

Kode>Nama Rumpun Ilmu:354/ Ilmu
Gizi

**LAPORAN
PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**PENGARUH PEMBERIAN BOOKLET GIZI SEIMBANG DAN
PMT PANGAN LOKAL TERHADAP TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN
ZAT GIZI SERTA STATUS GIZI BALITA *STUNTING*
DI KECAMATAN LAWANG KABUPATEN MALANG**

Ibnu Fajar, SKM, M.Kes
196610181989031001

**JURUSAN GIZI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
KEMENTERIAN KESEHATAN
2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian dengan Judul :

**“ PENGARUH PEMBERIAN BOOKLET GIZI SEIMBANG DAN
PMT PANGAN LOKAL TERHADAP TINGKAT KONSUMSI ENERGI
DAN ZAT GIZI SERTA STATUS GIZI BALITA *STUNTING*
DI KECAMATAN LAWANG KABUPATEN MALANG ”**

Telah disetujui dan disahkan pada tanggalbulan Desember 2018

Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat Politeknik
Kesehatan Kemenkes Malang

Ketua Tim Pelaksana Penelitian

Jupriyono, S.Kp., M.Kes
NIP. 19640407 198803 1 004

Ibnu Fajar, SKM., M.Kes
NIP. 196610181989031001

Mengetahui,

Direktur Poltekkes Kemenkekes Malang

Budi Susatia, S.Kp. M.Kes
NIP: 196503181988031002

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan HidayahNya kami dapat menyelesaikan penelitian dengan Judul “**Pengaruh Pemberian Booklet Gizi Seimbang dan PMT Pangan Lokal terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita *Stunting* di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang**”.

Pada kesempatan yang baik ini kami menyampaikan banyak terima kasih kepada Yth :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang beserta Staf
2. Ketua Jurusan Gizi dan Staf Jurusan Gizi Kemenkes Malang beserta Staf
3. Semua Pihak yang tidak bisa satu persatu kami sebutkan yang telah berpartisipasi dalam penyusunan protokol ini.

Semoga segala sumbangsih Ilmunya yang bermanfaat dapat menjadi tetesan amal yang terus menerus mengalir sampai akhir hayat.

Penyusun menyadari masih banyak kekurangan dan kesalahan dalam penyusunan Laporan ini, kami mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi lebih sempurnanya karya kecil ini.

Harapan kami semoga karya kecil ini dapat bermanfaat bagi kami dan bagi seluruh pembaca khususnya para peneliti dan praktisi kesehatan.

Malang, November 2018

Penulis

ABSTRAK

Ibnu Fajar, SKM, M.Kes (2018)

Judul : Pengaruh Pemberian Booklet Gizi Seimbang dan PMT Pangan Lokal terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita *Stunting* di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang

Penelitian ini meneliti pengaruh pemberian booklet gizi seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita *Stunting* di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang. Penelitian menggunakan desain *quassy experimental* dengan rancangan *static group comparison design* melibatkan sampel dan kontrol masing masing sebanyak 17 balita usia 6 – 36 bulan yang tercatat dalam data Laporan Tahunan Program Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2017 kemudian dipilih berdasarkan perbandingan kasus dan kontrol 1:1. Pengumpulan data dilakukan melalui penilaian status gizi balita dan metode *pretest* untuk mengetahui tingkat pengetahuan gizi sebelum dilakukan penyuluhan dengan media *booklet* tentang pedoman KADARZI. Kemudian diberikan perlakuan atau intervensi berupa penyuluhan dan konseling dengan media *booklet*. Tahap terakhir dilakukan *post test* untuk mengetahui tingkat pengetahuan gizi setelah dilakukan penyuluhan dan konseling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian penyuluhan dengan media Booklet dapat meningkatkan pengetahuan gizi Ibu Balita pada kelompok Perlakuan dan juga pada kelompok control, namun perbedaan tersebut tidak signifikan pada kedua kelompok dengan ($p > 0,05$) yang menunjukkan hasil tidak signifikan. Pada penelitian ini tingkat konsumsi energi terbesar pada kategori sangat kurang 54.54%, protein kategori sangat kurang 39.39%. Kategori status gizi zinc kategori sangat kurang dan sesuai sebesar 29.41%. Hasil analisis hasil uji statistik *Independent Sample T-Test* menunjukkan pengaruh pemberian PMT pada balita *stunting* (6-36) bulan terhadap tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan, hal ini ditunjukkan dengan hasil tingkat konsumsi energi ($p=0,561$), tingkat konsumsi protein ($p=0,840$), dan tingkat konsumsi zinc ($p=0,210$). Selain itu, terjadi peningkatan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendidikan ibu dibuktikan dengan hasil analisis uji statistik dengan $p=0,004$. Pemberian penyuluhan melalui media booklet dapat meningkatkan pengetahuan Ibu Balita, namun pemberian media ini tidak meningkatkan tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita.

Kata Kunci : status gizi balita, tingkat pengetahuan gizi, tingkat konsumsi.

ABSTRACT

Ibnu Fajar, SKM, M.Kes (2018)

Title : The Influence of Providing Nutrition Booklet Balanced and Local Food Nutrition to Level of Energy Consumption and Nutrition and Nutritional Status of Stunting at Lawang Subdistrict Malang

This study examines the effect of giving nutritional balanced booklets and Local Food PMT to Energy and Nutritional Consumption Levels and Nutritional Status of Stunting Children in at Lawang Subdistrict Malang. The method of this study is quassy experimental design with the design of static group comparison design involves the sample and control of each of the 17 toddlers aged 6 - 36 months recorded in the data of the Community Nutrition Program Annual Report by the Malang District Health Office in 2017 then selected based on case and control comparisons 1: 1. Data collection was carried out through an assessment of the nutritional status of children and the pretest method to determine the level of nutritional knowledge before counseling with a booklet media about KADARZI guidelines. Then given given treatment or intervention in the form of counseling and counseling with booklet media. The last step was carried out post-test to determine the level of nutrition knowledge after counseling and counseling. The results showed that the provision of counseling with Booklet media could improve the nutrition knowledge of under-fives in the treatment group and also in the control group, but the difference was not significant in both groups with ($p > 0.05$) which showed insignificant results. In this study the highest level of energy consumption in the very less category was 54.54%, protein in the very less category was 39.39%. The zinc nutritional status category was very poor and appropriate at 29.41%. The results of the analysis of the Independent Sample T-Test statistical test results show the effect of giving PMT on stunting toddlers (6-36) months to the level of energy and nutrient consumption of children under five did not show a significant effect, this is indicated by the results of energy consumption level ($p = 0.561$), protein consumption level ($p = 0.840$), and zinc consumption level ($p = 0.210$). In addition, an increase in the level of knowledge is influenced by the level of education of the mother and the level of education of the mother as evidenced by the results of statistical test analysis with $p = 0.004$. Providing counseling through the booklet media can increase the knowledge of toddlers, but the provision of this media does not increase the level of energy and nutrient consumption of children under five.

Keywords: toddler nutritional status, level of nutrition knowledge, level of consumption.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Manfaat teoritis.....	5
2. Manfaat Praktis	6
E. Kerangka Konsep.....	6
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Balita	8
B. Status Gizi	10
1. Definisi status gizi	11
2. Penilaian status gizi	10
3. Pemeriksaan status gizi secara antropometri.....	13
C. Stunting.....	19
1. Definisi <i>Stunting</i>	19
2. Faktor-faktor Penyebab Stunting	20
3. Dampak Stunting	24
D. Tingkat Konsumsi	27
E. Tingkat Pengetahuan	29
F. Pemberian Makanan Tambahan	32
BAB III.....	38
METODE PENELITIAN.....	38
A. Desain Penelitian	38
B. Waktu dan Tempat Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel.....	38
D. Variabel Penelitian.....	39
E. Definisi Operasional Variabel.....	40
F. Instrumen Penelitian	41
G. Metode Pengumpulan Data.....	42

H. Pengolahan dan Analisis Data.....	44
BAB IV.....	46
HASIL dan PEMBAHASAN.....	46
A. Gambaran Umum Kecamatan	46
B. Gambaran Umum Responden	54
1. Karakteristik Balita	54
2. Berat badan lahir.....	54
3. Panjang badan lahir.....	55
4. Tinggi badan ayah dan Ibu.....	55
5. Sosial Ekonomi Orang Tua Balita.....	57
6. Tingkat Asupan Energi dan Protein Balita	59
7. Tingkat Pengetahuan Ibu	60
C. Perbedaan Karakteristik Responden Kelompok Stunting dan Normal di Kecamatan Terpilih.....	61
D. Analisis Bivariat	62
BABV.....	69
KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	69
Daftar Pustaka.....	70
Lampiran	76

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak menurut Indeks	17
Tabel 2. Pembakuan Indikator Status Gizi Balita	18
Tabel 3. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat dan Air yang dianjurkan untuk orang Indonesia (perorang perhari)	28
Tabel 4. Desain Operasional Variabel	40
Tabel 5. Distribusi Balita berdasarkan Jenis Kelamin di Kecamatan Lawang Tahun 2017	49
Tabel 6. Distribusi Balita berdasarkan Berat Badan Lahir di Kecamatan Lawang Tahun 2017	50
Tabel 7. Distribusi penduduk berdasarkan usia	50
Tabel 8. Distribusi Penduduk Menurut Mata Pencaharian	51
Tabel 9. Distribusi Sarana Kesehatan	51
Tabel 10. Distribusi Teanga Kesehatan	51
Tabel 11. Distribusi Sarana Ibadah	52
Tabel 12. Distribusi Jumlah Pendidikan Formal	52
Tabel 13. Distribusi Hasil Peternakan	53
Tabel 14. Distribusi jumlah perumahan	53
Tabel 15. Distribusi berdasarkan jenis kelamin	54
Tabel 16. Distribusi Balita Bersarlan Berat Badan Lahir Di Kecamatan Lawang Tahun 2018	55
Tabel 17. Distribusi Balita Bersarlan Panjang Badan Lahir Di Kecamatan Lawang Tahun 2018	55
Tabel 18. Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan Ayah Di Kecamatan Lawang Tahun 2018	56
Tabel 19. Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan Ibu Di Kecamatan Bululawang Tahun 2018	56
Tabel 21. Distribusi Respoden Berdasarkan Pendidikan Ayah Di Kecamatan Lawang	57
Tabel 22. Dsitribusi Respoden Berdasarkan Pendidikan Ibu Di Kecamatan Lawang	57
Tabel 23. Distribusi Responden berdasarkan Pendapatan Perkapita Keluarga di Kecamatan Lawang Tahun 2018	58
Tabel 24. Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018	58
Tabel 25. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Energi di Kecamatan Lawang Tahun 2018	59
Tabel 26. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Protein di Kecamatan Lawang Tahun 2018	59

Tabel 27. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pre-Test Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018	60
Tabel 28. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan Post-test Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018	60
Tabel 29. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Protein di Kecamatan Lawang Tahun 2018	60
Tabel 30. Karakteristik Responden Kelompok Stunting dan Kontrol	61
Tabel 31. Hasil Uji Statistik Paired T-test pada Kelompok Perlakuan	62
Tabel 32. Hasil Uji Statistik pada Kelompok Kontrol	65
Tabel 33. Hasil Uji Statistik Independent Sample T-Test.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian	6
Gambar 2. Skema Prioritas Intervensi pada Masa Emas	8
Sumber: Adriyani, M, et al, 2012.....	8
Gambar 3. Perkembangan Otak Balita Normal dan Tidak Normal	9
Sumber: Adriyani, M., 2012	9
Gambar 4. Asupan Zat Gizi Kurang dari yang Dibutuhkan.....	11
Gambar 5. Asupan Zat Gizi Lebih Banyak dari yang Dibutuhkan	11
Gambar 6. Kerangka konseptual dari faktor penentu status gizi anak	21
Sumber: UNICEF, 1998.....	21
Gambar 7. Faktor yang Mempengaruhi <i>Stunting</i>	22
Gambar 8. WHO conceptual framework on Childhood <i>Stunting</i> : Context, Causes, and Consequences, with an emphasis on complementary feeding.	23
Gambar 9. Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition	24
Gambar 10. Hubungan Gizi Dengan Produktivitas.....	25
Gambar 11. Peta Kecamatan Lawang	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian	77
Lampiran 2. <i>Informed Consent</i>	80
Lampiran 3. Kuisisioner Pengetahuan Ibu Responden	81
Lampiran 4. Form Identitas Responden	84
Lampiran 5. Hasil Pengolahan Data Responden	85
Lampiran 6. Grafik Hasil Pengolahan Data Responden	96
Lampiran 7. Hasil Pengolahan Uji Statistik	100
Lampiran 8. Dokumentasi	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemiskinan di Indonesia telah menunjukkan penurunan secara tetap. Badan Pusat Statistik (BPS) menyatakan bahwa dari tahun 2009 sampai 2014 proporsi penduduk miskin di Indonesia mengalami penurunan sebesar 14,15 – 11,25%, tetapi masalah gizi tidak menunjukkan penurunan secara signifikan. Angka kejadian anak *stunting* masih tergolong tinggi yang merupakan proporsi yang menjadi masalah kesehatan masyarakat menurut kriteria *World Health Organization* (WHO) dan satu dari tiga balita akan terpengaruh oleh dampak dari *stunting* (UNICEF Indonesia, 2012).

Masalah gizi, khususnya *stunting*, menghambat perkembangan anak muda, dengan dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya. Salah satu penelitian menunjukkan bahwa *stunting* pada usia balita dapat mengurangi kecerdasan kognitif anak menghadapi kemungkinan yang lebih besar untuk tumbuh menjadi orang dewasa yang kurang berpendidikan, miskin, kurang sehat dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular (Victoria, C. G., *et al*, 2008). Penelitian lainnya menyatakan bahwa anak-anak *stunting* diestimasi akan berpendapatan 20% lebih rendah daripada anak-anak yang tidak *stunting* (Grantham-McGregor, S., *et al*, 2007). Oleh karena itu, anak *stunting* merupakan prediktor buruknya kualitas sumber daya manusia yang diterima secara luas, yang selanjutnya menurunkan kemampuan produktif suatu bangsa di masa yang akan datang.

Sebuah laporan UNICEF tahun 2013 yang mengkaji tentang tren gizi di seluruh dunia, *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress*, menyatakan bahwa secara global tahun 2011, lebih dari seperempat (26%, sekitar 165 juta anak) dari anak-balita mengalami *stunting*. Tapi beban

ini tidak merata di seluruh dunia. Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan adalah rumah bagi tiga perempat anak *stunting* di seluruh dunia. Indonesia menyumbang angka sebesar 7,547% dari 80% angka kejadian balita *stunting* dunia tahun 2011. Indonesia juga menduduki peringkat 5 dari 14 negara dengan angka kejadian *stunting* tertinggi dunia dengan angka kejadian sebesar 36% tahun 2011.

Masalah gizi di Kabupaten Malang telah disajikan dalam Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Timur tahun 2013. Angka kejadian *stunting* di Kota Malang mengalami peningkatan tahun 2007 sampai dengan tahun 2013 sebesar 22,3 – 29,6%. Angka kejadian balita sangat pendek dan pendek meningkat tahun 2007 sampai dengan tahun 2013 masing-masing sebesar 7,0 – 13,9% dan 15,3 – 15,7%. Angka kejadian balita *stunting* kembali menjadi masalah gizi terbesar di Kabupaten Malang dibandingkan dengan balita berat kurang (15,6%) dan kurus (9,5%).

Laporan Program Gizi Masyarakat Tahun 2014 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang menyatakan bahwa angka kejadian *stunting* pada balita masih menjadi masalah gizi yang paling tinggi (10,15%) dibandingkan dengan angka kejadian berat kurang (5,82%) dan kurus (3,5%). Angka kejadian *stunting* sebanyak 4.717 balita yang terdiri dari angka kejadian pendek sebanyak 3.596 balita (7,74%) dan sangat pendek sebanyak 1.121 balita (2,41%).

Penyebab dari kejadian *stunting* tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja tetapi disebabkan oleh banyak faktor, dimana faktor-faktor tersebut saling berhubungan satu dengan yang lainnya diantaranya adalah status sosial ekonomi, asupan energi dan protein, penyakit infeksi, lama pemberian ASI dan tinggi badan orang tua. Status sosial ekonomi keluarga adalah salah satu penyebab *stunting* dan dipengaruhi oleh pendapatan, pendidikan dan pekerjaan. Penelitian di Desa Sidowarno Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan Ibu dengan kejadian *stunting* (Rohmatun, N. Y., 2014) dan diperkuat dengan penelitian pada balita usia 24 – 36 bulan di Semarang Timur

juga menyatakan bahwa ayah yang berpendidikan rendah maka balita akan berpotensi 5,6 kali mengalami *stunting* daripada ayah yang berpendidikan tinggi (Nasihkah, R., 2012). Tingkat pendidikan kemudian akan berpengaruh dalam peluang mendapatkan pekerjaan dan pekerjaan akan menentukan besarnya pendapatan yang didapatkan. Keluarga dengan perpendapatan rendah memiliki potensi *stunting* 4,13 kali lebih besar dibanding anak dengan keluarga dengan pendapatan tinggi pada anak usia 2-3 tahun di Semarang Timur (Kusuma, K.E. *et al*, 2013). Penelitian di Sumatera juga menyatakan bahwa balita yang berasal dari keluarga dengan pendapatan rendah 1,29 kali berpotensi mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita dari keluarga dengan pendapatan tinggi (Oktarina, Z. *et al*, 2012).

Asupan energi dan protein adalah salah satu faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting* pada balita dan salah satu faktor langsung malnutrisi menurut UNICEF (1998). UNICEF menyatakan bahwa konsumsi makanan tidak adekuat merupakan salah satu faktor langsung yang dapat mengakibatkan anak menjadi *stunting*. Balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai potensi 1,28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi cukup (Oktarina, Z.*et al*, 2012). Balita dengan asupan protein kurang akan mempunyai potensi 11,8 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita dengan asupan protein cukup menurut penelitian di Kecamatan Semarang Timur (Al-anshori, H., 2013).

Hasil Penelitian Ibnu Fajar, dkk, 2017 tentang faktor yang mempengaruhi *stunting* pada tiga Kecamatan di Kabupaten Malang bahwa tinggi badan ibu dan pendidikan ibu berpotensi yang paling berpengaruh terhadap kejadian *stunting*. Pada kecamatan Donomulyo, faktor yang mempengaruhi *stunting* adalah tinggi badan ibu, dan berdasarkan odds ratio tertinggi pendidikan ayah, pendidikan ibu, dan tinggi badan ayah. Pada kecamatan Jabung, faktor yang mempengaruhi *stunting* berdasarkan odds ratio adalah panjang badan lahir dan pendidikan ayah. Pada kecamatan Lawang, faktor yang mempengaruhi *stunting* menurut odds ratio tertinggi adalah panjang badan lahir, pendapatan perkapita, tingkat asupan protein, kelengkapan imunisasi.

Untuk mencegah dan mengatasi dilakukan dengan dua model intervensi yaitu intervensi spesifik dan sensitive. Studi Lancet (2008) menemukan bahwa intervensi spesifik hanya mendukung 20 % upaya pencegahan / penurunan stunting sementara intervensi sensitive berkontribusi hingga 80 %. Pengetahuan gizi berperan penting dalam menentukan derajat kesehatan. *Stunting* terjadi karena kurangnya pengetahuan mengenai gizi seimbang. Salah satu masalah yang muncul adalah adanya ketidakseimbangan asupan makanan. Kelebihan atau kekurangan asupan makanan secara bersamaan dapat memicu terjadinya beban ganda masalah gizi di masyarakat. Media dalam penyuluhan kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu untuk promosi kesehatan untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran informasi. Media yang digunakan dalam penyuluhan adalah booklet. Media booklet dipilih sebagai media penyuluhan karena mampu menyebarkan informasi dalam waktu relatif singkat, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan.

Menurut penelitian Rathore (2014) dan Fernandes (2013) bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media booklet, sehingga informasi pada booklet sangat efektif untuk peningkatan pengetahuan pada ibu. Hal ini dibuktikan dengan penelitian Sumaryati (2003) bahwa terdapat perbedaan signifikan pada pengetahuan siswi tentang anemia sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan media booklet. Booklet akan memberikan kesan kepada pembaca jika disajikan dengan gambar yang menarik sehingga booklet tidak formal dan kaku (Nurfathiyah, 2014). Kelebihan booklet seperti dapat disimpan dalam waktu yang relatif lama, dapat dipelajari secara mandiri, dapat membantu media lain, selain itu booklet juga memiliki kelemahan yaitu pembaca dituntut untuk memiliki kemampuan membaca (Suiraoaka, 2012).

Selain itu perlu diupayakan PMT (MP ASI) yang tepat dan terjangkau dari segi ekonomi tanpa mengurangi kandungan gizinya, aman dikonsumsi bagi penderita *stunting* serta efektif meningkatkan pertumbuhan dan daya tahan tubuh (imunitas). Hal ini dilakukan, mengingat harga beberapa produk

makanan yang berasal dari tepung terigu, telur dan susu relatif cukup mahal, khususnya bagi kalangan ekonomi rendah. Menurut Soenaryo (2014) bahwa pengembangan PMT (MP ASI) disamping nilai biologis juga harus memperhatikan kebiasaan makan masyarakat setempat.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah Bagaimana Pengaruh Pemberian Booklet Gizi seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita Stunting di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Bagaimana Pengaruh Pemberian Booklet Gizi seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita Stunting di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang?

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan Edukasi pada Ibu balita *stunting* (6-36) bulan di Kecamatan Lawang
- b. Menganalisis pengaruh pemberian Edukasi pada Ibu balita *stunting* (6-36) bulan terhadap tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita.
- c. Mengetahui tingkat konsumsi sebelum diberikan PMT pada BB & TB balita *stunting* (6-36) bulan di Kecamatan Lawang
- d. Mengetahui tingkat konsumsi sesudah diberikan PMT pada BB & TB balita *stunting* (6-36) bulan di Kecamatan Lawang
- e. Menganalisis pengaruh pemberian PMT pada balita *stunting* (6-36) bulan terhadap tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita.
- f. Menganalisis pengaruh pemberian *Booklet* pada Ibu Balita *stunting* (6-36) bulan terhadap tingkat pengetahuan Ibu Balita di Kecamatan Lawang

D. Manfaat Penelitian

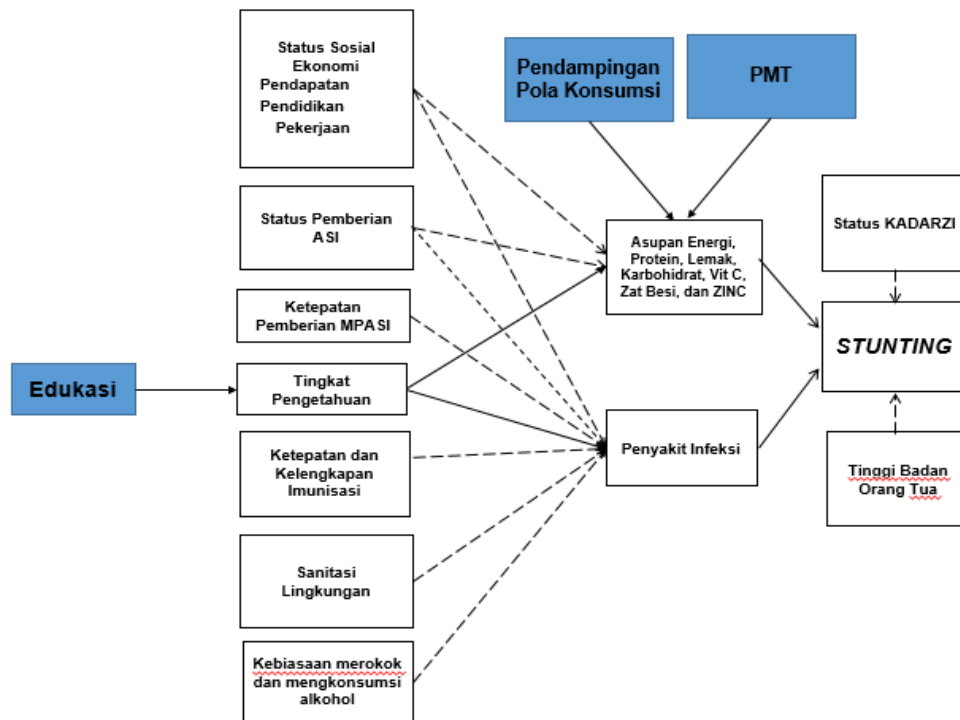
1. Manfaat teoritis

- a. Secara teoritis, hasil dari penelitian ini bisa memberikan informasi tentang pengaruh pemberian booklet gizi seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita Stunting di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang
- b. Hasil dari penelitian ini juga diharapkan menjadi tambahan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Gizi Masyarakat dan digunakan untuk memperluas hasil-hasil penelitian sebelumnya

2. Manfaat Praktis

- a Secara praktis, hasil dari penelitian ini diharap bisa menjadi dasar bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Malang atau yang berkepentingan untuk melakukan upaya-upaya pencegahan untuk menurunkan angka kejadian *stunting* khususnya di Kabupaten Malang
- b Hasil dari penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk program pencegahan dan penanggulangan pada balita di Kabupaten Malang.

