

KARYA TULIS ILMIAH
IDENTIFIKASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH PELAKSANAAN
KADARZI
PADA KELUARGA BALITA DI KELURAHAN ABEPANTAI



**Karya Tulis Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Gizi**

Oleh

MIR'ATUL HAQ
PO. 71. 32. 2. 09. 31

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI
TAHUN 2012

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI DENGAN JUDUL “IDENTIFIKASI FAKTOR
PENYEBAB MASALAH PELAKSANAAN KADARZI PADA KELUARGA
BALITA DI KELURAHAN ABEPANTAI”**

Oleh

MIR'ATUL HAQ
PO. 71. 32. 2. 09. 31

Telah Mendapat Persetujuan Untuk Ujian KTI
Jayapura, 2 September 2012

Pembimbing I



I Rai Ngardita, SKM, M. Kes
NIP. 19660315 198903 1 002

Pembimbing II



Berliana Tampubolon, SKM, M. Kes
NIP. 19560229 197804 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Gizi



I Rai Ngardita, SKM, M. Kes
NIP. 19660315 198903 1 002

LEMBAR PENGESAHAN

IDENTIFIKASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH PELAKSANAAN KADARZI PADA KELUARGA BALITA DI KELURAHAN ABEPANTAI

Oleh :

MIR'ATUL HAQ
PO. 71. 32. 2. 09. 31

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Depan Tim Penguji

Pada.....

Susunan Tim Penguji :

1. I Rai Ngardita, SKM, M. Kes (Pembimbing I)
2. Berliana Tampubolon, SKM, M. Kes (Pembimbing II)
3. Gutit Enny Susanti, SKM, M. Kes (Penguji I)
4. Jumirah, SKM., MPH (Penguji II)

Telah Diterima

Pada Tanggal . . . September 2012

Ketua Jurusan Gizi



I Rai Ngardita, SKM., M.Kes
NIP. 19660315 198903 1 002

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam KTI ini tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh kesamaan disuatu perguruan dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis dalam masalah disebutkan dalam daftar pustaka.

Jayapura, 2 September 2012

Mir'atul Haq

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

NAMA : **MIR'ATUL HAQ**
TEMPAT/TANGGAL LAHIR : **ABEPURA, 23 JANUARI 1992**
AGAMA : **ISLAM**
ALAMAT : **JLN. PERUM GRIYA LESTARI,
PERUMNAS III WAENA**

Pendidikan

- | | |
|------------------------------------|------------|
| 1. TK DARUSSALAM SERUI | TAHUN 1997 |
| 2. SD NEGERI INPRES SERUI | TAHUN 2003 |
| 3. SMP NEGERI 2 SERUI | TAHUN 2006 |
| 4. SMA NEGERI 1 SERUI | TAHUN 2009 |
| 5. POLITEKES JURUSAN GIZI JAYAPURA | TAHUN 2012 |

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan Rahmat dan Hidayat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"IDENTIFIKASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH PELAKSANAAN KADARZI PADA KELUARGA BALITA DI KELURAHAN ABEPANTAI "**, sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III di Politeknik Kesehatan Jayapura.

Berbagai hambatan Penulis hadapi selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun berkat bimbingan, arahan dan bantuan moril maupun material yang tulus dari berbagai pihak, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Demikian pula ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus penulis sampaikan kepada yang terhormat :

1. Isak J. H. Tukayo, SKp M. Sc, Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. I Rai Ngardita, SKM. M. Kes, Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Jayapura serta Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam menyusun materi dan isi penulisan, sehingga dapat terbentuk suatu Karya Tulis Ilmiah.
3. Berliana Tampubolon, SKM. M. Kes, pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam menyusun materi dan isi penulisan, sehingga dapat terbentuk suatu Karya Tulis Ilmiah.

4. Gutit Eni Susanti, SKM., M.Kes dan Jumirah., MPH, penguji yang telah memberikan saran dalam proses perbaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Mama yang selalu mencurahkan kasih sayang, cinta, inspirasi hidup, mendoakan dan memberikan bantuan dan dukungan penuh untuk segalanya.
6. Abubakar Bunga dan Nur Asiah, kedua Om dan Tante yang telah memberi saran, bantuan dan dukungan.
7. Rekan - rekan Anak Manjama Girl's (Rima Ramadhayani, Winda Lestari Sembiring, Ria Fitria Madu, Fitri Hayati Pangaribuan, Fransiska Baung, Melisa Cenderawasih Santoso dan Septi Batubara) yang telah memberikan masukan berupa sumbangan pemikiran.

Akhirnya dengan penuh kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang setulus – tulusnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu yang telah membantu mulai saat pendidikan sampai selesainya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat manfaat bagi pembaca dan pengembangan ilmu pengetahuan. Amin
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jayapura

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBARAN	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
INTISARI	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Dasar Teori	6
B. Kerangka Teori	15
C. Kerangka Pikir	16
D. Hipotesis	17
E. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	18
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	19
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	19
C. Populasi dan Sampel	19
D. Instrumen penelitian	19

	E. Jenis Data	20
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran umum lokasi	22
	B. Hasil	23
	C. Pembahasan	30
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	34
	B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perilaku kesehatan

Gambar 2.1 Hubungan variabel penelitian

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Distribusi pendidikan bapak
Tabel 4.2	Distribusi pendidikan ibu
Tabel 4.3	Distribusi pekerjaan bapak
Tabel 4.4	Distribusi pekerjaan ibu
Tabel 4.5	Distribusi jenis kelamin anak
Tabel 4.6	Distribusi umur anak
Tabel 4.7	Distribusi pengetahuan ibu
Tabel 4.8	Distribusi pendapatan keluarga
Tabel 4.9	Distribusi pelaksanaan kadarzi
Tabel 4.10	Hubungan pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi
Tabel 4.11	Hubungan pendapatan keluarga dengan pelaksanaan kadarzi
Tabel 4.12	Hubungan pengetahuan ibu dengan pelaksanaan kadarzi

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Izin Penelitian
2. Kuesioner
3. Master Tabel
4. Hasil Pengolahan Data SPSS Versi 16.0

MIR'ATUL HAQ

**"IDENTIFIKASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH PELAKSANAAN
KADARZI PADA KELUARGA BALITA DI KELURAHAN ABEPANTAI"**

X, 35 hal, 12 tabel, 5 lampiran

INTISARI

Kadarzi adalah salah satu cara untuk membantu mengatasi masalah gizi di Indonesia. Masalah gizi terjadi dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.

Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi faktor penyebab masalah pelaksanaan kadarzi pada keluarga Balita di Wilayah Abepantai.

Jenis penelitian ini adalah Deskriptif Analitik dengan pendekatan Cross sectional. Tempat penelitian di Kelurahan Abepantai. Waktu pelaksanaan pada tanggal 14 sampai 28 Agustus 2012. Jumlah sampel yang diteliti 31 KK. Teknik pengambilan sampel dengan simple random sampling, teknik pengambilan data pendidikan, pendapatan dan pengetahuan diperoleh dengan cara membagi kuesioner yang berisi identitas responden, kuesioner kadarzi dan kuesioner pengetahuan ibu tentang kadarzi yang terdiri dari 30 pertanyaan. Pengolahan data menggunakan program komputerisasi dengan program SPSS versi 16.0, kemudian dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan ibu dikategorikan tinggi sebanyak 21 orang (67,7%) dan rendah 10 orang (32,3%). Pendapatan keluarga dikategorikan tinggi sebanyak 7 KK (22,6%) dan rendah sebanyak 24 orang (77,4%). Pengetahuan ibu dikategorikan baik sebanyak 21 orang (67,7%) dan kurang sebanyak 10 orang (32,3%). Pelaksanaan kadarzi dikategorikan kadarzi sebanyak 22 KK (71,0%) dan tidak kadarzi sebanyak 9 KK (29,0%). Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan kadarzi. Tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pelaksanaan kadarzi. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan kadarzi.

Kata Kunci : Pendidikan, Pendapatan, Pengetahuan,
Pelaksanaan Kadarzi

Daftar Bacaan : 8 buku (1995 – 2007)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kadarzi adalah salah satu cara untuk membantu mengatasi masalah gizi di Indonesia (Litbang Depkes RI, 2001). Masalah gizi terjadi dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes RI, 2007).

Dampak kekurangan gizi yang paling ditakutkan adalah gagal tumbuh (*growth faltering*), terutama gagal tumbuh kembang otak (Ruby, 2005). Anak yang menderita kekurangan gizi tidak saja menurun kecerdasan otaknya, tetapi menyimpan potensi terkena penyakit degeneratif ketika memasuki usia dewasa. Pasalnya, sejumlah organ tubuh penting, seperti jantung, paru-paru, ginjal dan pembuluh darah, bisa mengalami "penuaan dini" (Wahyuni, 2007). Gizi buruk dalam jangka pendek menyebabkan kesakitan dan kematian karena kekurangan gizi membuat daya tahan tubuh berkurang. Menurut WHO, faktor gizi merupakan 54 % kontributor penyebab kematian (Agus, 2005).

Sekitar 30 juta wanita usia subur menderita kekurangan energi kronis (KEK), yang bila hamil dapat meningkatkan resiko melahirkan BBLR. Setiap tahun, diperkirakan sekitar 350 ribu bayi BBLR (< 2500 gram), sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka gizi kurang, 1,7 juta diantaranya menderita gizi buruk. Pada usia sekolah, sekitar 11 juta anak tergolong pendek sebagai akibat dan gizi kurang pada masa balita (Depkes RI, 2007).

Sementara masalah gizi kurang dan gizi buruk masih tinggi, selanjutnya ada kecenderungan peningkatan masalah "gizi lebih" sejak beberapa tahun terakhir, dari hasil survey di 12 perkotaan tahun 1998 menunjukkan sekitar 12% penduduk dewasa menderita gizi lebih. Seiring dengan meningkatnya prevalensi penyakit degenerative yang berkaitan dengan gaya hidup (Depkes RI, 2007).

