yang berjudul “Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi balita di Indonesia (1998)”. Meneliti empat buah variabel yang mempengaruhi status gizi balita, yaitu rata – rata lama disusui, imunisasi, pendidikan ibu, dan PDRB perkapita. Dari keempat variabel, PDRB per kapita tidak begitu dominan pengaruhnya terhadap status gizi balita, yang dilihat dari persamaan regresi yang dihasilkan berkorelasi negatif, sedangkan imunisasi mempunyai pengaruh terkuat terhadap status gizi balita.

Tarigan, dalam penelitiannya yang berjudul “Faktor – faktor yang berhubungan dengan status gizi anak umur 6-36 sebelum dan sesudah krisis

ekonomi di Jawa Tengah (2003)". Menyimpulkan bahwa secara keseluruhan hasil penelitian bahwa pada kelompok anak umur 6-36 bulan menunjukkan tidak ada perbedaan status gizi sebelum dan saat krisis ekonomi. Namun setelah dilakukan *disaggregate* pada kelompok umur, terlihat bahwa kelompok umur yang status gizi kurang berubah (meningkat) pada saat krisis adalah kelompok umur 18-36 bulan berdasarkan BB/U. Prevalensi status gizi kurang menurut faktor risiko pada saat krisis meningkat dibanding sebelum krisis, antara lain faktor risiko diare, ISPA, status ASI, jenis kelamin, nomor urut lahir, pendidikan ibu, pendidikan ayah, jumlah anggota keluarga, luas rumah, tempat BAB dan sumber air minum. Sebelum krisis faktor risiko yang berhubungan dengan status gizi adalah status ASI, pendidikan ibu, status diare, dan sumber air minum.

Aeda Ernawati dalam penelitiannya hubungan faktor sosial ekonomi, higiene sanitasi lingkungan, tingkat konsumsi dan infeksi dengan status gizi anak usia 2-5 tahun di Kabupaten Semarang (2003) yang menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan tingkat konsumsi energi dan protein. Tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein dan kejadian ISPA berhubungan dengan status gizi. Tingkat pendapatan per kapita, tidak berhubungan dengan tingkat konsumsi energi dan protein. Higiene sanitasi lingkungan tidak berhubungan dengan kejadian ISPA dan diare. Kejadian diare tidak berhubungan dengan status gizi anak.

Nur'aini, dalam penelitiannya yang berjudul "Pola Aktivitas, Konsumsi Pangan, Status Gizi dan Kesehatan Anak Jalanan Kota Bandung".

Variabel yang diteliti adalah tingkat kecukupan energi, jenis pekerjaan, durasi anak jalanan, kebiasaan mencuci tangan, diare status gizi dan status kesehatan. Dari penelitian diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis pekerjaan dan durasi anak jalanan dengan tingkat kecukupan gizi. Selain itu, hasil analisis korelasi *Pearson* menunjukkan bahwa tidak terdapat antara tingkat kecukupan energi dan zat gizi dengan status gizi anak jalanan. Terdapat hubungan yang signifikan negatif antara kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun dengan diare. Terdapat hubungan yang signifikan antara skor higiene personal anak jalanan dengan status kesehatan anak jalanan. Dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecukupan energi dan zat gizi dengan status kesehatan anak jalanan. Selain itu hasil analisis *Spearman* juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi dengan status kesehatan anak jalanan.

## **2.2. Kerangka Konseptual**

Kerangka konseptual ini dimaksudkan sebagai konsep untuk menjelaskan, mengungkapkan dan menentukan persepsi-persepsi keterkaitan maupun antar variabel. Dalam penelitian ini, status gizi balita di pengaruhi oleh beberapa variabel yaitu pendapatan, pendidikan, pemberian ASI eksklusif dan akses pelayanan kesehatan.

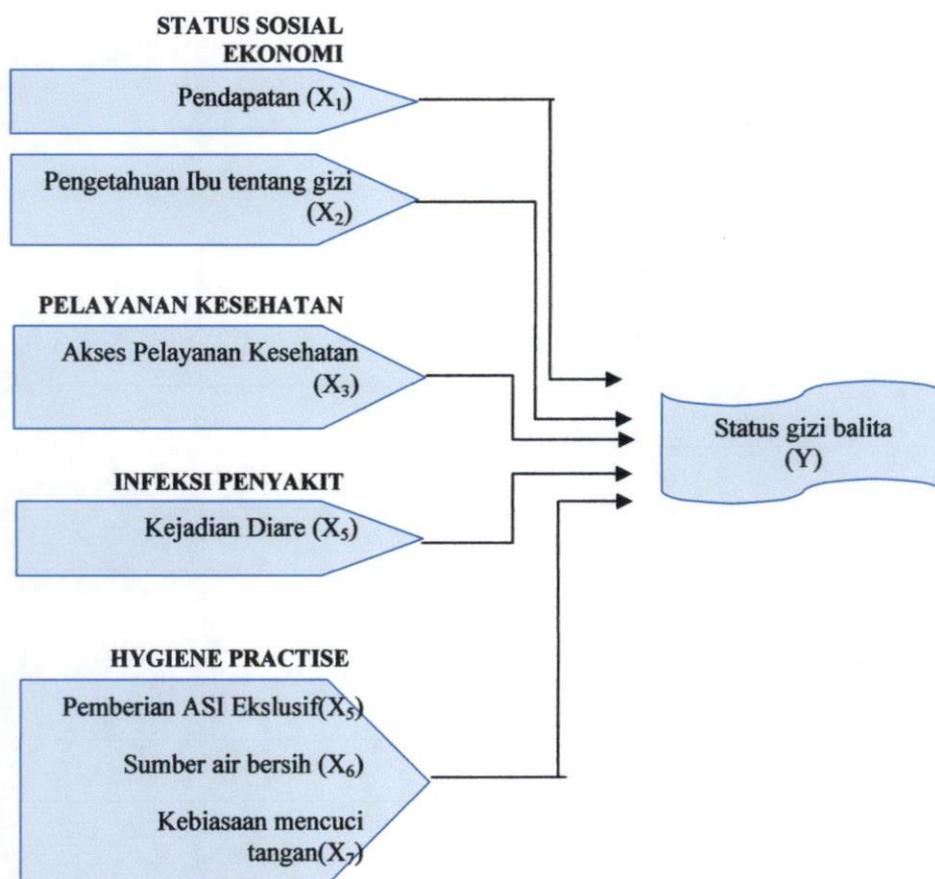
Kerangka pemikiran dibuat untuk memudahkan penulis menjelaskan hasil penelitian dan menciptakan model yang akan menjelaskan penelitian ini. Hubungan variabel bebas terhadap variabel terikat akan dijelaskan dalam diagram

atau bagan kerangka pemikiran. Pengaruh dari variabel bebas yang terdiri dari variabel pendapatan ( $X_1$ ), tingkat pengetahuan gizi ibu ( $X_2$ ), pelayanan kesehatan ( $X_3$ ), kejadian diare ( $X_4$ ), pemberian ASI eksklusif ( $X_5$ ), sumber air bersih ( $X_6$ ) dan kebiasaan mencuci tangan ( $X_7$ ) terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang. Dalam persamaan fungsi :

$$Y = f(X_1)(X_2)(X_3)(X_4)(X_5)(X_6)(X_7)$$

Untuk lebih jelas dapat di gambarkan seperti gambar di bawah ini.

**Gambar 2.3**  
**Kerangka Konseptual Faktor – Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita**



Sumber : Diadaptasi dari Sekaran (2006)

### **2.3. Hipotesis**

1. Pendapatan berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang
2. Pengetahuan ibu berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang
3. Pelayanan kesehatan berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang.
4. Kejadian diare berpengaruh negatif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang.
5. Pemberian ASI eksklusif berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang
6. Sumber air bersih berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang.
7. Kebiasaan mencuci tangan berpengaruh positif terhadap status gizi balita di Kecamatan Kuranji Padang.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini tergolong pada penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Karena penelitian ini menjelaskan variabel yang diteliti apa adanya dan secara tepat sesuai dengan keadaan sesungguhnya yang terjadi serta melihat apakah variabel bebas tersebut mempengaruhi variabel terikat pada saat yang bersamaan. Data yang digunakan adalah data kualitatif dan data kuantitatif.

#### **3.2. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian yang penulis lakukan ini ditetapkan pada Kecamatan Kuranji Kota Padang. Dengan pertimbangan daerah tersebut merupakan salah satu daerah rawan gizi dan memiliki permasalahan kesehatan lainnya yang terjadi pada anak seperti tingkat kejadian diare yang tinggi.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Berdasarkan masalah dan tujuan yang hendak dicapai, serta hipotesis yang telah dirumuskan, maka yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah jumlah balita yang ada di Kecamatan Kuranji Kota Padang yang berjumlah 2278 balita ( Dinas Kesehatan Padang, 2010).

## 2. Sampel

Penarikan sampel dalam suatu penelitian sangatlah penting karena tidak mungkin peneliti mengambil sampel dalam jumlah yang sangat besar, karena mengingat terbatasnya kemampuan, tenaga dan biaya peneliti.

Kriteria sample:

1. Ibu yang memiliki balita usia 6-23 bulan
2. Anak balita yang menimbang ke posyandu saat penelitian dilakukan.
3. Anak yang tidak menderita penyakit kronis
4. Jika satu memiliki lebih dari satu anak maka sampel yang diambil hanya satu anak.

Teknik pengambilan sampel dari populasi ini adalah *accidental sampling* yaitu mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmojo, 2010). Dalam pengambilan sampel digunakan rumus yang dikemukakan oleh Slovin (Umar, 2009) sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dimana:

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = persen kelonggaran ketidaktelitian kesalahan pengambilan sampel

Dalam penelitian ini, sampel balita sebanyak 2278 dgn  $e = 10\%$

maka jumlah sampel yang harus diambil :

$$\begin{aligned}n &= \frac{2278}{1 + 2278 (10\%)} \\ &= 95.79\end{aligned}$$

Jadi sampel diambil adalah 96 balita. Dengan responden sebanyak 96 ibu balita karena di anggap tiap ibu memiliki satu anak balita.

Karena teknik sampling yang digunakan adalah *accidental sampling* maka sampel yang diambil adalah setiap ibu – ibu yang secara kebetulan / insidental bertemu dengan peneliti. Sampel secara insidental diambil dari 23 posyandu yang tersebar di wilayah kerja Puskesmas Kuranji Kota Padang hingga memenuhi jumlah sampel yang telah ditentukan.

### **3.4. Data dan Sumber Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data yang dikumpulkan secara langsung dari lapangan, yang diperoleh dengan pemberian kuesioner kepada ibu-ibu yang memiliki balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang. Serta data sekunder digunakan untuk membantu penelitian ini yang bersumber dari instansi pemerintah yaitu Biro Pusat Statistik (BPS) dan Dinas Kesehatan Kota Padang dan juga pengumpulan informasi melalui literatur atau studi kepustakaan.

