FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI PROTEIN (KEP) PADA ANAK BALITA USIA 1-3 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMATA KECAMATAN SOMBA OPU KABUPATEN GOWA TAHUN 2017

S K R I P S I

"Skripsi ini diajukan sebagai syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

Diajukan oleh :

ARDI SIBALI. H
NPM : 20123100002

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS PATRIA ARTHA
MAKASAR

2017

S K R I P S I

FAKTOR-FAKTOR YANG BE NGAN DENGAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI PROTEIN (KEP) PADA ANAK BALITA USIA 1-3 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMATA KECAMATAN SOMBA OPU KABUPATEN GOWA TAHUN 2017

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

ARDI SIBALI. H
NPM : 20123100002

TELAH DISETUJUI

PADA TANGGAL, 30 November 2017

Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
Syaharuddin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes	**Mirnawati, S.Kep.,Ns**

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan

Sainah, S.ST., MM

KATA PENGANTAR



Puji syukur tak terkirakan kepada Allah SWT Sang Maha Pencipta Jagad Raya termegah berkat Rahmat, dan keilmuan yang dicurahkan kepada penulis sehingga dapat menghasilkan Skripsi dipersembahkan dengan judul **"Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Kalori Dan Protein Pada Anak Balita Usia 1-3 Tahun Di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa"**

Olehnya itu, Perkenankanlah pula penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada kedua orang tua ayahanda, dan ibunda, yang senantiasa memberikan doa, moril, materil dan kasih sayang selama ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ita Hartati, AK., MBA. Selaku Ketua Yayasan Universitas Patria Artha Makassar.
2. Bapak Bastian Lubis, SE.,MM. Selaku Rektor Universitas Patria Artha Makassar.
3. Ibu Sainah, S.ST., M.M. Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Patria Artha beserta seluruh stafnya.
4. Ketua Prodi A. Septiana Mulyana, S.Kep., Ns., M.Kes. dan Staf Ilmu Keperawatan Universitas Patria Artha Makassar yang telah memberikan

wawasan dan pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi di almamater tercinta ini.

5. Bapak Syaharuddin, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Pembimbing I dan Ibu Mirnawati, S.Kep., Ns. Yang penuh dengan kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
6. Keluarga besar Mahasiswa Fakuftas llmu Keperawatan Universitas Patria Artha Makassar angkatan kedua 2012

Akhirnya Skripsi ini dapat bermanfaat bagr pengembangan ilmu keperawatan dan semoga kebaikan serts bantuan yang telah diberikan kepada penulis akan diberikan balasan yang setimpal oleh Tuhan Yang nnha Esa.

Perulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Proposal ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat

penulis harapkan sehingga karya ini dapat mencapai hasil yang optimal untuk pengembangan ilmu keperawaatan.

Gowa, Juni 2017

Penulis

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ARDI SIBALI.H

NPM : 20123100002

Tempat/tanggal Lahir : Jeneponto,28 Oktober 1997

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengran kejadian Kurang Energi Protein (KEP) Pada Anak Balita Usia 1 – 3 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

Menyatakan bahwa skripsi ini benar karya saya, jika suatu hari terbukti bahwa skripsi ini hasil plagiat, maka saya bersedia ditututt dimuka Pengadilan dan bersedia menanggung resiko hukum yang ditimbukan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat sesadar-sadrnya sebagai tanggung jawa akademik untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 10 Januari 2018

Yang Membuat Pemyataan

ARDI SIBALI.H

ABSTRAK

ABDI SIBALIH 2017. FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI PROTEIN (KEP) PADA ANAK BALITA USIA 1-3 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMATA KECAMATAN SOMBA OPU KABUPATEN GOWA (Dibimbing oleh **Ns. Syahruddin** dan **Ns. Mirnawati**)

Anak balita merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi setiap kilogram berat badannya. Anak balita ini juga merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat Kekurangan Energi Protein (KEP) yang merupakan keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Faktor-faktor yang berpengaruh terjadinya Kekurangan Energi Protein (KEP) pada balita yaitu kandungan makanan, pola asuh dan status ekonomi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein pada anak balita usia 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskripsi korelasiaonal dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian 30 anak balita usia 1-3 tahun wilayah kerja Puskesmas Samata.

Analisis data uji statistik alternatif fisher's exact test dengan bantuan program SPSS 16.0 menunjukkan bahwa ada hubungan kandungan makanan (p = 0,001), dan Status Ekonomi (p = 0,000) terhadap kejadian kekurangan Kekurangan Energi Protein pada anak balita usia l-3 tahun sedangkan tidak ada hubungan pola asuh dengan Kekurangan Energi Protein pada anak balita usia 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata dengan (p = 0,14) yang artinya Ha ditolak dan Ho diterima.