Gambaran perilaku gizi yang belum baik dan ditunjukkan dengan masih rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Saat ini baru sekitar 50% anak balita yang di bawa ke Posyandu untuk ditimbang sebagai upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan. Bayi dan balita yang telah mendapat kapsul vitamin A baru mencapai 74% dan ibu hamil yang mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) baru mencapai 60%. Demikian pula dengan perilaku gizi lainnya juga masih belum baik yaitu masih rendahnya ibu yang menyusui bayi 0-6 bulan secara eksklusif yang baru mencapai 39%, sekitar 28% rumah tangga belum menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat dan pola makan yang belum beraneka ragam (Depkes RI, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan tersebut antara lain adalah tingkat kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan sesuai dengan kebutuhan anggota keluarga, pengetahuan dan perilaku keluarga dalam memilih, mengolah dan membagi makanan di tingkat rumah tangga, ketersediaan air bersih dan fasilitas sanitasi dasar serta ketersediaan dan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat yang berkualitas. Pada tingkat individu, keadaan gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan mengakibatkan gizi kurang (Depkes RI, 2007).

Pelaksanaan kadarzi dilakukan dengan menerapkan norma-norma kadarzi, yaitu : (1) menimbang berat badan secara teratur, (2) makan aneka ragam makanan setiap hari, (3) menggunakan garam beryodium, (4) memberikan hanya ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan, (5) mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran. Menurut sumber data riskesdas secara nasional menunjukkan bahwa, sebanyak 62,3% rumah tangga Indonesia mempunyai garam cukup iodium. Sebanyak 6 provinsi yang telah mencapai target *Universal Salt Iodization 2010* (90%), yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Gorontalo dan Papua Barat. Sedangkan persentase nasional balita yang ditimbang ≥ 4 kali selama 6 bulan terakhir adalah 45,4%. Sebanyak 19 provinsi mempunyai persentase balita yang ditimbang ≥ 4 kali selama 6 bulan terakhir dibawah persentase nasional, yaitu Sumatera Utara, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Banten, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat dan Papua (Riskesdas, 2007).

Berdasarkan informasi latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang identifikasi faktor penyebab masalah pelaksanaan kadarzi pada keluarga balita di Kelurahan Abepantai.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, masalah penelitian dapat dirumuskan : apakah ada hubungan pendidikan, pendapatan dan pengetahuan dengan pelaksanaan kadarzi ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi faktor penyebab masalah pelaksanaan kadarzi pada keluarga Balita di Wilayah Abepantai.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui presentase pendidikan ibu.
- b. Mengetahui persentase pendapatan keluarga.
- c. Mengetahui persentase pengetahuan ibu.
- d. Mengetahui hubungan pendidikan ibu balita dengan pelaksanaan kadarzi.
- e. Mengetahui hubungan pendapatan keluarga balita dengan pelaksanaan kadarzi.
- f. Mengetahui hubungan pengetahuan ibu balita dengan pelaksanaan kadarzi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam melakukan studi pustaka, mengembangkan daya pikir dan penalaran serta melaksanakan kegiatan penelitian di lapangan yang sangat berguna sebagai bekal untuk melaksanakan penelitian berikutnya.

2. Bagi Institusi

Dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian mahasiswa selanjutnya.

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat memperoleh informasi tentang faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab masalah kadarzi, sehingga masyarakat mampu memahami pentingnya menjadi keluarga sadar gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. Dasar Teori

A. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari dan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebagainya. Kesadaran masyarakat di atas disebut tingkat kesadaran/pengetahuan masyarakat tentang kesehatan atau disebut "melek kesehatan" (*health literacy*). Namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behaviour*) (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan pekerjaan di Balai KIA, pendidikan kesehatan pada masyarakat, khususnya orang tua (ibu-ibu), merupakan pekerjaan mendasar dari semua kegiatan di BKIA. Pendidikan kesehatan pada masyarakat (*health education*) merupakan hal yang mutlak dipahami pelaksanaannya oleh semua unsur petugas BKIA, hal tersebut disebabkan sebagian besar ibu memiliki pengetahuan yang rendah disamping itu pula dengan sosial budaya/ekonomi yang belum memadai untuk menerima pembaharuan serta memodernisasi pelayanan kesehatan dengan teknologi tepat guna sekalipun. Khusus ibu-ibu dukun bayi umumnya, memerlukan informasi-informasi jelas yang memudahkan pemahaman bagi Kesejahteraan keluarga serta anggotanya di masyarakat (Dainur, 1995).

Kesehatan bukan hanya diketahui atau disadari (*knowledge*) dan disikapi (*attitude*), melainkan harus dikerjakan/dilaksanakan dalam

kehidupan sehari-hari (*practice*), hal ini berarti bahwa tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktekan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan masyarakat berperilaku hidup sehat (*healthy life style*) (Notoatmodjo, 2003)

Tujuan semua usaha kesehatan masyarakat, baik dalam bidang preventif, kuratif maupun rehabilitasi ialah agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik jasmani, rohani maupun sosialnya serta diharapkan berumur panjang. Winslow menetapkan satu syarat yang sangat penting yaitu : Harus selalu ada pengertian, bantuan dan partisipasi dari masyarakat secara teratur dan terus-menerus (Entjang, 1997).

B. Pendapatan Keluarga

Gizi dihubungkan dengan kesehatan tubuh, yaitu untuk menyediakan energi, membangun, dan memelihara jaringan tubuh, serta mengatur proses-proses kehidupan dalam tubuh. Gizi mempunyai potensi untuk seseorang, karena gizi berkaitan dengan perkembangan otak, kemampuan belajar, dan produktivitas kerja. Indonesia sekarang sedang membangun, faktor gizi di samping faktor-faktor lain yang memacu pembangunan khususnya yang berhubungan dengan sumber daya manusia (Almatsier, 2003).

Menurut World Bank dalam Persagi (2005) ada tiga ciri yang menonjol dari kemiskinan di Indonesia. Pertama, banyak rumah tangga yang berada di sekitar garis kemiskinan nasional. Banyak penduduk yang meskipun tergolong tidak miskin tapi rentan terhadap kemiskinan. Kedua, ukuran kemiskinan didasarkan pada pendapatan, sehingga tidak menggambarkan batas kemiskinan yang sebenarnya. Banyak orang yang tidak tergolong miskin dari segi pendapatan dapat dikategorikan menjadi miskin karena kurangnya akses terhadap pelayanan dasar serta rendahnya indikator-indikator pembangunan manusia. Ketiga. Luas dan

beragamnya wilayah Indonesia sehingga perbedaan antar daerah merupakan ciri mendasar dari kemiskinan di Indonesia.

Menurut WHO *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH) mengunjungi daerah-daerah perkampungan masyarakat miskin seperti di Kenya, India, Brazil, Iran, dan Cili selama 2005-2006. Tingkat kesehatan dan pengembangan berbeda dengan jelas antara negara-negara ini tetapi dari masing-masing mereka ada bukti ketidak samaan pemerataan yang baik dalam bidang kesehatan. mereka juga merasakan ketidak samaan pemerataan dari tekanan politik dan ekonomi dalam masa global ini (Taylor, 2007).

Aspek gizi adalah pilar pokok dalam kehidupan, pertumbuhan, dan kesehatan. Nutrien yang terkandung dalam bahan makanan digunakan untuk pertumbuhan dan memelihara kesehatan. Asupan nutrien seorang anak dicukupi dengan baik, perkembangan otak saat *golden period* akan tercapai dengan maksimal, pertumbuhan fisik akan berjalan dengan baik, produktivitas dan mutu kehidupan akan meningkat.

Gizi kurang disebabkan oleh ketidak sesuaian asupan dengan kebutuhan tubuh, di samping adanya infeksi. Secara tidak langsung masalah gizi terutama disebabkan oleh pola pengasuhan ibu terhadap anak. Memiliki anak terlalu banyak menyebabkan kasih sayang orang tua pada anak terbagi. Jumlah perhatian yang diterima per anak menjadi berkurang, kondisi ini akan memburuk jika status ekonomi keluarga tergolong rendah dan sumber daya yang terbatas (Prasetyo *et al.*, 2008)

Sosial ekonomi rendah dalam keluarga dapat menyebabkan malnutrisi pada masa kanak-kanak hal tersebut adalah tidak terlepas dari kemampuan keluarga sendiri. Malnutrisi dapat dihubungkan dengan karakteristik-karakteristik daerah dan pemberian jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Anak-anak yang lebih miskin lebih mungkin menderita malnutrisi dibandingkan dengan keluarga yang lebih

mampu, sebagian besar kemiskinan yang terdapat pada mereka disebabkan oleh pendapatan. Daerah Ghana kebanyakan sumbangan diberikan kepada anak-anak yang hidup di daerah miskin dan memiliki sumber kekayaan yang terbatas. Malnutrisi yang terjadi di daerah covariates Ghana disebabkan karena letak geografis daerah ini tidak cocok untuk daerah pertanian dan tandus sehingga banyak anak-anak menderita malnutrisi yang cukup tinggi, pada daerah lain memiliki curah hujan yang cukup tinggi dan tanah subur sehingga cocok untuk lahan pertanian kemungkinan anak-anak yang menderita malnutrisi kurang (Poel, 2003)

Berdasarkan penelitian Svedberg (2006), menyatakan bahwa faktor penentu dari perbedaan-perbedaan pada antara anak yang kerdil (kurus dan pendek), hal ini berhubungan dengan pendapatan per kapita keluarga yang rendah sehingga menyebabkan anak – anak kekurangan gizi. Penelitian survey perbandingan ini dilakukan pada anak - anak yang *stunting* di daerah China dan India.

C. Pengetahuan Kesehatan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Penelitian Rogers dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum seorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses ulang berurutan yakni, 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu. 2) *interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus. 3) *Evaluation*, yakni

menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik. 4) *Trial* orang telah mulai mencoba perilaku baru 5). *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan,

- 1). Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- 2). Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar,
- 3). Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- 4). Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5). Sintesis (*synthesis*) menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6). Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian - penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2007), mengatakan pengetahuan tentang gizi dan makanan, yang harus dikonsumsi agar tetap sehat sebagai faktor penentu kesehatan seseorang. Pengetahuan gizi yang harus dimiliki masyarakat antara lain : kebutuhan-kebutuhan zat nutrisi bagi tubuh yakni : karbohidrat, protein, lemak, vitamin-vitamin, dan mineral. Makanan sehari-hari secara kualitas dan kuantitas dapat meningkatkan status gizi masyarakat.

D. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku yang baik yang dicirikan minimal dengan :

- a. Menimbang berat badan secara teratur
- b. Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif)
- c. Makan beraneka ragam
- d. Menggunakan garam beryodium
- e. Minum suplemen gizi (Tablet Tambah Darah, kapsul vitamin A dosis tinggi sesuai anjuran)

Pencapaian Indonesia sehat (2010) adalah adanya peningkatan status gizi terutama pada balita yang ditandai dengan menurunnya angka gizi kurang dan gizi buruk. Sebaran status gizi balita tersebut harus diketahui agar Dinas Kesehatan dapat melakukan perbaikan – perbaikan yang berkaitan dengan upaya peningkatan status gizi. Keperluan tersebut

Dinas kesehatan perlu melakukan kegiatan Pemantauan Status Gizi pada balita (Persagi, 2005).

Aspek gizi adalah pilar pokok dalam kehidupan, pertumbuhan, dan kesehatan. Nutrien yang terkandung dalam bahan makanan digunakan untuk pertumbuhan dan memelihara kesehatan. Asupan nutrient seorang anak cukup dengan baik, perkembangan otak saat golden period akan tercapai dengan maksimal, pertumbuhan fisik akan berjalan dengan baik, produktivitas dan mutu kehidupan akan meningkat (Prasetyo, 2008).

Besarnya masalah gizi dan kesehatan serta variasi faktor penyebab masalah antara wilayah, maka diperlukan program yang komprehensif dan terintegrasi, baik di tingkat Kabupaten, Provinsi, maupun tingkat Nasional. Bentuk program efektif seperti perbaikan perilaku kesehatan dan gizi tingkat keluarga yang dilakukan secara profesional harus mulai dipikirkan, dengan mempertimbangkan kondisi spesifik lokal. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yang merupakan visi dan misi dari program perbaikan gizi secara nasional, bertujuan untuk mengurangi dan mencegah masalah gizi (Humas, 2007).

Berdasarkan penelitian (Misbakhudin, 2008) hubungan pengetahuan dan sikap suami dengan perilaku keluarga madiri sadar gizi (KADARZI) di kota Bandung Provinsi Jawa Barat, sampai saat ini belum memuaskan. Hasil pemetaan keluarga madiri sadar gizi (kadarzi) tahun 2005 yaitu sebanyak 57.23 % keluarga belum kadarzi dan hanya sebanyak 42.77 % keluarga yang sudah kadarzi (harapan 80 %). Mewujudkan kadarzi diperlukan setidaknya seorang motivator di dalam anggota keluarga yang memiliki pengetahuan dan sadar serta bersedia melakukan perubahan agar berperilaku gizi baik dan benar, di antaranya : ibu (istri), ayah (suami), anak, atau anggota keluarga. Menurut Minarto (2007), dalam upaya peningkatan status gizi masyarakat terdiri atas dua strategi yaitu : Strategi pertama, (1). Mengembalikan fungsi posyandu dan meningkatkan

kembali partisipasi masyarakat dan keluarga dalam memantau, mengenali dan menanggulangi secara dini gangguan pertumbuhan pada balita utamanya baduta. (2). Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan SDM Puskesmas beserta jaringannya dalam tatalaksana gizi buruk dan masalah gizi lain, manajemen laktasi dan konseling gizi. (3). Menanggulangi secara langsung masalah gizi yang terjadi pada kelompok rawan gizi melalui suplementasi zat gizi mikro, MP-ASI, makanan tambahan dan diet khusus. (4) Mewujudkan keluarga sadar gizi melalui advokasi, sosialisasi dan KIE gizi seimbang. (5) Mengoptimalkan surveilans berbasis masyarakat melalui SKDN, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) Gizi Buruk, dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), untuk meningkatkan manajemen program perbaikan gizi. (6). Mengembangkan model intervensi gizi tepat guna yang *evidence based*. (7). Menggalang kerjasama lintas sektor dan kemitraan dengan masyarakat beserta swasta/dunia usaha dalam memobilisasi sumberdaya untuk penyediaan pangan di tingkat rumah tangga, peningkatan daya beli keluarga, dan perbaikan pola asuhan gizi keluarga.

Perilaku hidup sehat yang menunjang keluarga sadar gizi perlu ditingkatkan melalui pengembangan strategi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) yang lebih efektif. Upaya pendidikan, dan promosi perlu diperluas menjadi gerakan keluarga sadar gizi. Mengembangkan dan memasyarakatkan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) yang sesuai dengan kajian permasalahan gizi dan kaidah perbaikan perilaku. Pembangunan Kesehatan dan Gizi harus dilakukan secara spesifik, sesuai dengan perubahan masalah yang ada. Keragaman geografis, lingkungan sosial budaya dan tingkat ekonomi di berbagai wilayah mempunyai masalah gizi dan kesehatan yang berbeda-beda pula. Disamping itu potensi sumberdaya yang berbeda mengharuskan program kesehatan dan gizi yang spesifik untuk tiap wilayah, oleh karena itu kebijakan desentralisasi di bidang kesehatan dipandang sebagai peluang

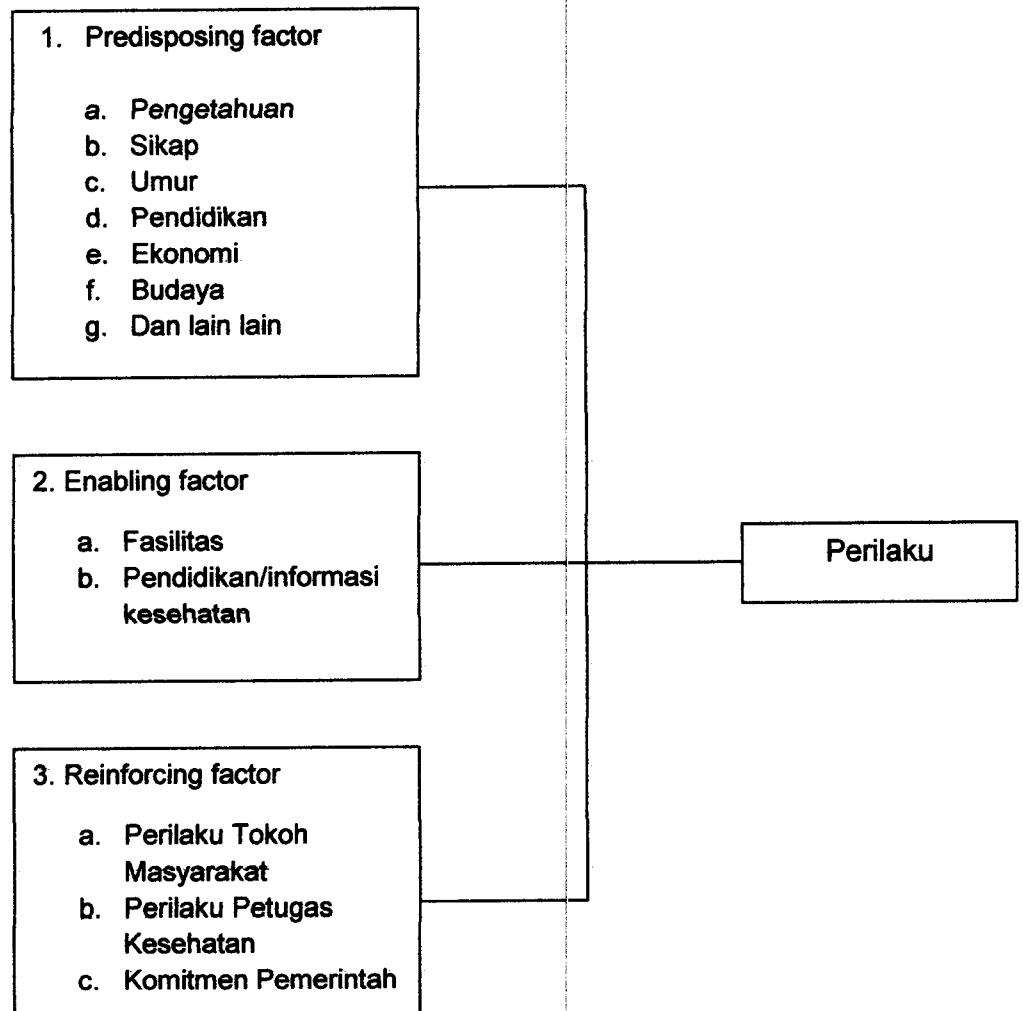
dalam memecahkan masalah sesuai dengan keadaan setempat (Widyakarya, 2004).

Bedasarkan hasil penelitian (Iswandi, 2007) pengaruh pelatihan tenaga gizi puskesmas terhadap program keluarga sadar gizi di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur, menunjukkan bahwa petugas gizi Puskesmas yang cukup terlatih berpengaruh signifikan terhadap perilaku sadar gizi responden. Apabila tenaga gizi Puskesmas tidak mendapatkan pelatihan gizi yang cukup, maka keluarga yang ada di wilayah kerja Puskesmas itu berisiko 8,7 kali untuk berperilaku tidak sadar gizi. Tenaga gizi yang cukup terlatih ini berkaitan dengan kinerja petugas dalam melaksanakan kegiatan gizi di wilayahnya. Meningkatnya pengetahuan dan keterampilan petugas gizi Puskesmas setelah dilatih, akan menjadi faktor pendorong petugas dalam melaksanakan program gizi sehingga akan meningkatkan kinerja.

Faktor perilaku merupakan salah satu penentu utama keadaan status gizi dan kesehatan masyarakat kita. Keluarga yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan gizi, risiko untuk menjadi kekurangan gizi lebih kecil dibandingkan dengan keluarga dengan pengetahuan gizi dan kesehatan lebih rendah, walaupun sama-sama miskin (Persagi, 2005).