### 3.5. Definisi Operasional

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel independen adalah variabel terikat yang dipengaruhi oleh variabel independent. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang, sementara variabel independen adalah pendapatan, tingkat pengetahuan gizi ibu, pemberian ASI eksklusif, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, sumber air bersih serta kebiasaan mencuci tangan.

Adapun definisi operasional variabel yang digunakan adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Kategori	Skala
1	Status Gizi Balita	Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi pada anak dalam jangka waktu yang lama.	Timbangan dacin dan grafik BB/U WHO-NCHS	1 = Balita gizi baik ( $\geq 2SD$ dan $\leq 2SD$ ) 0 = Balita gizi kurang ( $< -2SD$ )	Ordinal
2	Pendapatan Rumah Tangga	Pendapatan adalah penghasilan berupa uang selama periode tertentu, pendapatan yang diperoleh tersebut digunakan untuk keperluan hidup untuk mencapai kepuasan	Kuesioner	1 = Pendapatan tinggi $\geq Rp.1000.000$ 0 = Pendapatan rendah $< Rp.1000.000$	Ordinal
3	Pengetahuan Gizi Ibu	Pengetahuan ibu tentang asupan makanan untuk bayinya sangatlah diperlukan. Diukur berdasarkan skor yang diperoleh dari 18 pertanyaan yang	Kuesioner	1 = Pengetahuan gizi baik (skor $\geq 12$ ) 0 = Pengetahuan gizi kurang baik (skor $< 12$ )	Ordinal

		diberikan, jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0			
4	Akses Pelayanan Kesehatan	Dengan sering mengunjungi pelayanan kesehatan akan sangat membantu dalam proses perbaikan kesehatan. Dengan akses kesehatan masyarakat yang optimal kebutuhan kesehatan dan pengetahuan gizi masyarakat akan terpenuhi	Kuesioner	1 = Rutin mengakses pelayanan kesehatan setiap bulan 0 = Tidak rutin mengakses pelayanan kesehatan setiap bulan	Ordinal
5	Kejadian Diare	Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang tidak normal (3 kali dalam sehari) dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair	Kuesioner	1 = Diare ( $\geq 3$ x sehari) 0 = Normal ( $< 3$ x sehari)	Ordinal
6	Pemberian ASI Eksklusif	ASI adalah makanan terbaik dan mikronutrien penting bagi bayi. ASI eksklusif adalah memberikan hanya ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin	Kuesioner	1 = ASI eksklusif (0 - 6 bulan tanpa makanan dan minuman tambahan) 0 = tidak ASI eksklusif (0 - 6 bulan dengan makanan dan minuman tambahan)	Ordinal
7	Sumber Air Bersih	Sumber air yang digunakan untuk keperluan anggota rumah tangga	Kuesioner	1 = PAM/Air ledeng 0 = Sumur/lainnya	Ordinal
8	Kebiasaan Mencuci Tangan	Mencuci tangan merupakan penerapan cara-cara	Kuesioner	1 = Mencuci tangan dengan sabun sebelum	Ordinal

		hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.		memberi makan anak 0 = Tidak mencuci tangan menggunakan sabun	
--	--	---	--	--	--

### 3.6. Analisis Data dan Pengujian Statistik

Data pengolahan dianalisis dengan analisis deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan keadaan apa yang disajikan dalam tabel tabulasi (*cross tabulacy*) dan dihitung persentasinya. Cara perhitungan persentase sangat menentukan keakuratan interpretasi. Jadi dalam perhitungan ini, persentasi responden dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk melihat hubungan antar variabel.

### 3.7. Metode Pengujian Statistik

*Chi-Square* digunakan untuk menguji hubungan dua variabel katagori yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Kelompok variabel bebas terdiri dari pendapatan, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan, sedangkan variabel terikat yaitu status gizi balita.

#### a. Uji *Chi Square*

Metode pengujian *Chi-Square* merupakan salah satu pengujian hipotesa dalam statistik non parametik dengan rumus sebagai berikut (Sugiyono, 2007).

$$X^2 = \sum \left[ \frac{(f_o - f_h)^2}{f_n} \right]$$

Dimana :

$X^2$  = Chi kuadrat

$f_o$  = Frekuensi yang diobservasi

$f_n$  = Frekuensi yang diharapkan

dimana koefisien kontingensi dirumuskan (Sugiyono, 2007) :

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + N}}$$

Jadi, *Chi square* merupakan penjumlahan dari serentetan rasio kuadrat pembeda antara frekuensi pengamatan dengan frekuensi pengharapannya dibagi dengan frekuensi harapan.

Taraf signifikansi yang digunakan adalah 10 % atau taraf kesalahan 0,1 dengan kriteria sebagai berikut :

- 1)  $H_0$  ditolak bila  $X^2$  hitung  $\geq X^2$  tabel
- 2)  $H_0$  diterima bila  $X^2$  hitung  $< X^2$  tabel

## BAB IV

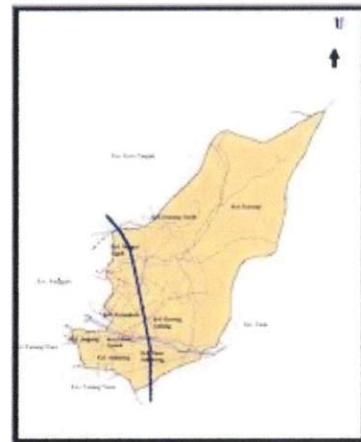
### GAMBARAN UMUM DAN KARAKTERISTIK RESPONDEN

#### 4.1. Gambaran Umum

##### 4.1.1. Gambaran Umum Kecamatan Kuranji



PETA  
KECAMATAN KURANJI



Kecamatan kuranji merupakan salah satu kecamatan yang terdapat di kota Padang Sumatera Barat. Kecamatan Kuranji berada pada posisi sekitar  $0^{\circ}$  ,  $58',4''$  lintang selatan dan  $100^{\circ}$  ,  $21',11''$  Bujur Timur, dimana Kecamatan Kuranji sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Koto Tengah, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Pauh, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Padang Timur dan Kecamatan Padang Utara serta di sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Nanggalo dan Kecamatan Koto Tengah.

Luas daratan Kecamatan Kuranji sekitar 57,41 km atau 8,26 % dari luas daratan Kota Padang ( $694,96 \text{ km}^2$ ). Kecamatan ini terdiri dari sembilan kelurahan yaitu : Kelurahan Anduring, Pasar Ambacang, Lubuk Lintah, Ampang, Kalumbuk, Korong Gadang, Kuranji, Gunung Sarik dan

Kelurahan Sungai Sapih. Kelurahan Korong Gadang, Kuranji, Gunung Sarik dan Kelurahan Sungai Sapih suasana daerahnya lebih bernuansa pedesaan dibandingkan kelurahan lainnya yang ada di Kecamatan Kuranji. Ketersediaan infrastruktur seperti jalan, jembatan, sarana pendidikan dan kesehatan serta fasilitas umum lainnya masih kurang memadai.

Sebagian besar daerah Kecamatan Kuranji memiliki topografi berbukit-bukit dan terletak pada daerah ketinggian (jauh dari pusat kota dan pinggir laut). Suhu udara atau temperatur di Kecamatan Kuranji berkisar antar  $22,0^{\circ}$  C- $31,7^{\circ}$  C, dengan curah hujan dan jumlah hujan relative sedang yaitu rata-rata perbulan 384,88 mm.

Seperti halnya dengan kecamatan lainnya di Kota Padang keadaan geografis Kecamatan Kuranji telah banyak mengalami perubahan fungsi lahan. Perubahan tersebut mayoritas dari lahan pertanian menjadi lahan pemukiman dan lahan usaha. Seperti terdapatnya pasar tradisional di daerah kelurahan Kuranji dan dibangunnya perumahan penduduk yang pada awalnya daerah ini merupakan lahan kosong yang belum diolah, sekarang sudah menjadi daerah yang padat penduduk. Hal ini merupakan konsekuensi dari banyaknya penduduk migran yang masuk ke daerah Kecamatan Kuranji.

Di samping itu perubahan fungsi lahan juga disebabkan oleh isu-isu dan hambatan seperti bencana yang terjadi belakangan ini, sehingga daerah Kecamatan Kuranji yang semula bernuansa pedesaan lambat laun akan

berubah menjadi nuansa perkotaan, yang mengakibatkan lahan pertanian perlahan – lahan mulai menyempit seiring dengan peningkatan jumlah penduduk migran dan non migran (penduduk asli) serta tuntutan kemajuan kota.

Apabila dibandingkan dengan kecamatan lain yang ada di kota Padang, Kecamatan Kuranji merupakan salah satu Kecamatan penerima migrant yang terbanyak. Ini artinya besar kemungkinan akan adanya kelahiran dalam jumlah besar pula. Tentunya akan banyak balita – balita yang harus diperhatikan kesehatannya.

#### **4.1.2. Gambaran Umum Puskesmas Kuranji**

Kecamatan Kuranji saat ini memiliki 3 buah puskesmas yaitu puskesmas Kuranji, Belimbing dan Ambacang, dimana dahulunya hanya ada satu puskesmas yaitu Puskesmas Kuranji. Seiring dengan pertambahan jumlah penduduk dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maka puskesmas yang tersebut di atas (Puskesmas Belimbing dan Puskesmas Ambacang) didirikan. Dengan demikian saat ini puskesmas Kuranji hanya memiliki 2 (dua) kelurahan sebagai wilayah kerja dari 9 (sembilan) kelurahan yang ada di Kecamatan Kuranji. Pada Kelurahan Korong Gadang terdapat 62 RT dan 15 RW, sedangkan pada Kelurahan Kalumbuk terdapat 27 RT dan 8 RW. Jumlah KK yang terdata di Puskesmas Kuranji tahun 2010 sebanyak 4651 KK dan 681 diantaranya adalah KK Miskin.

#### 4.1.2.1. Geografi

Wilayah kerja puskesmas Kuranji mencakup Kelurahan Korong Gadang dan Kelurahan Kalumbuk dengan luas wilayah yaitu 20,13 km<sup>2</sup>, terletak lebih kurang 20 meter di atas permukaan laut.

Batas wilayah kerja puskesmas Kuranji adalah sebagai berikut :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Gunung Sarik
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Pasar Ambacang
- Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Ampang
- Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Pauh

#### 4.1.2.2. Demografi

Data kependudukan wilayah kerja Puskesmas Kuranji adalah sebagai berikut:

**Tabel 4.1**  
**Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin**

No	Penduduk	Jenis Kelamin		Jumlah
		Lk	Pr	
1.	Kr.Gadang	7497	7456	14.953
2.	Kalumbuk	3726	3708	7.434
	Jumlah	11.223	11.164	22.387

Sumber : Puskesmas Kuranji 2010

#### 4.1.2.3. Posyandu

Posyandu merupakan merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memperoleh pelayanan kesehatan dasar. Posyandu – posyandu ini tersebar di dua kelurahan wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

Posyandu berdasarkan strata terbagi atas 4 jenis posyandu yaitu :

1. Posyandu Pratama, dengan kriteria :
  - Kader  $\leq 4$  orang, penimbangan  $\leq 8 \times 1$  tahun, pencapaian KIA, Gizi, KB, Imunisasi  $\leq 50$  persen, tidak punya dana sehat dan program tambahan.
2. Posyandu Madya, dengan kriteria :
  - Kader 4 orang, penimbangan  $\leq 8 \times 1$  tahun, pencapaian KIA, Gizi, KB, Imunisasi  $\leq 50$  persen, tidak punya dana sehat dan program tambahan.
3. Posyandu Purnama, dengan kriteria :
  - Kader 4 orang/ lebih, penimbangan  $\geq 8 \times 1$  tahun, pencapaian KIA, Gizi, KB, Imunisasi  $\geq 50$  persen, mempunyai dana sehat dan program tambahan.