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

————— : Variabel yang diteliti

----- : Variabel yang tidak diteliti

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh penanganan yang mempengaruhi *stunting* pada balita di Kabupaten Malang. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan independen. Variabel dependen pada penelitian ini adalah *stunting*. Variabel independen terdiri dari model penanganan untuk balita *stunting* yaitu Tingkat Konsumsi Energi dan Protein serta Tingkat Pengetahuan.

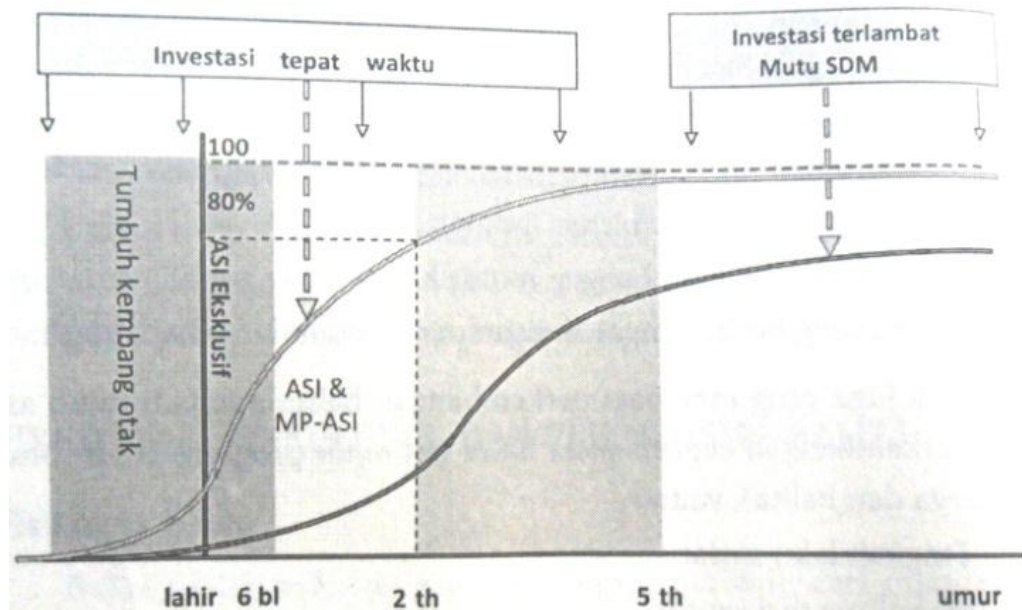
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita

Kualitas sumber daya manusia (SDM) merupakan syarat mutlak menuju pembangunan di segala bidang. Status gizi merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada kualitas SDM terutama yang terkait dengan kecerdasan, produktivitas dan kreativitas.

Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah masa balita. Karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada masa balita ini perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian juga dibentuk pada masa ini. Sehingga setiap kelainan sekecil apapun apabila tidak terdeteksi apalagi tidak ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia kelak (Soetjiningsih, 1995).

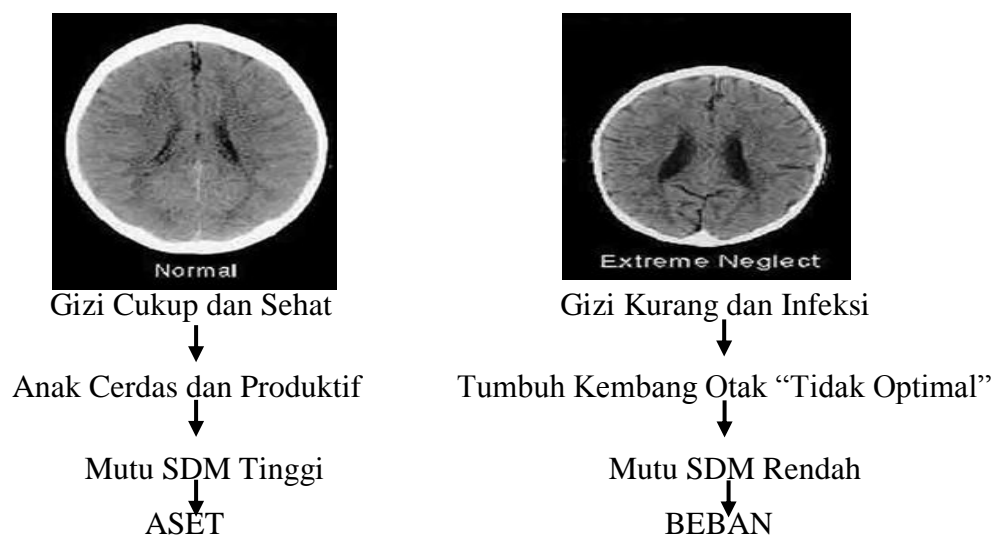


Gambar 2. Skema Prioritas Intervensi pada Masa Emas

Sumber: Adriyani, M, *et al*, 2012

Dalam perkembangan anak terdapat masa kritis, dimana diperlukan rangsangan atau stimulasi yang berguna agar potensi berkembang, sehingga perlu mendapat perhatian. Perkembangan psiko-sosial sangat dipengaruhi lingkungan dan interaksi antara anak dengan orang tuanya atau orang dewasa lainnya. Perkembangan anak akan optimal bila interaksi sosial diusahakan sesuai dengan kebutuhan anak pada berbagai tahap perkembangannya, bahkan sejak bayi masih didalam kandungan. Sedangkan lingkungan yang tidak mendukung akan menghambat perkembangan anak.

Pada masa balita, perkembangan otak perlu diperhatikan. Balita yang mengalami gizi kurang atau infeksi maka tumbuh kembang otak pun tidak dapat optimal dan tidak terpulihkan sehingga akan menghasilkan sumber daya manusia yang tidak berguna. Anak yang mendapatkan asuhan gizi yang cukup dan sehat maka perkembangan sel otak pun akan seoptimal perkembangan tubuhnya sehingga anak cerdas dan produktif (Gambar 1). Anak yang cerdas dan produktif merupakan cikal bakal sumber daya manusia yang tinggi dan akan menjadi asset bangsa. Oleh karena itu masa balita adalah masa terpenting (*golden age*) karena pada masa ini, pertumbuhan dan perkembangan sangat berpengaruh terhadap keberadaannya saat dewasa kelak.



Gambar 3. Perkembangan Otak Balita Normal dan Tidak Normal

Sumber: Adriyani, M., 2012

Aktifitas fisik balita sudah mulai padat sehingga cenderung lupa waktu saat bermain, serta rentan terhadap penyakit infeksi, ataupun terhadap penyakit gizi (kurang energi protein, anemia dan kurang vitamin A), maka faktor gizi sangat berperan sekali dalam pertumbuhan dan perkembangan anak selanjutnya. Untuk mencegah balita mengalami masalah gizi, perlu dipelajari pentingnya peranan gizi dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi masa pertumbuhan dan perkembangan balita (Adriyani, *et al*, 2012).

B. Status Gizi

1. Definisi status gizi

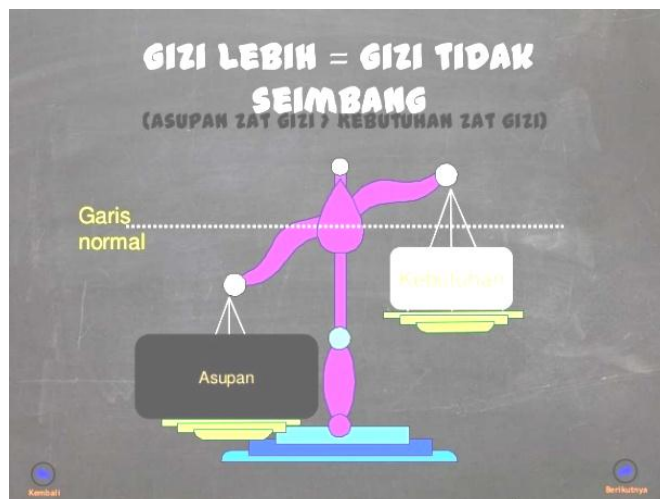
Status gizi adalah cerminan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang didapatkan dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Status gizi dapat ditentukan dengan pemeriksaan klinis, pengukuran antropometri, analisis biokimia, dan riwayat gizi (AsDI, 2014). Sedangkan menurut Supariasa, IDN, *et al* (2001), status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Contohnya adalah gondok endemic yang merupakan keadaan tidak seimbang pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh.

Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan antropometri (berat badan, tinggi badan atau ukuran tubuh lainnya) dari waktu ke waktu, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang perkembangan keadaan keseimbangan antara asupan (*intake*) dan kebutuhan (*requirement*) zat gizi seorang anak untuk berbagai proses biologis, termasuk untuk tumbuh. Keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi ini disebut status gizi. Status gizi disebut baik atau seimbang bila jumlah asupan zat gizi sesuai dengan yang dibutuhkan. Sedangkan status gizi tidak seimbang dapat direpresentasikan dalam bentuk kurang gizi yaitu bila jumlah asupan zat gizi kurang dari dibutuhkan, dan dalam bentuk gizi lebih yaitu bila asupan zat gizi melebihi

dari yang dibutuhkan (Jahari, A.B., 2002).Berikut ini adalah ilustrasi mengenai status gizi baik, kurang dan lebih.



Gambar 4.Asupan Zat Gizi Kurang dari yang Dibutuhkan



Gambar 5.Asupan Zat Gizi Lebih Banyak dari yang Dibutuhkan

Sumber: Jahari, A.B., 2002

2. Penilaian status gizi

Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting, baik yang bersifat objektif maupun subjektif, untuk kemudian dibandingkan dengan baku yang telah tersedia. Data objektif dapat diperoleh dari data

pemeriksaan laboratorium perorangan, serta sumber lain yang dapat diukur oleh anggota tim penilai. Pada prinsipnya, penilaian status gizi anak serupa dengan penilaian pada periode kehidupan lain. Komponen penilaian status gizi meliputi (Arisman, 2009):

- a. Survei asupan makanan
- b. Pemeriksaan biokimia
- c. Pemeriksaan klinis
- d. Pemeriksaan antropometris

Penilaian status gizi dapat dilakukan melalui empat cara (Supariasa IDN, *et al*, 2001), yaitu :

a. Secara Klinis

Penilaian Status Gizi secara klinis sangat penting sebagai langkah pertama untuk mengetahui keadaan gizi penduduk. Karena hasil penilaian dapat memberikan gambaran masalah gizi yang nyata. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral.

b. Secara Biokimia

Penilaian status gizi secara biokimia adalah pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Salah satu ukuran yang sangat sederhana dan sering digunakan adalah pemeriksaan hemoglobin sebagai indeks dari anemia.

c. Secara Biofisik

Penilaian status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk melihat tanda dan gejala kurang gizi. Pemeriksaan dengan memperhatikan rambut, mata, lidah, tegangan otot dan bagian tubuh lainnya.

d. Secara antropometri

Secara umum, antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Penilaian secara antropometri adalah suatu pengukuran dimensi

tubuh dan komposisi dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi.

3. Pemeriksaan status gizi secara antropometri

Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Di masyarakat, cara pengukuran status gizi yang paling sering digunakan adalah antropometri gizi. Dewasa ini dalam program gizi masyarakat, pemantauan status gizi balita menggunakan metode antropometri sebagai cara untuk menilai status gizi. Disamping itu pula dalam kegiatan penapisan status gizi masyarakat selalu menggunakan metode ini (Supariasa IDN, *et al*, 2001).

Beberapa syarat yang mendasari penggunaan antropometri untuk menentukan status gizi adalah (Supariasa IDN, *et al*, 2001):

- a. Alatnya mudah didapat dan digunakan, seperti dacin, pita lingkaran atas, mikrotoa, dan alat pengukur panjang bayi yang dapat dibuat sendiri di rumah.
- b. Pengukuran dapat dilakukan berulang-ulang dengan mudah dan objektif. Contohnya apabila terjadi kesalahan pada pengukuran lingkaran atas pada balita maka dapat dilakukan pengukuran kembali tanpa harus persiapan alat yang rumit.
- c. Pengukuran bukan hanya dilakukan dengan tenaga khusus profesional, juga oleh tenaga lain setelah dilatih untuk itu.
- d. Biaya relatif murah, karena alat mudah didapat dan tidak memerlukan bahan-bahan lainnya.
- e. Hasilnya mudah disimpulkan karena mempunyai ambang batas (*cut off points*) dan baku rujukan yang sudah pasti.

- f. Secara ilmiah diakui kebenarannya. Hampir semua negara menggunakan antropometri sebagai metode untuk mengukur status gizi masyarakat, khususnya untuk penapisan (*screening*) status gizi. Hal ini dikarenakan antropometri diakui kebenarannya secara ilmiah.

Keunggulan antropometri untuk menilai status gizi adalah sebagai berikut (Supariasa IDN, *et al*, 2001):

- a. Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
- b. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dilakukan dengan tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat dapat melakukan pengukuran antropometri.
- c. Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan, dibuat didaerah setempat.
- d. Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan.
- e. Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi masa lampau.
- f. Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi.
- g. Dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu.
- h. Digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

Disamping keunggulan metode penentuan status gizi secara antropometri, terdapat pula beberapa kelemahan metode antropometri yaitu (Supariasa IDN, *et al*, 2001):

- a. Tidak sensitif, metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat dan tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zinc dan fe.
- b. Faktor diluar gizi (penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifitas dan sensifitas pengukuran antropometri.
- c. Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri gizi.

d. Kesalahan terjadi karena:

- Pengukuran
- Perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan
- Analisis dan asumsi yang keliru

e. Sumber kesalahan, biasanya berhubungan dengan:

- Latihan petugas yang tidak cukup
- Kesalahan alat atau alat tidak ditera
- Kesulitan pengukuran

Penilaian status gizi secara antropometri mengacu kepada WHO *Child Growth Standard* (Standar Pertumbuhan Anak) tahun 2005. Indikator pertumbuhan digunakan untuk menilai pertumbuhan anak dengan mempertimbangkan faktor umur dan hasil pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar kepala dan lingkar lengan atas. Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi dari beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Indeks Antropometri yang umum digunakan untuk menentukan status gizi anak adalah sebagai berikut:

a. Berat Badan menurut Umur (BB/U)

BB/U merefleksikan berat badan relatif dibandingkan dengan umur anak. Indeks ini digunakan untuk menilai kemungkinan seorang anak dengan berat kurang, sangat kurang, atau lebih, tetapi tidak dapat digunakan untuk mengklasifikasikan status gizi anak. Indeks ini sangat mudah penggunaannya, namun tidak dapat digunakan bila tidak diketahui umur anak dengan pasti.

b. Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)

PB/U atau TB/U menggambarkan pertumbuhan tinggi atau panjang badan menurut umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak *stunting* yang harus dicari penyebabnya. Untuk bayi baru lahir sampai dengan umur 2 tahun digunakan PB dan pengukuran digunakan dalam keadaan berbaring, sedangkan TB digunakan untuk anak umur 2 tahun sampai dengan 18 tahun dan diukur dalam keadaan berdiri. Bila TB anak di atas 2 tahun diukur berbaring nilai TB harus dikurangi dengan 0,7 cm.

c. Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

BB/PB atau BB/TB merefleksikan BB dibandingkan dengan pertumbuhan linear (PB atau TB) dan digunakan untuk mengklasifikasikan status gizi.

d. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

IMT/U adalah indikator untuk menilai massa tubuh yang bermanfaat untuk menentukan status gizi dan dapat digunakan untuk skrining berat badan lebih dan kegemukan. Grafik IMT/U dan grafik BB/PB atau BB/TB cenderung menunjukkan hasil yang sama.

Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak menurut Indeks

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

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Gizi Anak Tahun 2010

Tabel 2. Pembakuan Indikator Status Gizi Balita

Z-Score	Indikator Pertumbuhan			
	PB/TB terhadap umur	BB terhadap umur	BB terhadap PB/TB	IMT terhadap umur
+3 SD	Sangat tinggi (lihat catatan 1)	Masalah pertumbuhan (lihat catatan 2)	Obes	Obes
+2 SD	Normal		BB lebih	BB lebih
+1 SD	Normal		Kemungkinan potensi BB lebih (lihat catatan 3)	Kemungkinan potensi BB lebih (lihat catatan 3)
0 (median)	Normal			
-1 SD	Normal	Normal	Normal	Normal
-2 SD	Pendek (lihat catatan 4)	BB kurang	Kurus (Gizi kurang)	Kurus
-3 SD	Sangat pendek (lihat catatan 4)	BB sangat kurang (lihat catatan 5)	Sangat kurus (Gizi buruk)*	Sangat Kurus

*Gizi buruk: Bila ada edema bilateral, BB/TB bisa >-3 SD

Catatan:

1. Seorang anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi. Seorang anak yang sangat tinggi merupakan masalah yang jarang ditemui kecuali jika anak tersebut mengalami gangguan kelenjar endokrin seperti adanya tumor yang mengganggu produksi hormon pertumbuhan. Rujuklah anak tersebut jika diduga mengalami gangguan kelenjar endokrin (misalnya jika orang tua tingginya normal tetapi anaknya tinggi sekali).

2. Seorang anak berdasarkan BB/U pada kategori ini kemungkinan mempunyai masalah pertumbuhan, tetapi perlu dilihat lagi berdasarkan indikator BB/PB atau BB/TB.
3. Hasil plotting +1 SD menyatakan kemungkinan anak mempunyai potensi BB lebih. Bila kecenderungannya menuju ke garis +2 SD z-score, menunjukkan anak benar-benar mempunyai potensi gizi lebih.
4. Untuk anak yang pendek atau sangat pendek, kemungkinan akan menjadi kegemukan.
5. Mengacu pada berat badan sangat rendah dalam modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Sumber :Modul C Pelatihan Penilaian Pertumbuhan Anak WHO 2005

C. *Stunting*

1. Definisi *Stunting*

Stunting merupakan istilah para ahli gizi untuk menyebut anak yang tumbuh tidak sesuai dengan ukuran yang semestinya atau bisa juga disebut pendek. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Gizi Anak, *stunting* adalah salah satu hasil dari pengukuran status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (*stunting*/pendek) dan *severely stunted* (sangat *stunting*/sangat pendek). WHO (2014) juga menyatakan bahwa *stunting* didefinisikan sebagai indikator status gizi TB/U sama dengan atau kurang dari minus dua standar deviasi (-2 SD) dibawah rata-rata standar WHO tentang Pertumbuhan Anak atau keadaan dimana tubuh anak lebih pendek dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya.

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur dan relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang relatif lama, sehingga indeks tinggi

badan menurut umur menggambarkan status gizi masa lalu. Beaton dan Bengoa (1973) menyatakan bahwa indeks TB/PB menurut umur disamping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial ekonomi (Supriasa IDN, *et al*, 2001).

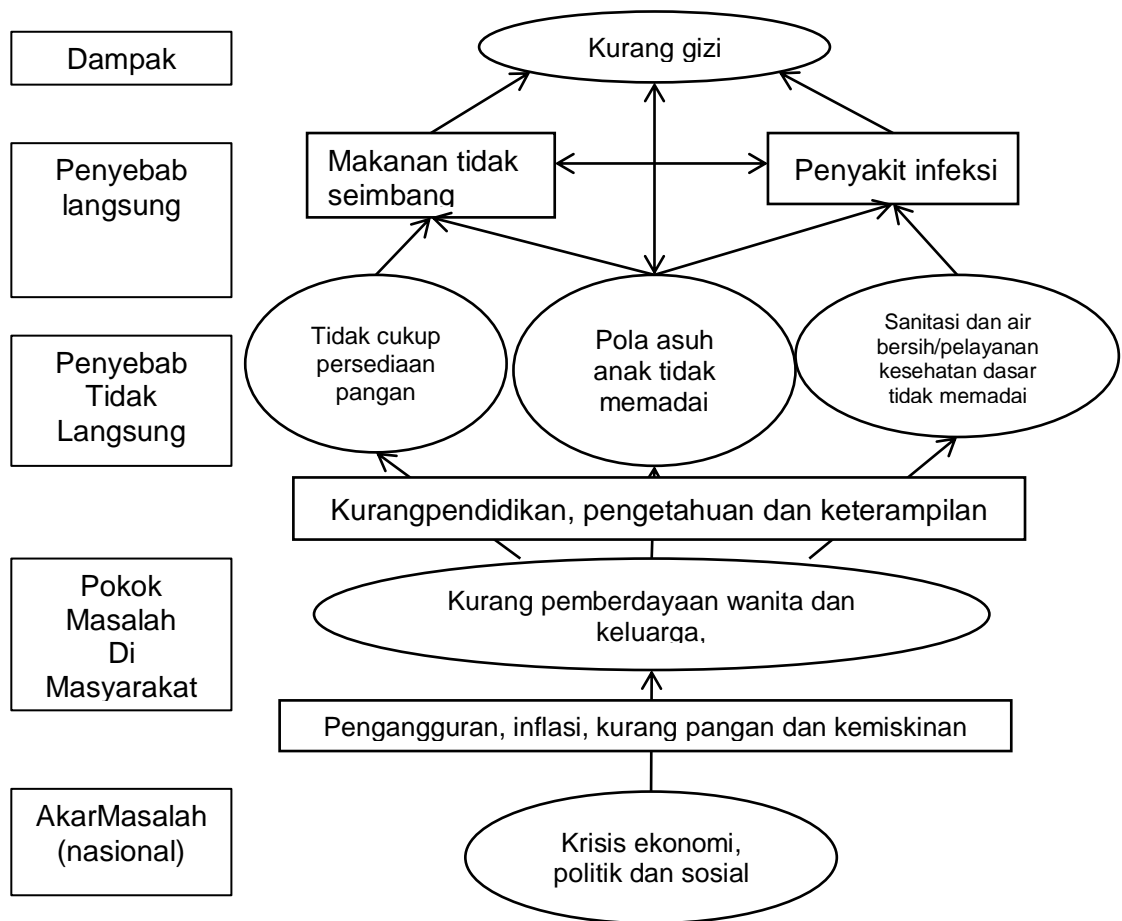
Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi *stunting* (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2013).

2. Faktor-faktor penyebab *Stunting*

Pada tahun 1990, UNICEF telah mengembangkan kerangka konseptual penentu status gizi anak (Gambar 8). Kerangka ini menunjukkan yang menyebabkan gizi buruk yang multisektoral, merangkul sektor pangan, kesehatan dan lain lain. Faktor-faktor penyebab pada kerangka ini diklasifikasikan menjadi 3, yaitu:

- a. Penyebab langsung (tingkat individual) meliputi asupan makanan dan penyakit infeksi
- b. Penyebab tidak langsung (rumah tangga atau tingkat keluarga) meliputi ketersediaan dan pola konsumsi rumah tangga, pola pengasuhan anak, sanitasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan
- c. Penyebab dasar (tingkat masyarakat) meliputi masalah struktur politik, ideologi, dan sosial ekonomi yang dilandasi oleh potensi sumber daya yang ada; dimana satu faktor pada satu level akan mempengaruhi faktor di level lainnya.

Kerangka ini berfungsi sebagai panduan dalam menilai dan menganalisa penyebab masalah gizi dan membantu dalam mengidentifikasi tindakan yang paling tepat.