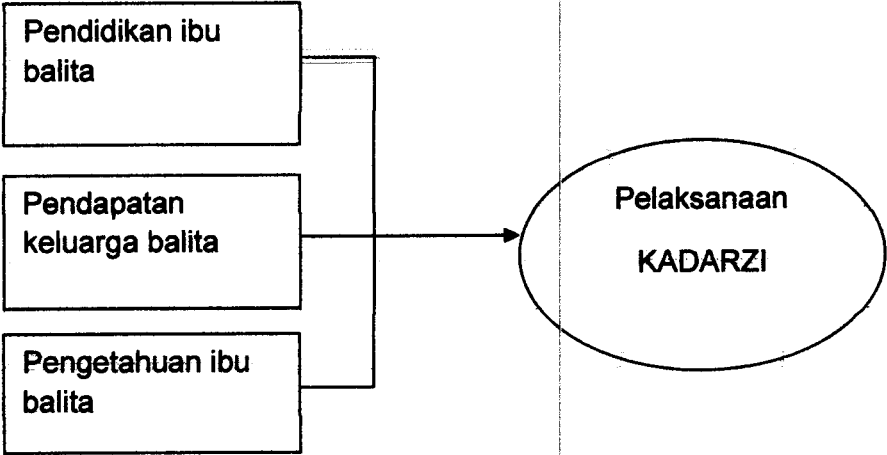
II. Kerangka Konsep

1. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Perilaku Kesehatan dari Teori Lawrence Green
di Kutip dari Notoatmodjo (2007)

2. Kerangka Pikir

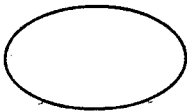


Gambar 2.2 Hubungan Variabel Penelitian

keterangan :



: variabel bebas



: variabel terikat

3. Defenisi operasional dan Kriteria objektif

No	Defenisi Operasional	Kriteria Objektif
1	Tingkat Pendidikan adalah ibu yang telah mendapat pendidikan secara formal yang dibuktikan dengan melihat ijazah.	Tinggi : pendidikan ibu minimal SMA Rendah : pendidikan ibu < SMA
2	Pendapatan keluarga balita adalah penghasilan dari semua anggota keluarga baik dari penghasilan utama ataupun tambahan.	Pendapatan tinggi : jika pendapatan perbulan $\geq$ Rp 1.515.000,- Pendapatan rendah : jika pendapatan perbulan < Rp 1.515.000,-
3	Pengetahuan ibu adalah kemampuan ibu balita mengetahui tentang penimbangan anak balita secara rutin, makan beraneka ragam, masak menggunakan garam beryodium, memberikan ASI eksklusif dan MP- ASI.	Baik : Jika nilai skor benar $\geq$ 60 % total pertanyaan Kurang : jika nilai skor < 60 % dari total pertanyaan
4	Kadarzi adalah keluarga sadar gizi yang mengetahui masalah gizi dan melakukan kegiatan menimbang anak balita secara rutin, makan beraneka ragam, masak menggunakan garam beryodium, memberikan ASI eksklusif dan MP – ASI.	Kadarzi : jika melaksanakan $\geq$ 4 kegiatan wajib kadarzi Tidak kadarzi : jika tidak melaksanakan < 4 kegiatan wajib kadarzi

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian analitik deskriptif, dengan rancangan cross sectional studi dimana penelitian ini variabel independen dan dependen dilakukan secara bersama (Notoatmodjo, 2002).

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kelurahan Abepantai, pada tanggal 14 sampai 28 Agustus 2012.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang mempunyai balita umur 0 – 5 tahun di kelurahan Abepantai.
2. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang terpilih dengan memenuhi syarat. Cara pengambilan sampel secara purposive dengan total sampel 54 KK dan yang terpilih menjadi sampel yaitu 31 KK yang memenuhi syarat kriteria sampel sebagai berikut :
 - a. Bersedia menjadi responden
 - b. Bertempat tinggal di Kelurahan Abepantai

D. Instrumen/alat penelitian

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang berisi identitas responden, kuesioner kadarzi dan kuesioner pengetahuan ibu tentang kadarzi yang terdiri dari 30 pertanyaan.

E. Jenis data

1. Pengumpulan

▪ Data primer

Data primer yang diambil adalah data tentang pelaksanaan kadarzi serta data pengetahuan ibu tentang kadarzi, diperoleh dari responden dengan alat bantu kuesioner.

▪ Data sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpul oleh peneliti diperoleh dari instansi dan riskesdas 2007 untuk melengkapi data penelitian. Dalam penelitian ini data sekunder yang diperoleh adalah jumlah balita yang berada di kelurahan Abepantai dan data monografi desa.

2. Pengolahan

a. Editing

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan pengisian, konsistensi jawaban pada kuesioner yang telah terkumpul

b. Skoring

Kegiatan yang dilakukan dengan memberi skor berdasarkan jawaban responden.

Pada variabel pengetahuan yang diukur dengan 30 pertanyaan, apabila dijawab responden dengan benar diberi skor 1, apabila salah diberi skor 0. Sehingga diperoleh jumlah skor pengetahuan ibu tentang kadarzi.

c. Koding

Setiap sebutan dari jawaban responden akan diberikan kode sebelum data dimasukan ke software komputer untuk dilakukan pengolahan lebih lanjut.

Variabel pendidikan ibu diberi kode sebagai berikut :

- 1) Kode 1 untuk pendidikan tinggi
- 2) Kode 2 untuk pendidikan rendah

Variabel pendapatan keluarga diberi kode sebagai berikut :

- 1) Kode 1 untuk pendapatan tinggi
- 2) Kode 2 untuk pendapatan rendah

Variabel pengetahuan ibu diberi kode sebagai berikut :

- 1) Kode 1 untuk pengetahuan baik
- 2) Kode 2 untuk pengetahuan kurang

d. Tabulasi

Pada tahap ini dilakukan pengelompokkan ke dalam tabel tertentu sesuai dengan tujuan penelitian, menyajikan data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi variabel tunggal dan tabel silang antar dua variabel.

3. Analisa

Data dianalisis dengan statistik deskriptif dibantu program SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) versi 16,0. Dalam analisis data dibedakan tingkatannya, yaitu : analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Dalam penelitian ini yang digunakan adalah analisis data univariat dan bivariat.

- a. Analisis univariat merupakan analisis setiap variabel yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik secara angka-angka mutlak maupun secara persentase, disertai dengan penjelasan kualitatif yaitu variabel pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, umur, pengetahuan, pendapatan dan kadarzi.
- b. Analisis bivariat menggunakan tabel silang untuk menyoroti dan menganalisis perbedaan atau hubungan antara dua variabel. Menguji ada tidaknya

perbedaan/hubungan antara variabel pendidikan, pendapatan dan pengetahuan dengan kadarzi digunakan analisis *Chi Square*, dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Hasil yang diperoleh pada analisis *Chi Square* dengan menggunakan program SPSS yaitu *nilai p*, kemudian dibandingkan dengan $\alpha = 0,05$. Apabila *nilai p* lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ maka ada hubungan/perbedaan antara dua variabel tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Keadaan Geografis

Puskesmas Abepantai berdiri di atas tanah seluas 701 m² dengan pembagian bangunan terdiri dari Gedung Puskesmas seluas 280 m², rumah dokter 1 seluas 70 m², rumah dokter 2 seluas 120 m², rumah perawat sebanyak 3 bangunan dengan luas rata – rata bangunan 77 m².

Puskesmas Abepantai mempunyai letak yang sangat strategis antara lain :

- a) Sebelah Timur : berbatasan dengan Abepantai
- b) Sebelah Barat : berbatasan dengan Abepura
- c) Sebelah Utara : berbatasan dengan Koya
- d) Sebelah Selatan : berbatasan dengan Gunung

2. Sejarah

Awal Puskesmas Abepantai yang merupakan Puskesmas Abepura yang baru diresmikan pada tanggal 7 Maret 2010 oleh walikota Jayapura Drs. M.R. Kambu, M.Si menjadi Puskesmas Abepantai. Karena Jumlah penduduk yang semakin bertambah sehingga pemerintah mengambil kebijakan untuk membangun Puskesmas di Abepantai sebagai Puskesmas induk. Wilayah kerja Puskesmas Abepantai Mencakup :

- a) Kampung Abepantai
- b) Kampung Nafri
- c) Kampung Koya Koso
- d) Kampung Koya Karang
- e) Kampung Engros

B. Hasil dan Pembahasan

1. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Abepantai. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 14 sampai 28 Agustus 2012, banyaknya sampel yang diteliti selama penelitian berjumlah 31 keluarga yang mempunyai anak 0 – 5 tahun. Dari hasil pengolahan data kemudian disajikan dalam bentuk deskriptif dan analisis hubungan sebagai berikut :

I. Analisis Univariat

a. Karakteristik orang tua

1) Pendidikan Bapak

Pendidikan diperoleh dari hasil wawancara dan dikategorikan menjadi 2 yaitu tinggi jika $\geq$ SMA dan rendah jika $<$ SMA. Pendidikan bapak dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini :

Tabel 4.1 Distribusi sampel menurut pendidikan bapak

No	Pendidikan	Jumlah	
		n	%
1	Tinggi	24	77,4
2	Rendah	7	22,6
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pendidikan bapak yaitu yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 24 orang (77,4%).

2) Pendidikan Ibu

Pendidikan diperoleh dari hasil wawancara dan dikategorikan menjadi 2 yaitu tinggi jika $\geq$ SMA dan rendah jika $<$ SMA. Pendidikan ibu dapat dilihat pada tabel 4.2 dibawah ini :

Tabel 4.2 Distribusi sampel menurut pendidikan ibu

No	Pendidikan	Jumlah	
		n	%
1	Tinggi	21	67,7
2	Rendah	10	32,3
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pendidikan ibu yaitu yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 21 orang (67,7%).

3) Pekerjaan Bapak

Pekerjaan bapak diperoleh dari hasil wawancara dan dikategorikan menjadi 4 yaitu PNS, Swasta, Nelayan dan Petani.

Pekerjaan bapak dapat dilihat pada tabel 4.3 dibawah ini :

Tabel 4.3 Distribusi sampel menurut pekerjaan bapak

No	Pekerjaan	Jumlah	
		n	%
1	PNS	5	16,1
2	Swasta	19	61,3
3	Nelayan	6	19,4
4	Petani	1	3,2
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pekerjaan bapak yang terbanyak yaitu swasta sebanyak 19 orang (61,3%).