4. Posyandu Mandiri, dengan kriteria :

- Kader > 4 orang, penimbangan > 8 x 1 tahun, pencapaian KIA, Gizi, KB, Imunisasi > 50 persen, mempunyai dana sehat dan program tambahan.

**Tabel 4.2**  
**Posyandu Berdasarkan Strata Tahun 2010**

No	Kelurahan	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1	KorongGadang	-	9	1	2
2	Kalumbuk	-	9	2	-
	Jumlah	-	18	3	2

Sumber : Puskesmas Kuranji 2010

Berdasarkan stratanya, jumlah posyandu di Kecamatan Kuranji Tahun 2010 dapat dilihat pada tabel 4.2. Di tahun 2010 jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas Kuranji ada 23 posyandu yang berada di 2 (dua) kelurahan yaitu 12 posyandu di Kelurahan Korong Gadang dan 11 posyandu di Kelurahan Kalumbuk. Terdapat 18 posyandu strata Madya, 3 posyandu strata Purnama dan 2 posyandu strata Mandiri. Semua posyandu melaksanakan kegiatan posyandu terpadu balita – lansia.

#### **4.2. Keadaan Demografi**

Sebagai sebuah wilayah yang sedang berkembang, Kecamatan Kuranji memiliki daya tarik tersendiri. Berbagai wilayah di Kuranji kini terus mengalami perubahan bentuk sebagai akibat dari terus dilakukannya pembangunan

perumahan baik dari pihak swasta maupun pemerintah sendiri. Dengan demikian pertumbuhan penduduk di daerah terus bertambah dengan cepat.

#### 4.2.1. Jumlah dan Tingkat Pertumbuhan Penduduk

##### 4.2.1.1. Laju Pertumbuhan Penduduk

Tingginya laju pertumbuhan penduduk di Kecamatan Kuranji pada umumnya disebabkan oleh tingginya angka kelahiran. Penduduk di Kecamatan Kuranji bertambah setiap tahunnya. Pertambahan tersebut dapat kita lihat pada gambar 4.1.

**Gambar 4.1**  
**Laju Pertumbuhan Penduduk Kecamatan Kuranji**



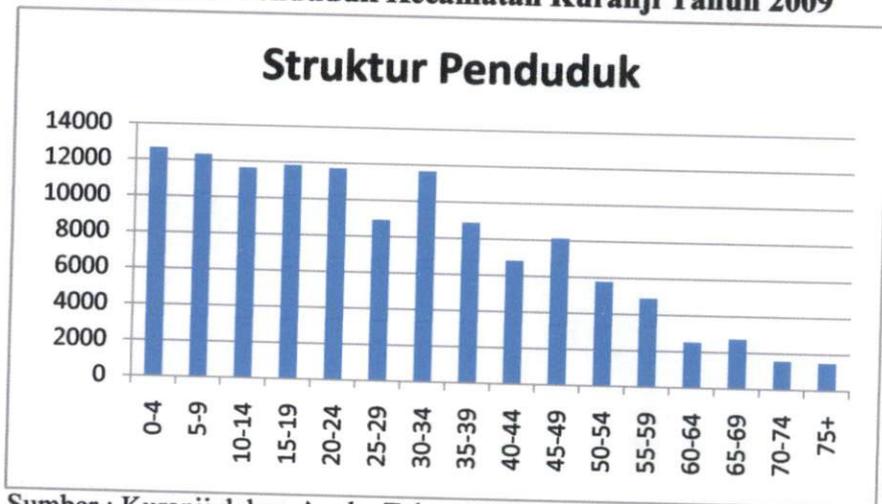
Sumber : Kuranji Dalam Angka Tahun 2009

Pertambahan penduduk Kecamatan Kuranji rata-rata 3200 jiwa tiap tahunnya. Pertambahan penduduk ini juga tidak hanya disebabkan oleh meningkatnya kelahiran namun juga karena tingginya migrasi di kecamatan ini.

#### 4.2.2. Struktur Penduduk

Gambar 4.2 berikut menunjukkan struktur penduduk untuk Kecamatan Kuranji pada tahun 2009. Grafik ini menggambarkan distribusi penduduk pada tiap kelompok umur. Berdasarkan piramida tersebut terlihat bahwa jumlah penduduk balita paling banyak dibandingkan kelompok umur lainnya.

**Gambar 4.2**  
**Struktur Penduduk Kecamatan Kuranji Tahun 2009**



Sumber : Kuranji dalam Angka Tahun 2009

#### 4.3. Karakteristik Responden

Karakteristik dari responden adalah menyangkut pendapatan, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

Karakteristik ini perlu diperhatikan dalam meneliti masalah sumber daya manusia, sebab dari karakteristik tersebut akan mempengaruhi perilaku suatu individu baik dalam keluarga maupun dengan lingkungan disekitarnya.

Dalam penelitian ini karakteristik responden adalah wanita yang memiliki anak usia 6 – 23 bulan beserta usia ibu, pendidikan ibu, status gizi balita, pendapatan rumah tangga, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

#### 4.3.1. Usia Ibu

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa responden yang berusia 20 – 29 tahun sebanyak 38 orang, usia 30 – 39 tahun sebanyak 51 orang dan responden yang berusia 40 tahun ke atas sebanyak 7 orang. Hasil dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut ini.

**Tabel 4.3**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Usia**

Usia	Responden	%
20-29	38	39,58
30-39	51	53,12
40 keatas	7	7,30
Total	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

#### 4.3.2. Pendidikan Ibu

Dari tabel 4.4 diketahui bahwa responden paling banyak menamatkan pendidikan tingkat SLTA yaitu sebanyak 60 responden ( 62,5 %) dari seluruh responden. Dan kemudian diikuti dengan tamatan SLTP sebanyak 19 orang,

Perguruan Tinggi (D1/D2/D3/S1/S2) sebanyak 13 orang dan paling sedikit responden yang berpendidikan Sekolah Dasar.

**Tabel 4.4**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan**

<b>Tingkat Pendidikan</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
SD	4	4,16
SLTP	19	19,80
SLTA	60	62,50
D1/D2/D3/S1/S2	13	13,54
Total	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

#### **4.3.3. Status Gizi Balita**

Status gizi balita dinilai berdasarkan metode penilaian secara langsung yaitu *antropometri* dengan indikator BB/U. Dan untuk menginterpretasikan dibutuhkan ambang batas, adapun cara penentuan ambang batas yang digunakan adalah standar deviasi unit (SD). Berdasarkan hasil pengumpulan data yang sudah dilakukan diperoleh informasi bahwa pada umumnya rumah tangga memiliki balita berstatus gizi baik. Walaupun di Kecamatan Kuranji masih ada kasus – kasus gizi buruk, khususnya pada wilayah penelitian terdapat 6 balita berstatus gizi buruk. Balita berstatus gizi buruk ini biasanya berada pada rumah tangga miskin. Distribusi status gizi balita dapat dilihat pada tabel 4.5.

**Tabel 4.5**  
**Distribusi Status Gizi Balita di Kecamatan Kuranji**

<b>Status Gizi Balita</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
Status gizi lebih	-	-
Status gizi baik	78	80,21
Status gizi kurang	12	13,54
Status gizi buruk	6	6,25
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa 80,21 % responden di Kecamatan Kuranji memiliki balita berstatus gizi baik yaitu sebanyak 78 balita. Dan responden yang memiliki balita berstatus gizi kurang sebanyak 12 orang yaitu 13,54 % dari jumlah seluruh responden. Sedangkan responden yang memiliki balita berstatus gizi buruk sebesar 6,25 % dari responden.

**Tabel 4.6**  
**Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin**

<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Status Gizi Balita</b>		<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
	<b>Kurang</b>	<b>Baik</b>		
Laki – laki	10	38	48	50
Perempuan	8	40	48	50
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>78</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Berdasarkan Tabel 4.6 diketahui bahwa sebanyak 48 balita (50 %) berjenis kelamin laki – laki dan 48 balita (50%) berjenis kelamin perempuan. Pada balita berjenis kelamin laki – laki 10 balita diantaranya berstatus gizi kurang dan 38 balita berstatus gizi baik. Sedangkan dari 48 balita berjenis

kelamin perempuan, 8 diantaranya berstatus gizi kurang dan 40 balita berstatus gizi baik.

**Tabel 4.7**  
**Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Umur**

Umur (bulan)	Status Gizi Balita		Jumlah	%
	Kurang	Baik		
6 – 11	4	32	36	37.5
12 – 17	6	19	25	26
18 – 23	8	27	35	36.5
Total	18	78	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dan berdasarkan tabel 4.7 diperoleh informasi bahwa responden lebih banyak memiliki balita berusia 6 – 11 bulan yaitu sebanyak 36 orang atau sebesar 37,5 %, dan responden yang memiliki balita usia 12 – 17 bulan sebanyak 25 orang (26 %), sedangkan responden yang memiliki balita usia 18 – 23 bulan sebanyak 35 orang (36,5 %). Dari tabel diketahui bahwa balita yang berstatus gizi kurang lebih banyak pada balita usia 18 – 23 bulan dan balita yang berstatus gizi baik lebih banyak pada balita yang berusia 6 – 11 bulan.

#### **4.3.4. Pendapatan Rumah Tangga**

Pendapatan rumah tangga adalah merupakan seluruh pendapatan yang diterima rumah tangga, atau jumlah dari pendapatan suami dan istri yang bekerja, baik dari mata pencaharian pokok maupun dari mata pencaharian sampingan.

Mata pencaharian pokok yaitu sejenis pekerjaan yang rutin dilakukan setiap harinya dan merupakan sumber penghasilan utama rumah tangga. Pekerjaan sampingan adalah semua jenis pekerjaan / usaha yang dilakukan selain mata pencaharian pokok.

**Tabel 4.8**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Rumah Tangga di Kecamatan Kuranji**

Pendapatan	Responden	%
< Rp 600.000	7	7,29
Rp 600.000 – Rp 999.000	11	11,46
Rp 1.000.000 – Rp 1.999.000	54	56,25
Rp 2.000.000 – Rp 4.000.000	21	21,88
>Rp 4.000.000	3	3,12
Jumlah	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Berdasarkan hasil pengumpulan data yang dilakukan, pendapatan yang diperoleh oleh masing – masing rumah tangga cukup bervariasi. Dan sudah banyak rumah tangga yang berpendapatan Rp 1.000.000 ke atas. Hal ini dapat kita lihat pada tabel 4.2.