Gambar 6. Kerangka konseptual dari faktor penentu status gizi anak

Sumber: UNICEF, 1998

Stunting dapat berawal dari kandungan. Kondisi gizi ibu hamil, bahkan sebelum hamil akan menentukan pertumbuhan janin. Ibu hamil yang kekurangan gizi akan berpotensi melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, dan ini merupakan penyebab utama *stunting*. Setelah lahir, bayi yang tidak disusui secara baik akan berpotensi menderita berbagai infeksi penyakit karena pola makan yang tidak cukup asupan gizinya dan tidak higienis. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) sangat menentukan pertumbuhan anak. Setelah usia 6 bulan anak perlu mendapat asupan gizi dapat memenuhi kebutuhan asupan gizi mikro, gizi makro serta aman. Kondisi sosial ekonomi, ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan

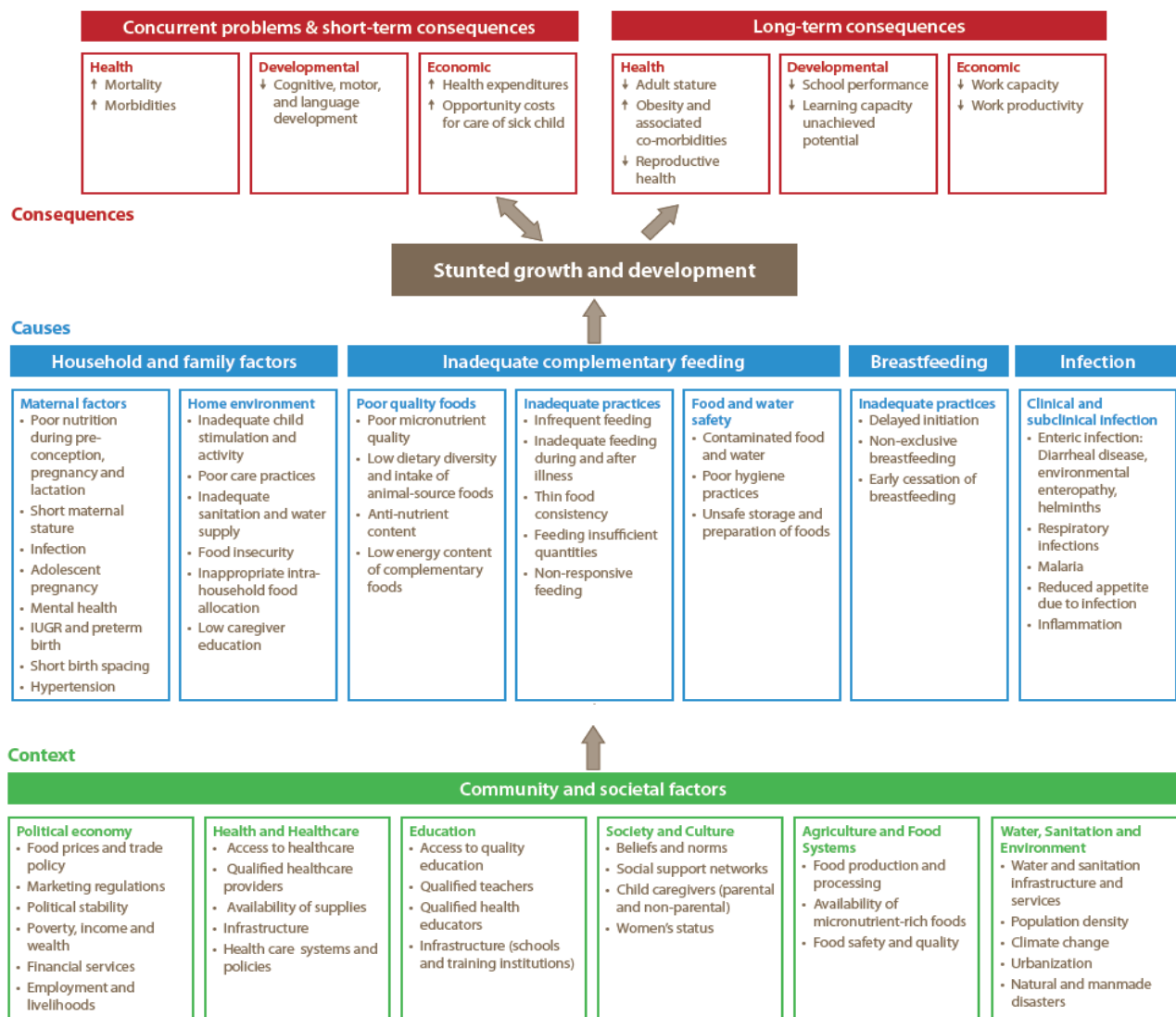
akses terhadap berbagai sarana pelayanan dasar berpengaruh pada tingginya angka kejadian *stunting* (MCA-Indonesia, 2013).



Gambar 7.. Faktor yang Mempengaruhi *Stunting*

Sumber: MCA-Indonesia, 2013

Pada tahun 2013, WHO telah mengembangkan kerangka tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting* pada anak-anak (Gambar 9). Kerangka konseptual yang baru ini telah ditambah dan dikembangkan dari kerangka UNICEF (1998) seiring perkembangan jaman dengan berbagai faktor lain untuk memenuhi berbagai tujuan. Dalam kerangka adaptasi ini, *stunting* didasarkan pada inti dari kerangka konseptual sebelumnya (Gambar 8) dengan fakta bahwa kedua kerangka konsep berbagi penyebab umum dan periode yang sangat sensitif dari umur -9 bulan (masih didalam kandungan Ibu) hingga 24 bulan (*golden age*).

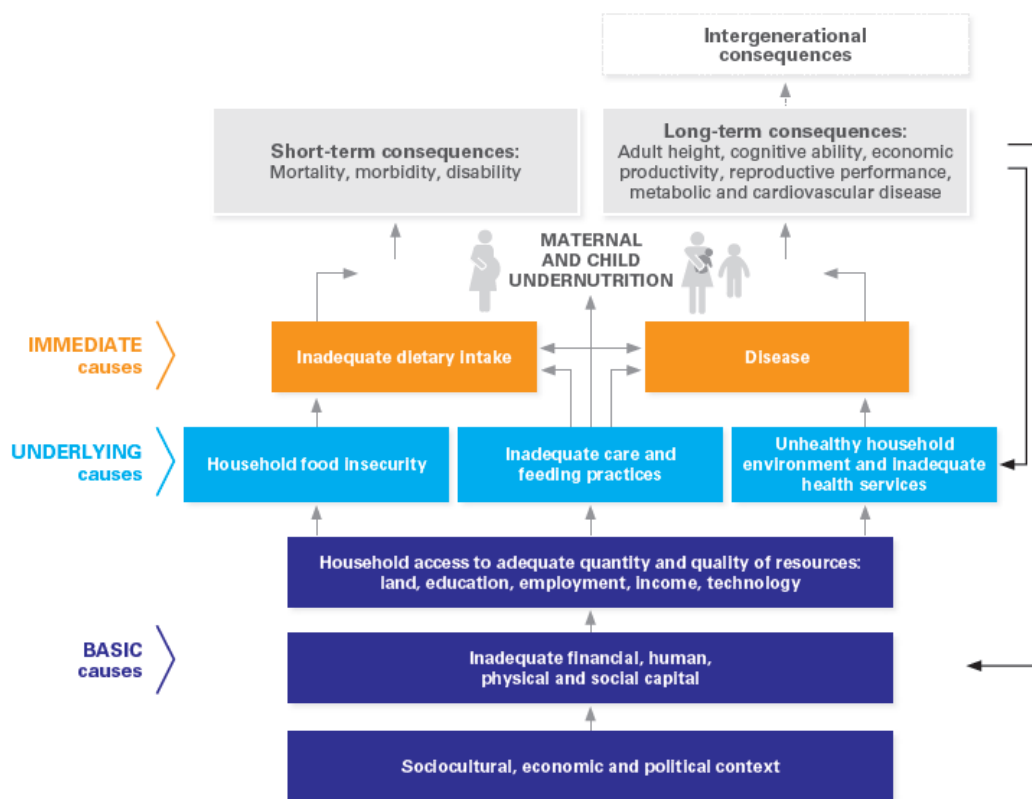


Gambar 8. WHO conceptual framework on Childhood *Stunting*: Context, Causes, and Consequences, with an emphasis on complementary feeding.

Sumber: WHO Conceptual Framework, 2013

3. Dampak *Stunting*

Secara umum, UNICEF tahun 1990 dalam “*Conceptual framework of the determinants of child undernutrition*” telah menyatakan bahwa kekurangan gizi (*underweight* atau berat kurang, *stunting* atau pendek dan *wasting* atau kurus) mempunyai dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek adalah kematian, morbiditas dan kecacatan. Dampak jangka panjang adalah pendek saat usia dewasa, berkurangnya kecerdasan kognitif, berkurangnya produktivitas ekonomi, berkurangnya performa reproduksi dan meningkatnya potensi penyakit metabolik dan kardiovaskular (UNICEF, 2013).



The black arrows show that the consequences of undernutrition can feed back to the underlying and basic causes of undernutrition, perpetuating the cycle of undernutrition, poverty and inequities.

Gambar 9. Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition

Sumber : UNICEF, 1990

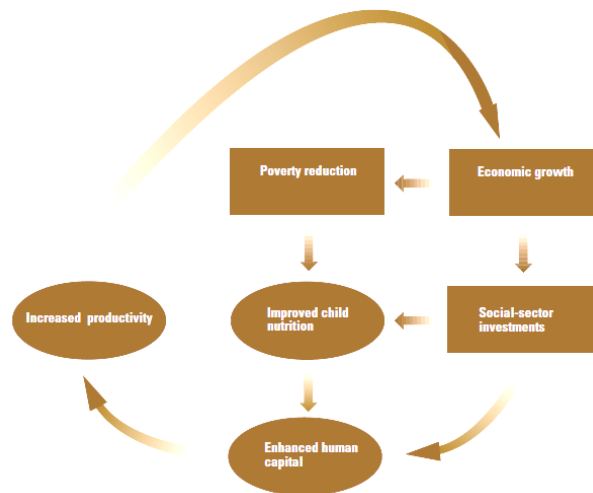
a. Dampak Jangka Pendek

Menurut Kerangka Konseptual UNICEF (Gambar 11), dampak jangka pendek *stunting* adalah meningkatnya potensi morbiditas, mortalitas dan kecacatan. Dampak jangka pendek lainnya adalah menurunnya perkembangan kognitif, psikomotor, bahasa dan perkembangan mental dan juga konsekuensi-konsekuensi ekonomi

berhubungan dengan pengeluaran biaya kesehatan dan biaya untuk merawat anak sakit (Abubakar *et al.*2010; McDonald *et al.*2013).

b. Dampak Jangka Panjang

Stunting adalah penentu utama buruknya perkembangan anak. *Stunting* sebelum usia 2 tahun akan meningkatkan potensi kecerdasan kognitif dan pendidikan yang lebih buruk di masa anak-anak dan remaja mendatang, dan akan memiliki konsekuensi pendidikan dan ekonomi yang lebih buruk di tingkat individu, keluarga dan masyarakat (Walker *et al.*, 2007; Black *et al.*, 2013). Salah satu contohnya adalah sebuah penelitian yang mengestimasi bahwa anak-anak *stunting* akan diperkirakan berpendapatan 20% lebih rendah daripada anak-anak yang tidak *stunting* dan akan memiliki dampak pada pembangunan nasional (Grantham-McGregor, S., *et al.*, 2007).



Gambar 10. Hubungan Gizi Dengan Produktivitas

Sumber : Stuart Gillespie, John Mason dan Reynaldo Martorell.

How Nutrition Improves. ACC/SCN.Geneva, 1996.

Stunting juga dikaitkan dengan gangguan perkembangan otak, yang kemungkinan akan memiliki konsekuensi negatif jangka panjang sepanjang hidupanak. *Stunting* juga akan meningkatkan potensi untuk *overweight* atau kelebihan berat badan juga menaikkan potensi penyakit seperti jantung koroner, stroke, hipertensi dan Diabetes Tipe II (Black, *et al.*, 2008).

Studi longitudinal pada anak-anak dari Brazil, Guatemala, India, Filipina dan Afrika Selatan tahun 2013 terkait *stunting* dan hubungannya dengan performa di sekolah menunjukkan bahwa orang dewasa yang dulunya *stunting* pada usia 2 tahun akan menunjukkan ketidakaktifan pada saat sekolah dan akan mempunyai waktu kelulusan yang lebih lama daripada anak yang tidak *stunting* (Adair, L.S., *et al*, 1997). Demikian pula, sebuah studi pada orang dewasa di Guatemala menunjukkan bahwa mereka yang *stunting* saat anak-anak akan mempunyai jumlah absen sekolah yang lebih banyak, hasil tes yang lebih rendah, pengeluaran per kapita rumah tangga yang lebih rendah dan kemungkinan lebih besar hidup dalam kemiskinan (Hoddinott, J., *et al*, 2012).

Menurut perkiraan Bank Dunia, kerugian 1% tinggi badan di usia dewasa dikarenakan *stunting* masa kanak-kanak dikaitkan dengan kerugian 1,4% produktivitas ekonomi. Diperkirakan bahwa anak-anak *stunting* akan menghasilkan pendapatan 20% lebih sedikit sebagai orang dewasa dibandingkan dengan individu yang tidak *stunting*. *Stunting* adalah faktor penguras terbesar pada produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Para ekonom memperkirakan bahwa *stunting* dapat mengurangi domestik brutoproduct suatu negara hingga 3% (World Bank, 2006).

Bagi wanita, *stunting* saat anak-anak dikaitkan dengan potensi kelahiran anak pertama prematur dan jumlah kehamilan yang lebih tinggi (Hoddinott, J., *et al*, 2012). Ibu yang pendek telah banyak diteliti akan mempunyai potensi kematian perinatal. Terdapat juga penelitian yang menyatakan bahwa anak-anak yang lahir dari ibu *stunting* akan mengalami peningkatan hampir 60% potensi kematian neonatal dibandingkan dengan mereka yang lahir dari ibu 160 cm atau lebih tinggi (Ozaltin *et al*. 2010).

D. Tingkat Konsumsi

Bila mengacu pada kerangka konseptual UNICEF tahun 1990 (Gambar 10), asupan makanan adalah salah satu faktor langsung penyebab kurang gizi, maka bila konsumsi makanan tidak adekuat maka akan menyebabkan seorang anak menjadi kurang gizi. Pada kerangka konsep WHO tahun 2013 juga menyatakan asupan makanan yang tidak memenuhi adalah salah satu penyebab kejadian *stunting*.

Asupan makanan adalah semua jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi tubuh setiap hari. Umumnya asupan makanan di pelajari untuk di hubungkan dengan keadaan gizi masyarakat suatu wilayah atau individu. Informasi ini dapat digunakan

untuk perencanaan pendidikan gizi khususnya untuk menyusun menu atau intervensi untuk meningkatkan sumber daya manusia (SDM), mulai dari keadaan kesehatan dan gizi serta produktivitasnya. Mengetahui asupan makanan suatu kelompok masyarakat atau individu merupakan salah satu cara untuk menduga keadaan gizi kelompok masyarakat atau individu bersangkutan (Sumarno, *et al*, 1997).

Beberapa cara yang dilakukan untuk dapat mengumpulkan data asupan makanan adalah dengan survei konsumsi makanan. Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan menilai jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi dan membandingkan dengan baku kecukupan, agar diketahui kecukupan gizi yang dapat dipenuhi. Metode yang digunakan untuk menggali informasi konsumsi pangan seseorang atau sekelompok orang secara kuantitatif adalah metode Recall 24 jam.

Prinsip dari metode recall 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Agar responden dapat mengungkapkan jenis bahan makanan dan perkiraan jumlah bahan makanan yang konsumsinya selama 24 jam yang lalu, maka wawancara sebaiknya dilakukan oleh petugas yang sudah terlatih dengan menggunakan kuesioner terstruktur.

Dengan recall 24 jam data yang diperoleh akan lebih bersifat kualitatif. Oleh karena itu, untuk mendapatkan data kuantitatif, maka jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti dengan menggunakan alat Ukutan Rumah Tangga (URT) (sendok, gelas, piring dan lain-lain) atau ukuran lainnya yang dipergunakan sehari-hari. Dari Ukutan Rumah Tangga (URT) jumlah pangan dikonversikan ke satuan berat (gram) dengan menggunakan daftar Ukutan Rumah Tangga (URT) yang umum berlaku atau dibuat sendiri pada waktu survei.

Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali (1×24 jam), maka data yang diperoleh kurang representatif untuk menggambarkan kebiasaan makan individu. Oleh karena itu, recall 24 jam sebaiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut-turut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali recall 24 jam tanpa berturut-turut, dapat menghasilkan gambaran konsumsi zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu. Metode recall mempunyai kelemahan dalam hal ketepatan, karena keterangan-keterangan yang diperoleh sangat tergantung pada daya ingat responden (Supariasa IDN, *et al*, 2001).

Setelah didapat hasil dari survei konsumsi makanan, maka akan dinilai cukup tidaknya asupan makanan selama sehari. Penilaian ini dilakukan dengan cara

membandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Indonesia. Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau *Recommended Dietary Allowances* (RDA) merupakan kecukupan rata-rata zat gizi sehari bagi hampir semua orang sehat (97,5%) menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh aktifitas fisik, genetik dan keadaan fisiologis untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Depkes, 2014). Berikut ini adalah AKG balita Indonesia tahun 2013:

Tabel 3. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat dan Air yang dianjurkan untuk orang Indonesia (perorang perhari)

Uraian		Kelompok Umur	
		1 – 3 tahun	4 – 6 tahun
BB	(kg)	13,0	19,0
TB	(cm)	91,0	112,0
Energi	(kcal)	1125,0	1600,0
Protein	(g)	26,0	35,0
Lemak (g)	- Total	44,0	62,0
	- N-6	7,0	10,0
	- N-3	0,7	0,9
Karbohidrat (g)		155,0	220,0
Serat	(g)	16,0	22,0
Air	(mL)	1200,0	1500,0

Balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai potensi 1.28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi cukup (Oktarina, Z. *et al*, 2012). Penelitian oleh Solihin, *et al* tahun 2013 di Kabupaten Bogor juga melaporkan bahwa tingkat kecukupan energi balita berhubungan positif dengan status gizi balita secara signifikan. Makin tinggi tingkat kecukupan energi, semakin baik status gizi balita. Setiap penambahan satu persen tingkat kecukupan energi balita, akan menambah z-skor TB/U balita sebesar 0.032 satuan.

Balita dengan asupan protein kurang akan mempunyai potensi 11,8 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita dengan asupan protein cukup menurut penelitian di Kecamatan Semarang Timur (Al-anshori, H., *et al*, 2013). Kejadian *stunting* pada anak yang berhubungan dengan asupan protein dapat terjadi karena

kekurangan atau rendahnya kualitas protein yang mengandung asam amino esensial. Pertumbuhan tulang dimulai oleh sintesis kartilago, yang kemudian mengalami osifikasi. Sintesis kartilago membutuhkan sulfur dalam jumlah yang besar, karena salah satu penyusun utamanya adalah sulfur. Tubuh memperoleh sebagian besar sulfur melalui katabolisme asam amino, maka diperlukan asupan protein yang adekuat untuk proses pertumbuhan anak (Golden, M.H. 2009).

E. Tingkat Pengetahuan

1. Definisi Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini setelah melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Tingkat pengetahuan seseorang menurut Notoatmodjo (2007) ada 6 tingkat pengetahuan, yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

a. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu yang diperoleh sebelumnya. Tingkat pengetahuan ditunjukkan dengan mengingat suatu materi atau rangsangan yang telah diterima dengan cara menyebutkan, menyatakan, menguraikan dan mendefinisikan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasi materi secara benar. Apabila seseorang itu sudah paham maka akan mudah menjelaskan dan menyebutkan. Contoh, menyimpulkan dan meramalkan sesuatu yang telah dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi merupakan kemampuan dalam menerapkan materi yang telah dipelajari pada keadaan yang sebenarnya dengan kata lain melakukan sesuai dengan yang diketahuinya dalam kehidupannya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu objek dan mencari hubungan antar komponen-komponen tersebut, tetapi masih dalam satu pokok bahasan. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja,

seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan dalam menyusun atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu objek ke dalam bentuk yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Contohnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas dan dapat menyesuaikan.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu berdasarkan dengan kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak gizi cukup dengan anak gizi kurang, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

2. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Menurut Mubarak dkk (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah :

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses belajar yang diberikan seseorang kepada orang lain berupa materi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula seseorang dalam menerima informasi, dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang dimiliki.

b. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Semakin bertambahnya umur maka akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat pematangan fungsi organ.

d. Minat

Minat menjadikan seseorang untuk menekuni dan mencoba suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang baru dapat menambah pengetahuan seseorang.

f. Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan memiliki pengaruh terhadap pembentukan sikap. Misalnya, dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu seseorang untuk lebih cepat memperoleh pengetahuan yang baru.

3. Pentingnya Tingkat Pengetahuan

Menurut Suharjo (1996) dalam Arimurti (2012) menyatakan bahwa beberapa hal yang menyebabkan pentingnya pengetahuan gizi untuk dimiliki seseorang yaitu :

- a. Kesehatan dan kesejahteraan dapat dipengaruhi oleh konsumsi zat gizi yang cukup.
- b. Setiap orang akan merasa cukup jika makanan yang dikonsumsi mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pemeliharaan, perkembangan optimal dan penyediaan energi.
- c. Pengetahuan gizi membuat orang untuk belajar dalam menggunakan dan memilih makanan yang lebih baik untuk kesehatannya.

Menurut Sukandar (2009) dalam Saloso (2011) menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada keadaan gizi individu yang bersangkutan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi seseorang diharapkan semakin baik pula keadaan gizinya.

4. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara, kuisioner, dan angket dengan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007). Terdapat tiga kategori dalam mengukur tingkat pengetahuan

Pengetahuan gizi yang dimiliki oleh seseorang dapat dikategorikan menjadi tiga, yaitu pengetahuan gizi baik, sedang dan rendah.

F. Pemberian Makanan Tambahan

Pemberian Makanan Tambahan adalah upaya memberikan tambahan makanan untuk menambah asupan untuk mencukupi kebutuhan gizi agar tercapainya status gizi yang baik. Prinsip dasar PMT adalah PMT diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal dan tidak diberikan dalam bentuk uang, PMT hanya sebagai tambahan terhadap makanan yang dikonsumsi oleh balita bukan sebagai pengganti makanan utama, PMT dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi sekaligus sebagai proses pembelajaran dan sarana komunikasi antar ibu dari balita sasaran.

Persyaratan jenis dan bentuk makanan untuk PMT antara lain Makanan tambahan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal tetapi jika bahan makanan lokal terbatas, dapat digunakan makanan pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan, Makanan tambahan pemulihan diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dan ibu hamil sasaran, PMT Pemulihan merupakan tambahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita, Makanan tambahan balita sasaran diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati (misalnya ikan/telur/daging/ayam, kacang-kacangan dan hasil olahannya seperti tempe dan tahu) serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur-sayuran dan buah-buahan setempat, bentuk makanan yang diberikan kepada balita harus disesuaikan dengan pola makanan yang seharusnya.

G. Program Pendampingan Gizi

Pengertian Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan atau bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerja sama. Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip:

- a. pemberdayaan keluarga atau masyarakat;
- b. partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi;

- c. melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan
- d. tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita. Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes Sulsel, 2007).

A. Penyuluhan

1. Definisi Penyuluhan

Penyuluhan gizi merupakan bagian integral dari program gizi dan kesehatan. Kegiatan penyuluhan gizi diawali dengan kegiatan perencanaan penyuluhan gizi tersebut (Supariasa, 2012).

2. Tujuan Penyuluhan

Menurut Supariasa (2012) tujuan dari penyuluhan gizi suatu usaha yang dilakukan untuk meningkatkan status gizi masyarakat dengan cara mengubah perilaku kearah yang baik sesuai dengan prinsip ilmu gizi. Penyuluhan gizi secara khusus yaitu untuk meningkatkan kesadaran gizi masyarakat melalui peningkatan pengetahuan gizi dan makanan yang menyehatkan.

3. Metode Penyuluhan

Prinsip metode dalam penyuluhan yaitu lebih dari satu atau bervariasi antara metode satu dengan yang lain. Alasan menggunakan metode yang bervariasi adalah karena setiap metode mempunyai keunggulan dan kelemahan masing-masing. Penentuan metode juga berdasarkan tujuan penyuluhan. Tujuan penyuluhan dapat dikategorikan menjadi tiga domain yaitu untuk mengubah pengetahuan, sikap dan keterampilan (Supariasa, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012) ada beberapa metode yang digunakan dalam penyuluhan diantaranya :

a. Metode Individual (perorangan)

Metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan

perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatannya dapat dengan bimbingan dan wawancara.

b. Metode Kelompok

Dalam memilih metode ini harus diingat besarnya sasaran serta tingkat pendidikan. Untuk kelompok besar metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1. Kelompok Besar

Kelompok besar artinya apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik digunakan adalah seminar dan ceramah.

a. Ceramah Metode ini baik digunakan untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Menurut Supriasa (2012) ceramah adalah menyampaikan atau menjelaskan suatu pengertian atau pesan secara lisan yang sudah dipersiapkan terlebih dahulu oleh seorang pembicara kepada sekelompok pendengar dengan dibantu alat peraga yang dibutuhkan.

b. Seminar Metode ini hanya cocok digunakan untuk sasaran kelompok yang berpendidikan tinggi. Seminar adalah suatu penyajian dari suatu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2. Kelompok Kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang maka disebut dengan kelompok kecil. Metode yang cocok digunakan untuk kelompok kecil adalah:

a. Diskusi Kelompok Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan diantara 3 orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin.

b. Curah Pendapat (Brain storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Perbedaannya adalah pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat).

- c. Bola salju (snow balling)
Kelompok dibagi berpasang-pasangan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang dari 5 menit maka tiap 2 pasang kelompok bergabung menjadi satu dan mendiskusikan masalah serta mencari kesimpulannya.
 - d. Kelompok-kelompok kecil (Buzz Group)
Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (Buzz Group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya, hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.
 - e. Bermain peran (Role play) Menurut Supriasa (2012) dalam metode ini peserta memerankan seperti dalam kenyataan. Mereka berbuat sesuai dengan kenyataannya, kemudian peserta memecahkan masalah yang dihadapi.
 - f. Permainan simulasi Metode ini merupakan gabungan untuk role play dengan diskusi kelompok. Pesan kesehatan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Beberapa berperan sebagai pemain dan sebagian berperan menjadi narasumber.
2. Metode Massa Metode ini cocok digunakan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena itu sasaran bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi awareness dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Pada umumnya pendekatan ini tidak langsung, biasanya dibantu dengan alat media massa. Contoh metode yang digunakan adalah ceramah umum (public speaking), talk show, tulisan dimajalah atau koran baik berupa artikel atau konsultasi tentang kesehatan serta billboard.