4) Pekerjaan Ibu

Pekerjaan ibu diperoleh dari hasil wawancara dan dikategorikan menjadi 4 yaitu PNS, Swasta, Petani dan IRT. Pekerjaan ibu dapat dilihat pada tabel 4.4 dibawah ini :

Tabel 4.4 Distribusi sampel menurut pekerjaan ibu

No	Pekerjaan	Jumlah	
		n	%
1	PNS	1	3,2
2	Swasta	2	6,5
3	Petani	1	3,2
4	IRT	27	87,1
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pekerjaan ibu yang terbanyak yaitu IRT sebanyak 27 orang (87,1%).

b. Karakteristik sampel

1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan yang dimiliki anak laki-laki dan perempuan dan dikategorikan menjadi 2 yaitu laki-laki dan perempuan.

Jenis kelamin anak dapat dilihat pada tabel 4.5 dibawah ini :

Tabel 4.5 Distribusi sampel menurut jenis kelamin anak

No	Jenis kelamin	Jumlah	
		n	%
1	Laki - laki	22	71,0
2	Perempuan	9	29,0
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi jenis kelamin anak umur 0 - 5 tahun yaitu laki – laki sebanyak 22 anak (71,0%).

2) Umur

Umur adalah usia yang dimiliki seseorang yang didapat dari hasil wawancara. Dari data yang diperoleh sebanyak 31 sampel yang dikategorikan menjadi 3 yaitu umur 0 – 1 tahun, 2 – 3 tahun dan 4 – 5 tahun.

Umur anak dapat dilihat pada tabel 4.6 dibawah ini :

Tabel 4.6 Distribusi sampel menurut umur anak

No	Umur	Jumlah	
		n	%
1	0 – 1	10	32,3
2	2 – 3	17	54,8
3	4 – 5	4	12,9
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi umur anak yaitu 0 – 1 tahun sebanyak 10 anak (32,3%), 2 – 3 tahun sebanyak 17 anak (54,8%) dan 4 – 5 tahun sebanyak 4 anak (12,9%).

c. Pengetahuan ibu

Pengetahuan adalah kemampuan ibu balita mengetahui tentang penimbangan anak balita secara rutin, makan beraneka ragam, masak menggunakan garam beryodium, memberikan ASI eksklusif dan MP- ASI. Pengetahuan dikategorikan menjadi 2 yaitu baik jika nilai skor benar ≥ 60 % total pertanyaan dan kurang jika nilai skor benar < 60 % total pertanyaan.

Kategori pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.7 dibawah ini :

Tabel 4.7 Distribusi sampel menurut pengetahuan ibu

No	Pengetahuan	Jumlah	
		n	%
1	Baik	21	67,7
2	Kurang	10	32,3
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pengetahuan baik sebanyak 21 orang (67,7%).

d. Pendapatan

Pendapatan adalah penghasilan dari semua anggota keluarga baik dari penghasilan utama ataupun tambahan. Pendapatan dikategorikan menjadi 2 yaitu tinggi jika pendapatan perbulan $\geq$ Rp 1.515.000,- dan rendah jika pendapatan perbulan $<$ Rp 1.515.000,-

Kategori pendapatan dapat dilihat pada tabel 4.8 dibawah ini :

Tabel 4.8 Distribusi sampel menurut pendapatan keluarga

No	Pendapatan	Jumlah	
		n	%
1	Tinggi	7	22,6
2	Rendah	24	77,4
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi sampel yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 7 KK (22,6%).

e. Kadarzi

Kadarzi adalah keluarga sadar gizi yang mengetahui masalah gizi dan melakukan kegiatan menimbang anak balita secara rutin, makan beraneka ragam, masak menggunakan garam beryodium, memberikan ASI eksklusif dan MP – ASI. Kadarzi dikategorikan menjadi 2 yaitu kadarzi jika melaksanakan $\geq$ 4 kegiatan wajib kadarzi dan tidak kadarzi jika tidak melaksanakan $<$ 4 kegiatan wajib kadarzi.

Kategori kadarzi dapat dilihat pada tabel 4.9 dibawah ini :
Tabel 4.9 Distribusi sampel menurut pelaksanaan kadarzi

No	Kadarzi	Jumlah	
		n	%
1	Kadarzi	22	71,0
2	Tidak kadarzi	9	29,0
Total		31	100,0

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan hasil data diatas dapat dilihat bahwa distribusi pelaksanaan kadarzi yaitu 22 KK (71,0%).

II. Analisis Bivariat

Analisis yang dilakukan dengan bantuan Tabel Crosstab dalam program SPSS dengan menggunakan uji *Chi – Square* dan dilanjutkan dengan menghubungkan variabel – variabel yang telah ditentukan sesuai kerangka konsep.

a. Hubungan pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi

Tabel 4.10 Hubungan pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi

Kadarzi Pendidikan ibu	Kadarzi		Tidak kadarzi		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tinggi	16	76,2	5	23,8	21	100,0
Rendah	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Total	22	71,0	9	29,0	31	100,0
p value	0,417					

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan tabel 4.10 hubungan pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi diketahui bahwa keluarga yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 16 KK (76,2%) dan pendidikan rendah sebanyak 6 KK (60,0%). Sedangkan yang tidak melaksanakan kadarzi

yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 5 KK (23,8%) dan pendidikan rendah sebanyak 4 KK (40,0%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,417$ lebih besar dari $\alpha = 0,05$ yang dinyatakan tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi.

b. Hubungan pendapatan keluarga dengan pelaksanaan kadarzi
Tabel 4.11 Hubungan pendapatan keluarga dengan pelaksanaan kadarzi

Kadarzi Pendapatan Ibu	Kadarzi		Tidak kadarzi		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tinggi	6	85,7	1	14,3	7	100,0
Rendah	16	66,7	8	33,3	24	100,0
Total	22	71,0	9	29,0	31	100,0
p value	0,639					

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan tabel 4.11 hubungan pendapatan dengan pelaksanaan kadarzi diketahui bahwa keluarga yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 6 KK (85,7) dan pendapatan rendah sebanyak 16 KK (66,7%). Sedangkan yang tidak melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 1 KK (14,3%) dan pendapatan rendah sebanyak 8 KK (33,3%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,639$ lebih besar dari $\alpha = 0,05$ yang dinyatakan tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan pelaksananan kadarzi.

c. Hubungan pengetahuan ibu dengan pelaksanaan kadarzi

Tabel 4.12 Hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan kadarzi

Kadarzi Pengetahuan ibu	Kadarzi		Tidak kadarzi		Total	
	N	%	n	%	n	%
Baik	15	71,4	6	28,6	21	100,0
Kurang	7	70,0	3	30,0	10	100,0
Total	22	71,0	9	29,0	31	100,0
p value	1,000					

Sumber : Data Primer 2012

Berdasarkan tabel 4.12 hubungan pengetahuan ibu dengan pelaksanaan kadarzi diketahui bahwa keluarga yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 15 KK (71,4%) dan pengetahuan kurang sebanyak 7 KK (70,0%). Sedangkan yang tidak melaksanakan kadarzi yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 6 KK (28,6%) dan pengetahuan kurang sebanyak 3 KK (30,0%).

Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 1,000$ lebih besar dari $\alpha = 0,05$ yang dinyatakan tidak ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan melaksanakan kadarzi.

2. Pembahasan

a. Pendidikan

Pendidikan kesehatan adalah upaya kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari dan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebagainya. Kesadaran masyarakat di atas disebut tingkat kesadaran/pengetahuan masyarakat tentang kesehatan atau

disebut "melek kesehatan" (*health literacy*). Namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behaviour*) (Notoatmodjo, 2003).

Kesehatan bukan hanya diketahui atau disadari (*knowledge*) dan disikapi (*attitude*) melainkan harus dikerjakan/dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari (*practice*), hal ini berarti bahwa tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktekan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan masyarakat berperilaku hidup sehat (*healthy life style*) (Notoatmodjo, 2003)

Dari hasil penelitian yang didapat menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 16 KK (76,2%) dan pendidikan rendah sebanyak 6 KK (60,0%). Sedangkan yang tidak melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 5 KK (23,8%) dan pendidikan rendah sebanyak 4 KK (40,0%). Ini menunjukkan bahwa KK yang lebih banyak yaitu yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendidikan tinggi sebesar 16 KK (76,2%).

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *Chi-square* menunjukkan bahwa $p = 0,417 > \alpha = 0,05$ yang berarti tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pelaksanaan kadarzi. Sehingga dapat dikatakan bahwa pendidikan ibu tidak mempengaruhi keluarga untuk melaksanakan kadarzi karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi seperti pengetahuan yang didapatkan dari seringnya mendengar penyuluhan dan kegiatan-kegiatan posyandu lainnya yang mendukung keluarga menuju kadarzi yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

b. Pendapatan

Menurut World Bank (Persagi, 2005) ada tiga ciri yang menonjol dari kemiskinan di Indonesia. Pertama, banyak rumah tangga yang berada di sekitar garis kemiskinan nasional. Banyak penduduk yang meskipun tergolong tidak miskin tapi rentan terhadap kemiskinan. Kedua, ukuran kemiskinan didasarkan pada pendapatan, sehingga tidak menggambarkan batas kemiskinan yang sebenarnya. Banyak orang yang tidak tergolong miskin dari segi pendapatan dapat dikategorikan menjadi miskin karena kurangnya akses terhadap pelayanan dasar serta rendahnya indikator-indikator pembangunan manusia. Ketiga. Luas dan beragamnya wilayah Indonesia sehingga perbedaan antar daerah merupakan ciri mendasar dari kemiskinan di Indonesia.

Dari hasil penelitian menunjukan bahwa keluarga yang melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 6 KK (85,7) dan pendapatan rendah sebanyak 16 KK (66,7%). Sedangkan yang tidak melaksanakan kadarzi yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 1 KK (14,3%) dan pendapatan rendah sebanyak 8 KK (33,3%).