Sebahagian besar rumah tangga yang memiliki pendapatan Rp.1.000.000 – Rp 1.999.000 ditunjukkan dengan persentase sebesar 56,25 % dari responden. Dan 11,46 % dari responden memiliki pendapatan Rp.600.000 – Rp 999.000. sedangkan responden yang memiliki pendapatan Rp 2.000.000 – Rp 4.000.000 sebanyak 21 orang yaitu 21,88 % dari jumlah responden. Dan hanya sedikit yang memiliki pendapatan diatas Rp 4.000.000

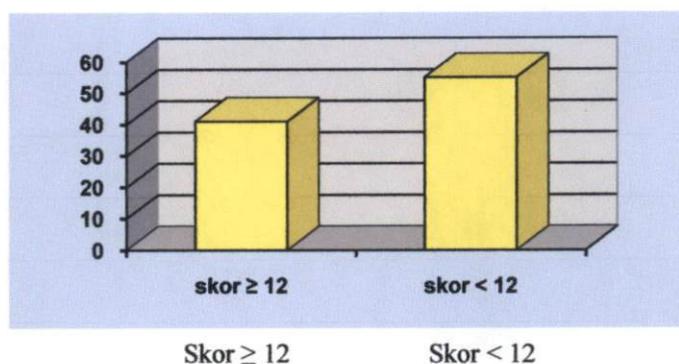
yaitu 3, 12 % dari responden. Untuk pendapatan di bawah Rp 600.000 sebanyak 7,29 % dari responden.

Karena sebahagian besar pekerjaan kepala rumah tangganya adalah pekerja swasta dan buruh. Jadi pekerjaan ini tersebar pada seluruh kelompok tingkat pendapatan yang ada. Sehingga tidak ada pekerjaan yang mendominasi pada tingkat pendapatan tertentu.

#### 4.3.5. Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan gizi sangat diperlukan untuk membantu ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anaknya. Pengetahuan tidak harus di dapat dalam bangku pendidikan yang tinggi. Pengetahuan dapat diperoleh dari lingkungan di sekitar kita sendiri seperti dari media – media yang ada contohnya televisi dan koran, dari praktisi – praktisi kesehatan yang mengadakan penyuluhan di sekitar lingkungan tempat tinggal kita maupun dari orang tua yang akhirnya menjadi sebuah kebiasaan sehat bagi kita.

**Gambar 4.3**  
**Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu**

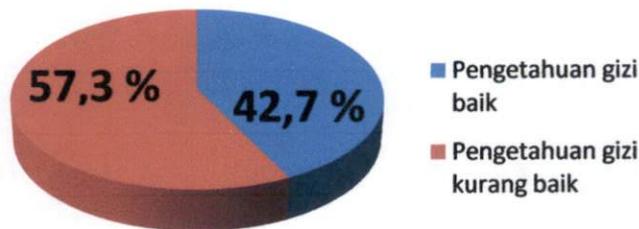


Sumber : Data Primer Diolah 2011

Pengetahuan yang baik dapat menunjang perilaku seseorang. Dalam hal ini apabila pengetahuan gizi ibu baik maka perilaku atau tindakan ibu dalam mengatur dan memenuhi gizi keluarga khususnya balita juga akan baik. Tingkat pengetahuan gizi ibu dapat kita lihat pada gambar 4.3.

Dari data di lapangan diperoleh informasi bahwa rata – rata responden berpengetahuan gizi kurang baik. Terlihat dari 96 responden, 55 orang berpengetahuan kurang baik dan 41 orang berpengetahuan baik. Untuk persentasenya dapat kita lihat pada gambar 4.4 di bawah ini.

**Gambar 4.4**  
**Persentase Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu**



Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari hasil survey yang sudah dilakukan pada 96 orang responden, 42,7 % responden memiliki pengetahuan gizi baik. Dan 57,3 % dari responden memiliki pengetahuan gizi yang kurang baik.

#### **4.3.6. Akses Pelayanan Kesehatan**

Rajin mengunjungi pelayanan kesehatan seperti posyandu maka akan memudahkan ibu memantau kesehatan dan perkembangan balitanya. Persentase frekuensi kunjungan pelayanan kesehatan di Kecamatan Kuranji disajikan pada tabel 4.9.

**Tabel 4.9**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Kunjungan Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Kuranji**

<b>Frekuensi Mengunjungi Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
Rutin setiap bulan mengunjungi posyandu	58	60,42
Tidak setiap bulan mengunjungi posyandu	38	39,58
Jumlah	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari hasil survey diperoleh informasi bahwa ibu yang rutin mengunjungi posyandu setiap bulannya sebanyak 58 orang yaitu 60,42 % dari responden. Dan sisanya 39,58 % dari responden tidak selalu mengunjungi posyandu tiap bulannya hal ini dikarenakan sang ibu bekerja ataupun pada saat kondisi balita sedang tertidur. Kegiatan yang monoton juga dapat menyebabkan keengganan ibu – ibu berkunjung ke posyandu.

#### **4.3.7. Kejadian Diare**

Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang tidak normal (3 kali dalam sehari) dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair. Artinya anak – anak yang mengalami diare tidak dapat menyerap gizi yang ada pada makanan dengan optimal. Selain itu anak – anak yang mengalami diare maka nafsu makannya akan menurun.

Banyak orang menganggap diare sebagai penyakit yang sepele. Namun kenyataannya diare dapat menyebabkan kematian. Apalagi diare

biasa terjadi pada negara – negara berkembang dan dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas. Persentase balita mengalami diare di Kecamatan Kuranji dapat dilihat pada tabel 4.10.

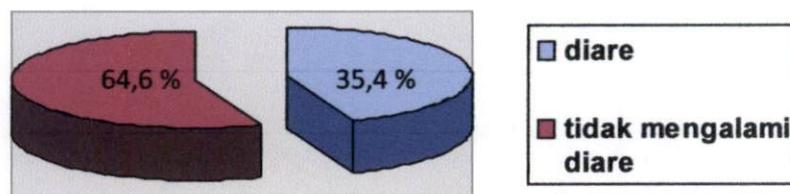
**Tabel 4.10**  
**Jumlah Balita Mengalami Diare di Kecamatan Kuranji**

<b>Frekuensi Buang Air Besar</b>	<b>Responden</b>
≥ 3 x sehari	34
< 3 x sehari	62
Jumlah	96

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Rata – rata balita di Kecamatan Kuranji tidak mengalami mengalami diare. Terlihat dari 96 balita hanya 34 balita yang mengallami diare. Untuk persentasenya dapat dilihat pada gambar 4.5.

**Gambar 4.5**  
**Persentase Kejadian Diare di Kecamatan Kuranji**



Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari hasil survey diperoleh informasi sebanyak 35, 4 % dari 96 responden memiliki balita yang mengalami diare dan 64,6 % dari responden memiliki balita yang tidak mengalami diare. Persentase balita yang

mengalami diare tiga bulan terakhir lebih kecil dari balita yang tidak mengalami diare. Namun rata – rata seluruh balita pernah mengalami diare.

#### 4.3.8. Pemberian ASI Eksklusif

Bayi yang baru lahir hanya dapat mengkonsumsi ASI ibunya. ASI ini berfungsi sebagai pemberi daya tahan tubuh bagi bayi itu sendiri. ASI eksklusif adalah pemberian ASI pada bayi tanpa ada campuran makanan tambahan lain (ASI saja). Balita yang diberi ASI eksklusif kecil kemungkinan mengalami diare dan menderita defisiensi zat gizi. ASI eksklusif diberikan pada bayi hingga usia 6 bulan dan selanjutnya diberikan hingga usia 24 bulan. Pada saat usia bayi 6 bulan ke atas, bayi diperbolehkan menerima asupan gizi lain berupa makanan tambahan atau makanan pendamping ASI.

**Tabel 4.11**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif**  
**di Kecamatan Kuranji**

<b>Pemberian ASI Eksklusif</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
6 bulan – 2 tahun	60	62,50
< 6 bulan	36	37,50
Jumlah	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Berdasarkan penelitian diperoleh data tentang pemberian ASI eksklusif yang dilihat dari berapa lama bayi di beri ASI tanpa tambahan makanan lain. Diketahui bahwa bahwa proporsi balita yang di beri ASI eksklusif sebanyak 60 balita (62, 5 %) dan yang tidak di beri ASI eksklusif sebanyak 36 balita

(37,5%). Sebahagian besar balita responden mendapatkan ASI eksklusif sewaktu bayi.

#### 4.3.9. Sumber Air Bersih

Di Kecamatan Kuranji sumber air yang paling banyak digunakan adalah sumur baik yang tradisional maupun yang menggunakan pompa (tertutup). Tetapi masih ada responden yang menggunakan sumber air terbuka seperti kali untuk kegiatan rumah tangganya seperti mencuci dan kakus. Biasanya mereka yang bertempat tinggal disekitar sungai atau kali. Namun demikian sudah banyak responden yang menggunakan air mineral ataupun air isi ulang untuk sumber air minum dan memasak.

**Tabel 4.12**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Air Bersih di**  
**Kecamatan Kuranji**

<b>Sumber Air Bersih</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
Air PAM	5	5,2
Sumber air bersih lainnya	91	94,8
Total	96	100

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Rata – rata masyarakat di Kecamatan Kuranji sudah menggunakan sumber air bersih tertutup yang berasal dari air tanah, terlihat dari tabel 4.12 yaitu 78,2 % dari responden sudah menggunakan sumber air bersih tertutup. Namun masih sebahagian kecil yang menggunakan Air PAM ditunjukkan

dengan dengan proporsi 5,2 persen dari responden. Dan 94,8 % dari seluruh responden yang menggunakan sumber air bersih selain PAM.

#### 4.3.10. Kebiasaan Mencuci Tangan

Kita banyak melakukan aktivitas melalui tangan. Kemungkinan banyak terdapat bakteri dan bibit penyakit di tangan kita. Dan kita dapat menularkannya pada anak sewaktu memberi makan melewati tangan. Dan sebaiknya ibu mencuci tangan sebelum memberi makanan pada anak agar kesehatan sang balita tetap terjaga. Mencuci tangan hanya menggunakan air hanya dapat membersihkan debu dan kotoran yang ada di tangan namun tidak membasmi kuman. Maka sebaiknya mencuci tangan itu menggunakan sabun.

**Tabel 4.13**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci**  
**Tangan di Kecamatan Kuranji**

<b>Kebiasaan mencuci tangan</b>	<b>Responden</b>	<b>%</b>
Mencuci tangan dengan sabun sebelum memberi makan pada anak	37	38,5
Tidak selalu mencuci tangan dengan sebelum memberi makan pada anak	59	61,5
<b>Jumlah</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari hasil penelitian diperoleh data bahwa sebahagian besar responden memiliki kebiasaan tidak mencuci tangan dengan sabun sebelum memberi makan pada anak yakni 59 orang responden (61,5 %) dan 38,5 % dari responden yaitu 37 orang responden tidak terbiasa mencuci tangan sebelum memberi makan pada anak. Sebahagian responden mencuci tangan sebelum

memberi makan pada anak, namun hanya sebagian kecil yang menggunakan sabun. Terbukti kesadaran masyarakat dengan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun masih rendah.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1. Analisis Variabel – Variabel yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Kecamatan Kuranji

Dalam analisis berikut ini akan didapatkan hubungan variabel dependen (variabel terikat) yaitu status gizi balita dengan variabel independen ( variabel bebas) yaitu pendapatan rumah tangga, tingkat pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

##### 5.1.1 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga dengan Status Gizi Balita

Untuk memudahkan analisis maka pendapatan rumah tangga yang terdiri dari pendapatan suami dan istri dikelompokkan menjadi 2 yaitu Rp1.000.000,00 ke atas per bulan dan dibawah Rp1.000.000,00 per bulan. Hubungan antara tingkat pendapatan rumah tangga dengan status gizi balita responden dapat dilihat dari tabel 5.1.