4. Sasaran Penyuluhan

Menurut Fitriani (2011) sasaran penyuluhan terdiri dari :

- a. Individu
- b. Keluarga

c. Kelompok sasaran khusus, misalnya :

- 1) Kelompok berdasarkan pertumbuhan, mulai dari anak hingga manula
- 2) Kelompok yang memiliki perilaku merugikan kesehatan
- 3) Kelompok yang memiliki penyakit kronis
- 4) Kelompok yang ditampung di lembaga tertentu seperti panti asuhan, panti jompo, dan lembaga masyarakat.

d. Masyarakat

- 1) Masyarakat binaan puskesmas
- 2) Masyarakat pedesaan
- 3) Masyarakat nelayan
- 4) Masyarakat yang terkena wabah

B. Media

1. Definisi Media

Media berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata *medium* yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar sehingga media pendidikan dapat diartikan sebagai alat-alat yang digunakan oleh pendidikan untuk menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran (Suirak dan Supriasa 2012).

Menurut Mubarak dkk (2007), media merupakan sesuatu yang bersifat menyalurkan pesan dan dapat merangsang pikiran, perasaan dan kemauan audien (siswa) sehingga dapat mendorong terjadinya proses belajar pada dirinya. Penggunaan media secara kreatif memungkinkan audien (siswa) untuk belajar lebih baik dan meningkatkan performa mereka sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

2. Manfaat Media

Media memiliki peranan penting dalam suatu proses pembelajaran. Menurut Suiraka dan Supriasa (2012) manfaat dari penggunaan media dalam pendidikan kesehatan, meliputi :

- a. Merangsang minat sasaran pendidikan, dengan menggunakan media sasaran akan lebih termotivasi untuk mengikuti pendidikan kesehatan. Pada tahap awal media mampu menimbulkan perhatian sasaran terhadap materi yang akan disampaikan.
- b. Media juga dapat menarik perhatian sasaran dan tidak kaku, sehingga menumbuhkan motivasi belajar.

- c. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu, bahasa dan daya indera Media dapat mengatasi berbagai keterbatasan dalam proses pendidikan kesehatan. Misalnya keterbatasan ruang, jika suatu materi kesehatan harus disampaikan kepada masyarakat luas yang tidak bisa dilakukan pada ruang terbatas maka materi ini dapat disampaikan melalui media (saluran) yang sifatnya massa, sehingga dapat diterima secara luas. Keterbatasan waktu, salah satu contoh adalah pendidikan kesehatan tentang gigi. Jika harus menjelaskan proses terjadinya karies gigi tentunya akan membutuhkan waktu yang lama jika harus melakukan pengamatan secara langsung. Ataupun jika harus dijelaskan secara verbalistik mungkin tidak terlalu menarik atau sulit diterima oleh sasaran. Namun, apabila menggunakan media dengan menunjukkan gambar/video proses pembentukan karies gigi tentunya lebih mudah diterima.
- d. Mengatasi sikap pasif sasaran pendidikan dan dapat memberikan perangsangan, pengalaman serta menimbulkan persepsi yang sama.
- e. Menggunakan media pendidikan secara tepat, dapat meningkatkan motivasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quassy experimental* dengan rancangan *static group comparison design*. Dalam desain penelitian ini, sampel akan diberi pretest terlebih dahulu. Setelah itu satu group akan dibagi menjadi dua, yang satu diberi perlakuan dalam hal ini edukasi, pemberian PMT dan pendampingan gizi terkait dengan pola konsumsi balita dan yang lain tidak mendapatkan stimulus apapun sebagai alat kontrol. Setelah perlakuan akan diberi *posttest* (Notoadmojo, 2005). Desain penelitian ini sangat sesuai digunakan untuk evaluasi program pendidikan kesehatan atau pelatihan lainnya (Notoatmodjo, 2007).

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di Kabupaten Malang yaitu Kecamatan Kecamatan Lawang pada bulan Oktober sampai dengan bulan November tahun 2018.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah semua balita (6 – 36 bulan) di wilayah Kabupaten Malang, sedangkan populasi terjangkau adalah semua balita (6 – 36 bulan) yang tercatat dalam data Laporan Tahunan Program Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2017.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah balita usia 6 – 36 bulan yang dipilih berdasarkan perbandingan kasus dan kontrol 1:1. Kasus adalah balita usia 6 – 36 bulan dengan indeks *z-score* TB/U $\leq -2SD$ atau *stunting* yang diberikan perlakuan, sedangkan kontrol adalah balita usia 6 – 36 bulan dengan indeks *z-score* TB/U $\leq -2SD$ atau *stunting* yang tidak diberikan perlakuan. Responden dalam penelitian ini adalah Ibu balita yang terpilih menjadi subyek penelitian.

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *Cluster Random Sampling* karena populasi pada penelitian ini yaitu balita (6 – 36 bulan) di Kabupaten Malang dianggap heterogen. Pada penelitian ini, *cluster* adalah kecamatan yang ada di

Kabupaten Malang yaitu Kecamatan Lawang. Kemudian sampel akan dipilih secara random dari *cluster* tersebut.

Besar sampel penelitian yaitu 34 balita yang terdiri dari 17 kontrol dan 17 kasus.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah tingkat konsumsi dan tingkat pengetahuan

2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah balita *stunting*

E. Definisi Operasional Variabel

Tabel 4. Desain Operasional Variabel

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Ukur
Pemberian Makanan Tambahan	Pemberian PMT Balita sesuai dengan standart pemberian PMT bagi balita			
Pendampingan Gizi terkait Pola Konsumsi	Pendampingan pada keluarga balita <i>stunting</i> untuk menerapkan pemberian makan yang sesuai dengan jenis, jumlah dan frekuensi dan diberikan selama 3x pendampingan			
Pemberian Edukasi Konseling	Pemberian edukasi tentang gizi seimbang untuk balita			
Tingkat Pengetahuan	Pengetahuan Gizi Kemampuan ibu dalam menjawab pertanyaan mengenai pesan gizi seimbang	Kuisisioner	Jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0 Rasio	Rasio
Tingkat Konsumsi	Perhitungan asupan konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat, Vitamin C, Zat Besi dan Zinc pangan balita dan	Recall 1x24jam	<u>Energi</u> - Sangat kurang jika <70% AKE - Kurang jika 70 – <100%	Rasio

	kemudian dibandingkan dengan standar Angka Kecukupan Gizi (AKG)		<p>AKE</p> <p>- Sesuai jika $100 - <130\%$ AKE</p> <p>- Lebih jika $\geq 130\%$ AKE</p>	
Status Gizi Stunting	Indikator stunting didasarkan pada indeks panjang badan 41isbanding umur (PB/U) atau tinggi badan 41isbanding umur (TB/U) dengan batas (<i>z-score</i>) kurang dari -2 SD.	Data penelitian tahun 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Sangat pendek : < -3 SD • Pendek : -3 SD sampai dengan 2 SD • Normal : -2 SD sampai dengan 2 SD • Tinggi : > 2 SD 	Rasio

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Alat:

- a) Alat tulis
- b) *Microtoise* dengan ketelitian 0,1 cm
- c) Timbangan Injak
- d) Panjang badan bayi
- e) Komputer dengan program SPSS for Windows versi 16.0. dan Nutrisurvey 2007

2. Bahan:

- a. Kuesioner penelitian
- b. Form Recall 1x24 jam
- c. Daftar URT (Ukuran Rumah Tangga)

G. Metode Pengumpulan Data

1. Persiapan Penelitian

a. Tahap pembuatan *booklet*

Media dalam penelitian ini adalah *booklet*. Proses pembuatan media dimulai dari tahap penentuan tema atau materi hingga proses pencetakan. Tema atau materi yang disampaikan melalui media tersebut adalah 4 pilar gizi seimbang dalam Pedoman Gizi Seimbang 2014.

Proses pembuatan *booklet* yang digunakan adalah gambar animasi kartun. Gambar yang digunakan dalam *booklet* berasal dari internet dengan format bitmap atau vektor. Setelah gambar-gambar disesuaikan dengan tema yang dipilih, kemudian dilakukan proses desain *booklet* dengan menggunakan bantuan software Corel Draw X4. *booklet* dibuat dalam ukuran kertas A3 (21x 29,7 cm) berwarna, bahasa yang digunakan bahasa baku, singkat, dan jelas.

Setelah proses desain selesai kemudian dilakukan proses cetak dan kemudian dilakukan proses penyusunan *booklet*. Setelah *booklet* selesai kemudian dievaluasi dengan melibatkan mahasiswa dan dosen pembimbing untuk me-review hasil desain dan penyusunan *booklet* yang sedang dikembangkan. Hal-hal yang dievaluasi untuk *booklet* adalah kesesuaian gambar dengan tema maupun dengan pesan, kejelasan gambar, kejelasan huruf atau membaca pesan, dan teknik pembuatan *booklet*. Hasil evaluasi ini digunakan untuk merevisi *booklet*.

2. Pelaksanaan Penelitian

- a. Tahap pertama, Responden di seluruh kecamatan diminta untuk mengisi kuisioner identitas responden yang digunakan untuk mencatat identitas responden dan memperoleh data karakteristik subyek penelitian. Setelah itu, responden di Kecamatan Lawang diberikan *pretest* untuk mengetahui tingkat pengetahuan gizi sebelum dilakukan penyuluhan dengan media *booklet* tentang pedoman KADARZI. *Pretest* dilakukan selama kurang lebih 15 menit. Responden di Kecamatan Lawang dilakukan recall awal untuk balita.
- b. Tahap kedua di Kecamatan Lawang setelah dilakukan *pretest* seminggu kemudian responden diberikan perlakuan atau intervensi berupa penyuluhan dengan media *booklet*. Peneliti memberikan konseling *booklet* dengan materi empat pilar gizi seimbang selama kurang lebih 30 menit, kemudian dilakukan diskusi selama kurang lebih 15 menit dan dilakukan demonstrasi pemberian makanan tambahan.

- c. Tahap ketiga pada minggu ketiga dan keempat di Kecamatan Lawang kembali diberikan konseling *booklet* dengan materi empat pilar gizi seimbang selama kurang lebih 30 menit, kemudian dilakukan diskusi selama kurang lebih 15 menit, dan dilakukan demonstrasi pemberian makanan tambahan.
- d. Tahap keempat di Kecamatan Lawang, setelah proses konseling dilakukan *posttest* pada minggu kelima selama kurang lebih 15 menit dengan menggunakan kuisisioner untuk mengetahui ada tidaknya perubahan setelah diberikan konseling (*booklet*) tentang pedoman KADARZI. Sedangkan untuk responden di Kecamatan Lawang dilakukan recall akhir untuk melihat perubahan tingkat konsumsi balita.

Ada beberapa alasan yang mendasari pemberian jarak waktu seminggu antara *pretest* dan perlakuan. Menurut Vaus (2005) dalam Saloso (2011), jarak antara *pretest* dengan perlakuan sebaiknya dilakukan sependek mungkin untuk meminimalisir terjadinya paparan-paparan dari luar sebelum intervensi dilakukan. Tetapi yang menjadi kelemahannya, jika intervensi diadakan sesaat setelah *pretest*, maka kemungkinan besar akan terjadi interaksi antara *pretest* dan perlakuan yang menyebabkan responden menjadi lebih sensitif terhadap isu yang ada. Selain itu, jarak yang terlalu pendek antara *pretest* dan perlakuan juga akan menyebabkan responden mengingat soal *pretest* dan ingatannya ini akan dapat mempengaruhi responnya terhadap perlakuan dan *posttest* yang diadakan setelah perlakuan. Sedangkan jarak waktu antara perlakuan dan *posttest* sangat tergantung dari teori dan penelitian sebelumnya, dan juga tergantung dari jenis memori yang ingin dilihat (*short term* atau *long term memory*). Peneliti membagikan *rewards* kepada ibu karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Dilakukan evaluasi dari materi gizi seimbang dengan cara membahas pertanyaan atau gambar dalam *booklet*.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan dan analisis data meliputi:

a. *Coding*

Coding dimaksudkan untuk mempermudah pengolahan data dan proses selanjutnya melalui pengklasifikasian data status sosial ekonomi, asupan energi dan protein, penyakit infeksi, lama pemberian ASI, tinggi badan orang tua dan tinggi badan balita. *Coding* disesuaikan dengan kategori yang telah tertulis pada definisi operasional variabel.

b. *Entry data*

Kuesioner atau formulir pengumpulan data yang telah di cek dan validasi pengisian dan kelengkapan data yang diperlukan, selanjutnya dientri dengan menggunakan computer.

c. *Cleaning*

Sebelum dilakukan pengolahan dan analisis data lebih lanjut, dilakukan pengecekan hasil data entri. Pada proses ini, kembali dilakukan pengecekan ulang apabila ditemukan adanya data ekstrim. Data ekstrim divalidasi ulang dengan melihat kembali kuesioner atau formulir pengumpulan data yang telah di cek dan validasi.

2. Analisis data

a. Analisis Unbivariat

Analisis data menggunakan software SPSS 16.0. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan variabel yang diteliti secara deskriptif.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan yang bermakna antara dua variabel.. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan derajat kepercayaan 95% dan alpha 0,05. Dasar pengambilan keputusannya adalah sebagai berikut:

- 1) Jika $p < 0,05$ maka distribusi data tidak normal sehingga pengujian menggunakan uji *Wilcoxon*.
- 2) Jika $p > 0,05$ maka distribusi data normal sehingga menggunakan uji *Paired Samples t-test*.

Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah uji *paired samples t-test*. Uji *paired samples t-test* dilakukan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan setelah diberikan perlakuan.

3. Rencana penyajian data

Penyajian data direncanakan akan dibuat menjadi 3 bentuk yaitu :

a. Penyajian data dalam bentuk tulisan

Penyajian data dalam bentuk kalimat untuk menerangkan data yang telah diperoleh

b. Penyajian data dalam bentuk grafik

Penyajian data dalam bentuk grafik ini menggambarkan pasang surutnya keadaan dengan garis atau gambar. Data yang disajikan dalam bentuk grafik meliputi distribusi karakteristik responden. (pendidikan dan pengetahuan)

c. Penyajian data dalam bentuk tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel ini tersusun atas baris dan kolom sehingga dapat memberikan perbandingan-perbandingan. Dan akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan variabel yang diteliti dan tabel silang untuk mengetahui hubungan antara variabel.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kecamatan Lawang



Gambar .12 Wilayah Kecamatan Lawang

Lawang adalah sebuah kecamatan di Kabupaten Malang, Jawa Timur. Lawang dikenal sebagai kota peristirahatan sejak zaman penjajahan Belanda. Karena itu tidak mengherankan bila sampai saat ini masih banyak ditemui bangunan kuno bergaya Belanda di Lawang, termasuk stasiun kereta api yang merupakan salah satu persinggahan kereta api jalur Selatan dari Surabaya ke Malang.

Namun dewasa ini Lawang terbawa modernisasi dengan munculnya aneka industri, utamanya industri kimia dan farmasi. Salah satu industri terbesar di Lawang adalah pabrik farmasi Otsuka Indonesia, yang merupakan produsen cairan infus pertama tidak hanya di Indonesia tetapi juga Asia Tenggara dan berdiri sejak tahun 1975. Tidaklah mengherankan bila saat ini Lawang semakin padat dan udaranya tidak sesejuk beberapa dekade yang lalu.

Secara geografis Lawang terletak di pegunungan dan dikelilingi Gunung Arjuno dan Gunung Semeru. Kecamatan Lawang berbatasan dengan Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang dan Kecamatan Purwodadi, Kabupaten Pasuruan. Tempat wisata di Lawang antara lain Kebun Teh Wonosari PTP XXIII, Pemandian Polaman, Kolam Renang Sanggar, Desa Wisata Krabayakan, Gunung Wedon. Selain itu banyak bangunan kuno di Lawang bekas peninggalan Belanda. Bersama dengan Singosari dan Kepanjen, Lawang dikenal sebagai kota satelit penyangga utama Kabupaten Malang, yang termasuk dalam kawasan Malang Raya.

1. Desa Sri Gading

1. Letak Geografis

a. Luas Desa : $1111,63 \text{ m}^2$

Luas desa srigading ini cukup luas untuk ditinggali oleh penduduk desa yang berjumlah kurang lebih 4809 jiwa. Persebaran penduduknya juga kurang lebih merata di 4 dusun yang ada di Desa Srigading (yaitu dusun Krajan, dusun Gading, dusun Jeruk, dan dusun Mendek).

b. Kondisi Geografis

1) Ketinggian dari permukaan laut : 600-900 m

Pada ketinggian wilayah desa Srigading termasuk berada di wilayah dataran tinggi (berada di 500-700dpl dan diatas 700 dpl) (IRRI, 2002) dimana dalam hal ini ketinggian wilayah Desa Srigading berada di wilayah yang cukup tinggi, menurut Lestari, 2014 tanaman yang bail ditanam di dataran tinggi antara lain kentang, seledri, kubis, jeruk. Pada Desa Srigading sendiri tanaman dengan hasil panen terbanyaknya ialah jagung dan singkong. Oleh karena itu 2 bahan makanan ini yang sering dimanfaatkan penduduk sekitar untuk dijadikan makanan kudapan dan makanan utama, namun masih belum syarat akan gizi.

2) Curah hujan : 95-110 mm/th

Curah hujan di Desa Srigading tergolong ringan dikarenakan berada di golongan 5-20 mm/hari (BMKG, 2010). Sehingga akibat kondisi ini tidak menyebabkan banjir.

3) Suhu udara rata-rata : $32 \text{ }^\circ\text{C}$

Suhu di Desa Srigading di siang hari termasuk panas dikarenakan memiliki suhu 32°C .

c. Orbital (jarak dari pusat pemerintahan desa)

1) Kecamatan : 6 km

Jarak kecamatan dari pedesaan juga tidak terlalu jauh dikarenakan berjarak 6 km dari pusat desa Srigading dengan akses jalan yang sudah aspal.

2) Kabupaten : 25 km

Jarak tempuh menuju kantor kabupaten memang cukup jauh dikarenakan pusat pemerintahan kabupaten berada di Kota Malang, yang memang jika ditempuh dari Desa Srigading Lawang memerlukan waktu 40-60 menit.

3) Ibu Kota Provinsi : $\pm 87 \text{ km}$

Ibu kota Provinsi Jawa Timur terletak di Kota Surabaya, dimana dalam hal ini letak ibukota Provinsi lebih mudah dijangkau dengan waktu tempuh yang juga tidak terlalu lama dari Desa Srigading Lawang. Waktu tempuh tersebut yang diperlukan kurang lebih 1,5 sampai dengan 2 jam.

4) Rumah Sakit: 7 km

Kriteria jarak tempuh rumah sakit ini dari pedesaan sudah tepat karena berjarak lebih dari 5 km dari pedesaan. Hal ini sesuai dengan permenkes RI nomor 75 tahun 2014 dimana puskesmas sudah ada pada jarak yang tidak jauh dalam jangkauan sehingga Rumah Sakit sebaiknya berjarak lebih dari 5 km sesuai yang terdapat dalam permenkes nomor 75 tahun 2014 tersebut.

5) Puskesmas : 6 km

Akses Desa Srigading dalam menjangkau Puskesmas tidak terlalu jauh karena berjarak 6 km dengan kondisi jalan sudah diperkeras untuk menuju ke Puskesmas, petugas Puskesmas juga berperan aktif dalam mengelola kesehatan lingkungan hal ini dibuktikan setiap bulan ada kunjungan dari petugas Puskesmas ke desa untuk melihat lingkungan sekitar desa. Selain itu tersedianya ambulance dan UGD pada puskesmas yang siaga 24 jam membuat Puskesmas lebih menjangkau ke masyarakat yang membutuhkan. Hal ini sesuai dengan Permenkes RI nomor 75 tahun 2014 pasal 10 lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan: a. geografis; b. aksesibilitas untuk jalur transportasi; c. kontur tanah; d. fasilitas parkir; e. fasilitas keamanan; f. ketersediaan utilitas publik; g. pengelolaan kesehatan lingkungan; dan h. kondisi lainnya.

d. Jumlah penduduk miskin : 1449 jiwa, 483 KK

e. UMR Kabupaten Malang : ± Rp 1.900.000

Jumlah penduduk miskin di Desa Srigading sebanyak 483 KK dari total 1392 KK. Jika dipersenkan yaitu sebanyak 34,7%. Jumlah ini cukup banyak dengan UMR Kabupaten Malang yang hanya Rp 1.900.000. Faktor pendapatan keluarga menentukan jenis pangan yang akan dibeli, sehingga mempengaruhi masukan zat gizi (Supriasa, 2001).

2. Desa Sidodadi

1. Letak Geografis

Desa Sidodadi terletak di dataran tinggi atau pegunungan yang merupakan salah satu desa dari 10 desa dan 2 kelurahan yang ada di wilayah Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang dan dipimpin oleh seorang kepala desa yang membawahi 7 dusun, 60 RT, dan 16 RW. Tujuh dusun itu adalah: dusun Krajan, dusun Ngandeng, dusun Gedangan, dusun Klosod, dusun Pilang, dusun Kalianyar, dan, dusun Boro. Luas Desa Sidodadi, Kecamatan Lawang adalah \pm 592,7 Hektar, berada 441 m diatas permukaan air laut dengan suhu rata-rata setiap harinya 22–32° C dan memiliki curah hujan 439 mm/th.

Jumlah penduduk miskin di Desa Sidodadi adalah 280 orang. UMR Kabupaten Malang sebesar Rp 1.700.000.

Batas wilayah desa Sidodadi yaitu:

- Utara : Desa Mulyorejo
- Selatan : Desa Bedali
- Timur : Desa Srigading
- Barat : Kelurahan Kalirejo

Demografis Desa Sidodadi:

- Jarak dari pusat pemerintahan Kecamatan : 4 km
- Jarak dari Pusat Pemerintahan Kabupaten : 18 km

2. Kependudukan

a. Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kepala Keluarga

Tabel 5. Distribusi Jumlah Peduduk Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	N	%
Laki-Laki	3.879	50,0
Perempuan	3.878	50,0
Jumlah	7.757	100

Tabel 5 menunjukkan jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin dan kepala keluarga di Desa Sidodadi didapatkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 50% dan 50% untuk jenis kelamin perempuan.

b. Jumlah Penduduk Menurut Agama

Tabel 6. Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama yang Dianut

Agama yang Dianut	N	%
Islam	7.301	94,1
Kristen Katholik	112	1,4
Kristen Protestan	320	4,1
Hindu	24	0,3
Jumlah	7.757	100

Tabel 6 menunjukkan penduduk Desa Sidodadi mayoritas memeluk agama Islam dengan persentase 94,1% yaitu sebanyak 7.757 jiwa.

c. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Usia

Tabel 7. Distribusi Penduduk Berdasarkan Kelompok Usia

Kelompok Usia	N	%
Bayi (0–11 bulan)	141	1,8
Anak Usia (12–23 bulan)	285	3,6
Anak usia (24–59 bulan)	429	5,5
Anak (5–1 tahun)	1.188	15,3
Remaja (12–25 tahun)	1.000	12,8
Dewasa (26–45 tahun)	1.150	14,8
Lansia awal (46–65 tahun)	1.782	22,9
Lansia Akhir (>65 tahun)	1.782	22,9
Jumlah	7.757	100

Tabel 7 menunjukkan distribusi penduduk berdasarkan kelompok usia dapat diketahui bahwa struktur kependudukan di Desa Sidodadi sebagian besar penduduknya merupakan lansia awal dan akhir sebesar 22,9%, dewasa sebesar 14,8%, remaja sebesar 12,8%, anak–anak usia 5–11 tahun sebesar 15,3%, anak usia 24–59 bulan sebesar 5,5%, anak usia 12–23 bulan sebesar 3,6%, dan bayi usia 0–11 bulan sebesar 1,8%.

d. Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencapaian

Tabel 8 . Distribusi Penduduk yang Bekerja Berdasarkan Mata Pencapaian

Jenis Pekerjaan	N	%
PNS	147	2,5
Swasta	2.889	50,0
Petani	417	7,2
Buruh tani	853	14,7
Peternakan	552	9,5
Pedagang	157	3,0
Sopir	300	5,2
Jasa	143	2,5
TNI	218	3,7
Wiraswasta	141	2,4
Jumlah	5.817	100

Tabel 8 menunjukkan mata pencapaian sebagian besar penduduk Desa Sidodadi adalah swasta yaitu sebanyak 2.889 orang (50,0%). Hal ini dikarenakan letak Desa Sidodadi yang berada tidak jauh dari kota menyebabkan banyak masyarakatnya yang bekerja di perusahaan non pemerintah.