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji Chi-Square menunjukan bahwa $p = 0,639 > \alpha = 0,05$ yang berarti tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan pelaksanaan kadarzi. Sehingga dapat dikatakan bahwa pendapatan keluarga tidak mempengaruhi keluarga untuk melaksanakan kadarzi karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi seperti kegiatan-kegiatan posyandu dan pelayanan kesehatan yang mendukung keluarga menuju

kadarzi yang dilakukan oleh petugas kesehatan tanpa dipungut biaya.

c. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Dari hasil penelitian yang didapat menunjukkan bahwa yang melaksanakan kadarzi serta mempunyai pengetahuan baik sebanyak 15 KK (71,4%). Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *Chi-square* menunjukkan bahwa $p = 1,000 > \alpha = 0,05$ yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan kadarzi. Sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan ibu tidak mempengaruhi keluarga untuk melaksanakan kadarzi karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi seperti faktor kebiasaan membawa anak melakukan penimbangan, memberikan kapsul vitamin A dan mengikuti kegiatan-kegiatan posyandu lainnya yang dapat meningkatkan status kadarzi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pendidikan ibu dikategorikan tinggi sebanyak 21 orang (67,7%) dan rendah 10 orang (32,3%).
2. Pendapatan keluarga dikategorikan tinggi sebanyak 7 KK (22,6%) dan rendah sebanyak 24 orang (77,4%).
3. Pengetahuan ibu dikategorikan baik sebanyak 21 orang (67,7%) dan kurang sebanyak 10 orang (32,3%).
4. Pelaksanaan kadarzi dikategorikan kadarzi sebanyak 22 KK (71,0%) dan tidak kadarzi sebanyak 9 KK (29,0%).
5. Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan kadarzi.
6. Tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pelaksanaan kadarzi.
7. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan kadarzi.

B. Saran

1. Kepada petugas kesehatan, agar tetap melakukan kegiatan – kegiatan yang dapat meningkatkan status keluarga sadar gizi pada masyarakat, dengan cara :
 - a) Melakukan penyuluhan tentang Kadarzi melalui kader-kader Posyandu.
 - b) Melakukan pemetaan Kadarzi oleh kader Posyandu dengan pemantauan yang rutin.
 - c) Meningkatkan kerja sama lintas sektor untuk meningkatkan Kadarzi perlu dukungan dari masyarakat, terutama ibu-ibu.
2. Melakukan kegiatan untuk mempertahankan status Kadarzi dengan cara melakukan perlombaan penilaian Kadarzi agar dapat mengetahui status Kadarzi keluarga.
3. Perlu penelitian lebih lanjut tentang pendidikan, pendapatan dan pengetahuan dengan pelaksanaan kadarzi.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pemantauan Status Gizi Dan Keluarga Sadar Gizi*. Jakarta : Depkes RI.

Heriawan, R. 2010. *Pendapatan Pekerja Indonesia Tahun 2010*.
[Http://BuruhIndonesiaBlog.ac.id/gdl](http://BuruhIndonesiaBlog.ac.id/gdl). Diakses Tanggal 15 Desember 2011.

Misbakhudin, et al. 2008. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Suami Dengan Perilaku Keluarga Sadar Dizi (Kadarzi) Di Kota Bandung Provinsi Jawa Barat*. [http ://lcn.Or.Id/V2/content/View/40](http://lcn.Or.Id/V2/content/View/40). Diakses Tanggal 23 Desember 2011

Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2002. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

THE WORLD BANK OFFICE JAKARTA. [http ://mediainfo.sourceforget.net](http://mediainfo.sourceforget.net). Diakses tanggal 18 Juli 2012.

Upah Minimum Provinsi 2012. www.gajimu.com. Diakses pada tanggal 23 Juli 2012.

RISKESDAS 2007

KARAKTERISTIK KELUARGA

I. DATA RESPONDEN

1. Nama Ibu :
2. Alamat :
3. Pendidikan
 - Bapak :
 - Ibu :
4. Pekerjaan
 - Bapak :
 - Ibu :
5. Pendapatan :

	Penghasilan utama	Penghasilan tambahan
Bapak		
Ibu		
Lain-lain		

6. Pengeluaran
 - Makan :
 - Kesehatan :
 - Rekreasi :
 - Lain – lain :

II. DATA BALITA

1. Nama :
2. Tanggal lahir :
3. Umur :
4. Jenis kelamin : 1 = laki-laki, 2 = perempuan

KUESIONER KADARZI

I. KONSUMSI BAYI 0 – 6 BULAN

1. Makanan apa saja yang saat ini ibu berikan ?
 - a. ASI saja
 - b. ASI + buah
 - c. ASI + bubur susu
 - d. Makanan lembik
2. Sejak kapan ibu memberikan ASI yang pertama keluar (kolostrum) ?
 - a. Segera setelah bayi lahir
 - b. Seminggu setelah bayi lahir
 - c. Tidak diberikan
 - d. Lainnya, disebutkan . . .
3. Berapa kali dalam sehari ibu memberikan ASI kepada bayi ?
 - a. 4 – 5 kali
 - b. 5 – 6 kali
 - c. ≥ 8 kali
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Jika tidak diberikan, apa alasan ibu ?
 - a. Anak tidak mau
 - b. Ibu bekerja
 - c. ASI tidak keluar
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
5. Jika tidak diberikan ASI, apa yang diberikan ?
 - a. Susu formula
 - b. Teh manis
 - c. Air tajin
 - d. Lainnya, sebutkan . . .

II. KONSUMSI BALITA (isi sesuai umur anak)

A. Umur 6 – 8 bulan

1. Apakah sampai saat ini anak masih mendapat ASI ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Sejak usia berapa anak diberikan MP-ASI ?
 - a. 3 bulan
 - b. 4 bulan
 - c. 6 bulan
 - d. 9 bulan
3. Berapa kali dalam sehari ibu memberikan anak MP-ASI ?
 - a. 1 – 2 kali
 - b. 2 – 3 kali
 - c. 3 – 4 kali
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Bentuk makanan apa yang diberikan ?
 - a. Semi cair
 - b. Lunak
 - c. Lembek
 - d. Padat

5. Jenis makanan apa yang diberikan ?
- Bubur lembek
 - Bubur susu dan bubur tim saring
 - Makanan keluarga, seperti nasi, lauk pauk, dan sayur.
 - Biskuit

B. Umur 9 – 12 bulan

- Apakah sampai saat ini anak ibu masih mendapat ASI ?
 - Ya
 - Tidak
- Sejak usia berapa anak diberikan MP-ASI ?
 - 3 bulan
 - 4 bulan
 - 6 bulan
 - 9 bulan
- Berapa kali dalam sehari ibu memberikan anak MP-ASI ?
 - 1 – 2 kali
 - 2 – 3 kali
 - 3 – 4 kali
 - Lainnya, sebutkan . . .
- Bentuk makanan apa yang diberikan ?
 - Semi cair
 - Lunak
 - Lembek
 - Padat
- Jenis makanan apa yang diberikan ?
 - Bubur lembek
 - Bubur susu dan bubur tim saring
 - Makanan keluarga, seperti nasi, lauk pauk, dan sayur.
 - Biskuit

C. Umur > 12 bulan

- Apakah sampai saat ini anak ibu masih mendapat ASI ?
 - Ya
 - Tidak
- Sejak usia berapa anak diberikan MP-ASI ?
 - 3 bulan
 - 4 bulan
 - 6 bulan
 - 9 bulan

3. Berapa kali ibu memberikan anak MP-ASI ?
 - a. 1 – 2 kali
 - b. 2 – 3 kali
 - c. 3 – 4 kali
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Bentuk makanan apa yang diberikan ?
 - a. Semi cair
 - b. Lunak
 - c. Lembek
 - d. Padat
5. Jenis makanan apa yang diberikan ?
 - a. Bubur lembek
 - b. Bubur susu dan bubur tim saring
 - c. Makanan keluarga, seperti nasi, lauk pauk, dan sayur
 - d. Biskuit

III. PENIMBANGAN BALITA

1. Apakah anak mempunyai KMS/Buku KIA ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah anak ibu pernah ditimbang ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Dimana anak ditimbang ?
 - a. Posyandu
 - b. Puskesmas
 - c. Rumah
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Berapa kali anak ditimbang dalam 1 bulan ? (sesuaikan dengan umur anak)
 - a. 1 kali
 - b. 2 kali
 - c. 3 kali
 - d. 4 kali

IV. KAPSUL VITAMIN A

1. Apakah anak ibu pernah mendapat kapsul vitamin A ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Jika ya, warna apa yang diberikan ?
 - a. Merah
 - b. Biru
 - c. Tidak tahu
 - d. Lainnya, sebutkan . . .

3. Dimana ibu memperoleh kapsul vitamin A ?
 - a. Posyandu
 - b. Puskesmas
 - c. Beli di apotik
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Dalam setahun berapa kali anak diberi kapsul vitamin A ?
 - a. 1 kali
 - b. 2 kali
 - c. 3 kali
 - d. Tidak pernah
5. Jika tidak, kenapa?
 - a. Anak tidak suka
 - b. Ibu tidak membawa anak tidak ke puskesmas
 - c. Ibu sibuk kerja
 - d. Lainnya, sebutkan . . .

V. KONSUMSI KELUARGA

1. Dalam sehari berapa kali keluarga makan ?
 - a. 3 kali
 - b. 2 kali
 - c. 1 kali
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
2. Berapa kali dalam sehari keluarga mengkonsumsi lauk hewani ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
3. Berapa kali dalam sehari keluarga mengkonsumsi lauk nabati ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Berapa kali dalam sehari keluarga mengkonsumsi sayur ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
5. Berapa kali dalam sehari keluarga mengkonsumsi buah ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
6. Jenis garam yang digunakan dalam rumah tangga ?
 - a. Garam halus
 - b. Garam kasar
 - c. Garam bata
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
7. Mengapa membeli jenis garam tersebut ?
 - a. Mengandung yodium
 - b. Ada di pasaran
 - c. Mudah didapat
 - d. Murah

VI. IBU HAMIL

1. Apakah ibu sedang hamil ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah ibu pernah mendapatkan tablet tambah darah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Selama hamil berapa tablet tambah darah yang sudah dikonsumsi ?
 - a. 30 tablet
 - b. 60 tablet
 - c. 90 tablet
 - d. Tidak pernah
4. Dimana ibu memperoleh tablet tambah darah ?
 - a. Posyandu
 - b. Puskesmas
 - c. Beli di apotik
 - d. Lainnya, sebutkan . . .