Table 5.1 memperlihatkan dari 96 sampel responden yang diteliti di Kecamatan Kuranji, pendapatan rumah tangga berpengaruh pada status gizi balita di kecamatan tersebut. Hal tersebut dapat kita lihat bahwa keluarga yang berpendapatan di bawah Rp1.000.000,00 cenderung memiliki balita berstatus gizi kurang dengan proporsi sebesar 26,7 %. Dan rumah tangga yang memiliki pendapatan Rp1.000.000,00 ke atas cenderung memiliki balita yang berstatus gizi baik hal ini ditunjukkan dengan proporsi sebesar 82,7 %.

**Tabel 5.1**  
**Tabel Silang Hubungan Pendapatan Rumah Tangga**  
**dengan Status Gizi Balita**

Pendapatan Rumah Tangga		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Pendapatan < Rp 1.000.000	F (%)	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (100)
Pendapatan ≥ Rp 1.000.000	F (%)	14 (17,3)	67 (82,7)	81 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$\chi^2 = 0,731$ $p = 0,392$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Pada hasil tabulasi silang diatas diperoleh hasil uji statistik *Chi-square* ( $\chi^2=0,731$ ,  $p = 0,392$ ,  $p > \alpha$ ) maka dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  diterima atau tidak ada hubungan antara pendapatan rumah tangga dengan status gizi balita pada anak usia 6-23 bulan.

Penelitian ini berbeda dengan pendapat Ali (2007) dan Andarwati (2007) yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga berpengaruh dan berhubungan dengan status gizi balita. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka akan semakin baik status gizi anak.

Hal ini diduga dapat disebabkan oleh jumlah anggota yang ada pada keluarga tersebut. Karena pendapatan Rp. 1.000.000 untuk 3 orang anggota keluarga dengan pendapatan Rp. 1.000.000 untuk 5 orang anggota keluarga akan berbeda proporsinya terhadap konsumsi maupun anggaran kesehatannya. Artinya proporsi dari pendapatan yang disediakan untuk konsumsi energi protein maupun kebutuhan kesehatan keluarga tidak dapat

ditentukan dari besar atau kecilnya pendapatan keluarga. Dan hal ini juga dapat ini juga dapat disebabkan rendahnya pengetahuan keluarga khususnya ibu tentang makanan bergizi yang baik dikonsumsi keluarga. Sehingga pola konsumsi keluarga tidak memenuhi gizi yang dibutuhkan tubuh. Penyebab lainnya juga bisa dikarenakan selera dan siapa yang dominan dalam hal mengatur dan memegang keuangan keluarga tersebut.

### 5.1.2. Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita

Pengetahuan ibu diukur dari skor yang diperoleh pada saat menjawab pertanyaan dalam kuesioner. Tingkat pengetahuan gizi ibu berpengaruh terhadap status gizi balita. Hubungan tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel 5.2.

**Tabel 5.2**  
**Tabel Silang Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita**

Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Pengetahuan kurang baik	F (%)	15 (27,3)	40 (72,7)	55 (100)
Pengetahuan baik	F (%)	3 (7,3)	38 (92,7)	41 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$\chi^2 = 6,140$ $p = 0,013$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Tabel 5.2 memperlihatkan dari 96 sampel yang diteliti di Kecamatan Kuranji, 55 responden memiliki pengetahuan gizi kurang baik dan 41

responden memiliki pengetahuan gizi baik. Proporsi balita berstatus gizi kurang dan baik yang dimiliki oleh ibu berpengetahuan gizi kurang baik berturut – turut adalah 27,3 % dan 72,7 %. Dan proporsi balita berstatus gizi kurang dan baik yang dimiliki oleh responden berpengetahuan gizi baik berturut – turut adalah 7,3 % dan 92,7 %.

Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status gizi balita ( $\chi^2 = 6,140$ ,  $p = 0,013$ ,  $p < \alpha$ ). Penelitian ini sependapat dengan penelitian Andarwati (2007) yang mengatakan bahwa pengetahuan gizi rendah akan berpengaruh buruk terhadap status gizi anak. Dimana pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi.

### **5.1.3. Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Balita**

Mengunjungi pelayanan kesehatan secara rutin akan memberikan kita informasi tumbuh kembang anak. Salah satu pelayanan kesehatan adalah posyandu, yang sering dikunjungi oleh ibu – ibu yang memiliki balita. Karena kegiatan yang rutin diadakan adalah untuk balita – lansia. Kegiatan posyandu pada balita yang dilakukan adalah penimbangan berat badan dan pemberian imunisasi serta pemeriksaan kesehatan balita. Selain lokasinya yang lebih dekat biaya pun lebih murah. Posyandu juga merupakan sarana yang efektif dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi ( Dinas

Kesehatan Padang, 2010). Hubungan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel 5.3.

**Tabel 5.3**  
**Tabel Silang Hubungan Frekuensi Mengakses Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Balita**

Pelayanan Kesehatan		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Tidak setiap bulan mengunjungi posyandu	F (%)	6 (15,8)	32 (84,2)	38 (100)
Rutin setiap bulan mengunjungi posyandu	F (%)	12 (20,7)	46 (79,3)	58 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$\chi^2 = 0,362$ $p = 0,547$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Tabel 5.3 di atas memperlihatkan hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan status gizi balita. Rata – rata responden secara rutin mengunjungi posyandu. Dari tabel silang diketahui bahwa tidak ada pengaruh antara akses pelayanan kesehatan terhadap status gizi balita. Rutin atau tidak responden dalam mengunjungi pelayanan kesehatan mereka sama – sama memiliki balita yang berstatus gizi baik. Berdasarkan hasil uji statistic *Chi – Square* diperoleh hasil  $\chi^2 = 0,362$ ,  $p=0,547$ , ( $p > \alpha$ ) maka dapat disimpulkan  $H_0$  diterima atau tidak ada hubungan antara rutin mengakses pelayanan kesehatan dengan status gizi balita.

Hasil ini berbeda dengan pendapatan Ali (2007) yang mengatakan bahwa frekuensi mengunjungi posyandu berpengaruh terhadap status gizi

balita. Semakin sering ibu membawa balitanya ke posyandu maka akan semakin baik gizinya.

Responden yang memiliki pekerjaan sering kali tidak dapat mengunjungi pelayanan kesehatan seperti posyandu. Karena jadwal yang ditentukan puskesmas pada tiap – tiap posyandu tidak sesuai dengan jadwal bagi para responden yang bekerja, baik itu bekerja sebagai pegawai ataupun berdagang. Dan biasanya mereka memilih alternatif lain seperti bidan walaupun harus mengeluarkan biaya. Dan juga responden memiliki persepsi bahwa mengunjungi pelayanan kesehatan itu hanya ketika sakit sehingga tidak ada pengaruhnya terhadap gizi balita.

#### **5.1.4. Hubungan Kejadian diare Dengan Status Gizi Balita**

Kejadian diare merupakan salah satu variabel yang diduga memiliki pengaruh terhadap status gizi balita. Diare yang terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan kekurangan gizi pada balita. Karena pada saat terjadi diare terjadi dampak – dampak yang lebih kompleks. Pada saat diare terjadi gangguan digesti, absorpsi dan transport zat – zat makanan secara bersamaan.

Pada saat terjadi diare balita banyak mengeluarkan zat-zat makanan dari dalam tubuh, dan hal ini diperburuk dengan nafsu makan yang berkurang sehingga balita pun tidak memperoleh asupan makanan yang cukup. Diare dapat disebabkan oleh bakteri – bakteri yang masuk dalam tubuh sehingga terjadi infeksi pada usus. Hubungan diare dengan status gizi dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini.

**Tabel 5.4**  
**Tabel Silang Hubungan Kejadian Diare dengan Status Gizi Balita**

Kejadian Diare		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Mengalami diare	F (%)	10 (29,4)	24 (70,6)	34 (100)
Tidak mengalami diare	F (%)	8 (12,9)	54 (87,1)	62 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$X^2 = 3,928$ $P = 0,047$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 96 sampel responden yang diteliti di Kecamatan Kuranji, terdapat 34 balita yang mengalami diare 3 bulan terakhir dan 62 balita tidak mengalami diare. Dari 34 balita yang mengalami diare 29,4 % berstatus gizi kurang dan 70,6 % berstatus gizi baik. Dan dari 62 balita yang tidak mengalami diare 12,9 % berstatus gizi kurang dan 87,1 % berstatus gizi baik.

Hasil uji statistik *Chi-Square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara kejadian diare dengan status gizi balita ( $\chi^2 = 3,928$ ,  $p=0,047$ ,  $p<\alpha$ ). Pendapat ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Tarigan (2003) dimana pada saat sebelum atau sesudah krisis diare merupakan variabel yang berhubungan dengan status gizi balita. Hubungan yang terjadi adalah negatif. Dimana semakin sering balita mengalami diare maka akan semakin buruk status gizinya.

Namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Ernawati (2006) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antar kejadian diare

dengan status gizi balita. Dan Scrimshaw dalam Ernawati mengatakan bahwa diare berhubungan dengan status gizi balita. Ia mengemukakan bahwa dampak diare terhadap keadaan gizi dan pertumbuhan lebih dahsyat dari infeksi lain karena selama diare terjadi gangguan masukan, gangguan absorpsi dan gangguan metabolisme secara bersamaan.

#### **5.1.5. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita**

ASI merupakan makanan pokok yang mengandung nutrisi tinggi bagi bayi. Pada usia 0 – 6 bulan sebaiknya balita diberi ASI eksklusif dimana balita hanya diberikan ASI saja. Setelah diatas 6 bulan baru kemudian balita diberi makanan tambahan ataupun makanan pedamping ASI. Balita yang cepat berhenti mengkonsumsi ASI daya tahannya tubuhnya lebih lemah sehingga mudah terserang penyakit.

Balita yang diberi ASI eksklusif dan memperoleh cukup ASI lebih jarang menderita diare karena infeksi usus dan karena infeksi parental. Dengan demikian pada balita yang diberi ASI eksklusif kemungkinan munculnya balita kurang gizi lebih kecil.

Pada tabel 5.5 dapat dilihat bahwa bahwa baik balita yang diberi ASI eksklusif ataupun tidak cenderung memiliki balita yang berstatus gizi baik yakni ditunjukkan dengan proporsi berturut – turut 86,1 % dan 78,3 %.