Kesimpulan dan Saran : Perlu adanya program Puskesmas dalam pemberian makanan pendamping ASI bagi balita yang terkena KEP. Bagi orang tua yang mempunyai balita dengan status gizi KEP dapat memperbaiki dan meningkatkan

status gizi yang diberikan kepada balita untuk mengurangi angka kejadian KEP balita karena usia balita adalah usia yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia.

Kata Kunci : **Kandungan Makanan, Pola asuh, Status Ekonomi, Kekurangan Energi Protein**,

ABSTRACT

ARDI SIBALI.H 2017. RELATED FACTORS WITH PROTEIN ENERGY DEFENSE (CHEER) IN CHILDREN AGE I-3 YEARS IN WORKING REGION PUSKESMAS SUB DISTRICT SOMBA OPU DISTRICT GOWA (Guided by **Ns. Syahruddin** and **Ns.Mirnawati**).

Toddlers are a group that exhibits rapid body growth, so it requires high nutrients every kilogram of body weight. This toddler is also the age group that most often suffers from lack of Protein Energy (KEP) which is a state of malnutrition caused by low consumption of energy and protein in the daily diet and / or disorder of certain diseases so as not to meet Nutrition Adequacy (AKG). Factors that influence the occurrence of Protein Energy Deficiency (KEP) in toddler that is food content, parenting and economic status. The purpose of this study was to determine the factors associated with the occurrence of protein energy deficiency in children aged l-3 years in the working area of Samata Community Health Center.

The method used in this research is the correlation of correlation with cross sectional approach. The sampling technique uses accidental sampling. The number of samples in the study of 30 children aged 1-3 years working area of Samata Community Heatth Center.

Analysis of alternative fisher's exact test statistic data with the help of SPSS 16.0 program showed that there was a relation between food content (p = 0,001), and Economic Status (p = 0,000) to the deficiency of Protein Energy Deficiency in children aged l-3 years while none the relationship of parenting pattern with Protein Energy Deficiency in childrcn aged l-3 years in Samata Community Health Center with (p = 0,14) which means Ha rejected and Ho accepted.

Conclusion and Suggestion. The need for Puskesmas program in the provision of complementary feeding for infants affected by KEP. For parents who have a toddler with nutritional status KEP can improve and improve the

nutritional status given to toddlers to reduce the incidence of PEM because under five age is the age that can affect human growth and development.

Keywords : Food Content, Foster Pattern, Economic Status, Protein Energy Deficiency.

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

KATA PENGANTAR iii

DAFTAR ISI vi

DAFTAR LAMPIRAN viii

DAFTAR SINGKATAN ix

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 5

C. Tujuan Penelitian 5

D. Manfaat Penelitian..... 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7

A. Landasan Teori 7

1. Tinjauan Umum Tentang Kalori dan Protein 7
2. Tinjauan Umum Tentang Kurang Energi Protein 12
3. Tinjauan Umum Tentang Kandungan Makanan 33
4. Tinjauan Umum Tentang Pola Asuh 36
5. Tinjauan Umum Tentang Sosial Ekonomi 39
B. Kerangka Konsep 42
C. Identifikasi Variabel 43
D. Definisi Operasional Kriteria Objektif 43
E. Hipotesis Penelitian 45
BAB III METODE PENELITIAN 47
A. Jenis dan Desain Penelitin 47
B. Tempat dan Waktu Penelitian 47
C. Jenis dan Sumber Data 47
D. Populasi dan Sampel 48
E. Instrument Penelitian 50
F. Langkah Pengolahan Data 51
G. Pengujian Hipotesis 53
H. Etika Penelitian 53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 55
A. Hasil 55
B. Pembahasan 64
BAB V PENUTUP 77

A. Kesimpulan 77

B. Saran 77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Anjuran makanan sehari untuk berbagai golongan

Tabel 2.2 : Pengaturan pemberian makanan pada balita menurut umur

Tabel 2.3 : kecukupan gizi rata-rata pada anak pra sekolah

Tabel 4.1 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.2 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan Usia

Tabel 4.3 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan orang tua

Tabel 4.4 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan

Tabel 4.5 : Distribusi frekuensi responden terhadap kandungan makanan

Tabel 4.6 : Distribusi frekuensi responden terhadap pola asuh

Tabel 4.7 : Distribusi frekuensi responden terhadap status ekonomi

Tabel 4.8 : Distribusi frekuensi responden terhadap kekurangan energi protein

Tabel 4.9 : Hubungan Kandungan Makanan dengan kekurangan energi protein

Tabel 4.10 : Hubungan pola asuh dengan kekurangan energi protein

Tabel 4.11 : Hubungan status ekonomi dengan kekurangan energi protein

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3 : Lembar Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 : Surat Pengambilan Data Awal

Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 6 : Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas Samata