3. Sarana dan Prasarana

a. Sarana Kesehatan

Tabel 9. Distribusi Sarana Kesehatan

Jenis Sarana	Jumlah (buah)
Puskesmas Pembantu	1
Posyandu	12
Posyandu Lansia	6
Poliklinik	4
Jumlah	23

Tabel 9 menunjukkan bahwa di Desa Sidodadi memiliki sarana kesehatan seperti 12 posyandu, 6 posyandu lansia, 1 puskesmas pembantu, dan 4 poliklinik. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa di Desa Sidodadi belum terdapat posyandu remaja dan tempat praktek dokter.

b. Tenaga Kesehatan

Tabel 10. Distribusi Tenaga Kesehatan

Jenis Sarana	Jumlah (orang)
Bidan	2
Mantri/Perawat	1
Kader	30
Jumlah	33

Tabel 10 menunjukkan distribusi tenaga kesehatan di Desa Sidodadi paling banyak adalah kader yang berjumlah 30 orang dan paling sedikit bidan (2

orang) serta mantra/perawat (1 orang). Di Desa Sidodadi belum terdapat ahli gizi dan dokter.

c. Sarana Ibadah

Tabel 11. Distribusi Jumlah Sarana Ibadah di Desa Sidodadi

Tempat peribadatan	Jumlah (unit)
Masjid	6
Mushola	26
Gereja	1
Jumlah	33

Tabel 11 menunjukkan mayoritas masyarakat Desa Sidodadi menganut agama Islam, oleh karena itu sarana prasarana ibadah paling banyak adalah mushola sebanyak 26 unit dan masjid sebanyak 6.

d. Sarana Pendidikan Formal

Tabel 12. Distribusi Jumlah Sarana Pendidikan Formal

Tempat Pendidikan	Jumlah (buah)
<i>Playgroup</i>	2
TK	5
SD/Sederajat	5
SMP/Sederajat	1
Jumlah	13

Tabel 12 menunjukkan sarana pendidikan formal di Desa Sidodadi paling banyak adalah SD/ sederajat dan TK yang berjumlah 5 buah sedangkan playgroup serta SMP/ sederajat masing–masing 2 dan 1 buah.

e. Sarana Pendidikan Non Formal

Berdasarkan hasil pengambilan data mengenai pendidikan non formal di desa Sidodadi terdapat pondok pesantren dan kejar paket A,B dan C sebanyak 3 unit.

f. Sarana Transportasi

Transportasi antar daerah di desa Sidodadi adalah menggunakan mikrolet dan ojek. Kondisi jalan Desa Sidodadi yang sudah baik dan beraspal menjadikan akses jalan di Desa Sidodadi menjadi lancar dan aktivitas mobilisasi desa cukup baik, sehingga selain mikrolet dan ojek penduduk Desa Sidodadi juga menggunakan kendaraan milik pribadi.

4. Potensi Desa Sidodadi

a. Pertanian

Hasil pengambilan data mengenai hasil pertanian di Desa Sidodadi seperti padi didapatkan hasil sebesar 73 ton, jamur tiram 20 ton, singkong 18 ton, pisang

kepok 17 ton, kubis dan sawi masing–masing 9 ton, tomat 8 ton, buncis 7 ton, ubi jalar 6 ton, jagung, cabai, dan sawi masing–masing sebesar 5 ton.

b. Perkebunan

Hasil pengambilan data mengenai hasil perkebunan di Desa Sidodadi seperti tebu didapatkan hasil sebesar 28 ton untuk 7 ha.

c. Peternakan dan Hasil Peternakan

Tabel 13. Distribusi Hasil Peternakan

Hasil Peternakan	Satuan
Telur Bebek	600 butir
Kambing	200 ekor
Sapi	150 ekor
Telur ayam ras	10.000 butir

Tabel 13 menunjukkan distribusi peternakan dan hasil peternakan Desa Sidodadi yaitu telur ayam ras sebanyak 10.000 butir, telur bebek 600 butir, kambing 200 ekor, dan sapi 150 ekor/tahun.

d. Perumahan

Tabel 14. Distribusi Jumlah Perumahan

Perumahan	Jumlah (buah)
Rumah Permanen	2.700
Rumah Non Permanen	50
Jumlah	2.750

Tabel 14 menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat Desa Sidodadi sudah menggunakan rumah permanen yaitu sebanyak 2.700 buah sedangkan rumah non permanen sebanyak 50 buah.

5. Kesehatan Masyarakat

a. Kesehatan

Kejadian penyakit terbesar di Desa Sidodadi dalam kurun waktu 6 bulan terakhir dari prevalensi tertinggi adalah ISPA, diare, hipertensi, malaria, dan myalgia.

b. Sanitasi

Hasil data yang diperoleh di Desa Sidodadi menunjukkan bahwa rumah yang memiliki jamban berjumlah 2.129 unit.

B. Gambaran Umum Responden

1. Karakteristik Balita

Sampel dalam penelitian ini adalah balita dengan usia 6 – 36 bulan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Lawang. Responden dalam penelitian ini adalah Ibu balita yang terpilih menjadi sampel penelitian. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 34 sampel yang terdiri dari kelompok kontrol dan kelompok *stunting*, yaitu responden kelompok kontrol 17 dan 17 responden kelompok *stunting* yang dipilih secara acak.

Dari total 34 responden (Ibu balita) yang telah diwawancarai, usia responden beragam dengan rata-rata usia 28.29 ± 6.03 tahun untuk kelompok *stunting* dan kelompok kontrol dengan rata-rata usia 25.88 ± 6.51 tahun .

Usia sampel penelitian rata-rata adalah 27.52 ± 6.14 bulan untuk kelompok anak *stunting* dengan usia minimal adalah 6 bulan dan usia maksimal adalah 36 bulan. Jumlah balita di dalam keluarga sampel bervariasi dengan jumlah minimal sebanyak 1 balita dan maksimal sebanyak 2 balita.

Karakteristik jenis kelamin, Balita perempuan lebih banyak yang *stunting* dari pada laki-laki. Dari 15 balita perempuan, yang *stunting* dan mendapat perlakuan terdapat 9 orang dan jumlah balita perempuan yang termasuk kontrol adalah 6 responden. Karakteristik Balita berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 7. Tabel 15. Distribusi Balita berdasarkan Jenis Kelamin di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Jenis Kelamin	<i>Stunting</i>		Kontrol		Jumlah	
	n	%	n	%	N	%
Laki-laki	8	47,1	11	64,7	19	55,8
Perempuan	9	52,9	6	36,3	15	44,2

Tabel 16 menunjukkan bahwa sebagian besar sampel (balita) dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 19 sampel (55,8%), sementara laki-laki yaitu sebanyak 15 sampel (44,2

2. Berat badan lahir

Berat badan lahir balita dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2, yaitu berat badan lahir rendah jika <2500 gram dan normal jika ≥ 2500 gram. Berikut ini adalah distribusi balita berdasarkan berat badan lahir.

Tabel 16 Distribusi Balita berdasarkan Berat Badan Lahir di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Berat Badan Lahir	<i>Stunting</i>		Kontrol		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Normal	14	82,3	15	88,23	29	85,3
Rendah	3	17,7	2	11,76	5	14,7

Tabel 16 menunjukkan bahwa sebagian besar balita yaitu 29 balita (85,3%) mempunyai berat badan lahir normal. Kejadian Berat badan lahir rendah lebih banyak pada balita kelompok *stunting* yaitu 3 balita (17,7%) dibandingkan dengan balita kelompok kontrol yaitu 2 balita (11,76%).

3. Panjang badan lahir

Panjang badan lahir balita dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2, yaitu pendek jika <48 cm dan normal jika ≥ 48 cm. Berikut ini adalah distribusi balita berdasarkan panjang badan.

Tabel 17. Distribusi Balita berdasarkan Panjang Badan Lahir di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Panjang Badan Lahir	<i>Stunting</i>		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	n	%
Normal	10	58,8	9	52,94	19	55,8
Rendah	7	41,2	8	47,05	15	44,2

Tabel 17 menunjukkan bahwa sebagian besar balita yaitu 19 balita (55,8%) mempunyai panjang badan lahir normal. Kejadian panjang badan lahir kurang pada balita kelompok *stunting* yaitu 7 balita (41,2%), dan pada kelompok normal lebih banyak sebesar 10 balita (58,8%).

4. Tinggi badan ayah dan Ibu

Tinggi badan merupakan salah satu bentuk dari ekspresi genetik, dan merupakan faktor yang diturunkan kepada anak. Anak dengan orang tua yang pendek, baik salah satu maupun keduanya, lebih berisiko untuk tumbuh pendek dibanding anak dengan orang tua yang tinggi badannya normal.

Rata-rata tinggi badan ayah adalah 163.05 ± 5.16 cm untuk kelompok *stunting* dan 157.88 ± 8.51 cm untuk kelompok kontrol dengan tinggi minimal 150 cm dan maksimal 185 cm. Berikut ini adalah hubungan tinggi badan orang tua dengan *stunting*.

Tabel 18. Distribusi Responden berdasarkan Tinggi Badan Ayah di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tinggi Badan Ayah	Stunting		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	n	%
<150	0	0	0	0	0	0
150-155	0	0	8	47,05	8	23,52
156-160	9	52,9	7	41,17	16	47,05
161-165	6	35,3	1	5,88	7	20,58
166-170	0	0	0	0	0	0
171-175	2	11,8	0	0	2	5,88
>175	0	0	1	5,88	1	2,94

Tabel 18 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 16 responden (47,05%) mempunyai tinggi badan 156-160 cm. Pada kelompok *stunting*, sebagian besar tinggi badan ayah 156-160 sebanyak 9 ayah (52,9%) dan sebaliknya pada kelompok kontrol terdapat 1 ayah (5,88%) dengan tinggi badan >175.

Rata-rata tinggi badan ibu adalah 150.76 ± 4.45 cm kelompok kasus dan 147.29 ± 23.8 cm dengan tinggi minimal 143 cm dan maksimal 170 cm. Berikut ini adalah hubungan tinggi badan orang tua dengan *stunting*

Tabel 19. Distribusi Responden berdasarkan Tinggi Badan Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tinggi Badan Ibu	Stunting		Normal		Jumlah	
	N	%	n	%	n	%
<135	0	0.0	0	0.0	0	0
135-140	0	0.0	0	0.0	0	0
141-145	3	17,64	3	17,6	6	17,64
146-150	8	47,05	5	29,4	13	38,23
151-155	4	23,52	4	23,5	8	23,52
156-160	2	11,76	4	23,5	6	17,64
>160	0	0	1	5,88	1	2,94

Tabel 20 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 13 responden (38,23%) mempunyai tinggi badan 146-150 cm. Tinggi badan 146-150 cm Ibu pada kelompok *stunting* terdapat 8 ibu (47,05%) dan pada kelompok normal terdapat 5 ibu (29,4%).

5. Sosial Ekonomi Orang Tua Balita

a. Pendidikan Orang Tua Balita

Tingkat pendidikan orang tua turut menentukan status gizi anak karena pendidikan sangat mempengaruhi seseorang untuk memahami dan menerima

informasi tentang gizi. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit menerima pengetahuan baru mengenai gizi.

Tabel 21. Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Ayah di Kecamatan Lawang tahun 2018

Pendidikan Ayah	Stunting		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	n	%
Tamat Perguruan Tinggi	0	0.00	0	0.00	3	.9.09
Tamat SMA	7	53.84	3	17.6	10	30.30
Tamat SMP	4	23.52	5	29.41	8	23.52
Tamat SD	6	37.50	7	41.17	13	39.39
Tidak Sekolah	0	0.00	1	6.25	1	5.88

Tabel 21 menunjukkan bahwa sebagian besar ayah yaitu 13 ayah (39.39%) mempunyai tingkat pendidikan tamat SD. Terdapat pendidikan ayah tidak sekolah pada kelompok kontrol yaitu 1 ayah (5.88%)

Tabel 22. Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Pendidikan Ibu	Stunting		Kontrol		Jumlah	
	N	%	N	%	n	%
Tamat Perguruan Tinggi	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tamat SMA	6	37.50	2	11.76	8	24.24
Tamat SMP	7	41.17	5	29.41	11	33.33
Tamat SD	3	18.75	7	41.17	10	30.30
Tidak Sekolah	1	6.25	3	17.64	4	12.12

Tabel 22 menunjukkan bahwa sebagian besar Ibu yaitu 11 ibu (33.33%) mempunyai tingkat pendidikan tamat SMP. Pendidikan Ibu Tidak sekolah dari kelompok kontrol lebih banyak dari kelompok stunting yaitu 3 ibu (17.64%)

b. Pendapatan Keluarga Balita

Salah satu faktor yang potensial terjadinya masalah stunting adalah masalah ekonomi keluarga yang dilihat dari pendapatannya. Pendapatan perkapita adalah jumlah total pendapatan keluarga dalam satu rumah dibandingkan dengan total anggota rumah tangga. Pengkategorian pendapatan cukup dan kurang mengacu pada UMR Kabupaten Malang tahun 2018 yaitu sebesar Rp 2.574.807.22,- maka pendapatan dikatakan cukup apabila melebihi dari Rp 2.574.807.22,- setiap bulannya.

Tabel 23. Distribusi Responden berdasarkan Pendapatan Perkapita Keluarga di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Pendapatan Perkapita Keluarga (Rp)	<i>Stunting</i>		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	N	%
250.000 – 750.000	0	0.00	1	5.88	1	3.03
751.000-1.000.000	3	18.75	2	11.76	7	21.21
1.001.000-1.500.000	3	12.50	5	2.41	7	21.21
1.501.000 – 2.000.000	4	25	1	5.88	5	15.15
2.001.000 – 2.500.000	2	12.50	6	35.29	8	24.24
2.501.000 – 3.000.000	2	12.50	0	0.00	2	6.06
3.001.000 – 3.500.000	1	6.25	1	5.88	2	6.06
3.501.000 – 4.000.000	1	6.25	0	0.00	1	3.03
4.001.000 – 4.500.000	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4.501.000 – 5.000.000	1	6.25	1	5.88	1	3.03

Tabel 23 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga mempunyai pendapatan perkapita keluarga Rp 2.001.000 – Rp 2.500.000 yaitu 8 keluarga (24.24%).

c. Pekerjaan Ibu

Rata-rata ibu balita tidak bekerja, sebanyak 59 responden (57,84%) ibu balita tidak bekerja, hanya 43 responden (42,16%) yang bekerja. Distribusi pendapatan keluarga balita dapat dilihat pada Tabel 15.

Tabel 24. Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Pekerjaan Ibu	<i>Stunting</i>		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	N	%
Tidak Bekerja	13	81.25	17	100	30	90.90
Bekerja	4	18.75	0	0.00	3	9.09

Tabel 24 menunjukkan bahwa responden kelompok stunting lebih banyak yang tidak bekerja yaitu 13 balita (81.25%) dan kelompok kontrol seluruh ibu balita tidak bekerja sebanyak 17 balita (100%).

6. Tingkat Asupan Energi dan Protein Balita

Tingkat konsumsi merupakan perbandingan antara konsumsi energi, protein, dan zat-zat gizi dengan keadaan kebutuhan gizi seseorang, biasanya dilakukan dengan perbandingan pencapaian konsumsi zat gizi individu terhadap Angka Kecukupan Gizi (AKG). Distribusi balita menurut tingkat asupan energi dapat dilihat pada Tabel 23. Sedangkan untuk Distribusi balita menurut tingkat asupan protein dapat dilihat pada Tabel 25.

Tabel 25. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Energi di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tingkat Asupan Energi	Stunting		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	N	%
Sangat Kurang	8	50	10	58.82	18	54.54
Kurang	5	31.25	7	41.17	12	36.36
Sesuai	4	9.09	0	0.00	3	9.09
Lebih	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Tabel 25. menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat konsumsi energi balita masih tergolong sangat kurang yaitu 18 balita (54.54%). Dapat dilihat bahwa tingkat asupan energi balita tergolong sangat kurang pada kelompok stunting lebih sedikit yaitu 8 balita (50%) dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu 10 balita (58.82%).

Tabel 26. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Protein di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tingkat Asupan Protein	Stunting		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	N	%
Sangat Kurang	8	50	5	29.41	13	39.39
Kurang	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sesuai	4	9.09	8	47.05	11	33.33
Lebih	5	31.25	4	23.52	9	27.27

Tabel 26 menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat konsumsi protein balita masih tergolong sangat kurang yaitu 13 balita (39.39%). Dapat dilihat bahwa tingkat asupan protein balita tergolong sangat kurang pada kelompok stunting lebih banyak yaitu 8 balita (50%) dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu 5 balita (29.41%).

7. Tingkat Pengetahuan Ibu

Tingkat pendidikan memengaruhi seseorang dalam menerima informasi. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam menerima informasi dari pada orang dengan tingkat pendidikan yang kurang. Informasi tersebut dijadikan sebagai bekal ibu untuk mengasuh balitanya dalam kehidupan sehari-hari. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan ibu dapat dilihat pada Tabel 27 dan 28

1. Pretest

Tabel 27. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan *Pre-Test* Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tingkat Pengetahuan	<i>Stunting</i>		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	11	64.70	3	17.64	14	41.17
Cukup	5	29.41	7	41.17	12	35.29
Kurang	1	5.88	7	41.17	8	23.52

2. Posttest

Tabel 28. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan *Post-test* Ibu di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Tingkat Pengetahuan	<i>Stunting</i>		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	15	88.23	14	82.35	29	85.29
Cukup	1	5.88	1	5.88	2	5.88
Kurang	1	5.88	2	11.76	3	8.82

8. Tingkat Asupan Zinc

Tabel 29. Distribusi Balita berdasarkan Tingkat Asupan Protein di Kecamatan Lawang Tahun 2018

Asupan Zinc	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	N	%	N	%
Sangat Kurang	2	11,76	5	29,41
Kurang	4	23,5	4	23,52
Sesuai	6	35,29	5	29,41
Lebih	5	29,41	3	17,64

Tabel 30 Menunjukkan hasil terbesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebesar 35,29% dan 29,41%. Hal ini menunjukkan bahwa asupan zinc sudah sesuai dengan SDT 2015.

C. Perbedaan Karakteristik Responden Kelompok Stunting dan Normal di Kecamatan Lawang

Tabel 3. Karakteristik Responden Kelompok Stunting dan Kontrol

	<i>STUNTING</i>		KONTROL	
	N	%	n	%
Tingkat Pengetahuan Ibu				
Baik	15	88.23	14	82.35
Cukup	1	5.88	1	5.88
Kurang	1	5.88	2	11.76
Tingkat Asupan Energi				
Kurang	14	75	17	100
Cukup	3	18.75	0	0.00
Tingkat Asupan Protein				
Kurang	9	50	5	29.41
Cukup	8	50	12	70.58
Pendapatan Perkapita				
Kurang	0	0.00	0	0.00
Cukup	17	100	17	100
Pendidikan Ibu				
Kurang	4	25	10	58.82
Tinggi	13	75	7	41.17
Pendidikan Ayah				
Kurang	7	37.50	8	47.05
Tinggi	10	62.50	9	52.94
Tinggi Badan Ibu				
Kurang	12	68.75	8	50.0
Tinggi	5	31.25	8	50.0
Tinggi Badan Ayah				
Kurang	10	56.25	15	88.23
Tinggi	7	43.75	2	11.76
Panjang Badan Lahir				
Kurang	7	43,75	8	47,05
Normal	10	56,25	9	52,94
Berat Badan Lahir				
Kurang	4	18,75	2	11,76
Normal	13	81,25	15	88,23

Tabel 31 menunjukkan bahwa pada kelompok stunting terjadi peningkatan tingkat pengetahuan dibuktikan dengan jumlah tingkat pengetahuan posttest 15 (88.23%). Dan pada kelompok control terjadi peningkatan posttest mencapai 14 (82.35%).

D. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan SPSS dengan perhitungan Paired T-Test dan Two Sample T-Test. Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan variabel independen dan dependen. Dikatakan terdapat hubungan yang signifikan bila nilai p value < 0,05. Berikut ini adalah analisis bivariat penelitian.

Tabel. 31 Hasil Uji Statistik Paired T-test pada Kelompok Perlakuan

	Pre	Post	P-Value
Tingkat Konsumsi Energi	$\bar{x} = 89,35$ SD = 40,84	$\bar{x} = 92,47$ SD = 32,10	0,726
Tingkat Konsumsi Protein	$\bar{x} = 132,47$ SD = 72,12	$\bar{x} = 137,29$ SD = 52,87	0,735
Tingkat Konsumsi Zinc	$\bar{x} = 117,76$ SD = 59,90	$\bar{x} = 116,18$ SD = 45,96	0,903
Tingkat Pengetahuan Ibu	$\bar{x} = 77$ SD = 9,5	$\bar{x} = 88,9$ SD = 12,06	0,004
Monitoring BB	$\bar{x} = 19,9$ SD = 28,45	$\bar{x} = 10,01$ SD = 1,46	0,172
Monitoring TB	$\bar{x} = 80,4$ SD = 4,2	$\bar{x} = 126,47$ SD = 190,35	0,330

Berdasarkan tabel 31 bahwa hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan hasil yang signifikan pada tingkat pengetahuan ibu. Sedangkan tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, dan tingkat konsumsi zinc, serta monitoring BB dan TB menunjukkan hasil tidak signifikan. Berikut merupakan hasil analisis bivariat, diantaranya:

a. Tingkat Pengetahuan

Hal ini ditunjukkan dengan p-value 0,004 ($p < 0,005$) dikarenakan pada tingkat pengetahuan ibu di Kecamatan Lawang setelah dilakukan pretest dan posttest terjadi peningkatan, serta tingkat pengetahuan tersebut di pengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan ibu di Kecamatan Lawang pada

kelompok perlakuan termasuk kategori tinggi. Pada penelitian ini juga dipengaruhi oleh penggunaan media booklet. Sejalan dengan penelitian (Zulaekah,S, 2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,0001$) pengetahuan gizi anak SD yang anemia sebelum dan sesudah intervensi dengan media booklet yang diberikan dua minggu sekali untuk ana dan untuk orang tua diberikan empat minggu sekali dalam duabelas minggu. Selain itu, penelitian (Pratiwi, YF dan Puspita, Dy, 2017) menunjukkan bahwa penelitian yang menggunakan media booklet yang dilakukan terhadap pengetahuan gizi seimbang pada ibu balita gizi kurang. Hal ini berbeda dengan penelitian (Pratiwi, 2017).

b. Tingkat Asupan Energi

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan energi dan stunting p value = 0.184. Hal ini dikarenakan proporsi balita pada kelompok perlakuan memiliki tingkat asupan energi kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Hariyani 2016 bahwa tingkat pengetahuan gizi tidak berhubungan dengan tingkat konsumsi energi balita. tenaga kesehatan diharapkan lebih meningkatkan frekuensi penyuluhan-penyuluhan gizi untuk meningkatkan pengetahuan gizi pengasuh. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Puspasari N dan Andriani M 2017 bahwa dalam penelitiannya menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pengetahuan Ibu (p value = 0,00)asupan energi (p value = 0,008, asupan karbohidrat p value = 0,024 dan asupan protein p value = 0,002 dengan status gizi balita BB/U)

c. Tingkat Asupan Protein

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan protein dan stunting (p value = 0.131). Hal ini dikarenakan proporsi balita pada kelompok normal dan stunting memiliki tingkat asupan protein kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Yuli,dkk 2015 bahwa tidak ada hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku Ibu terhadap konsumsi zat gizi protein pada anak balita (12-59) bulan di Kabupaten Lombok Timur. Hal tidak sejalan dengan penelitian Hastuningtyas TR 2014, menunjukkan bahwa konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan Ibu dan asupan gizi anak secara signifikan asupan energi p value = 0,00 , protein p value = 0,00 , zinc p value = 0,00.

d. Tingkat Asupan Zinc

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan zinc dan stunting (p value = 0.885). Hasil penelitian Anindita (2012) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,003$) antara tingkat kecukupan protein dengan kejadian stunting sebanyak 48,5% balita stunting memiliki tingkat kecukupan protein yang kurang selain itu juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kecukupan zinc dengan stunting (pendek) pada balita usia 6-35 bulan ($p= 0,032$)

Berbeda dengan hasil penelitian Tiara 2013 bahwa peningkatan perilaku pemberian makanan, menyebabkan tingkat asupan zinc pada anak meningkat secara signifikan ($p<0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

e. Monitoring BB dan TB

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari monitoring BB (p value = 0.131). Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari monitoring BB (p value = 0.33).

Hal ini sejalan dengan Calvin (2012) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara antropometri dan pengetahuan gizi dengan asupan energi dan komposisi makronutrient pada remaja. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Zahra AP (2018) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan berat badan sebelum dan sesudah pemberian PMT paada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Pekalongan, Lampung Timur ($p = 0,00$).