**Tabel 5.5****Tabel Silang Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita**

Pendapatan Rumah Tangga		Status Gizi Balita		Total
		kurang	Baik	
< 6 bulan	F (%)	5 (13,9)	31 (86,1)	36 (100)
≥ 6 bulan – 2 tahun	F (%)	13 (21,7)	47 (78,3)	60 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$\chi^2 = 0,893$ P = 0,345				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Dari hasil uji statistik *Chi-square* didapat nilai  $\chi^2 = 0,893$ ,  $p=0,345$ ,  $p>\alpha$  ). Ini menandakan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi balita. Hasil ini berbeda dengan pendapatan Tarigan (2003) yang mengemukakan bahwa status ASI berhubungan dengan status gizi balita disaat sebelum dan sesudah krisis.

Hal ini dikarenakan banyak bayi berstatus gizi baik yang tidak diberi ASI eksklusif. Artinya sebelum usia 6 bulan balita – balita tersebut sudah memperoleh makanan tambahan.

#### 5.1.6. Hubungan Sumber Air Bersih dengan Status Gizi Balita

Sumber air bersih di sini adalah Air PAM / ledeng. Dari tabel 5.6 terlihat bahwa sumber air bersih tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Baik rumah tangga yang menggunakan Air PAM atau selain air PAM cenderung memiliki balita yang berstatus gizi baik dan ditunjukkan dalam proporsi berturut – turut 81, 3 % dan 80 %.

Hanya sedikit responden yang menggunakan Air PAM sebagai sumber air bersih keluarga. Dan lebih banyak responden menggunakan sumber air bersih berupa air tanah yaitu sumur baik yang tertutup maupun yang terbuka. Air tanah memang memiliki beberapa kelebihan yaitu air tanah biasanya bebas kuman penyakit dan tidak perlu melewati proses purifikasi atau penjernihan. Persediaannya pun ada sepanjang tahun baik pada musim kemarau. Namun pada saat ini air tanah sudah mulai tercemar dan banyak mengandung kuman *E-coli*. Dan juga mengandung zat – zat mineral dalam konsentrasi tinggi dan dapat menyebabkan kesadahan air. Sehingga penggunaannya pun harus diwaspadai. Hubungan antara sumber air bersih dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel 5.6.

Berdasarkan hasil uji statistik Chi-Square ( $\chi^2 = 0,005$ ,  $p=0,941$ ,  $p>\alpha$ ) disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara sumber air bersih dengan status gizi balita. Hasil ini berbeda dengan Tarigan yang berpendapat bahwa sumber air bersih berhubungan dengan status gizi anak.

**Tabel 5.6**  
**Tabel Silang Hubungan Sumber Air Bersih dengan Status Gizi Balita**

Sumber Air Bersih		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Sumur dan lainnya	F (%)	17 (18,7)	74 (81,3)	91 (100)
Air PAM/ Ledeng	F (%)	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$X^2 = 0,005$ $P = 0,941$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Namun diduga variabel ini tidak berhubungan karena sudah banyak masyarakat yang menggunakan air mineral ataupun air isi ulang untuk kegiatan memasak dan sumber air minum. Sehingga air yang digunakan untuk konsumsi pun tidak menyebabkan penyakit pada balita.

### 5.1.7. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.7 merupakan tabel silang yang memperlihatkan hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan status gizi balita. Pada tabel dapat dilihat bahwa responden yang tidak biasa mencuci tangan menggunakan sabun sebelum memberi makan pada anak memiliki balita yang berstatus gizi kurang dengan proporsi sebesar 27,1 % dan berstatus gizi baik sebesar 72,9 % . Dan responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun sebelum memberi makan pada anak cenderung memiliki balita berstatus gizi baik ditunjukkan dengan proporsi sebesar 94,6 % dan yang berstatus gizi kurang sebesar 5,4 %.

**Tabel 5.7**  
**Tabel Silang Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan dengan Status Gizi Balita**

Kebiasaan Mencuci Tangan		Status Gizi Balita		Total
		Kurang	Baik	
Tidak mencuci tangan dengan sabun	F (%)	16 (27,1)	43 (72,9)	59 (100)
Mencuci tangan dengan sabun	F (%)	2 (5,4)	35 (94,6)	37 (100)
Total	F (%)	18 (18,8)	78 (81,2)	96 (100)
$\chi^2 = 7,037$ $p = 0,008$				

Sumber : Data Primer Diolah 2011

Hasil uji statistik ( $\chi^2 = 7,037$ ,  $p = 0,008$ ,  $p < \alpha$ ) menunjukkan bahwa kebiasaan mencuci tangan berhubungan dengan status gizi balita. Maka hal ini menandakan bahwa kebiasaan mencuci tangan berpengaruh positif dengan status gizi balita di Kecamatan Kuranji. Hal ini berbeda dengan penelitian Nur'aini yang menyatakan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun yang termasuk dalam *personal hygiene* tidak memiliki hubungan dengan status kesehatan anak.

Memang mencuci tangan dengan air saja lebih umum dilakukan, namun hal ini terbukti tidak efektif dalam menjaga kesehatan dibandingkan dengan mencuci tangan dengan sabun. Penggunaan sabun tersebut menyebabkan seseorang harus memberikan waktu tambahan dalam mencuci tangan. Namun demikian penggunaan sabun menjadi lebih efektif karena lemak dan kotoran tempat kuman bersembunyi akan terlepas dari tangan.

Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun akan menurunkan angka kejadian diare. Diare sering kali dianggap sebagai penyakit sepele. Namun di Indonesia diare merupakan penyebab kematian terbesar kedua. Di Kecamatan Kuranji sendiri diare merupakan kasus terbanyak yang terjadi yaitu 729 kasus. Anak yang sering mengalami diare menyebabkan cairan tubuhnya terbuang dan metabolisme tubuhnya terganggu. Ini akan menyebabkan balita tersebut menderita kekurangan gizi.

## 5.2. Implikasi Kebijakan

Dari hasil penemuan empiris yang telah dijelaskan diatas sebelumnya menunjukkan bahwa secara bersama-sama variabel yang mempengaruhi status gizi adalah pengetahuan gizi ibu, kejadian diare dan kebiasaan mencuci tangan. Dan variabel pendapatan keluarga, akses pelayanan kesehatan, pemberian ASI eksklusif dan sumber air bersih tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Maka implikasi kebijakan dapat diambil adalah sebagai berikut:

1. Pendapatan rumah tangga tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Ini dikarenakan dengan besaran pendapatan tertentu akan berbeda pada tiap keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga berbeda. Karena semakin banyak anggota keluarga maka proporsi pendapatan untuk konsumsi akan bertambah. Kemudian dapat juga disebabkan oleh kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi, pola konsumsi yang salah dan siapa yang dominan dalam memegang keuangan keluarga. Maka bagi ibu rumah tangga harus pandai menyisihkan uang untuk kesehatan agar derajat kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Dan pemerintah sebaiknya membantu anggaran kesehatan terlebih bagi warga miskin agar kesehatan tidak lagi mahal. Apalagi pendapatan masyarakat kita masih belum memadai.
2. Pengetahuan gizi ibu berhubungan terhadap status gizi balita. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan gizi yang kurang baik. Implikasi kebijakan bagi ibu – ibu yang memiliki balita

adalah berusaha mencari informasi gizi untuk balitanya. Agar terpenuhinya konsumsi makanan balita yang memenuhi standar gizi.

Dan pemerintah harus lebih menggalakkan lagi posyandu dan kader – kadernya dalam pemberian informasi kesehatan bagi masyarakat sejak dini dan lebih dikhususkan bagi ibu – ibu hamil. Agar persiapan ibu dalam pemenuhan gizi bayinya juga dapat dilakukan sedini mungkin.

3. Mengakses pelayanan kesehatan berupa posyandu tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal ini diduga banyak ibu – ibu memilih alternatif lain seperti ke bidan. Dan mereka jarang membawa balitanya ke pelayanan kesehatan kalau tidak sakit. Implikasi kebijakan bagi ibu – ibu adalah membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan dilakukan tidak saja ketika balita kita sakit namun seharusnya dilakukan secara berkala agar dapat dilakukan tindakan secepat mungkin. Selain itu dengan membawa balita kita secara berkala kita dapat melihat apakah balita kita tumbuh normal atau tidak, apakah balita kita menderita kegemukan atau tubuh pendek. Karena hal – hal demikian tidak bisa dideteksi hanya ketika sakit saja. Untuk pemerintah, agar memberikan kesempatan pada semua ibu – ibu yang memiliki balita mempunyai kesempatan yang sama untuk membawa balitanya ke posyandu maka pemerintah diharapkan menyediakan jadwal khusus bagi ibu – ibu

agar bekerja tidak lagi menjadi alasan ibu – ibu tidak memantau perkembangan balitanya ke posyandu. Dan kegiatan – kegiatan di posyandu juga harus lebih menarik agar tidak monoton sehingga ibu – ibu dan balitanya tertarik untuk mengunjungi posyandu.

4. Kejadian diare berpengaruh negatif terhadap status gizi balita. Balita yang menderita diare cenderung berstatus gizi kurang karena balita tersebut membuang zat gizi dalam tubuh, dan diare menyebabkan nafsu makan menurun sehingga berpengaruh pada berat badan balita itu sendiri. Implikasi kebijakan bagi ibu – ibu sendiri adalah dengan memperhatikan pola hidup bersih dan sehat agar dapat terhindar dari penyakit diare. Dan memperhatikan kebersihan lingkungan dan sanitasi yang baik untuk keluarga. Bagi pemerintah diharapkan menggalakkan dan memantau rumah tangga dalam program PHBS. Dan tidak hanya melakukan kebijakan preventif-promotif namun juga mengedepankan kebijakan-kebijakan kuratif-rehabilitatif berupa pemberian oralit dengan osmolaritas rendah dan pemberian tablet suplemen Zinc bagi balita-balita yang mengalami diare secara gratis.
5. Pemberian ASI eksklusif tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal ini di duga balita memperoleh gizi lain di luar ASI. Implikasi kebijakan pada ibu adalah sebaiknya ibu – ibu mengetahui ASI diberikan pada usia 0 – 6 bulan tanpa makanan lain agar meningkatkan kekebalan dan daya tahan tubuh balita.

Implikasi bagi pemerintah adalah memberikan program yang tepat sasaran seperti program pemberian makanan tambahan pendamping ASI agar diberikan pada ibu yang memiliki bayi diatas 6 bulan. Karena masih banyak ibu yang memberikan makanan tambahan dari promosi di posyandu kepada bayinya yang masih berusia di bawah 6 bulan.