VII. IBU NIFAS (0 – 42 HARI SETELAH MELAHIRKAN)

1. Apakah saat ini ibu sedang masa nifas ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah ibu selama masa nifas pernah mendapat kapsul vitamin A ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya, warna apa yang diberikan ?
 - a. Merah
 - b. Biru
 - c. Merah dan biru
 - d. Lainnya, sebutkan . . .
4. Berapa kapsul vitamin A yang dikonsumsi ?
 - a. 4 kapsul
 - b. 3 kapsul
 - c. 2 kapsul
 - d. Tidak pernah
5. Jangka waktu berapa jam ibu meminum kapsul vitamin A ?
 - a. 24 jam
 - b. 12 jam
 - c. 1 jam
 - d. Tidak tahu
6. Dimana ibu memperoleh kapsul vitamin A ?
 - a. Posyandu
 - b. Puskesmas
 - c. Beli dari apotik
 - d. Lainnya, sebutkan . . .

KUESIONER PENGETAHUAN

I. Penimbangan Balita

1. Kartu yang digunakan untuk mengetahui pertumbuhan bayi/balita ?
 - a. KMS/buku KIA
 - b. ASKES
 - c. JAMKESMAS
 - d. JAMPERSAL
2. Dalam KMS/buku KIA anak yang status gizinya baik ditunjukkan dengan warna ?
 - a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hitam
 - d. Hijau
3. Tanda anak sehat adalah ?
 - a. Gemuk sekali
 - b. Bertambah umur, bertambah berat badan sesuai dengan kenaikan berat badan minimum
 - c. Makan banyak
 - d. Pintar dan cerdas
4. Sebaiknya bayi/balita ditimbang berapa kali ?
 - a. Sebulan 1 kali
 - b. Dua bulan 1 kali
 - c. Tiga bulan 1 kali
 - d. Tidak perlu
5. Keuntungan menimbang berat badan, kecuali ?
 - a. Dapat mengetahui kenaikan berat badan
 - b. Dapat mengetahui penurunan berat badan
 - c. Dapat dilakukan dimana saja
 - d. Tidak dapat mengetahui status gizi

II. Makan Beraneka Ragam

1. Makanan beraneka ragam adalah makanan yang terdiri dari ?
 - a. Makanan pokok dan lauk
 - b. Makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah
 - c. Makanan pokok, lauk-pauk, sayur, buah dan susu
 - d. Makanan pokok, lauk-pauk dan susu
2. Sebaiknya berapa kali frekuensi keluarga mengkonsumsi lauk hewani ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Tidak perlu
3. Sebaiknya berapa kali frekuensi keluarga mengkonsumsi lauk nabati ?
 - e. Setiap hari
 - f. 2-3 hari/minggu
 - g. 4-6 hari/minggu
 - h. Tidak perlu
4. Sebaiknya berapa kali frekuensi keluarga mengkonsumsi buah ?
 - a. Setiap hari
 - b. 2-3 hari/minggu
 - c. 4-6 hari/minggu
 - d. Tidak perlu
5. Sebaiknya berapa kali frekuensi keluarga mengkonsumsi sayuran ?
 - a. 3 kali sehari
 - b. 2 kali sehari
 - c. 1 kali sehari
 - d. Tidak perlu
6. Salah satu pentingnya mengkonsumsi makanan beragam yaitu?
 - a. Karena dapat memenuhi kebutuhan zat gizi bagi tubuh
 - b. Karena dapat merasakan berbagai macam makanan
 - c. Karena dapat menambah kecerdasan
 - d. Karena dapat menjadikan tubuh sehat dan kuat

III. Garam Beryodium

1. Bagaimana cara pemakaian garam beryodium yang baik ?
 - a. Dimasukkan setelah masakan diangkat
 - b. Dimasukkan sebelum memasak
 - c. Dimasukkan sebelum masakan diangkat
 - d. Dimasukkan pada saat masakan mendidih
2. Bagaimana cara penyimpanan garam yang baik ?
 - a. Disimpan dalam toples yang kering dan tertutup rapat
 - b. Disimpan dalam toples yang lembab dan tertutup rapat
 - c. Disimpan dalam toples yang kering dan terbuka
 - d. Disimpan dalam plastic yang kering dan terbuka
3. Apa akibat yang terjadi jika tubuh kekurangan yodium ?
 - a. Gondok
 - b. Malaria
 - c. Demam
 - d. Flu
4. Salah satu manfaat yodium adalah?
 - a. Mencegah dan mengobati penyakit gondok
 - b. Mengobati demam berdarah
 - c. Mencegah diabetes mellitus
 - d. Menurunkan suhu tubuh
5. Jenis garam yang baik digunakan yaitu?
 - a. Garam halus, beryodium dan memenuhi persyaratan SNI
 - b. Garam kasar, beryodium dan tidak memenuhi persyaratan SNI
 - c. Garam halus, tidak beryodium dan memenuhi persyaratan SNI
 - d. Garam kasar, tidak beryodium dan tidak memenuhi persyaratan SNI

IV. ASI Eksklusif

1. ASI Eksklusif diberikan pada bayi sejak umur ?
 - a. 0 – 12 bulan
 - b. 0 – 4 bulan
 - c. 0 – 6 bulan
 - d. 0 – 24 bulan
2. Apakah yang dimaksud dengan Air Susu Ibu (ASI) ?
 - a. Makanan yang terkandung gizinya tidak lengkap
 - b. Makanan utama bagi bayi yang mengandung nilai gizi yang tinggi
 - c. Cairan yang keluar dari puting ibu
 - d. Makanan yang pertama diberikan
3. Keuntungan dari ASI adalah, kecuali ?
 - a. Nilai gizi kurang
 - b. Murah dan praktis
 - c. Menjalin kasih sayang
 - d. Meningkatkan kekebalan tubuh bayi
4. Air susu ibu yang keluar pertama adalah kolostrum berupa ?
 - a. Warna kekuning-kuningan dan kental
 - b. Warna putih dan kental
 - c. Warna kekuning-kuningan dan cair
 - d. Warna putih dan cair
5. Salah satu keunggulan kolostrum adalah ?
 - a. Memberikan kekebalan tubuh untuk bayi
 - b. Mencerdaskan bayi
 - c. Meningkatkan nafsu makan bayi
 - d. Menambah berat badan bayi

V. MP-ASI

1. Apakah yang dimaksud dengan MP-ASI ?
 - a. Makanan yang diberikan pada anak berusia 6 – 24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya
 - b. Makanan yang diberikan pada anak agar tetap sehat
 - c. Makanan pengganti ASI
 - d. Makanan lunak
2. Apa tujuan pemberian MP-ASI pada bayi ?
 - a. Untuk memberikan tambahan makanan
 - b. Untuk melengkapi zat gizi ASI yang kurang sehingga bayi dapat menerima bermacam-macam makanan
 - c. Untuk mengganti ASI
 - d. Untuk memberikan nafsu makan yang tinggi pada bayi
3. MP-ASI sebaiknya diberikan pada anak umur ?
 - a. 0 – 6 bulan
 - b. 6 – 24 bulan
 - c. 24 – 36 bulan
 - d. 5 tahun
4. Sebaiknya berapa kali frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi berusia 6 – 11 bulan?
 - a. 5 kali sehari
 - b. 4 kali sehari
 - c. 2 – 3 kali sehari
 - d. 1 kali sehari
5. Bentuk makanan apa yang diberikan kepada bayi berusia 6 – 11 bulan?
 - a. Makanan padat
 - b. Semi cair
 - c. Lunak
 - d. Cair

VI. *Mengonsumsi suplemen*

1. Pada bulan apa bayi/balita diberi kapsul vitamin A ?
 - a. Februari dan Agustus
 - b. Januari dan Agustus
 - c. Februari dan September
 - d. Januari dan Desember
2. Pada bayi 6 – 11 bulan mendapatkan kapsul vitamin A warna ?
 - a. Merah
 - b. Biru
 - c. Hijau
 - d. Kuning
3. Pada anak balita 12 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A warna ?
 - a. Merah
 - b. Biru
 - c. Hijau
 - d. Kuning
4. Setelah melahirkan berapa kapsul vitamin A yang harus dikonsumsi ?
 - a. 4 kapsul
 - b. 3 kapsul
 - c. 2 kapsul
 - d. 1 kapsul
5. Selama hamil ibu akan mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) dari posyandu sebanyak ?
 - a. 90 tablet
 - b. 70 tablet
 - c. 50 tablet
 - d. 30 tablet

MASTER TABEL

no	pendapatan	ket	pendidikan	ket	kadarzi					jumlah	ket	pengetahuan	ket
					I	II	III	IV	V				
1	500.000	rendah	SMP	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	48,38	kurang
2	1.200.000	rendah	SMP	rendah	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	45,16	kurang
3	1.200.000	rendah	SMEA	tinggi	1	1	1	0	1	4	kadarzi	70,96	baik
4	1.500.000	rendah	SMK	tinggi	1	1	1	1	1	5	kadarzi	77,41	baik
5	800.000	rendah	SMA	tinggi	1	1	1	0	1	4	kadarzi	51,61	kurang
6	3.000.000	tinggi	SMA	tinggi	0	1	1	1	1	4	kadarzi	77,41	baik
7	900.000	rendah	SMA	tinggi	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	74,19	baik
8	1.500.000	rendah	SMA	tinggi	1	1	1	1	1	5	kadarzi	65,51	baik
9	700.000	rendah	SMA	tinggi	1	1	1	1	1	5	kadarzi	58,06	kurang
10	3.000.000	tinggi	SMP	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	61,29	baik
11	900.000	rendah	SMP	rendah	1	1	1	0	1	4	kadarzi	61,29	baik
12	6.500.000	tinggi	SMA	tinggi	1	1	1	1	1	5	kadarzi	64,51	baik
13	1.700.000	tinggi	SMA	tinggi	0	1	1	1	1	4	kadarzi	67,74	baik
14	3.500.000	tinggi	S1	tinggi	1	1	1	1	1	5	kadarzi	54,83	kurang
15	700.000	rendah	SMP	rendah	1	1	1	1	1	5	kadarzi	48,38	kurang
16	600.000	rendah	SD	rendah	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	61,29	baik
17	900.000	rendah	SMEA	tinggi	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	77,41	baik
18	1.200.000	rendah	SMA	tinggi	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	70,96	baik
19	1.500.000	rendah	SMP	rendah	1	1	1	0	1	4	kadarzi	70,96	baik
20	3.450.000	tinggi	SMP	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	67,74	baik
21	1.000.000	rendah	SMEA	tinggi	0	1	1	1	1	4	kadarzi	77,41	baik
22	1.250.000	rendah	SMA	tinggi	0	1	1	1	1	4	kadarzi	38,70	kurang
23	700.000	rendah	SMA	tinggi	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	64,51	baik