Tabel 32. Hasil Uji Statistik pada Kelompok Kontrol

	Pre	Post	P-Value
Tingkat Konsumsi Energi	$\bar{x} = 80,24$ SD = 34,22	$\bar{x} = 91,29$ SD = 51,78	0,299
Tingkat Konsumsi Protein	$\bar{x} = 122$ SD = 58,28	$\bar{x} = 127,47$ SD = 68,21	0,757
Tingkat Konsumsi Zinc	$\bar{x} = 90,47$ SD = 41,70	$\bar{x} = 113,24$ SD = 72,46	0,127
Tingkat Pengetahuan Ibu	$\bar{x} = 77$ SD = 9,5	$\bar{x} = 88,9$ SD = 12,06	0,004
Monitoring BB	$\bar{x} = 19,9$ SD = 28,45	$\bar{x} = 10,01$ SD = 1,46	0,172
Moitoring TB	$\bar{x} = 80,4$ SD = 4,2	$\bar{x} = 126,47$ SD = 190,35	0,330

Berdasarkan tabel 32 bahwa hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan hasil yang signifikan pada tingkat pengetahuan ibu. Sedangkan tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, dan tingkat konsumsi zinc, serta monitoring BB dan TB menunjukkan hasil tidak signifikan. Berikut merupakan hasil analisis bivariat, diantaranya:

a. Tingkat Pengetahuan

Hal ini ditunjukkan dengan p-value 0,004 ($p < 0,005$) dikarenakan pada tingkat pengetahuan ibu di Kecamatan Lawang setelah dilakukan pretest dan posttest terjadi peningkatan, serta tingkat pengetahuan tersebut di pengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan ibu di Kecamatan Lawang pada kelompok perlakuan termasuk kategori tinggi. Pada penelitian ini juga dipengaruhi oleh penggunaan media booklet. Sejalan dengan penelitian (Zulaekah,S, 2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,0001$) pengetahuan gizi anak SD yang anemia sebelum dan sesudah intervensi dengan media booklet yang diberikan dua minggu sekali untuk ana dan untuk orang tua diberikan empat minggu sekali dalam duabelas minggu. Selain itu, penelitian (Pratiwi, YF dan Puspita, Dy, 2017) menunjukkan bahwa penelitian yang menggunakan media booklet yang dilakukan terhadap

pengetahuan gizi seimbang pada ibu balita gizi kurang. Hal ini berbeda dengan penelitian (Pratiwi, 2017).

b. Tingkat Asupan Energi

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan energi dan stunting p value = 0.299. Hal ini dikarenakan proporsi balita pada kelompok perlakuan memiliki tingkat asupan energi kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Hariyani 2016 bahwa tingkat pengetahuan gizi tidak berhubungan dengan tingkat konsumsi energi balita. tenaga kesehatan diharapkan lebih meningkatkan frekuensi penyuluhan-penyuluhan gizi untuk meningkatkan pengetahuan gizi pengasuh. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Puspasari N dan Andriani M 2017 bahwa dalam penelitiannya menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pengetahuan Ibu (p value = 0,00)asupan energi (p value = 0,008, asupan karbohidrat p value = 0,024 dan asupan protein p value = 0,002 dengan status gizi balita BB/U).

c. Tingkat Asupan Protein

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan protein dan stunting (p value = 0.757). Hal ini dikarenakan proporsi balita pada kelompok normal dan stunting memiliki tingkat asupan protein kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Yuli,dkk 2015 bahwa tidak ada hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku Ibu terhadap konsumsi zat gizi protein pada anak balita (12-59) bulan di Kabupaten Lombok Timur. Hal tidak sejalan dengan penelitian Hastuningtyas TR 2014, menunjukkan bahwa konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan Ibu dan asupan gizi anak secara signifikan asupan energi p value = 0,00 , protein p value = 0,00 , zinc p value = 0,00.

d. Tingkat Asupan Zinc

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari Tingkat asupan zinc dan stunting (p value = 0.127). Hasil penelitian Anindita (2012) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,003$) antara tingkat kecukupan protein dengan kejadian stunting sebanyak 48,5% balita stunting memiliki tingkat kecukupan protein yang kurang selain itu juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kecukupan zinc dengan stunting (pendek) pada balita usia 6-35 bulan ($p= 0,032$)

Berbeda dengan hasil penelitian Tiara 2013 bahwa peningkatan perilaku pemberian makanan, menyebabkan tingkat asupan zinc pada anak meningkat secara signifikan ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

e. Monitoring BB dan TB

Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari monitoring BB (p value = 0.172). Hasil uji statistik *paired T-test* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dari monitoring BB (p value = 0.33). Hal ini sejalan dengan Calvin 2012 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara antropometri dan pengetahuan gizi dengan asupan energi dan komposisi makronutrient pada remaja. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Zahra AP 2018 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan berat badan sebelum dan sesudah pemberian PMT pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Pekalongan, Lampung Timur ($p = 0,00$)

Tabel. 33 Hasil Uji Statistik *Independent Sample T-Test*

	Perlakuan	Kontrol	P-Value
Tingkat Konsumsi Energi	$\bar{x} = 3,117$ SD = 36,06	$\bar{x} = 11,05$ SD = 42,5	0,561
Tingkat Konsumsi Protein	$\bar{x} = 0,882$ SD = 15,77	$\bar{x} = 2,82$ SD = 35,90	0,840
Tingkat Konsumsi Zinc	$\bar{x} = -1,58$ SD = 52,64	$\bar{x} = 22,76$ SD = 58,22	0,210
Tingkat Pengetahuan Ibu	$\bar{x} = 11,97$ SD = 14,58	$\bar{x} = 18,49$ SD = 12,04	0,165
Monitoring BB	$\bar{x} = 0,09$ SD = 0,59	$\bar{x} = -0,029$ SD = 0,214	0,427
Monitoring TB	$\bar{x} = 0,15$ SD = 0,352	$\bar{x} = 0,00$ SD = 0,00	0,096

Berdasarkan tabel 33 hasil uji statistic independet sample T-Test menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada perlakuan dan kontrol yang ditunjukkan nilai p -value ($> 0,05$). Pada penelitian ini, kelompok kontrol diberikan pengetahuan menggunakan media booklet sedangkan pada kelompok perlakuan diberikan pengetahuan menggunakan media booklet dan juga diberikan makanan tambahan (PMT). Sehingga didapatkan hasil tidak ada pengaruh yang signifikan pada

tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, tingkat konsumsi zinc, tingkat pengetahuan, monitoring BB dan monitoring TB dikarenakan penelitian dilakukan 30 hari. Sedangkan pada penelitian (Fitrianti dkk, 2012) yang menunjukkan bahwa pemberian PMT selama 2 bulan memberikan pengaruh terhadap perubahan status gizi berdasarkan BB/TB dan BB/U balita gizi buruk dengan kontribusi energi sebanyak $54.60 \pm 15.42\%$ dan protein $79.17 \pm 37.75\%$.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Pemberian Penyuluhan dengan media Booklet dapat meningkatkan pengetahuan gizi Ibu Balita pada kelompok Perlakuan dan juga pada kelompok control, namun perbedaan tersebut tidak signifikan pada kedua kelompok dengan ($p > 0,05$) yang menunjukkan hasil tidak signifikan.
2. Tingkat konsumsi energi terbesar pada kategori sangat kurang 54.54%, protein kategori sangat kurang 39.39%. Kategori status gizi *zinc* kategori sangat kurang dan sesuai sebesar 29.41%.
3. Pengaruh pemberian PMT pada balita *stunting* (6-36) bulan terhadap tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan, hal ini ditunjukkan dengan hasil tingkat konsumsi energi ($p=0,561$), tingkat konsumsi protein ($p=0,840$), dan tingkat konsumsi zinc ($p=0,210$).
4. Pemberian penyuluhan melalui media booklet dapat meningkatkan pengetahuan Ibu Balita, namun pemberian media ini tidak meningkatkan tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita.

B. SARAN

1. Kepada Puskesmas diharapkan dapat memberikan penyuluhan dengan media yang lebih bervariasi dan lebih menarik untuk meningkatkan pengetahuan khususnya ibu balita, contohnya dengan menggunakan media booklet.
2. Perlu penelitian yang lebih lanjut dengan model pemberdayaan keluarga dikarenakan peningkatan pengetahuan ibu yang tidak diikuti peningkatan tingkat konsumsi balita.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar A., Holding P., Van De Vijver F.J., Newton C.& Van Baar A. 2010. Children at risk for developmental delay can be recognised by *stunting*, being underweight, ill health, little maternal schooling or high gravidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951363 , diakses pada tanggal 5 Juni 2015
- Adair L.S. & Guilkey D.K. 1997. Age-specific determinants of *stunting* in Filipino children. *The Journal of Nutrition*. Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9039833 , diakses pada tanggal 5 Juni 2015
- Adriani, M. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta, Kencana Prenada Media Group.
- Al-anshori, H. 2013. Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 12 – 24 Bulan (Studi di Kecamatan Semarang Timur). *Artikel Penelitian Ilmu Gizi Universitas Diponegoro Semarang*.
- Arifin, D.Z., Irdasari, S.Y., Sukandar, H.2012. Analisis Sebaran dan Faktor Risiko *Stunting* pada Balita di Kabupaten Purwakarta 2012. *Artikel Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta*.
- Arisman.2009. *Buku Ajar Ilmu Gizi : Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Asosiasi Dietisien Indonesia (ASDI), Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI).2014. *Penuntun Diet Anak*. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2007. *Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Timur 2007*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Timur 2013*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Black R.E., Allen L.H., Bhutta Z.A., Caulfield L.E., de Onis M., Ezzati M.*et al.* 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health

- consequences. *Lancet*. Tersedia di: www.who.int/nutrition/topics/Lancetseries_Undernutrition1.pdf, diakses pada tanggal 29 Mei 2015
- Black R.E., Victora C.G., Walker S.P., Bhutta Z.A., Christian P., de Onis M. *et al.* 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. Tersedia di: www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-13-65.pdf, diakses pada tanggal 29 Mei 2015
- Brown K.H. 2003. Diarrhea and malnutrition. *The Journal of Nutrition*. Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514320, diakses pada tanggal 2 Mei 2015
- Chaudhury RH. 2013. Determinants of dietary intake and dietary adequacy for pre-school children in Bangladesh. Bangladesh Institute of Development Studies. Tersedia di: <http://archive.unu.edu/unupress/food/8F064e/8F064E04.htm>, diakses pada tanggal 3 Maret 2015
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. 2014. *Laporan Program Gizi Masyarakat Tahun 2014*.
- Fernald LC, Neufeld LM. 2007. Overweight With Concurrent *Stunting* In Very Young Children From Rural Mexico: Prevalence And Associated Factors. *European Journal of Clinical Nutrition*. Tersedia di: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v61/n5/pdf/1602558a.pdf/>, diakses pada tanggal 21 Juni 2015
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, R., Strupp, B., and the International Child Development Steering Group. 2007. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. Tersedia di: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/>
- Hoddinott J., Rosegrant M.W. & Torero M. 2012. Investments to Reduce Hunger and Undernutrition : Challenge Paper on Hunger and malnutrition. *Copenhagen Consensus Center: Lowell, MA, USA*. Tersedia di: <http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/Hunger+and+Malnutrition.pdf>, diakses pada tanggal 3 Maret 2015

- Jahari, Abbas Basuni. 2002. *Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (Berat Badan dan Tinggi Badan. Proseding Kongres Persatuan Ahli Gizi Indonesia XII, 2002.*
- Kartikawati, P. R. F. 2011. Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunted Growth Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember. *Artikel Penelitian Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.*
- Kemenkes RI. 2010. *Keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.* Jakarta: Direktorat Bina Gizi
- Kusuma, K. E., Nuryanto. 2013. Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 2-3 Tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur). *Journal of Nutrition College.*
- McDonald C.M., Manji K.P., Kupka R., Bellinger D.C., Spiegelman D., Kisenge R. *et al.* 2013. *Stunting* and wasting are associated with poorer psychomotor and mental development in HIV-exposed Tanzanian infants. *The Journal of Nutrition.* Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256148, diakses pada tanggal 5 Maret 2015.
- Millenium Challege Account (MCA) Indonesia.2013. *Gambaran Umum Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) untuk Mencegah Stunting.* Tersedia di: <http://mca-indonesia.go.id/wpcontent/uploads/2013/12/Buku-Gambaran-Umum-ok.pdf> Diakses pada 10 Maret 2015.
- Najahah, I., Adhi, K.I., Pinatih, G.N.I. 2013. *Faktor Risiko Balita Stunting Usia 12-36 Bulan di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat.*
- Nasikhah, R. 2012. Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24 – 36 Bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Artikel Penelitian Ilmu Gizi Universitas Diponegoro Semarang.*
- Naude, Celeste E. 2011. Growth and weight status in treatment-naive 12-16 year old adolescents with Alcohol Use Disoeders in Cape Town, South Africa. *Nutrition Journal* 2011, 10:87.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni.* Rineka Cipta : Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan.* Rineka Cipta : Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.* Rineka Cipta : Jakarta.
- Oktarina, Z., Sudiarti, T. 2012. Faktor Risiko *Stunting* pada Balita (24—59 Bulan) di Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan.*

- Ozaltin E., Hill K. & Subramanian S.V.(2010) Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and *stunting* in low- to middle-income countries.*Journal of the American Medical Association*. Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20407060, diakses pada tanggal 5 Maret 2015
- Rahayu L.S, Sofyaningsih M. 2012. Pengaruh BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) dan Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Perubahan Status *Stunting* Pada Balita di Kota dan Kabupaten Tangerang Provinsi Banten.*Prosiding Seminar Nasional “Peran Kesehatan Masyarakat dalam Pencapaian MDG’s di Indonesia”*.
- Rambitan, W., Purba, R. B., Kapantow, N. H. 2014. Hubungan Antara Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian *Stunting* Pada Anak Batita Diwilayah Kerja Puskesmas Kawangkoan Kabupaten Minahasa. *Artikel Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado*
- Rohmatun, N.Y. 2014. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Di Desa Sidowarno Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten. *Artikel Penelitian Program studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Soetjningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sumarno I, et al. 1997. *Pola Konsumsi Makanan Rumah Tangga Indonesia*. Gizi Indonesia.
- Supariasa, IDN., Bakri, B., Fajar, I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Taguri AE, Ibrahim B, & Salah MM et al. Risk Factor for *Stunting* Among Under-fives in Libya. 2008. *Public Health Nutrition*.
- UNICEF Indonesia.2012. *Ringkasan Kajian Gizi Ibu dan Anak*. UNICEF Indonesia, Jakarta.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). 1998. *The State of the World’s Children 1998*. United States by Oxford University Press. UNICEF, New York.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2013. *Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress*. United Nations Publications Sales No.: E.13.XX.4. UNICEF, New York.


- Victoria, C.G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P.C., Martorell, R., Richter, L. and Sachdev, H.S. 2008. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Maternal and Child Undernutrition 2, Lancet*. Tersedia di: www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition, diakses pada tanggal 10 Mei 2015
- Walker S.P., Chang S.M., Powell C.A., Simonoff E. & Grantham-McGregor S.M. 2007. Early childhood *stunting* is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psychosocial stimulation. *The Journal of Nutrition*. Tersedia di: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17951486, diakses pada tanggal 13 Juni 2015
- Welasasih, B. D., Wirjatmadi, R. B. 2012. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita *Stunting*. Artikel Penelitian Departemen Gizi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- WHO dan Depkes RI. Modul C Pelatihan dan Penilaian Pertumbuhan Anak WHO 2005. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- WHO dan UNICEF. 2003. *Global Strategy of Infant and Young Child Feeding*. WHO press: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO). 2010. *Diarrhoea : Why children are still dying and what can be done* (PDF).
- World Health Organization (WHO). 2013. *Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*. WHO Conceptual Framework.
- World Health Organization (WHO). 2013. *WHO Child Growth Standard*.
- World Health Organization (WHO). 2014. *WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*.
- World Health Organization (WHO). *Causes and Most Vulnerable Undernutrition*. Tersedia di: <http://www.unicef.org/nutrition/training/2.5/8.html>
- Zottarelli LK, Sunil TS, Rajaram S. 2007. Influence of Parental and Socioeconomics Factors on *Stunting* in Children Under 5 Years in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Tersedia di: <http://www.emro.who.int/emhj/1306>

- Fitriyanti, dkk. 2013. *Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Status Gizi Balita Gizi Buruk di Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2012*. Thesis, Universitas Diponegoro.
- Setyawati, VAV. dan Herlambang, BA. 2015. *Model Edukasi Gizi Berbasis E-Booklet Untuk Meningkatkan Pengetahuan Gizi Ibu Balita*. Jurnal Informatika Upgris. Vol1 No1 Juni 2015. Universitas PGRI Semarang.
- Zulaekah, S. 2012. *Pendidikan Gizi Dengan Media Booklate Terhadap Pengetahuan Gizi*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Vol7, No.2 2012.
- Pratiwi, YF. dan Puspitasari, DI. 2017. *Efektifitas Pengguna Media Booklet Terhadap Pengetahuan Gizi Seimbang Pada Ibu Balita Gizi Kurang Di Kelurahan Semanggi Kecamatan Pasar Kliwon Kota Surakarta*. Jurnal Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Vol10. No.1 Juni 2017.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian

Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG**
DINAS KESEHATAN
Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391624, Fax. (0341) 393730
Email : dinkes@malangkab.go.id website : http:// dinkes.malangkab.go.id
KEPANJEN

Kepanjen, 21 November 2018

Nomor : 072/ 462 /35.07.103/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Pembantu Direktur Poltekkes
Kemenkes Malang
Di -

T E M P A T


Menjawab Surat dari Pembantu Direktur Poltekkes Kemenkes Malang, Nomor LB.02.01/1.3/4696/2018, tanggal 21 September 2018 tentang Penelitian , dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan Kegiatan tersebut oleh :

N a m a : Ibnu Fajar, SKM., M.Kes
N I M : -
Judul : *Pengaruh Pemberian Booklet Gizi Seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi Dan Zat Gizi Serta Status Gizi Serta Status Gizi Balita Stunting Di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang*
Tempat Kegiatan : Puskesmas Lawang Kab. Malang
Waktu Kegiatan : 01 September - 30 November 2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :


1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan *inform consent* secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


PI. KEPALA DINAS KESEHATAN
[Signature]
DR. R. A. RATIH MAHARANI, M.M.R.S
Pembina
NIP. 19670928 200003 2 003

Tembusan Yth:
1. Kepala UPT Puskesmas Lawang Kab. Malang
2. Sdr. Ibnu Fajar, SKM., M.Kes

Surat Ijin Penelitian dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

	KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG - Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556748 - Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486613 - Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847 - Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Blitar. Telepon (0342) 801043 - Kampus IV : Jalan KH. Wahid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773085 Website: http://www.poltekkes-malang.ac.id E-mail: direktorat@poltekkes-malang.ac.id	
---	--	---

21 September 2018

Nomor : LB.02.01 / 1.3 / 4636 / 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth. :
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Kab. Malang
di
Malang

Dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu di bidang Riset/Penelitian dan untuk meningkatkan mutu Tenaga Pendidik di Poltekkes Kemenkes Malang, maka setiap dosen diwajibkan untuk melakukan Riset/Penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka kami mohon diberikan izin Penelitian untuk Dosen Poltekkes Kemenkes Malang, sebagai berikut :

Nama : Ibnu Fajar, SKM, M.Kes
NIP : 196610181989031001
Judul Penelitian : Pengaruh pemberian booklet gizi seimbang dan PMT pangan lokal terhadap tingkat konsumsi energi dan zat gizi serta status gizi balita stunting di Kec. Lawang Kab. Malang
Tempat Penelitian : Kec. Malang
Waktu Penelitian : September – November 2018
Keterangan : Proposal Penelitian terlampir


Demikian atas izin yang diberikan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


A.n Direktur,
Pembantu Direktur II
Setyo Harsoyo, S.KM, M.Kes
NIP. 196503151989031003

Tembusan disampaikan kepada Yth.:

1. Dinas Kesehatan Kab. Malang
2. Camat Wilayah Kec. Lawang
3. Kepala Puskesmas Lawang
4. Kepala Desa Sidodadi, Srigading, Sidoluhur
5. Dosen yang bersangkutan.

Surat Ijin Penelitian dari Bakesbangpol Kabupaten Malang

 **PEMERINTAH KABUPATEN MALANG**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
Email: bakesbangpol@malangkab.go.id – Website: <http://www.malangkab.go.id>
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 072/ 211 /35.07.207/2018
Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
No:LB.02.01/1.3/4696/2018 Tanggal: 28 September 2018 Perihal:Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Ijin Penelitian oleh;


Nama / Instansi : Ibnu Fajar, SKM., M.Kes
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112
Thema/Judul/Survey/Research : Pengaruh Pemberian Booklet Gizi Seimbang Dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi Dan Zat Gizi Serta Status Gizi Serta Status Gizi Balita Stunting Di Kecamatan Lawang, Kab. Malang

Daerah/tempat kegiatan : Di Puskesmas Lawang Kec. Lawang Kab. Malang
Lamanya : September - November 2018
Pengikut :
Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 01 Oktober 2018

An. **KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**
KABUPATEN MALANG
Sekretaris


GATOT YUDHA SETIAWAN, AP., MM
Pembina
NIP. 19740526 199311 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr.

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang;
3. Camat Lawang Kab. Malang;
4. Kepala Puskesmas Lawang Kec. Lawang Kab. Malang;
5. Kepala Desa Sidodadi, Srigading, Sidoluhur Kec. Lawang Kab. Malang;
6. Mhs/Ybs;
7. Arsip.

Lampiran 2. Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:


Nama Responden : Zulaikha
Nama Anak : Hafida
Alamat : Jl Sirdangan Rt 4 Rw 02 Sirdadi
No. HP : -

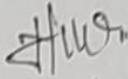
Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ibnu Fajar, dengan judul pengaruh pemberian booklet gizi seimbang dan PMT Pangan Lokal Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Status Gizi Balita Stunting di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

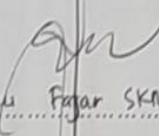
Malang, 17 Oktober 2018

Saksi, Responden,


Firda Amalia


Zulaikha

Peneliti,


Ibnu Fajar SKM M Kes

Lampiran 3. Kuisioer Pegetahuan Ibu Responden

S=7 B = $\frac{23}{30} \times 100 = 76,6$

PRETEST

FORM PENELITIAN
PENGARUH PEMBERIAN BOOKLET
GIZI SEIMBANG DAN PMT PANGAN
LOKAL TERHADAP TINGKAT
KONSUMSI ENERGI DAN ZAT GIZI
SERTA STATUS GIZI BALITA
STUNTING DI KECAMATAN LAWANG
KABUPATEN MALANG

Kode Kecamatan :
 Desa : _____
 RT/RW : /
 No. Responden :

Nama Responden : Wani / Raina
 Tanggal Wawancara : _____
 Nama Pewawancara : _____

1. Apa yang dimaksud dengan stunting?
 - a. Anak yang kelebihan berat badan
 - b. Anak yang mempunyai tinggi badan terlalu pendek berdasarkan umur
 - c. Anak yang sakit-sakitan
 - d. Tidak tahu
2. Apa sajakah faktor yang mempengaruhi stunting?
 - a. Asupan makan, berat badan lahir, pola asuh
 - b. Layanan pendidikan dan jenis mainan anak
 - c. Kualitas dan kuantitas makanan, tempat tinggal
 - d. Tidak tahu
3. Apa yang terjadi jika tinggi badan anak kurang (pendek)?
 - a. Berbahaya karena akan mempengaruhi perkembangan dan kesehatan anak.
 - b. Tidak apa-apa, karena tinggi badan yang kurang itu sudah biasa.
 - c. Tidak apa-apa, karena yang berbahaya itu jika berat badan anak kurang.
 - d. Tidak tahu
4. Berapa pilar yang disampaikan dalam Gizi Seimbang?
 - a. 4
 - b. 5
 - c. 11
 - d. 13

5. Berikut ini yang termasuk dalam pilar gizi seimbang *kecuali*,
 - a. Makan makanan beraneka ragam
 - b. Membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Melakukan aktivitas fisik
 - d. Tidak mempertahankan dan memantau berat badan
6. Contoh dari kegiatan aktivitas fisik yang dapat dilakukan adalah, *kecuali*...
 - a. Berjalan
 - b. Berlari
 - c. Menyapu
 - d. Tidur
7. Makanan seimbang yang harus dikonsumsi setiap hari adalah...
 - a. Nasi, singkong, tempe, ayam
 - b. Nasi, telur, tahu, bayam
 - c. Roti, telur, daging, selada
 - d. Kentang, keju, apel, pepaya
8. Dibawah ini yang termasuk makanan sumber protein hewani adalah...
 - a. Kentang
 - b. Wortel
 - c. Susu
 - d. Pepaya
9. Contoh makanan yang termasuk sumber karbohidrat adalah, *kecuali*...
 - a. Kentang
 - b. Singkong
 - c. Bengkoang
 - d. Jagung

10. Kebutuhan zat gizi di dalam tubuh dapat dicapai dengan cara mengonsumsi...

- a. Makan makanan yang beragam
- b. Makanan yang enak
- c. Makanan yang bersih
- d. Makanan yang aman

11. Berapa banyak konsumsi lauk pauk (protein hewani, misalnya : ikan) untuk anak usia 12-36 bulan yang dianjurkan dalam sehari?

- a. 2 – 3 porsi
- b. 2 – 4 porsi
- c. 3 – 5 porsi
- d. 3 – 8 porsi

12. Berapa banyak konsumsi lauk pauk (protein nabati, misalnya : tempe) untuk anak usia 6-12 bulan yang dianjurkan dalam sehari?