6. Sumber air bersih tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal ini diduga ibu memasaknya hingga mendidih sebelum digunakan. Implikasi kebijakan yang harus diambil orang tua adalah selalu memasak air hingga mendidih sebelum digunakan agar tidak mengganggu kesehatan dan bagi pemerintah diharapkan dapat memasang air ledeng merata diseluruh wilayah dan memudahkan masyarakat dalam pemakaiannya. Menjalankan dengan optimal program STBM ( Sanitasi Total Berbasis Masyarakat).
7. Kebiasaan mencuci tangan berpengaruh positif terhadap status gizi balita. Mencuci tangan saja dengan air hanya dapat membersihkan tangan dari kotoran dan debu bukan dari bibit penyakit. Maka biasakanlah mencuci tangan dengan sabun karena dapat mematikan kuman – kuman penyakit yang ada pada tangan sehingga dapat mengurangi terjadinya penyakit – penyakit infeksi akibat kuman. Tentunya penyakit tersebut dapat mengurangi derajat kesehatan keluarga khususnya balita. Dimana balitalah yang rentan terserang penyakit dan apabila balita tersebut terserang penyakit – penyakit

infeksi akibat kuman dan ini dapat berpengaruh kepada kemungkinan terjadinya kurang gizi.

Maka dari itu implikasi kebijakan yang dapat diambil oleh para ibu adalah membiasakan hidup bersih dan sehat yaitu mencuci tangan dengan sabun. Dan pemerintah terus menjalankan program sesuai Kementerian Kesehatan sendiri yang telah menerbitkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) No. 852/Menkes/SK/IX/2008, yang menetapkan CTPS sebagai salah satu pilar strategi yang penting untuk dilaksanakan di Indonesia. Dengan demikian pelaksanaan kegiatan CTPS di Indonesia dapat berkesinambungan. Namun sebaiknya Program Cuci Tangan Dengan Sabun rutin dilaksanakan dan tidak saja pada pusat – pusat pendidikan yang biasa dilaksanakan namun juga langsung ke masyarakat. Agar masyarakat secara umum terbiasa dengan cuci tangan pakai sabun.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1. Kesimpulan

Status gizi balita dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah pendapatan rumah tangga, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 96 responden yang memiliki balita usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kuranji Kota Padang dapat ditarik kesimpulan bahwa dari semua variabel bebas yang diteliti pengetahuan gizi ibu dan kebiasaan mencuci tangan berpengaruh positif terhadap status gizi dan kejadian diare berpengaruh negatif terhadap status gizi. Variabel lainnya seperti, pendapatan rumah tangga, akses pelayanan kesehatan, pemberian ASI eksklusif dan sumber air bersih tidak berpengaruh terhadap status gizi balita.

Berdasarkan hasil penelitian, dari segi pendapatan responden yang memiliki pendapatan  $\geq$  RP.1.000.000 cenderung memiliki balita berstatus gizi baik. Dan dari segi pengetahuan gizi ibu dapat disimpulkan ibu yang berpengetahuan baik cenderung memiliki balita yang berstatus gizi baik.

Begitu juga dari segi akses pelayanan kesehatan dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara responden yang rutin setiap bulan mengunjungi posyandu dengan responden yang tidak rutin mengunjungi posyandu dimana mereka cenderung memiliki balita berstatus gizi baik.

Dari segi kejadian diare dapat disimpulkan bahwa balita yang mengalami diare cenderung berstatus gizi kurang dan sebaliknya balita yang tidak mengalami diare cenderung berstatus gizi baik.

Dari segi pemberian ASI eksklusif dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara balita yang diberi ASI eksklusif atau tidak dimana mereka cenderung berstatus gizi baik. Begitu juga dengan sumber air bersih. Tidak ada perbedaan keluarga yang menggunakan air PAM / ledeng dengan sumber air bersih lainnya dimana mereka cenderung memiliki balita bertatus gizi baik.

Dari segi kebiasaan mencuci tangan dapat disimpulkan bahwa ibu yang biasa mencuci tangan menggunakan sabun sebelum memberikan makanan pada anak cenderung memiliki balita yang berstatus gizi baik.

## **6.2. Saran**

Dengan memperhatikan hasil penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang ada beberapa saran dan kebijakan yang dapat dilakukan yaitu :

1. Ibu – ibu dan pemerintah lebih memperhatikan faktor yang mempengaruhi gizi balita untuk dapat mengambil langkah tepat dalam perbaikan gizi
2. Pentingnya meningkatkan kesejahteraan keluarga karena dengan sejahteranya keluarga maka kesehatan keluarga khususnya anak pun akan terjamin.

3. Program – program kesehatan yang dilakukan pemerintah diharapkan dapat merata diperoleh pada seluruh wilayah. Dan dapat diperoleh pada setiap lapisan masyarakat.
4. Pemerintah diharapkan selain memperhatikan masalah perbaikan gizi melalui perbaikan konsumsi makanan (energi dan protein) juga memperhatikan masalah kesehatan lingkungan di wilayah – wilayah yang khususnya rawan gizi. Seperti pelaksanaan kegiatan – kegiatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) dirasa perlu dilakukan berkelanjutan melihat permasalahan yang ada berkaitan dengan kesehatan lingkungan sendiri. Karena masalah kesehatan seperti gizi dapat dimulai dari penyakit – penyakit ataupun masalah lain yang timbul akibat lingkungan yang tidak sehat.
5. Penelitian ini masih mengandung beberapa keterbatasan, terutama berkaitan dengan jumlah sampel dan variabel-variabel bebas. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk menambah jumlah sampel serta memasukkan variabel lain seperti pengeluaran rumah tangga, konsumsi energi dan protein, jumlah anggota keluarga, dan pekerjaan ibu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andarwati, Dewi. 2007. "Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita pada Keluarga Petani di Desa Purwojati Kec.Kertek Kabupaten Wonosobo". Semarang : UNS. Diakses pada <http://www.scrib.com/doc/49195164> tanggal 2 Maret 2011, 20:24:19.
- Ali, Rice Yunidra. 2007. "Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Kelurahan Belakang Balok Kota Bukittinggi". Padang : UNP
- Aminah, Mimin,dkk. 2005. *Pengaruh Intervensi (konseling dan stimulant) terhadap Perkembangan dan Status Gizi Balita di Wilayah Kota Cimahi. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Vol 4 no 1.*
- Aritonang, Arianton. 2003. *Hubungan antara Pendapatan Keluarga dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Balita.* Jakarta. Diakses pada <http://www.scrib.com/doc/37574754> tanggal 9 Januari 2011, 09:38:22
- Arifuddin, M. 2009. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Anak Bawah Lima Tahun (balita) di Desa Nang Miro Kecamatan Pekat Kabupaten Dompu.* NTB
- Baliwati, Yayuk Farida, dkk. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi.* Jakarta: Penebar Swadaya.
- Biro Pusat Statistik, 2003. *Laporan Sosial Indonesia 2003.* Padang.
- ,2008. *Profil Statistik Kesejahteraan rakyat (1993-2007).* Padang.

- Chandra, Budiman. 2007. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta : Buku Kedokteran ECG
- Chaidir, Ridwan 2003. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kekurangan Gizi pada Balita di Indonesia. Padang : Unand.
- Djojohadikusumo, Sumitro. 1994. *Dasar Teori Pertumbuhan dan Ekonomi Pembangunan*. Jakarta. LP3ES.
- Dinas Kesehatan. 2009. *Laporan Tahunan 2010*. Padang.
- Elfindri. 2001. *Ekonomi Sumber Daya Manusia* : Padang : Unand
- 2001. *Kesehatan di Indonesia : krisis dan issue-isue jangka panjang*. *Jurnal Ekonomi dan Manajemen edisi IX No.1 hal 1-14*
- 2003. *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Padang : Unand
- Ernawati, Aeda. 2003. *Hubungan Faktor Sosial Ekonomi, Higiene Sanitasi lingkungan, Tingkat Konsumsi dan Infeksi Dengan Status Gizi Anak Usia 2 – 5 tahun Di Kabupaten Semarang*. Semarang : Undip
- Gibney, Michael J,dkk. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Buku Kedokteran ECG.
- Handayani, Lina dkk. 2008. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 11 No 1 hal 21-26*
- [Http://padangekspres.co.id](http://padangekspres.co.id)
- Jhingan, M.L. 2004. *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan*, Rajawali Press

- Kamalia, Dina. 2005. *Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Diare pada Bayi Usia 1-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni*. Semarang : UNS. Diakses pada <http://www.scrib.com/doc/29823731> tanggal 2 Maret 2011, 19:23:49
- Kusumawati, Yuli, 2004. *Hubungan Pendidikan dan Pengetahuan Gizi Ibu dengan Berat Bayi Lahir di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta*. Infokes vol 8 no.1 hal 1-9
- Mailefni. 1998. *Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Indonesia*. Padang : Unand
- Mastari, Ekawaty Suryani, 2009. *Hubungan Pengetahuan Gizi Ibu Balita dalam Membaca Grafik Pertumbuhan KMS dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Glugur Darat 1*. Medan : USU. Diakses pada <http://repository.usu.ac.id> tanggal 2 Maret 19:18:34
- Mosley, H. dan Lincoln chen, 1984. *An Analytical Framework for The Study of Child Survival in Developing Countries, Population and Development review, sip.To vol. 10, hal. 25-48*. Diakses pada <http://www.cies.edu.ni> tanggal 9 Januari 2011, 10:11:50
- Notoatmojo, Sukidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Prilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nur'aini. 2009. *Pola Aktivitas, Konsumsi Pangan, Status Gizi dan Kesehatan Anak Jalanan Kota Bandung*. Bogor : IPB. Diakses pada



## KUESIONER PENELITIAN

**Assalamu'alaikum Wr.Wb**

Pertama-tama saya mendoakan ibu/Sdri berada dalam keadaan sehat walafiat dan senantiasa berada dalam lindungan Allah SWT. Dalam kesempatan ini peneliti selaku mahasiswa ekonomi Universitas Andalas, mohon kesediaan Ibu/Sdri untuk dapat mengisi kuesioner penelitian ini. Penelitian ini dilakukan untuk menyusun skripsi dalam rangka menyelesaikan jenjang strata satu (S1) program studi ekonomi pembangunan di Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.

Kuesioner ini semata-mata adalah sebagai bahan kajian ilmu pengetahuan dan tidak akan merugikan Ibu/Sdri serta data yang diperoleh dijamin kerahasiaannya.

Untuk itu peneliti sangat mengharapkan kesediaan Ibu/Sdri untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan jujur dan apa adanya. Atas bantuan dan partisipasi Ibu/Sdri dalam membantu suksesnya penelitian ini, peneliti ucapkan terima kasih.

Hormat Peneliti

Anggia Lonika

**KUESIONER PENELITIAN**  
**FAKTOR - FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP STATUS GIZI**  
**BALITA DI KECAMATAN KURANJI**  
**KOTA PADANG**

**Petunjuk Pengisian:**

1. Untuk pertanyaan pilihan disediakan pilihan jawabannya,berilah tanda ( √ ) jawaban yang sesuai.
2. Untuk pertanyaan yang diberi ruang jawab bertitik (.....), istilah jawaban dari Ibu/Saudari

No. Kuesioner :.....