24	500.000	rendah	SMP	rendah	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	58,06	kurang
25	500.000	rendah	SMK	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	64,51	baik
26	4.600.000	tinggi	SI	tinggi	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	74,19	baik
27	1.200.000	rendah	SMA	rendah	1	1	1	1	1	5	kadarzi	67,74	baik
28	300.000	rendah	SMA	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	35,48	kurang
29	700.000	rendah	SMA	rendah	1	1	1	0	1	4	kadarzi	67,74	baik
30	400.000	rendah	SMA	rendah	0	1	1	1	1	4	kadarzi	61,29	baik
31	600.000	rendah	SMA	rendah	0	1	1	0	1	3	tidak kadarzi	48,38	kurang

Keterangan :

I = ASI Eksklusif

II = MP - ASI

III = Penimbangan Balita

IV = Kapsul Vitamin A

V = Konsumsi Keluarga

CROSSTABS

```

/TABLES=pddkn_ibu pendapatan pengetahuan BY kadarzi
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan ibu * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pendapatan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pengetahuan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

pendidikan ibu * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendidikan ibu	tinggi	Count	16	5	21
		% within pendidikan ibu	76.2%	23.8%	100.0%
	rendah	Count	6	4	10
		% within pendidikan ibu	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendidikan ibu	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.862 ^a	1	.353		
Continuity ...	.255	1	.613		
Likelihood Ratio	.838	1	.360		
Fisher's Exact Test				.417	.302

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Linear-by-Linear Association	.834	1	.361		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pendapatan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendapatan	tinggi	Count	6	1	7
		% within pendapatan	85.7%	14.3%	100.0%
	rendah	Count	16	8	24
		% within pendapatan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendapatan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.954 ^a	1	.329		
Continuity Correction ^b	.254	1	.614		
Likelihood Ratio	1.057	1	.304		
Fisher's Exact Test				.639	.320
Linear-by-Linear Association	.924	1	.337		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pengetahuan	baik	Count	15	6	21
		% within pengetahuan	71.4%	28.6%	100.0%
	kurang	Count	7	3	10
		% within pengetahuan	70.0%	30.0%	100.0%

Crosstab

		kadarzi		Total
		kadarzi	tidak kadarzi	
Total	Count	22	9	31
	% within pengetahuan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.007 ^a	1	.935		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.007	1	.935		
Fisher's Exact Test				1.000	.625
Linear-by-Linear Association	.006	1	.936		
N of Valid Cases ^c	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

FREQUENCIES VARIABLES=pendapatan pengetahuan kadarzi
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Statistics

		pendapatan	pengetahuan	kadarzi
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0

Frequency Table

pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	7	22.6	22.6	22.6
	rendah	24	77.4	77.4	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	21	67.7	67.7	67.7
	kurang	10	32.3	32.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

kadarzi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadarzi	22	71.0	71.0	71.0
	tidak kadarzi	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	21	67.7	67.7	67.7
	kurang	10	32.3	32.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

kadarzi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadarzi	22	71.0	71.0	71.0
	tidak kadarzi	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Crosstab

		kadarzi		Total
		kadarzi	tidak kadarzi	
Total	Count	22	9	31
	% within pengetahuan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.007 ^a	1	.935		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.007	1	.935		
Fisher's Exact Test				1.000	.625
Linear-by-Linear Association	.006	1	.936		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

FREQUENCIES VARIABLES=pendapatan pengetahuan kadarzi
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Statistics

		pendapatan	pengetahuan	kadarzi
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0

Frequency Table

pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	7	22.6	22.6	22.6
	rendah	24	77.4	77.4	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Linear-by-Linear Association	.834	1	.361		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pendapatan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendapatan	tinggi	Count	6	1	7
		% within pendapatan	85.7%	14.3%	100.0%
	rendah	Count	16	8	24
		% within pendapatan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendapatan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.954 ^a	1	.329		
Continuity Correction ^b	.254	1	.614		
Likelihood Ratio	1.057	1	.304		
Fisher's Exact Test				.639	.320
Linear-by-Linear Association	.924	1	.337		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pengetahuan	baik	Count	15	6	21
		% within pengetahuan	71.4%	28.6%	100.0%
	kurang	Count	7	3	10
		% within pengetahuan	70.0%	30.0%	100.0%

CROSSTABS

```

/TABLES=pddkn_ibu pendapatan pengetahuan BY kadarzi
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan ibu * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pendapatan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pengetahuan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

pendidikan ibu * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendidikan ibu	tinggi	Count	16	5	21
		% within pendidikan ibu	76.2%	23.8%	100.0%
	rendah	Count	6	4	10
		% within pendidikan ibu	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendidikan ibu	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.862 ^a	1	.353		
Continuity ...	.255	1	.613		
Likelihood Ratio	.838	1	.360		
Fisher's Exact Test				.417	.302

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	21	67.7	67.7	67.7
	kurang	10	32.3	32.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

kadarzi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadarzi	22	71.0	71.0	71.0
	tidak kadarzi	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Crosstab

		kadarzi		Total
		kadarzi	tidak kadarzi	
Total	Count	22	9	31
	% within pengetahuan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.007 ^a	1	.935	1.000	.625
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.007	1	.935		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.006	1	.936		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

FREQUENCIES VARIABLES=pendapatan pengetahuan kadarzi
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Statistics

		pendapatan	pengetahuan	kadarzi
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0

Frequency Table

pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	7	22.6	22.6	22.6
	rendah	24	77.4	77.4	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Linear-by-Linear Association	.834	1	.361		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pendapatan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendapatan	tinggi	Count	6	1	7
		% within pendapatan	85.7%	14.3%	100.0%
	rendah	Count	16	8	24
		% within pendapatan	66.7%	33.3%	100.0%
Total	Count	22	9	31	
	% within pendapatan	71.0%	29.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.954 ^a	1	.329		
Continuity Correction ^b	.254	1	.614		
Likelihood Ratio	1.057	1	.304		
Fisher's Exact Test				.639	.320
Linear-by-Linear Association	.924	1	.337		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pengetahuan	baik	Count	15	6	21
		% within pengetahuan	71.4%	28.6%	100.0%
	kurang	Count	7	3	10
		% within pengetahuan	70.0%	30.0%	100.0%

CROSSTABS

```

/TABLES=pddkn_ibu pendapatan pengetahuan BY kadarzi
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan ibu * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pendapatan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pengetahuan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

pendidikan ibu * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendidikan ibu	tinggi	Count	16	5	21
		% within pendidikan ibu	76.2%	23.8%	100.0%
	rendah	Count	6	4	10
		% within pendidikan ibu	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendidikan ibu	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.862 ^a	1	.353		
Continuity ...	.255	1	.613		
Likelihood Ratio	.838	1	.360		
Fisher's Exact Test				.417	.302

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	21	67.7	67.7	67.7
	kurang	10	32.3	32.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

kadarzi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadarzi	22	71.0	71.0	71.0
	tidak kadarzi	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Crosstab

		kadarzi		Total
		kadarzi	tidak kadarzi	
Total	Count	22	9	31
	% within pengetahuan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.007 ^a	1	.935		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.007	1	.935		
Fisher's Exact Test				1.000	.625
Linear-by-Linear Association	.006	1	.936		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

```
FREQUENCIES VARIABLES=pendapatan pengetahuan kadarzi
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Statistics

		pendapatan	pengetahuan	kadarzi
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0

Frequency Table

pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	7	22.6	22.6	22.6
	rendah	24	77.4	77.4	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Linear-by-Linear Association	.834	1	.361		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

b. Computed only for a 2x2 table

pendapatan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendapatan	tinggi	Count	6	1	7
		% within pendapatan	85.7%	14.3%	100.0%
	rendah	Count	16	8	24
		% within pendapatan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendapatan	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.954 ^a	1	.329		
Continuity Correction ^b	.254	1	.614		
Likelihood Ratio	1.057	1	.304		
Fisher's Exact Test				.639	.320
Linear-by-Linear Association	.924	1	.337		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pengetahuan	baik	Count	15	6	21
		% within pengetahuan	71.4%	28.6%	100.0%
	kurang	Count	7	3	10
		% within pengetahuan	70.0%	30.0%	100.0%

```
CROSSTABS
  /TABLES=pddkn_ibu pendapatan pengetahuan BY kadarzi
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ
  /CELLS=COUNT ROW
  /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\penelitian_Q\data.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan ibu * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pendapatan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
pengetahuan * kadarzi	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

pendidikan ibu * kadarzi

Crosstab

			kadarzi		Total
			kadarzi	tidak kadarzi	
pendidikan ibu	tinggi	Count	16	5	21
		% within pendidikan ibu	76.2%	23.8%	100.0%
	rendah	Count	6	4	10
		% within pendidikan ibu	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	22	9	31
		% within pendidikan ibu	71.0%	29.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.862 ^a	1	.353		
Continuity ...	.255	1	.613		
Likelihood Ratio	.838	1	.360		
Fisher's Exact Test				.417	.302

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.
b. Computed only for a 2x2 table