Lampiran 7 : Hasil SPSS

Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian

Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: *World Health Organization*
DEPKES	: Departemen Kesehatan
AKG	: Angka Kecukupan Gizi
KTI	: Kawasan Timur Indonesia
NTB	: Nusa Tenggara Barat
PSAA	: Panti Sosial Asuhan Anak
KKP	: Kekurangan Kalori Protein
KEP	: Kekurangan Energi Protein
UNICEF	: Unite Nation Childrens's Fund
RDA	: *Recommended Dietary Allowances*
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
Gr	: Gram

KgBB	: Kilogram Berat Badan
UMR	: Upah Minimum Regional
UMP	: Upah Minimum Propinsi
UMK	: Upah Minimum Kabupaten
ASI	: Air Susu Ibu
KMS	: Kartu Menuju Sehat
BGM	: Bawah Garis Merah
MP-ASI	: Makanan Pendamping “Air Susu Ibu”
Disnaker	: Dinas Tenaga Kerja
KHL	: Kehidupan Hidup Layak

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO,20l2) Gizi adalah pilar dari kesehatan dan kesejahteraan sepanjang siklus kehidupan. Sejak janin dalam kandungan, bayi, balita anak, remaja, dewasa dan lanjut usia, makanan yang memenuhi syarat gizi merupakan kebutuhan utama untuk pertahanan hidup, pertumbuhan fisik, perkembangan mental, prestasi kerja, kesehatan dan kesejatraaan (Soekirman, 2012). Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikomsurnsi secara normal rnelalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ-organ tubuh, serta menghasilkan energi (Supariasa, 2013).

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan dimulai sejak dalam kandungan, bayi, anak, remaja, dewasa dan lanjut usia. Periode dua tahun pertama merupakan masa krisis karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat besar. Gangguan gizi terjadi diperiode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan pada masa selanjutnya terpenuhi. Kekurangan gizi baik makro maupun mikro juga dapat menyebabkan hambatan perkembangan fisik dan kecerdasan, di samping penurunan daya tahan tubuh, sehingga terjadi infeksi meningkat (Nana, 2012).

Penyebab kasus gizi buruk di indonesia tampaknya masalah ekonomi dan kekurangan pengetahuan. Kemiskinan memicu kasus gizi buruk, kemiskinan dan ketidak mampuan orang tua menyediakan makanan bergizi menjadi penyebab meningkatnya kasus gizi buruk di lndonesia dan aspek sosial budaya menyebabkan tindakan yang tidak menunjukkan tercapainya gizi yang memadai untuk anak, seperti adanya kebiasaan/pantangan yang merugikan (Badan Perencanaan Nasional 2013).

WHO memperkirakan bahwa 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk. Sementara masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak. Dari data Depkes tahun 2015-2016 jurnlah anak 6-12 tahun yang terkena gizi buruk melonjak dari 1,8 juta anak menjadi 2,3 juta anak. Dalam kurung waktu, lebih dari 5 juta anak usia 6-12 tahun menderita gizi kurang. Dari seluruh korban gizi buruk dan gizi kurang itu sekitar 10% berakhir dengan kematian. Bisa dibayangkan pada tahun 2017 hingga kini penomena gizi buruk di tanah air juga biasa dipahami kenaikan harga Sembako yang lepas kendali dan lemahnya daya beli masyarakat kecil (Depkes. 2017). Prevalensi anak kurang gizi secara nasional sebesar 18,49% pada tahun 2007, dan pada tahun 2010 prevalensinya turun menjadi l7,9% atau sekitar 900 ribu adalah gizi buruk yang terbesar diberbagai desa, kabupaten dan kecamatan (Supariasa, 2013).

Hasil Riskesdas 2014 menunjukkan 40,6% penduduk mengonsumsi makanan dibawah kebutuhan minirnal (kurang dari 70% dari Angka

Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan tahun 2017. Berdasarkan kelompok umur dijumpai 24,4% Balita, 41,2% anak usia sekolah, 54,5% remaja, 40.2 % Dewasa, serta 44,2% ibu hamil mengonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal.

Dari 19 Provinsi mempunyai prevalensi gizi kurang dan buruk diatas prevalensi nasional dengan konsumsi <70% AKG adalah NTB 46,6%, Sulsel 25% dan terendah adalah provinsi Bengkulu 23,7%. sedangkan 3 Kabupaten/kota dengan prevalensi gizi kurang dan buruk salah satunya adalah Kabupaten Gowa (RisKesDas,2017). Persentase anak balita di Sulawesi Selatan terutama di kabupaten Gowa yang mempunyai risiko gizi kurang besar 17,5% dan angka Nasional. Hul ini menunjukkan bahwa Kawasan Timur Indonesia (KTI) masih memerlukan perhatian yang lebih besar dalam upaya peningkatan gizi masyarakat. Jenis dan besaran masalah gizi terutama dalam hal kekurangan Kalori dan protein di Indonesia tahun 2012-2016 menunjukkan 2 juta, anak balita menderita kekurangan kalori protein (Depkes, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan oreh Nana (21012) menunjukkan proporsi balita yang mengalami KKP adalah 54,2% yang dipengaruhi oleh factor asupan makanan, penyakit infeksi, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dari penjelasan di atas bahwa, perjalanan hidup seorang anak tidak selamanya berjalan dengan baik. Beberapa anak dihadapkan pada pilihan yang sulit bahwa anak harus berpisah dari keluarganya karena sesuatu alasan, seperti

menjadi yatim, piatu bahkan yatim piatu, tidak mampu dan terlantar. Dalam memecahkan masalah keterlantaran anak maka diperlukan lembaga pengganti fungsi orang tua yang merniliki peran dan posisi sejenis melalui pemerintah dan salah satunya Panti Sosial Asuhan Anak (PSAA).