Tgl.....bulan..... tahun 2011

**I. Identitas Responden**

Isilah data dibawah ini :

<b>Karakteristik Ibu Balita</b>		
1	Nama Ibu	.....
2	Tempat / tanggal lahir (sesuai KTP)	.....
3	Umur ibu balita	..... tahun
4	Nama anak	.....
5	Umur balita	.....
6	Jenis kelamin	.....(Lk/Pr)
7	Berat badan saat ini	.....(kg)
8	Pendidikan ibu	1. <input type="checkbox"/> Tidak lulus sekolah 2. <input type="checkbox"/> Tidak lulus SD 3. <input type="checkbox"/> Lulus SD 4. <input type="checkbox"/> Lulus SLTP 5. <input type="checkbox"/> Lulus SLTA 6. <input type="checkbox"/> Lulus D3/S1/S2
9	Pekerjaan keluarga	1. <input type="checkbox"/> Petani 2. <input type="checkbox"/> Nelayan 3. <input type="checkbox"/> Swasta 4. <input type="checkbox"/> Buruh 5. <input type="checkbox"/> PNS

		6. [ ] Pedagang 7. [ ] Ibu rumah tangga 8. dll, sebutkan.....
11	Berapa penghasilan kepala rumah tangga saja dalam sebulan?	.....
12.	Pendapatan lainnya	.....

## II. Tingkat pengetahuan gizi ibu

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada jawaban yang dipilih

No	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Telur, tempe dan daging termasuk contoh bahan makanan yang mengandung protein.		
2.	ASI dan makanan tambahan sebaiknya diberikan pada bayi berusia 0-6 bulan.		
3.	Wortel adalah sumber vitamin A.		
4.	Minyak dan keju adalah bahan makanan yang mengandung lemak		
5.	Makanan yang bergizi adalah makanan yang enak dan mengenyangkan		
6.	Balita hanya memerlukan ASI untuk pertumbuhan dan perkembangannya		
7.	Nasi, sayur, lauk dan buah sudah memenuhi kriteria 4 sehat 5 sempurna		
8.	Kacang-kacangan dan biji-bijian merupakan bahan makanan sumber mineral.		
9.	Cara mencuci beras yang benar yaitu dicuci sampai airnya bening.		
10.	Cara memasak sayur yang benar yaitu dimasak tidak terlalu lama sehingga sayur masih segar dan vitamin tidak banyak yang hilang.		
11.	Sebelum dimasak sayuran dicuci pada air yang mengalir sampai bersih baru kemudian dipotong.		
12.	Sesudah sayuran dicuci kemudian direndam dengan air garam sambil diiris-iris atau dipotong.		
13.	Cara menyimpan makanan dan minuman yang benar yaitu dalam wadah atau tempat yang bersih dan tidak tertutup.		
14.	Kekurangan zat gizi dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan tubuh terganggu.		

15.	Vitamin A sangat penting bagi pertumbuhan dan kekuatan tulang balita untuk mencegah kelumpuhan.		
16.	Karbohidrat dan lemak merupakan sumber pembangun.		
17.	Lemak berfungsi untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan mata.		
18.	Protein merupakan sumber pembangun untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh.		

### III. Pemberian ASI eksklusif

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada jawaban yang dipilih

No.	Pertanyaan	Kode	Pilihan
1.	Apakah anda hanya memberikan air susu pada saat bayi berusia hingga 6 bulan	1. Ya 2. Tidak	[ ] [ ]
2.	Apakah keluarga memberikan susu formula untuk bayi	1. Ya 2. Tidak	[ ] [ ]
3.	Sampai umur berapa anda lanjut memberikan ASI kepada bayi	1. $\geq 2$ tahun 2. $< 2$ tahun 3. 0-6 bulan	[ ] [ ] [ ]

4. Jika jawaban no 1 tidak, mengapa anda tidak memberikan ASI saja hingga bayi berusia 6 bulan? Alasannya,.....  
.....

### IV. Akses Pelayanan Kesehatan

Isilah jawaban anda dan lingkari pada jawaban yang dipilih.

- Mana yang anda pilih untuk membawa anak anda memeriksakan kesehatan balita anda
  - Puskesmas
  - Posyandu
  - Lainnya, sebutkan.....
- Apakah ibu rutin membawa anak ke posyandu/puskesmas untuk memantau perkembangannya? ( Ya / Tidak )

3. Jika tidak, mengapa? Alasannya, .....
4. Jika tidak, berapa kalikah ibu membawa anak untuk memantau perkembangannya?  
.....kali dalam setahun
5. Adakan kesulitan ibu dalam mengakses pelayanan kesehatan seperti posyandu/puskesmas? Kenapa,.....

**V. Riwayat Penyakit Diare**

Berilah tanda ( √ ) pada jawaban yang dipilih.

No.	Pertanyaan	Kode	Jawaban
1.	Apakah anak ibu dalam 3 bulan terakhir ini mengalami diare?	1. ya 2. tidak	[ ] [ ]
2.	Jika , ya berapa kali berak dalam sehari?	1. < 3 kali / hari 2. ≥ 3 kali / hari	[ ] [ ]
3.	Bagaimana konsistensinya	1. tidak cair 2. cair	[ ] [ ]
4.	Apakah selama diare anak ibu juga muntah?	1. tidak 2. ya	[ ] [ ]
5.	Bagaimana muntahnya dalam sehari?	1. sedikit 2. beberapa kali 3. sangat sering	[ ] [ ] [ ]
6.	Pada saat diare, bagaimana keadaan umumnya?	1. sehat, sadar 2. rewel, lemas 3. tidak sadar, lemas	[ ] [ ] [ ]

**VI. Sumber Air Bersih**

Berilah tanda ( √ ) pada jawaban yang dipilih.

No.	Pertanyaan	Kode	Jawaban
1.	Bagaimana keadaan sumber air anda	1. tertutup 2.tidak tertutup	[ ] [ ]
2.	Darimanakah ibu memperoleh air untuk keperluan memasak?	1. Sumur 2. Air PAM 3. Kali/sungai	[ ] [ ] [ ]

3.	Apakah air tersebut dipakai bersama sama dengan orang lain?	1. Tidak 2. Kadang-kadang 3. Ya	[ ] [ ] [ ]
4.	Sebelum digunakan, dimanakah biasanya Ibu menyimpan air tersebut?	1. Selalu dalam wadah tertutup 2. Kadang-kadang dalam wadah tertutup 3. Selalu dalam wadah terbuka	[ ] [ ] [ ]
5.	Apakah air yang digunakan untuk keperluan balita itu dimasak hingga mendidih?	1. Ya, selalu 2. Kadang-kadang 3. Tidak	[ ] [ ] [ ]

## VII. Kebiasaan mencuci tangan

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada jawaban yang dianggap paling tepat.

No	Pertanyaan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	Apakah keluarga selalu mencuci tangan sebelum memberi makanan pada anak?			
2	Apakah keluarga selalu mencuci tangan setelah buang air besar?			
3	Jika "Ya" apakah keluarga memakai sabun?			
4	Jika tangan keluarga kotor karena bekerja, sedangkan anak ibu menangis minta ASI atau susu formula, apakah keluarga segera mencuci tangan ?			
5	Apakah keluarga mengajarkan anak ibu mencuci tangan sebelum makan			

### Hasil Analisis Data

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan Rumah Tangga * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
Pengetahuan Gizi Ibu * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
Akses Kesehatan * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
Diare * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
ASI Eksklusif * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
Sumber Air * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%
Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun * Status Gizi	96	100.0%	0	.0%	96	100.0%

### Pendapatan Rumah Tangga \* Status Gizi

#### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Pendapatan Rumah Tangga	Pendapatan Rumah Tangga < 1.000.000	Count	4	11	15
		% within Pendapatan Rumah Tangga	26.7%	73.3%	100.0%
Total	Pendapatan Rumah Tangga >=1.000.000	Count	14	67	81
		% within Pendapatan Rumah Tangga	17.3%	82.7%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Pendapatan Rumah Tangga	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.731 <sup>a</sup>	1	.392		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.245	1	.621		
Likelihood Ratio	.679	1	.410		
Fisher's Exact Test				.471	.297
Linear-by-Linear Association	.724	1	.395		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.81.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.087	.392
N of Valid Cases		96	

## Pengetahuan Gizi Ibu \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Pengetahuan Gizi Ibu	kurang baik	Count	15	40	55
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	27.3%	72.7%	100.0%
	baik	Count	3	38	41
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	7.3%	92.7%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Pengetahuan Gizi Ibu	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.140 <sup>a</sup>	1	.013		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.900	1	.027		
Likelihood Ratio	6.735	1	.009		
Fisher's Exact Test				.017	.011
Linear-by-Linear Association	6.076	1	.014		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.69.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.245	.013
N of Valid Cases		96	

## Akses Kesehatan \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Akses Kesehatan	tidak rutin mengunjungi posyandu	Count	6	32	38
		% within Akses Kesehatan	15.8%	84.2%	100.0%
	rutin mengunjungi posyandu	Count	12	46	58
		% within Akses Kesehatan	20.7%	79.3%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Akses Kesehatan	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.362 <sup>a</sup>	1	.547		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.112	1	.738		
Likelihood Ratio	.368	1	.544		
Fisher's Exact Test				.603	.374
Linear-by-Linear Association	.358	1	.550		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.13.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.061	.547
N of Valid Cases	96	

## Diare \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Diare	mengalami diare	Count	10	24	34
		% within Diare	29.4%	70.6%	100.0%
	tidak mengalami diare	Count	8	54	62
		% within Diare	12.9%	87.1%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Diare	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.928 <sup>a</sup>	1	.047	.059	.046
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.919	1	.088		
Likelihood Ratio	3.777	1	.052		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.887	1	.049		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.38.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.198	.047
N of Valid Cases	96	

## ASI Eksklusif \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
ASI Eksklusif	tidak diberi ASI Eksklusif	Count	5	31	36
		% within ASI Eksklusif	13.9%	86.1%	100.0%
	ada diberi ASI Eksklusif	Count	13	47	60
		% within ASI Eksklusif	21.7%	78.3%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within ASI Eksklusif	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.893 <sup>a</sup>	1	.345		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.456	1	.500		
Likelihood Ratio	.924	1	.336		
Fisher's Exact Test				.425	.253
Linear-by-Linear Association	.884	1	.347		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.75.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Contingency	.096	.345
Nominal	Coefficient		
N of Valid Cases		96	

## Sumber Air \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Sumber Air	sumber air lainnya	Count	17	74	91
		% within Sumber Air	18.7%	81.3%	100.0%
Air PAM		Count	1	4	5
		% within Sumber Air	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Sumber Air	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.005 <sup>a</sup>	1	.941		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.005	1	.942		
Fisher's Exact Test				1.000	.655
Linear-by-Linear Association	.005	1	.942		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .94.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.008	.941
N of Valid Cases		96	

## Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun \* Status Gizi

### I. Crosstabulation

			Status Gizi		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun	tidak mencuci tangan dengan sabun	Count	16	43	59
		% within Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun	27.1%	72.9%	100.0%
	mencuci tangan dengan sabun	Count	2	35	37
		% within Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun	5.4%	94.6%	100.0%
Total		Count	18	78	96
		% within Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Sabun	18.8%	81.2%	100.0%

## II. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.037 <sup>a</sup>	1	.008		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.684	1	.017		
Likelihood Ratio	8.131	1	.004		
Fisher's Exact Test				.008	.006
Linear-by-Linear Association	6.964	1	.008		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	96				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.94.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.261	.008
N of Valid Cases	96	