- a. 2 – 3 porsi
- b. 2 – 4 porsi
- c. 3 – 5 porsi
- d. 3 – 8 porsi

13. Berikut ini adalah bentuk makanan anak usia 6-8 bulan adalah

- a. ASI + makanan lembik
- b. ASI + makanan lumat
- c. ASI + Makanan keluarga
- d. Makanan Keluarga

14. Berapa banyak konsumsi karbohidrat (makanan pokok) untuk anak usia 6-36 bulan yang dianjurkan dalam sehari?

- a. 2 – 3 porsi
- b. 3 – 4 porsi
- c. 3 – 5 porsi
- d. 3 – 8 porsi

15. Dibawah ini adalah contoh makanan untuk anak usia 9-11 bulan adalah

- a. Kaki Naga
- b. Tim sayur kukus
- c. Pure kentang
- d. Bolu kukus singkong

16. Makanan keluarga adalah makanan yang tepat untuk diberikan anak usia...

- a. 0-6 bulan
- b. 6-8 bulan
- c. 9-11 bulan
- d. 12-36 bulan

17. PMT untuk anak usia 6-8 bulan diberikan sebanyak...

- a. 1-2 kali sehari
- b. 1-2 kali seminggu
- c. 2-3 kali sehari
- d. 2-3 kali seminggu

18. Makanan utama untuk anak usia 12-36 bulan diberikan sebanyak...

- a. 2-3 kali sehari
- b. 4 kali sehari
- c. 3-4 kali sehari
- d. 1-2 kali sehari

19. Apa makanan yang diberikan anak yang sesuai untuk usia 12 bulan?

- a. Makanan keluarga
- b. Makanan lembik
- c. Makanan lumat
- d. Makanan instan

20. Bahan makanan sumber protein nabati adalah?

- a. Jagung
- b. Kacang
- c. Kentang
- d. Singkong

21. Kapan kita harus mencuci tangan ?

- a. Sebelum makan
- b. Sesudah makan
- c. Sebelum dan sesudah makan
- d. Sebelum melakukan aktifitas

22. Apakah yang dilakukan agar makanan tidak terkontaminasi kuman dari luar ?

- a. Disimpan
- b. Menutup makanan yang disajikan
- c. Dibuang
- d. Membiarkan begitu saja

23. Apakah yang dilakukan agar makanan tidak terkontaminasi langsung?

- a. Menutup mulut dan hidung
- b. Memakai sarung tangan pada saat memasak
- c. Memakai kain
- d. Menyimpan makanan

24. Berapa kali minimal kita harus melakukan aktifitas fisik?

- a. 1 kali dalam seminggu
- b. 2 kali dalam seminggu
- c. 3 kali dalam seminggu
- d. 4 kali dalam seminggu

25. Berapa minimal waktu yang diperlukan untuk setiap kali melakukan aktifitas fisik?

- a. 15 menit
- b. 20 menit
- c. 25 menit
- d. 30 menit

26. Apakah yang seharusnya dilakukan apabila berat badan kurus?

- a. Menambah berat badan
- b. Mengurangi berat badan
- c. Mempertahankan berat badan
- d. Membiarkan badan tetap kurus

27. Berikut ini yang merupakan pola hidup bersih adalah?

- a. Mandi sedikitnya 1 kali sehari
- b. Membuang sampah ditempat yang terbuka
- c. Mencuci buah dan sayur yang akan di makan
- d. Menggosok gigi hanya saat bangun tidur

28. Apakah manfaat melakukan aktifitas fisik?

- a. Menyeimbangkan pengeluaran dan pemasukan zat gizi
- b. Menyeimbangkan pengeluaran zat gizi
- c. Menyeimbangkan pemasukan zat gizi
- d. Tidak Menyeimbangkan pengeluaran dan pemasukan zat gizi

29. Apakah yang seharusnya dilakukan apabila berat badan gemuk?

- a. Menambah berat badan
- b. Mengurangi berat badan
- c. Mempertahankan berat badan
- d. Membiarkan badan tetap kurus

30. Apakah yang seharusnya dilakukan apabila berat badan normal?

- a. Menambah berat badan
- b. Mengurangi berat badan
- c. Mempertahankan berat badan
- d. Membiarkan badan tetap kurus

TERIMAKASIH

Lampiran 4. Form Identitas Responden

**FORM PENELITIAN
MODEL PENANGANAN STUNTING
BERDASARKAN ANALISIS FAKTOR
PADA ANAK BALITA DI KABUPATEN
MALANG**

Kode Kecamatan :
Desa :
RT/RW :

No. Responden :

STATUS RESPONDEN : KASUS / KONTROL* (coret salah satu)
Tanggal Wawancara :
Nama Pewawancara :

IDENTITAS RESPONDEN			
1	Nama Ibu	: _____	
2	Umur Ibu	: _____ tahun	
3	Alamat	: _____	
4	Nomor telepon	: _____	
5	Nama balita	: _____	
6	Jenis kelamin 1 = Laki-laki 2 = Perempuan	: <input type="checkbox"/>	
7	Tanggal lahir balita	: _____ (tanggal - bulan - tahun)	
8	Umur	: _____ tahun _____ bulan	
9	Anak ke	: _____ dari _____ saudara	
10	Berat badan lahir	: _____ kg	
11	Panjang badan lahir	: _____ cm	
PENGUKURAN ANTROPOMETRI			
12	Tinggi/Panjang badan anak	: _____ cm	Berat badan anak : _____ kg
13	Tinggi badan ayah	: _____ cm	Berat badan ayah : _____ kg
14	Tinggi badan ibu	: _____ cm	Berat badan ibu : _____ kg

STATUS SOSIAL EKONOMI		
15	Pendidikan Terakhir Ayah	1 = Tidak sekolah 2 = Tamat SD/ sederajat 3 = Tamat SMP/ sederajat 4 = Tamat SMA/ sederajat 5 = Tamat Perguruan Tinggi
	Pendidikan Terakhir Ibu	1 = Tidak sekolah 2 = Tamat SD/ sederajat 3 = Tamat SMP/ sederajat 4 = Tamat SMA/ sederajat 5 = Tamat Perguruan Tinggi
16	Pekerjaan Ayah	1 = Tidak Bekerja 2 = Pegawai Negeri 3 = Pegawai Swasta 4 = Wiraswasta 5 = Lain-Lain, Sebutkan:.....
	Pekerjaan Ibu	1 = Tidak Bekerja 2 = Pegawai Negeri 3 = Pegawai Swasta 4 = Wiraswasta 5 = Lain-Lain, Sebutkan:.....
17	Jumlah Anggota Keluarga	: _____ orang
18	Pendapatan ayah	Rp _____,00
	Pendapatan Ibu	Rp _____,00
	Pendapatan Anggota Keluarga Lain	Rp _____,00
	Pendapatan sampingan	Rp _____,00
	TOTAL PENDAPATAN	Rp _____,00

Lampiran 5. Hasil Pengolahan Data Responden

Tabel Tingkat Konsumsi Energi Kelompok Perlakuan Sebelum dan Setelah Perlakuan

Responden	Sebelum				Sesudah			
	Energi	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Energi	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
P1	343.2	563.9	61%	Sangat Kurang	448	564	79%	Kurang
P2	741.9	692.3	107%	Sesuai	637	692	92%	Kurang
P3	445.8	778.8	57%	Sangat Kurang	429	779	55%	Sangat kurang
P4	603.1	865.4	70%	Kurang	879	865	102%	Sesuai
P5	2185.5	951.9	230%	Lebih	1241	952	130%	Lebih
P6	716.4	1038.5	69%	Sangat Kurang	1447	1038	139%	Lebih
P7	839.6	865.4	97%	Kurang	976	865	113%	Sesuai
P8	873.1	951.9	92%	Kurang	840	952	88%	Kurang
P9	1050.3	1038.5	101%	Sesuai	1054	1038	102%	Sesuai
P10	594	726.9	82%	Kurang	723	727	99%	Kurang
P11	471.1	778.8	60%	Sangat Kurang	624	779	80%	Kurang
P12	593.3	951.9	62%	Sangat Kurang	249	952	26%	Sangat kurang
P13	1015.2	865.4	117%	Sesuai	1215	865	140%	Lebih
P14	561.7	926.0	61%	Sangat Kurang	528	926	57%	Sangat kurang
P15	476.2	709.6	67%	Sangat Kurang	463	710	65%	Sangat kurang
P16	817.5	865.4	94%	Kurang	1136	865	131%	Lebih
P17	873.1	951.9	92%	Kurang	707	952	74%	kurang

Tabel Tingkat Konsumsi Protein Kelompok Perlakuan Sebelum dan Setelah Perlakuan

Responden	Sebelum				Setelah			
	Protein	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Protein	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
P1	6.9	14	49%	Sangat Kurang	12.19	14	87%	Kurang
P2	24.9	16	156%	Lebih	22.60	16	141%	Lebih
P3	20.3	18	113%	Sesuai	15.66	18	87%	Kurang
P4	18.71	20	94%	Kurang	30.23	20	151%	Lebih
P5	80.2	22	365%	Lebih	53.79	22	244%	Lebih
P6	18.9	24	79%	Kurang	45.33	24	189%	Lebih
P7	36	20	180%	Lebih	36.01	20	180%	Lebih
P8	18.5	22.0	84%	Kurang	28.00	22	127%	Sesuai
P9	46.4	24.0	193%	Lebih	39.20	24	163%	Lebih
P10	18.8	16.8	112%	Sesuai	25.00	17	149%	Lebih
P11	20.9	18	116%	Sesuai	20.41	18	113%	Sesuai
P12	23.4	22	106%	Sesuai	7.63	22	35%	Sangat Kurang
P13	25.3	20	127%	Sesuai	36.64	20	183%	Lebih
P14	34.7	21.4	162%	Lebih	17.81	21	83%	Kurang
P15	11.7	16.4	71%	Kurang	13.64	16	83%	Kurang
P16	31.4	20	157%	Lebih	39.17	20	196%	Lebih
P17	18.5	21	88%	Kurang	27.08	22	123%	Sesuai

Tabel Tingkat Konsumsi Zat Gizi (Zinc) Kelompok Perlakuan Sebelum dan Setelah Perlakuan

Responden	Sebelum				Sesudah			
	Zinc	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Zink	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
P1	1	2.3	43%	Sangat Kurang	3.4	2.3	146%	Lebih
P2	3.5	2.5	142%	Lebih	2.6	2.5	106%	Sesuai
P3	3.87	2.8	140%	Lebih	3.4	2.8	122%	Sesuai
P4	4.91	3.1	160%	Lebih	4.2	3.1	136%	Lebih
P5	9.12	3.4	269%	Lebih	6.2	3.4	184%	Lebih
P6	2.47	3.7	67%	Sangat Kurang	5.8	3.7	157%	Lebih
P7	5.33	3.1	173%	Lebih	4.5	3.1	147%	Lebih
P8	2.2	3.4	65%	Sangat Kurang	2.9	3.4	86%	Kurang
P9	7.6	3.7	206%	Lebih	7.5	3.7	204%	Lebih
P10	2.1	2.6	81%	Kurang	2.1	2.6	81%	Kurang
P11	3.6	2.8	130%	Sesuai	2.3	2.8	83%	Kurang
P12	2.9	3.4	86%	Kurang	1.0	3.4	30%	Sangat Kurang
P13	2.6	3.1	85%	Kurang	4.3	3.1	138%	Lebih
P14	4.4	3.3	134%	Lebih	2.4	3.3	72%	Kurang
P15	1.8	2.5	71%	Kurang	1.5	2.5	61%	Sangat Kurang
P16	2.6	3.1	85%	Kurang	4.2	3.1	136%	Lebih
P17	2.2	3.4	65%	Kurang	2.9	3.4	86%	Kurang

Tabel Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan Sebelum dan Setelah Perlakuan

Responden	Score Sebelum Perlakuan	Score Setelah Perlakuan
P1	83.3	100
P2	83.3	100
P3	80	80
P4	76.6	56.6
P5	86.6	90
P6	83.3	90.3
P7	76.6	76.6
P8	90	93
P9	73	100
P10	60	93
P11	63.3	80
P12	73.3	73.3
P13	83.3	96.6
P14	56.6	100
P15	73.3	90
P16	83.3	93.3
P17	83.3	100

Tabel Tingkat Konsumsi Energi Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Pemberian Booklet

Responden	Sebelum				Sesudah			
	Energi	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Energi	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
K1	852.6	770.2	111%	Sesuai	858.8	770.2	112%	Sesuai
K2	796.5	865.4	92%	Kurang	712.4	865.4	82%	Kurang
K3	511.4	778.8	66%	Sangat Kurang	712.4	778.8	91%	Kurang
K4	827.1	865.4	96%	Kurang	902.1	865.4	104%	Sesuai
K5	558.8	519.2	108%	Sesuai	1349	519.2	260%	Lebih
K6	678.3	917.3	74%	Kurang	789.4	917.3	86%	Kurang
K7	1020.9	778.8	131%	Lebih	1087.9	778.8	140%	Lebih
K8	578.8	692.3	84%	Kurang	770.6	692.3	111%	Sesuai
K9	830.5	951.9	87%	Kurang	756.4	951.9	79%	Kurang
K10	827.5	692.3	120%	Sesuai	706.8	692.3	102%	Sesuai
K11	487.2	778.8	63%	Sangat Kurang	252.1	778.8	32%	Sangat Kurang
K12	587.3	865.4	68%	Sangat Kurang	417.3	865.4	48%	Sangat Kurang
K13	1003.7	778.8	129%	Sesuai	637.4	778.8	82%	Kurang
K14	431.7	822.1	53%	Sangat Kurang	544	822.1	66%	Sangat Kurang
K15	110.4	692.3	16%	Sangat Kurang	334.3	692.3	48%	Sangat Kurang
K16	256.7	709.6	36%	Sangat Kurang	367.5	709.6	52%	Sangat Kurang
K17	227.5	752.9	30%		428.5	752.9	57%	Sangat Kurang

Tabel Tingkat Konsumsi Protein Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Pemberian Booklet

Responden	Sebelum				Sesudah			
	Protein	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Protein	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
K1	38.2	17.8	215%	Lebih	27.1	17.8	152%	Lebih
K2	19.6	20	98%	Kurang	24.4	20	122%	Lebih
K3	16.3	18	91%	Kurang	24.4	18	136%	Lebih
K4	40.7	20	204%	Lebih	19.4	20	97%	Kurang
K5	19.2	12	160%	Lebih	42.8	12	357%	Lebih
K6	24.3	21.2	115%	Sesuai	26.1	21.2	123%	Lebih
K7	30.9	18	172%	Lebih	28.7	18	159%	Lebih
K8	20.7	16	129%	Sesuai	22	16	138%	Lebih
K9	26.9	22	122%	Sesuai	24.8	22	113%	Sesuai
K10	25.3	16	158%	Lebih	16.4	16	103%	Sesuai
K11	15	18	83%	Kurang	5.9	18	33%	Sangat kurang
K12	22.5	20	113%	Sesuai	23	20	115%	Sesuai
K13	38.7	18	215%	Lebih	24.3	18	135%	Lebih
K14	11.2	19	59%	Sangat Kurang	29.8	19	157%	Lebih
K15	3.6	16	23%	Sangat kurang	13.6	16	85%	Kurang
K16	10.2	16.4	62%	Sangat Kurang	11.3	16.4	69%	Sangat kurang
K17	9.5	17.4	55%	Sangat kurang	12.7	17.4	73%	Kurang

Tabel Tingkat Konsumsi Zat Gizi (Zinc) Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Perlakuan

Responden	Sebelum				Sesudah			
	Zinc	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori	Zinc	Kebutuhan AKG Individu	Pecapaian (%)	Kategori
K1	3.1	2.7	113%	Sesuai	4.2	2.7	153%	Lebih
K2	2.27	3.1	74%	Kurang	3.34	3.1	109%	Sesuai
K3	2.32	2.8	84%	Kurang	3.34	2.8	121%	Sesuai
K4	2.64	3.1	86%	Kurang	4.79	3.1	156%	Lebih
K5	3.11	1.8	168%	Lebih	6.58	1.8	356%	Lebih
K6	2.1	3.3	64%	Sangat kurang	4.2	3.3	129%	Sesuai
K7	3.5	2.8	126%	Sesuai	3.7	2.8	134%	Lebih
K8	2.8	2.5	114%	Sesuai	2.6	2.5	106%	Sesuai
K9	4.1	3.4	121%	Sesuai	4.3	3.4	127%	Sesuai
K10	1.7	2.5	69%	Sangat kurang	2.2	2.5	89%	Kurang
K11	2.5	2.8	90%	Kurang	1.1	2.8	40%	Sangat kurang
K12	3.3	3.1	107%	Sesuai	1.3	3.1	42%	Sangat kurang
K13	4.6	2.8	166%	Lebih	2.8	2.8	101%	sesuai
K14	1.6	2.9	55%	Sangat kurang	2.4	2.9	82%	Kurang
K15	0.6	2.5	24%	Sangat kurang	1.4	2.5	57%	Sangat kurang
K16	0.9	2.5	36%	Sangat kurang	1.5	2.5	59%	Sangat kurang
K17	1.1	2.7	41%	Sangat kurang	1.7	2.7	64%	Sangat kurang

Tabel Tingkat Pengetahuan Ibu Kelompok Kontrol Sebelum Dan Setelah Pemberian Booklet

No	Nama Responden	Score Pre-test	Score Post-test
1	K1	66.6	93.3
2	K2	43.0	76.6
3	K3	43.0	76.6
4	K4	53.3	70.0
5	K5	73.3	93.3
6	K6	80.0	80.0
7	K7	57.0	97.0
8	K8	76.0	93.0
9	K9	70.0	90.0
10	K10	73.0	93.0
11	K11	73.3	90.0
12	K12	36.6	40.0
13	K13	80.0	90.0
14	K14	56.6	50.0
15	K15	66.6	83.3
16	K16	70.0	93.3
17	K17	70.0	93.3

Tabel Berat Badan Responden Kelompok Perlakuan Sebelum dan Setelah Pemberian Perlakuan

No	Nama Respoden	Berat Badan Sebelum Perlakuan (Kg)	Berat Badan Setelah Perlakuan (Kg)
1	P1	7.0	7.5
2	P2	8.0	8.0
3	P3	9.0	9.0
4	P4	10.0	10.0
5	P5	11.0	11.0
6	P6	12.0	12.0
7	P7	10.0	10.0
8	P8	11.0	12.0
9	P9	12.0	13.0
10	P10	8.40	9.0
11	P11	9.0	9.0
12	P12	11.0	11.0
13	P13	10.0	10.0
14	P14	10.7	10.7
15	P15	8.20	8.50
16	P16	10.0	11.0
17	P17	11.0	11.0

Tabel Tinggi Badan Responden Perlakuan Sebelum dan Setelah Pemberian Perlakuan

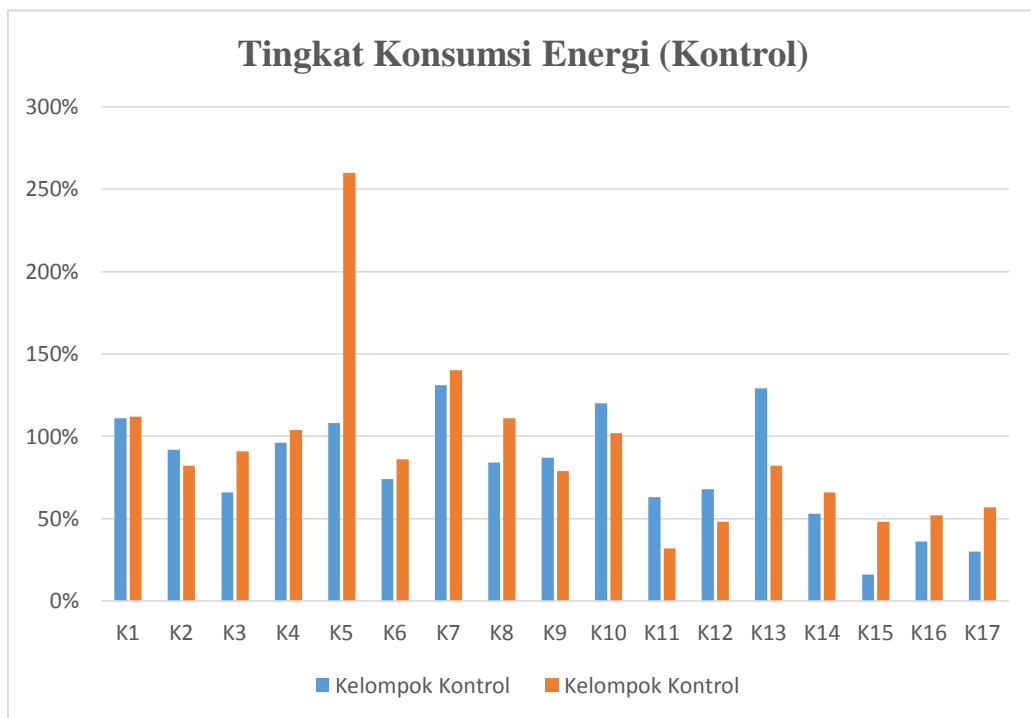
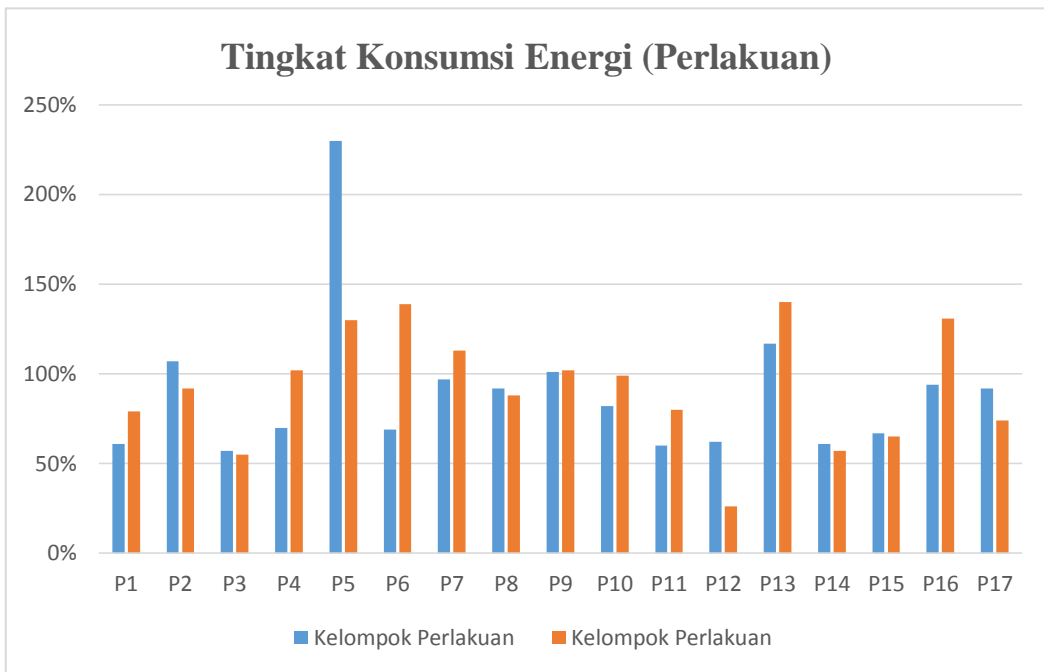
No	Nama Respoden	Tinggi Badan Sebelum Perlakuan (cm)	Tinggi Badan Setelah Perlakuan (cm)
1	P1	71.0	71.0
2	P2	80.0	80.0
3	P3	87.0	87.0
4	P4	83.0	83.0
5	P5	85.0	85.0
6	P6	79.0	79.0
7	P7	78.0.	78.0
8	P8	86.0	86.5
9	P9	82.0	82.0
10	P10	77.0	77.0
11	P11	77.0	77.0
12	P12	80.0	80.0
13	P13	77.0	77.0
14	P14	84.0	84.0
15	P15	77.0	77.0
16	P16	79.0	79.0
17	P17	85.0	85.0

Tabel Berat Badan Responden Kontrol Sebelum dan Setelah Pemberian Booklet Terhadap Ibu Responden