Faktor- faktor yang berpengaruh terjadinya Kekurangan Kalori protein (KKP) pada balita dapat digolongkan kedalam penyebab langsung dan penyebab tidak langsung (UNICEF, 2010). Penyebab langsung kekurangan gizi ada 2 yaitu konsumsi makanan yang tidak mencukupi kebutuhan sehingga tubuh mengalarni kekurangan gizi dan Keadaan kesehatan. Hal ini biasanva berkaitan dengan penyakit-penyakit infeksi yang mengganggu pencernaan maupun penyerapan zat gizi dalam tubuh.

Penyebab langsung ini juga dipengaruhi oreh faktor lain yang merupakan penyebab tidak langsung dan sangat berperan dalam membentuk keadaan kurang gizi. Penyebab tidak langsung antara lain adalah pengetahuan. pendidikan orang tua, kondisi socsial ekonomi keluarga yang rendah, pola konsumsi yang kurang baik, persediaan pangan yang tidak cukup, umur, jenis kelamin, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit di jangkau. (Ball et al 2012). Berdasarkan data yang diperoleh di puskesmas samata, didapatkan sejumlah anak yang berusia 1 sampai dengan 3 tahun mulai pada bulan mei 2017 sebanyak 2192 anak laki-laki dan 1737 anak perempuan dari enam kelurahan yang mengalami kekurangan kalori protein sebanyak 30 balita (RM.Puskesmas Samata Kec.Somba Opu Kab.Gowa). Dimana ditemukan

jumlah status gizi anak atau berat badan anak tidak sesuai dengan umur 1-3 tahun. Alasan penelitian ini di lakukan karena peneliti ingin mengetahui penyebab langsung kejadian Kekurangan Kalori dan Protein (KKP), yang terjadi akibat ketidakseimbangan gizi dalam makanan yang dikonsumsi serta faktor kesediaan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian tersebut.

Dari uraian permasalahan diatas maka peneliti tertarik mengangkat judul tentang: "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Kalori Dan Protein Pada Anak Balita Usia L-3 Tahun Di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa".

B. Rumusan Masalah

Faktor-taktor apakah yang berhubungan dengan kejadian kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita usia l-3 tahun di puskesmas samata kecamatan somba opu kabupaten gowa?

C. Tujuan Peneliti

1. Tujuan Umum

Diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita usia l-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

2. Tujuan Khusus

I

p Diketahuinya hubungan kandungan makanan dengan kejadian Kekurangan Energi dan protein (KEp) pada anak barita usia 1-3 tahun di Puskesmas samata Kecamatan Sornba opu Kabupaten Gowa

B. Rumusan Masalah

Faktor-taktor apakah yang berhubungan dengan kejadian kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita usia l-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita usia l-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

2. Tujuan Khusus

   a. Diidentifikasinya penderita KEP pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Gowa.

   b. Diketahuinya hubungan kandungan makanan dengan kejadian Kekurangan Energi dan protein (KEP) pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas samata Kecamatan Somba opu Kabupaten Gowa.

c. Diketahuinya hubungan pola asuh dengan kejadian kekurangan kalori dan protein (KKP) pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas samata Kecamatan Somba opu Kabupaten Gowa.

d. Diketahuinya hubungan ekonomi dengan kejadian Kekurangan Energi dan Protein (KEP) pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas samata Kecamatan Somba opu Kabupaten Gowa.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi pelayanan Keperawatan.

   Sebagai salah satu sumber informasi dan pengetahuan tentang kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita usia l-3 tahun.

2. Manfaat bagi Perkembangan Keperawatan

   Dengan diketahuinya tentang gambaran konsumsi makanan pada anak usia 1-3 tahun maka akan menjadi sumbangan informasi untuk ilmu pengetahuan. Khususnya pada anak yang menderita penyakit gizi kurang.

3. Manfaat bagi peneliti

   Merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Tinjauan Umum Tentang Kalori dan Protein

a. Definisi

Kebutuhan gizi adalah jumlah zat gizi minimal yang diperlukan seseorang untuk hidup sehat. Kebutuhan zat gizi masing-masing orang berbeda, salah satunya karena faktor genetika. Kegunaan perhitungan kebutuhan gizi adalah sebagai baku evaluasi konsumsi pangan dan gizi, perencanaan menu atau konsumsi pangan, perencanaan produksi dan ketersediaan pangan. Sedangkan kecukupan gizi yang dianjurkan (*recomntended dietary allowances!* RDA) adalah jurnlah zat gizi yang diperlukan seseorang atau rata-rata kelompok orang agar hampir semua orang dapat hidup sehat.

Kebutuhan gizi seseorang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1) Pertumbuhan

Pertumbuhan ditandai dengan bertambahnya materi penyusun badan dan bagian-bagiannya. Fase ini dimulai dari kandungan sampai usia dewasa muda. Laju pertumbuhan tercepat terjadi sebelum kelahiran dan sewaktu bayi. Keperluan tubuh akan zat gizi esensial pada waktu bayi lebih utama dibandingkan dengan masa lain selama kehidupan.

Pertumbuhan berikutnya adalah masa kanak-kanak. Pada usia ini kegiatan fisik mulai meningkat. Kekurangan zat gtzi pada dua masa ini akan menimbulkan gangguan pertumbuhan fisik dan mental. Kebutuhan zat gizi dan energi menjadi bervariasi seiring dengan laju pertumbuhan. Sampai masa remaja, kebutuhan zat gizi sangat penting untuk perkembangan tubuh, seperti terbentuknya tulang dan otot yang kuat, simpanan lernak yang cukup untuk melindungi tubuh dan organnya, kulit yang sehat, rambut yang mengkilap, serta gigi yang sehat.

2) Umur

Semakin tua umur manusia maka kebutuhan energi dan zat-zat gizi semakin sedikit. Pada usia dewasa, zat gizi diperlukan untuk penggantian jaringan tubuh yang rusak, meliputi perombakan dan pernbentukan sel. Pada masa ini aktivitas fisik mulai meningkat yaitu untuk melakukan pekerjaan atau bekerja.

3) Jenis Kegiatan Fisik

Makin banyak aktivitas fisik yang dikerjakan maka makin banyak energi yang diperlukan. Untuk melakukan aktifitas fisik yang sama, orang yang berbadan besar membutuhkan energi yang lebih banyak dari pada orang yang berbadan kecil. Akan tetapi, aktifitas fisik lebih berpengaruh terhadap pengeluaran energi dari pada perbedaan ukuran tubuh.

4) Keadaan Sakit dan Penyembuhan

Pada keadaan sakit terjadi perombakan protein tubuh.oleh karena itu, agar kondisi tubuh kembali normal maka pada periode penyernbuhan diperlukan peningkatan konsumsi protein. Kondisi sakit tidak saja memerlukan peningkatan konsumsi protein, tetapi juga peningkatan zat-zat gizi lain sepertia air, vitamin, mineral, karbohidrat, dan lemak (Ramadani, 2011).

b. Pola Menu Sehari Menurut Kandungan

Seseorang dapat menyusun menu sehari yang seimbang dengan menggunakan daftar pola menu sehari menurut kandungan energi yang diucapkan dalam jumlah penukar sebagaimana dapat dilihat pada tabel. Pola ini menunjukkan jumlah penukar dari tiap golongan bahan makanan yang perlu dimakan sehari sesuai dengan kebutuhan energi rata-ratanya sehari. Dengan menggunakan berbagai jenis bahan makanan dalam tiap golongan bahan makanan sesuai jumlah penukar yang tercantum dalam tabel, dapat dijamin bahwa menu yang disusun seimbang dalam semua zat gizi dan bervariasi (Almarsier, 2013).

Tabel. 2.1
Anjuran Makan Sehari Untuk Berbagai Golongan

Golongan Umur	Nasi	Lauk Pauk		Sayur	Buah	Susu
		Hewani	Nabati			
Anak						
1-3 Tahun	3 p	2 pt	3 pt	1 mk	1 pt	½ g
4-6 Tahun	6 p	6 pt	2 pt	1½ mk	2 pt	½ g

7-9 Tahun	6 p	6 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	1 g
Laki-Laki Remaja						
10-12 Tahun	8½ p	2 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-
13-15 Tahun	8 p	3 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-
16-19 Tahun	10 p	3 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-
Wanita Remaja						
10-12 Tahun	8 p	2 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-
13-15 Tahun	7 p	3 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-
16-19 Tahun	7 p	3 pt	3 pt	1½ mk	2 pt	-

c. Bentuk-Bentuk Pemberian Kalori

1) Karbohidrat: karbohidrat merupakan sumber energy yang penting. Setiap gram karbohidrat menghasilkan kurang lebih 4 kalori. Asupan karbohidrat di dalam diit sebaiknya berkisar 50%-60% dari kebutuhan kalori (Ramadani, 2011).
2) Lemak: komponen lemak dapat diberikan dalam bentuk nutrisi enteral maupun parenteral sebagai emulsi lemak. Pemberian lemak dapat mencapai 20%-40% dari total kebutuhan. Satu gram lemak menghasilkan 9 kalori. Lemak memiliki fungsi antara lain sebagai sumber energi, membantu absorbsi vitamin yang larut dalam lemak, menyediakan asam lemak esensial, membantu dan melindungi organ-organ internal, membantu regulasi suhu tubuh dan melumasi jaringan-jaringan tubuh (Ramadani, 2011).