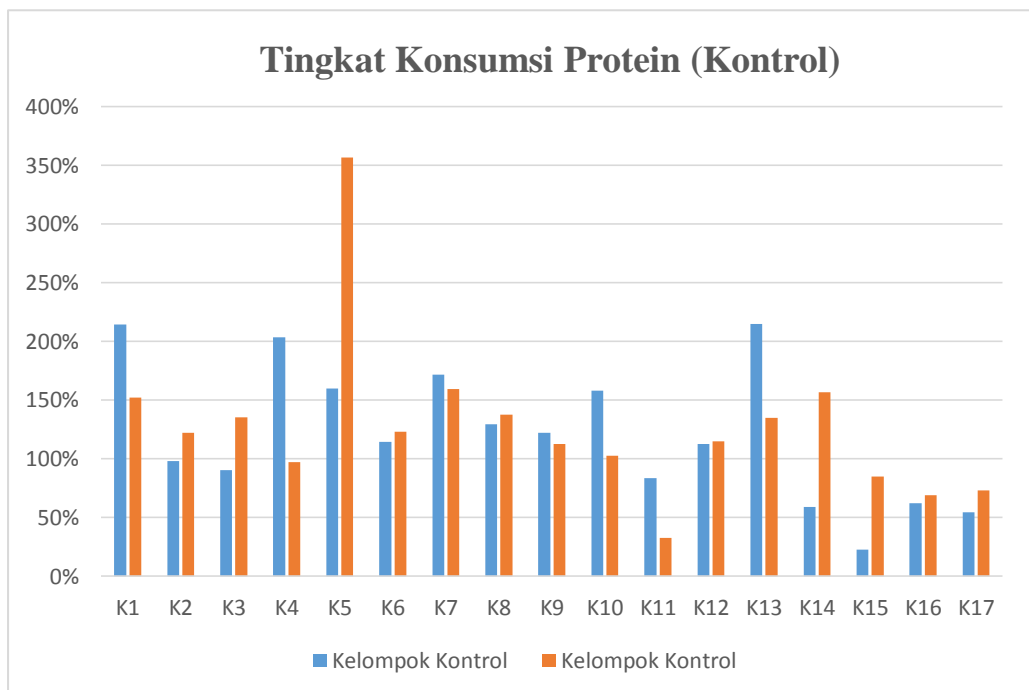
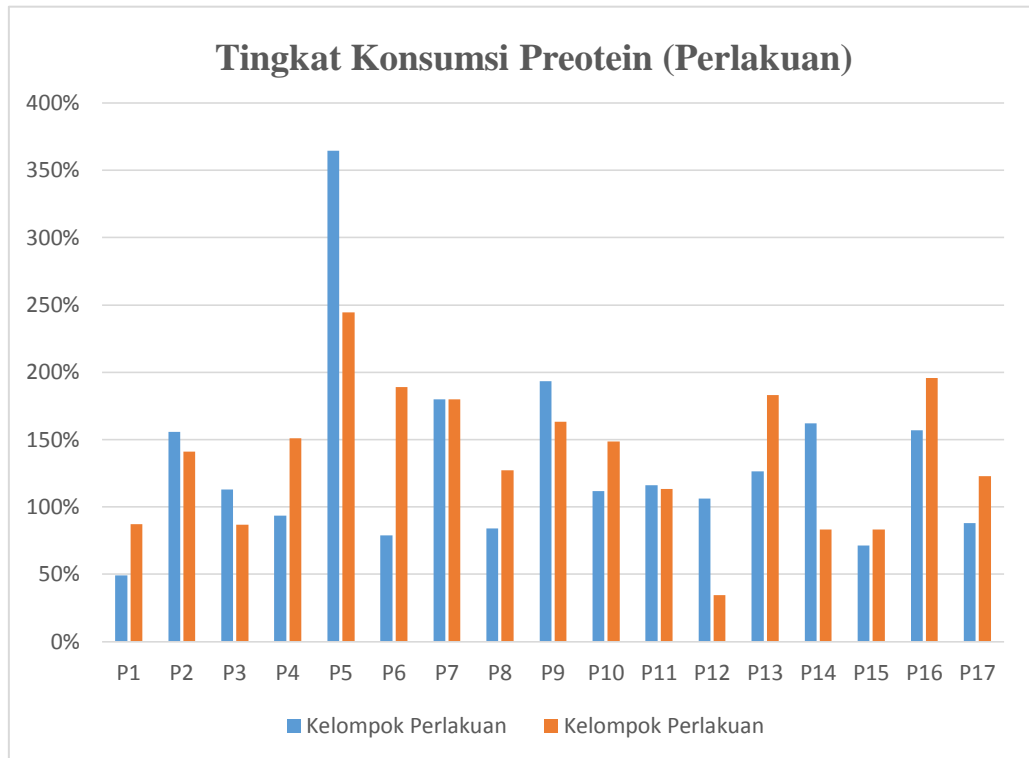
No	Nama Responden	Berat Badan Sebelum Perlakuan (kg)	Berat Badan Setelah Perlakuan (kg)
1	K1	8.9	11.0
2	K2	10.0	9.5
3	K3	9.0	8.5
4	K4	10.0	10.5
5	K5	6.0	6.0
6	K6	10.6	10.6
7	K7	9.0	9.0
8	K8	8.0	8.0
9	K9	11.0	11.0
10	K10	8.0	8.0
11	K11	9.0	9.0
12	K12	10.0	10.0
13	K13	9.0	9.0
14	K14	9.5	9.5
15	K15	8.0	8.0
16	K16	8.2	8.2
17	K17	8.7	8.7

Lampiran 6. Grafik Hasil Data Pengolahan Responden

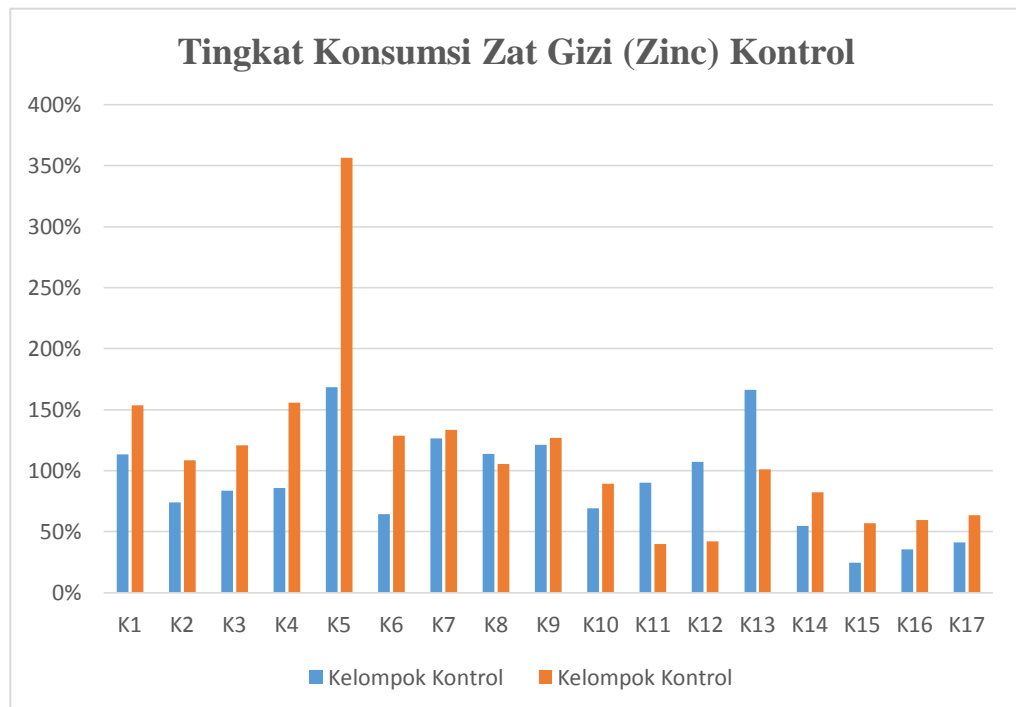
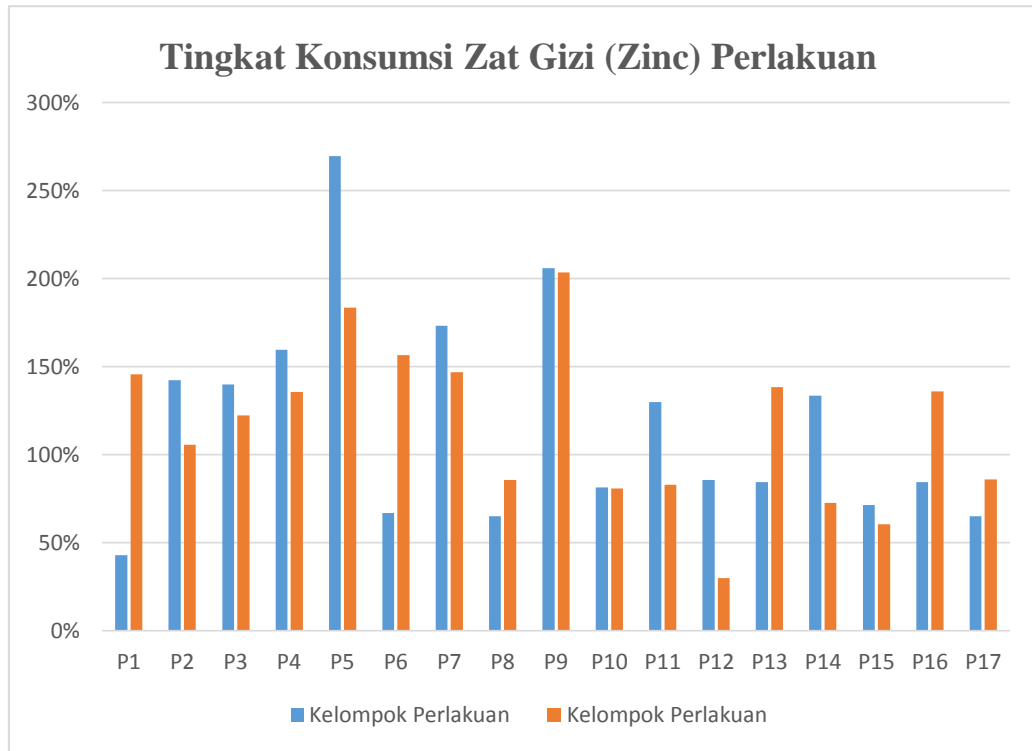
1. Tingkat Konsumsi Energi



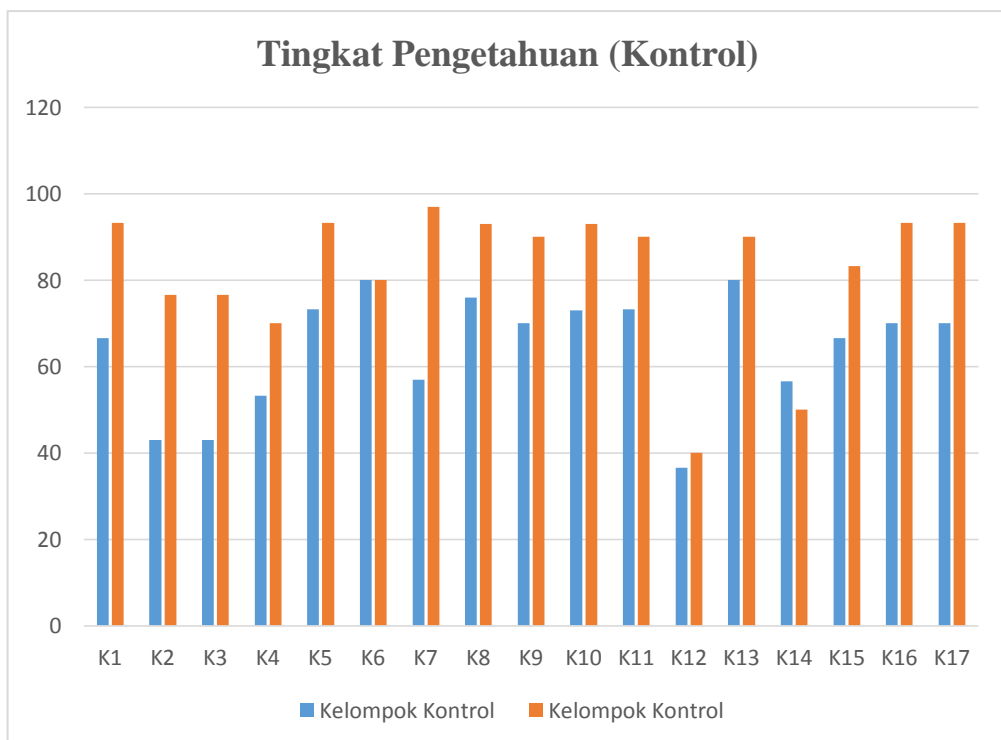
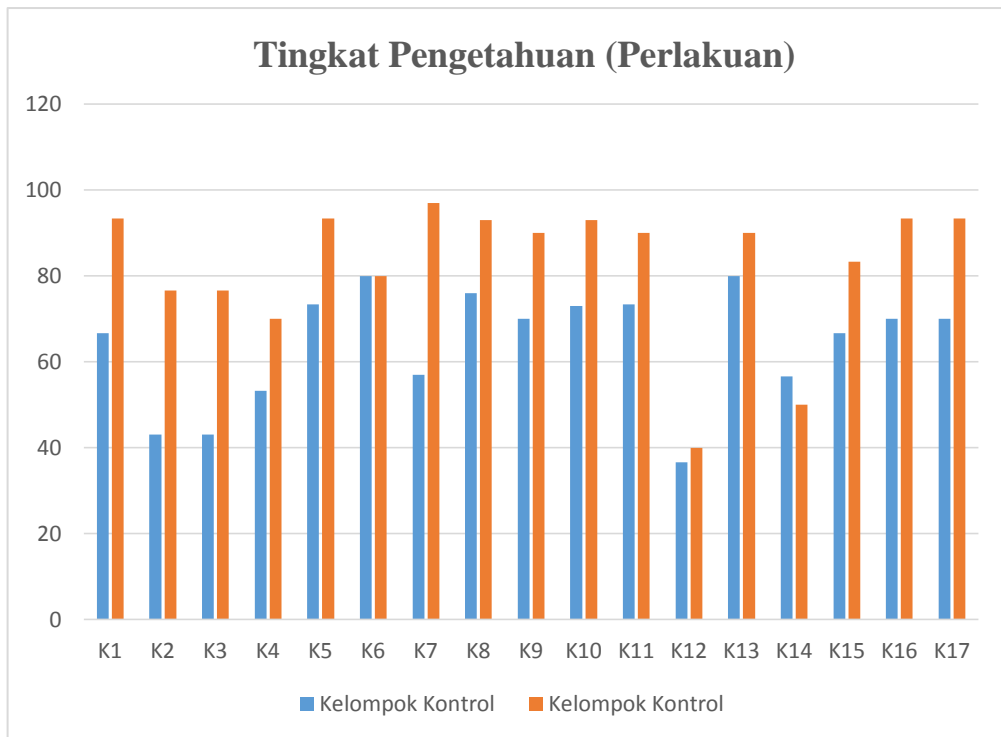
2. Tingkat Konsumsi Protein



3. Tingkat Konsumsi Zat Gizi (Zinc)



4. Tingkat Pengetahuan Ibu



Lampiran 7. Hasil Pengolahan Uji Statistik

1. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Energi Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 EnergiPre	622.7588	17	267.37872	64.84887
EnergiPost	683.9353	17	282.47200	68.50952

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 EnergiPre & EnergiPost	17	.579	.015

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	EnergiPre - EnergiPost	-61.17647	252.65791	61.27855	-191.08118

Paired Samples Test

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	EnergiPre - EnergiPost	68.72824	-.998	16	.333

2. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Energi Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	EnergiPre	1700.9882	17	2678.26832	649.57548
	EnergiPost	799.7647	17	337.85769	81.94253

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	EnergiPre & EnergiPost	17	.066	.802

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	EnergiPre - EnergiPost	901.22353	2677.32482	649.34665	-475.32987

Paired Samples Test

		Paired Differences	T	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	EnergiPre – EnergiPost	2277.77693	1.388	16	.184

3. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Protein Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ProteinPre	70.9476	17	115.10734	27.91763
	ProteinPost	27.6700	17	12.70192	3.08067

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ProteinPre & ProteinPost	17	.300	.242

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	ProteinPre - ProteinPost	43.27765	111.95743	27.15367	-14.28555

Paired Samples Test

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	ProteinPre – ProteinPost	100.84085	1.594	16	.131

4. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Protein Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ProteinPre	21.9294	17	10.77629	2.61363
	ProteinPost	22.1588	17	8.57059	2.07867

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ProteinPre & ProteinPost	17	.328	.198

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	ProteinPre - ProteinPost	-.22941	11.35461	2.75390	-6.06741

Paired Samples Test

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	ProteinPre – ProteinPost	5.60859	-.083	16	.935

5. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Zinc Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ZincPre	3.6588	17	2.11808	.51371
	ZincPost	3.6000	17	1.72192	.41763

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ZincPre & ZincPost	17	.650	.005

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	ZincPre - ZincPost	.05882	1.64640	.39931	-.78768	.90533

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	ZincPre - ZincPost	.147	16	.885

6. Hasil SPSS Uji Paired Tingkat Konsumsi Zinc Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ZincPre	2.4847	17	1.09753	.26619
	ZincPost	3.0265	17	1.48954	.36127

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ZincPre & ZincPost	17	.453	.068

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	ZincPre - ZincPost	-.54176	1.39304	.33786	-1.25800	.17447

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	ZincPre - ZincPost	-1.604	16	.128

7. Hasil Uji Paired T-Test Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pengetseb	77.0059	17	9.50279	2.30477
pengetset	88.9824	17	12.06479	2.92614

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pengetseb & pengetset	17	.101	.700

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pengetseb - pengetset	-11.97647	14.58606	3.53764

Paired Samples Test

	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference				
	Lower	Upper			
Pair 1 pengetseb - pengetset	-19.47593	-4.47701	-3.385	16	.004

8. Hasil Uji Paired T-Test Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pengetahuansebk	64.0176	17	13.42224	3.25537
pengetahuansetk	82.5118	17	16.12707	3.91139

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pengetahuansebk & pengetahuansetk	17	.682	.003

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pengetahuansebk - pengetahuansetk	-18.49412	12.04894	2.92230

Paired Samples Test

	Paired Differences	t	df		
				95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
Pair 1 pengetahuanseb - pengetahuansetk	-24.68911	-12.29913	-6.329	16	

Paired Samples Test

	Sig. (2-tailed)
Pair 1 pengetahuanseb - pengetahuansetk	.000

9. Hasil Uji Paired Berat Badan Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 bbseb	19.9059	17	28.45436	6.90120
bbset	10.0118	17	1.46879	.35623

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 bbseb & bbset	17	-.021	.935

Paired Samples Test

	Paired Differences	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
					Pair 1 bbseb - bbset	9.89412

Paired Samples Test

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 bbseb - bbset	1.430	16	.172

10. Hasil Uji Paired Berat Badan Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 bbsebelumkontrol	17.9412	17	25.09452	6.08632
bbsetelahkontrol	16.3118	17	20.12119	4.88011

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 bbsebelumkontrol & bbsetelahkontrol	17	.360	.156

Paired Samples Test

	Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 bbsebelumkontrol – bbsetelahkontrol		1.62941	25.90357	6.28254

Paired Samples Test

	Paired Differences		t	df
	95% Confidence Interval of the Difference			
	Lower	Upper		
Pair 1 bbsebelumkontrol – bbsetelahkontrol	-11.68897	14.94780	.259	16

Paired Samples Test

	Sig. (2-tailed)
Pair 1 bbsebelumkontrol – bbsetelahkontrol	.799

11. Hasil Uji Paired Tinggi Badan Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 TBseb	80.4118	17	4.21395	1.02203
TBset	126.4706	17	190.35694	46.16834

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 TBseb & TBset	17	.361	.154

Paired Samples Test

	Paired Differences				
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
Pair 1 TBseb - TBset	-46.05882	188.87611	45.80918	-143.16996	51.05231

Paired Samples Test

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 TBseb - TBset	-1.005	16	.330

12. Hasil Uji Paired Tinggi Badan Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	TBsebelumkontrol	75.1294	17	6.86411	1.66479
	TBsetelahkontrol	110.1118	17	180.52197	43.78301

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	TBsebelumkontrol & TBsetelahkontrol	17	.263	.307

Paired Samples Test

		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	TBsebelumkontrol - TBsetelahkontrol	-34.98235	178.83783	43.37454

Paired Samples Test

		Paired Differences		t	df
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Lower	Upper		
Pair 1	TBsebelumkontrol - TBsetelahkontrol	-126.93228	56.96757	-.807	16

Paired Samples Test

		Sig. (2-tailed)
Pair 1	TBsebelumkontrol - TBsetelahkontrol	.432

13. Hasil Uji Independent Konsumsi Energi

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
EnergiPre	Equal variances assumed	.209	153.77059	119.95492
	Equal variances not assumed	.211	153.77059	119.95492
EnergiPost	Equal variances assumed	.263	122.71176	107.65110
	Equal variances not assumed	.263	122.71176	107.65110

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
EnergiPre	Equal variances assumed	-90.56959	398.11077
	Equal variances not assumed	-92.23458	399.77576
EnergiPost	Equal variances assumed	-96.56636	341.98989
	Equal variances not assumed	-96.87717	342.30070

14. Hasil Uji Independent Konsumsi Protein

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ProteinPre	Perlakuan	17	26.7947	16.68095	4.04573
	Kontrol	17	21.9294	10.77629	2.61363
ProteinPost	Perlakuan	17	27.6700	12.70192	3.08067
	Kontrol	17	22.1588	8.57059	2.07867

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
ProteinPre	Equal variances assumed	.649	.426	1.010	32
	Equal variances not assumed			1.010	27.374
ProteinPost	Equal variances assumed	3.206	.083	1.483	32
	Equal variances not assumed			1.483	28.068

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
ProteinPre	Equal variances assumed	.320	4.86529	4.81653
	Equal variances not assumed	.321	4.86529	4.81653
ProteinPost	Equal variances assumed	.148	5.51118	3.71637
	Equal variances not assumed	.149	5.51118	3.71637

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
ProteinPre	Equal variances assumed	-4.94566	14.67625
	Equal variances not assumed	-5.01110	14.74169
ProteinPost	Equal variances assumed	-2.05882	13.08118
	Equal variances not assumed	-2.10064	13.12299

15. Hasil Uji Independent Tingkat Pengetahuan

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PengetahuanPre	Perlakuan	17	77.0059	9.50279	2.30477
	Kontrol	17	64.0176	13.42224	3.25537
PengetahuanPost	Perlakuan	17	88.9824	12.06479	2.92614
	Kontrol	17	82.5118	16.12707	3.91139

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
PengetahuanPre	Equal variances assumed	2.880	.099	3.256	32
	Equal variances not assumed			3.256	28.819
PengetahuanPost	Equal variances assumed	.796	.379	1.325	32
	Equal variances not assumed			1.325	29.638

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
PengetahuanPre	Equal variances assumed	.003	12.98824	3.98866
	Equal variances not assumed	.003	12.98824	3.98866
PengetahuanPost	Equal variances assumed	.195	6.47059	4.88480
	Equal variances not assumed	.195	6.47059	4.88480

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
PengetahuanPre	Equal variances assumed	4.86361	21.11287
	Equal variances not assumed	4.82829	21.14818
PengetahuanPost	Equal variances assumed	-3.47942	16.42060
	Equal variances not assumed	-3.51062	16.45180

16. Hasil Uji Independent Konsumsi Zinc

Group Statistics

Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
ZincPre	Perlakuan	17	3.6588	2.11808	.51371
	Kontrol	17	2.4847	1.09753	.26619
ZincPost	Perlakuan	17	3.5353	1.75034	.42452
	Kontrol	17	3.0265	1.48954	.36127

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
ZincPre	Equal variances assumed	3.642	.065	2.029	32
	Equal variances not assumed			2.029	24.014
ZincPost	Equal variances assumed	.422	.521	.913	32
	Equal variances not assumed			.913	31.202

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
ZincPre	Equal variances assumed	.051	1.17412	.57858	-.00441
	Equal variances not assumed	.054	1.17412	.57858	-.01998
ZincPost	Equal variances assumed	.368	.50882	.55743	-.62663
	Equal variances not assumed	.368	.50882	.55743	-.62777

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Upper	
ZincPre	Equal variances assumed	2.35265	
	Equal variances not assumed	2.36821	
ZincPost	Equal variances assumed	1.64427	
	Equal variances not assumed	1.64542	

17. Hasil Uji Independent Berat Badan

Group Statistics

Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BBpre	Perlakuan	9.9000	1.43875	.34895
	Kontrol	8.9941	1.18716	.28793
BBpost	Perlakuan	10.0118	1.46879	.35623
	Kontrol	9.0882	1.30282	.31598

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
BBpre	Equal variances assumed	1.250	.272	2.002	32
	Equal variances not assumed			2.002	30.886
BBpost	Equal variances assumed	.479	.494	1.939	32
	Equal variances not assumed			1.939	31.551

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
BBpre	Equal variances assumed	.054	.90588	.45240	-.01563
	Equal variances not assumed	.054	.90588	.45240	-.01693
BBpost	Equal variances assumed	.061	.92353	.47618	-.04642
	Equal variances not assumed	.061	.92353	.47618	-.04696

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means
		95% Confidence Interval of the Difference
		Upper
BBpre	Equal variances assumed	1.82739
	Equal variances not assumed	1.82870
BBpost	Equal variances assumed	1.89348
	Equal variances not assumed	1.89402

18. Hasil Uji Independent Tinggi Badan

Group Statistics

Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TBpre Perlakuan	17	80.4118	4.21395	1.02203
TBpre Kontrol	17	75.1294	6.86411	1.66479
TBpost Perlakuan	17	80.5000	4.28661	1.03965
TBpost Kontrol	17	75.1294	6.86411	1.66479

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
	F	Sig.	t	df
TBpre Equal variances assumed	1.952	.172	2.704	32
TBpre Equal variances not assumed			2.704	26.560
TBpost Equal variances assumed	1.729	.198	2.736	32
TBpost Equal variances not assumed			2.736	26.832

Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means			
	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
TBpre Equal variances assumed	.011	5.28235	1.95348	1.30325
TBpre Equal variances not assumed	.012	5.28235	1.95348	1.27104
TBpost Equal variances assumed	.010	5.37059	1.96276	1.37259

Equal variances not assumed	.011	5.37059	1.96276	1.34217
-----------------------------	------	---------	---------	---------

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means
		95% Confidence Interval of the Difference
		Upper
TBpre	Equal variances assumed	9.26146
	Equal variances not assumed	9.29367
TBpost	Equal variances assumed	9.36859
	Equal variances not assumed	9.39901

Lampiran 8. Dokumentasi



Konseling Gizi Seimbang terhadap Responden



Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan Balita



Pemberian Bingkisan



Kunjungan Kerumah Responden Di Daerah Dataran Tinggi