3) Protein (Asam Amino) : kebutuhan protein adalah 0,8 gr/kgbb/hari atau kurang lebih 10% dari total kebutuhan kalori. Namun selama sakit kritis kebutuhan protein meningkat menjadi 1,2-1,5 gr/kgbb/hari. Pada beberapa penyakit tertentu, asupan protein harus dikontrol, misalnya kegagalan hati akut dan pasien uremia, asupan protein dibatasi sebesar 0,5 gr/kgbb/hari(Wiryana,2007). Setiati, 2000 juga berpendapat, kebutuhan protein untuk BBLR 2,0 - 2,5 gr/kgbb/hari, bayi 2,5 - 3,0 g/kgbb/hari, anak 1,5-2,5 g/kgbb/hari (Ramadani, 2011).

d. Daftar Bahan Makanan Penukar

Dalam bahasa baku, menu ialah susunan bermacam makanan yang dihidangkan. Makanan disini tidak terbatas hanya pada sesuatu yang dimakan, tetapi juga sesuatu yang diminum. Lalu pengertian Daftar Bahan Makanan Penukar ialah Daftar yang membuat bahan-bahan makanan dalam jumlah tertentu dengan kandungan gizi yang kurang lebih sama sehingga bisa disaling tukarkan satu macam bahan makanan dengan yang lainnya. Adanya Daftar Bahan Makanan Penukar digunakan untuk memudahkan penyusunan menu yang bervariasi dan bergizi dengan mengelompokkan bahan makanan berdasarkan peranannya dalam pola menu makanan seimbang dan zat gizi yang dikandungnya. Daftar ini pertarna kali disusun di Indonesia pada tahun 1972 oleh Persatuan Ahli Gizi Indonesia dan Bagian Gizi Rurnah sakit

Dr. cipto Mangunkusumo. Bahan makanan dibagi ke dalam delapan golongan yaitu: Bahan makanan sumber karbohidrat, Bahan makanan sumber protein hewani, Bahan makanan sumber protein nabati, Sayuran, Buah-buahan, Susu, Gula.

2. Tinjauan Umum Tentang Kurang Energi Protein

a. Pengertian

Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya komsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit-penyakit tertentu. Anak tersebut Kurang Energi Protein (KEP) apabila berat badanya kurang dari 80% indek berat badan/umur baku standar, WHO-NCHS, (DEPKES RI,2013).

Kurang Energi Protein (KEP) yaitu seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Grzi (AKG). Kurang energy protein merupakan keadaan kurang gizi yang disebakan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalarn makanan sehari-hari sehingga tidak rnemenuhi Angka Kecukupan Gizi (Depkes 2013). KEP itu sendiri dapat digolongkan rnenjadi KEP tanpa gejala klinis dan KEP dengan gejala klinis. Secara garis besar tanda klinis berat dari KEP adalah Marasmus, Kwashiorkor, dan Marasmus-Kwashiorkor. Sedangkan

menurut Jellife (2012) dalam Supariasa, I.D.Nyoman (2014) dikatakan bahwa KEP merupakan istilah umum yang meliputi malnutrition, yaitu gizi kurang dan gizi buruk termasuk marasmus dan kwashiorkor.

KEP merupakan salah satu penyakit gangguan gizi yang disebabkan oleh kekurangan energi maupun protein dalam proporsi yang berbeda-beda, pada derajat yang ringan sampai berat.

Beberapa pengertian Kurang Energi Protein (KEP) :

1) KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks berat badan menurut (BB/U) baku WHO-NCHS.
2) Istilah Kurang Energi Protein (KEP) digunakan untuk menggambarkan kondisi klinik berspektrum luas yang berkisar antara sedang sampai berat. KEP yang berat memperlihatkan gambaran yang pasti dan benar (tidak mungkin salah) artinya pasien hanya berbentuk kulit pembungkus tulang, dan bila berjalan bagaikan tengkorak (Daldiyono dan Thaha, 1998).
3) KEP adalah gizi buruk yang merupakan suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokleran. Gizi buruk itu sendiri adalah bentuk terparah (akut) dari proses

terjadinya kekurangan gizi menahun atau kekurangan gizi tingkat berat. Gizi buruk yang disertai dengan tanda-tanda klinis disebut marasmus, kwashiorkor dan kombinasi marasmus kwashiorkor (Soekirman, 2013).

4) KEP terjadi manakala kebutuhan tubuh akan kalori dan protein atau keduanya tidak tercukupi oleh diet. Kedua bentuk defisiensi ini tidak jarang berjalan bersisian, rneskipun sarah satu lebih dominan ketimbang yang lain.

Almatsier (2014)mengatakan KEP adalah sindroma gabungan antara dua jenis kekurangan energi dan protein, dimana sindroma ini merupakan salah satu masalah gizi di Indonesia. Beberapa tipe Kurang Energr Protein (KEP) dapat disebutkan, bahwa KEP atau gizi buruk pada tingkat ringan atau sedang, belum menunjukkan gejala sakit. Masih seperti anak-anak lain, masih bermain dan sebagainya, tetapi bila diamati dengan seksama badannya mulai kurus. Sedangkan bagi KEP yang tingkat berat yang disertai dengan gejala klinis disebut marasmus atau kwashiorkor, dimasyarakat lebih dikenal sebagai "busung lapar".

Jika kondisi KEP cukup berat dikenal dengan istilah marasmus dan kwashiorkor, masing-masing dengan gejala yang khas, dengan kwashiorkor dan marasmik ditengah-tengahnya. pada semua derajat maupun tipe KEP ini terdapat gangguan pertumbuhan disamping gejala-gejala klinis maupun biokimiawi yang khas bagi tipenya.

Klasifikasi KEP digunakan untuk menentukan prevalensi KEP disuatu daerah dengan melihat derajat beratnya KEP, hingga dapat ditentukan persentase gizi kurang dan berat di daerah tersebut (Pujiadi, 2015).

b. Etiologi KEP

Penyebab langsung dari KEP adalah defisiensi kalori maupun protein dengan berbagai gejala-gejala. Sedangkan penyebab tidak langsung KEP sangat banyak sehingga penyakit ini sering disebut juga dengan kausa multifaktorial. Salah satu penyebabnya adalah keterkaitan dengan waktu pemberian Air Susu ibu (ASI) dan makanan tambahan setelah disapih. Selain itu, KEP merupakan penyakit lingkungan, karena adanya beberapa faktor yang bersama-sama berinteraksi menjadi penyebab tirnbulnya penyakit ini, antara lain yaitu faktor diet, faktor sosial, kepadatan penduduk, infeksi, kemiskinan, dan lain-lain. Peran diet menurut konsep klasik terdiri dari dua konsep. Pertama yaitu diet yang mengandung cukup energy, tetapi kurang protein akan menyebabkan anak menjadi penderita kwashiorkor, sedangkan konsep yang kedua adalah diet kurang energy walaupun zat gizi (esensial) seimbang akan menyebabkan marasmus. Peran faktor sosial. seperti pantangan untuk menggunakan bahan makanan tertentu yang sudah turun temurun dapat mempengaruhi terjadinya KEP. Ada pantangan yang berdasarkan agama, tetapi ada juga pantangan yang berdasarkan tradisi yang sudah turun temurun, tetapi kalau pantangan tersebut

berdasarkan agama, maka akan sulit untuk diatasi. Jika pantangan berdasarkan pada kebiasaan atau tradisi, maka dengan pendidikan gizi yang baik dan dilakukan dengan terus-menerus hal ini akan dapat diatasi. KEP pada dasarnya sangat ditentukan oleh 2 faktor. Faktor-faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi terjadinya KEP pada balita adalah makanan dan ada atau tidaknya penyakit infeksi. Kedua faktor ini dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas makanan yang dimakan oleh seorang anak, antara lain ditentukan oleh beberapa faktor penyebab tidak langsung, yartu:

a) zat-zat gizi yang terkandung di dalam makanan
b) daya beli keluarga, meliputi penghasilan, harga bahan makanan dan pengeluaran keluarga untuk kebutuhan lain selain makanan
c) kepercayaan ibu tentang makanan serta kesehatan
d) ada atau tidaknya pemeliharaan kesehatan termasuk kebersihan
e) f'enomena sosial dan keadaan lingkungan.

Menurut Departemen Kesehatan RI 2015 dalam tata buku pedoman Tata Laksana KEP pada anak di puskesmas dan di rumah tangga, KEP berdasarkan gejala klinis ada 3 tipe yaitu KEP ringan, sedang, dan berat (gizi buruk). Untuk KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang ditemukan hanya anak tampak kurus. Gejara klinis KEP berat/gizi buruk secara garis besar dapat dibedakan sebagai marasmus, kwashiorkor dan marasmus-kwashiorkor. Salah satu sebab yang

mengakibatkan terjadinya marasmus adalah kehamilan berturut-turut dengan jarak kehamilan yang masih terlalu dini. Selain itu marasmus juga disebabkan karena pemberian makanan tambahan yang tidak terpelihara kebersihannya serta susu buatan yang terlalu encer dan jumlahnya tidak mencukupi karena keterbatasan biaya, sehingga kandungan protein dan kalori pada makanan anak menjadi rendah. Keadaan perumahan dan lingkungan yang kurang sehat juga dapat menyebabkan penyajian yang kurang sehat dan kurang bersih. Demikian juga dengan penyakit infeksi terutama saluran pencernaan. Pada keadaan lingkungan yang kurang sehat, dapat terjadi infeksi yang berulang sehingga menyebabkan anak kehilangan cairan tubuh dan zat-zat gizi sehingga anak menjadi kurus serta turun berat badannya.

Kwashiorkor dapat ditemukan pada anak-anak yang setelah mendapatkan ASI dalam jangka waktu lama, kemudian disapih dan langsung diberikan makan seperti anggota keluarga yang lain. Makanan yang diberikan pada umumnya rendah protein. Kebiasaan makan yang kurang baik dan diperkuat dengan adanya tabu seperti anak-anak dilarang makan ikan dan memprioritaskan makanan sumber protein hewani bagi anggota keluarga laki-laki yang lebih tua dapat menyebabkan terjadinya kwashiorkor. Selain itu tingkat pendidikan orang tua yang rendah dapat juga mengakibatkan terjadinya

kwashiorkor karena berhubungan dengan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi yang rendah.

Menurut Ngastiyah, 2012 t-aktor-tbktor penyebab kurang energi protein dibagi menjadi dua, yaitu :

1) Primer
    a) Susunan makanan yang salah
    b) Penyedia makanan yang kurang baik
    c) Kemiskinan
    d) Ketidaktahuan tentang nutrisi
    e) Kebiasan makan yang salah.
2) Sekunder
    a) Gangguan pencernaan (seperti malabsorbsi, gizi tidak baik, kelainan struktur saluran).
    b) Gangguan psikologis.

Penyebab langsung adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat rnenderita kurang gizi/gizi buruk.

Penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan tingkat keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga (*household food Security*) adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan, adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan. Ketiga faktor penyebab tidak langsung saling berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterarnpilan kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, demikian juga sebaliknya.

Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan (baik dari hasil produksi sendiri maupun dari pasar atau sumber lain), harga pangan dan daya beli keluarga, sertaa pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Sebagai contoh, air susu ibu (ASI) adalah makanan bayi

utama yang seharusnya tersedia di setiap keluarga yang mempunyai bayi. Makanan ini seharusnya dapat dihasilkan oleh keluarga tersebut sehingga tidak perlu dibeli. Namun tidak semua keluarga dapat memberikan ASI kepada bayinya oleh karena berbagai masalah yang dialami ibu. Akibatnya, bayi tidak diberikan ASI atau diberi ASI dalam jumlah yang tidak cukup sehingga harus diberikan tambahan makanan pendarnping ASI (MP-ASI). Timbul masalah apabila oleh berbagai sebab, misalnya kurangnya pengetahuan dan atau kemampuan, MP-ASI yang diberikan tidak memenuhi persyaratan. Dalam keadaan demikian, dapat dikatakan ketahanan pangan keluarga ini rawan karena tidak mampu memberikan makanan yang baik bagi bayinya sehingga berisiko tinggi rnenderita gizi buruk.

Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau dimasyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak.

Pelayanan kesehatan, adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan

kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit, dan pesediaan air bersih. Tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak.

Berbagai faktor langsung dan tidak langsung penyebab gizi kurang, berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah di masyarakat antara lain berupa ketidakberdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah kerawanan ketahanan pangan keluarga, ketidaktahuan pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

c. Jenis-Jenis Kekurangan Energi Protein (KEP)

1) Kwashiorkor

Kwashiorkor merupakan keadaan kekurangan nutrisi terutama kekurangan protein. umumnya keadaan ini terjadi akibat kurangnya asupan gizi yang sering terjadi di negara berkembang atau pada daerah yang mengalami embargo politik. Daerah yang sangat terpencil juga merupakan salah satu faktor terjadinya kondisi

kwashiorkor. Individu yang mengalami kwashiorkor dapat mengalam berbagai macam manifestasi atau gejala antara lain: penurunan berat badan, penurunan massa otot, diare, lemah lesu, perut buncit, bengkak pada tungkai, perubahan warna rambut, dan lain-lain. Seperti yang kita ketahui protein berfungsi dalarn pembentukan enzim-enzim penting dalam tubuh. Kurangnya protein mengakibatkan kurangnya enzirn tersebut. pada anak kecil seringkali terjadi intoleransi laktosa akibat enzim pencernaan yang kurang dan hal ini mengakibatkan terjadinya diare pada anak-anak kurang energi protein.

Pada individu yang mengalami keadaan ini, pemberian makanan haruslah dilakukan.secara bertahap. zat makanan pertama yang perlu diberikan adalah karbohidrat karena karbohidrat merupakan sumber utama pembentukan energi oleh tubuh. Setelah itu barulah lemak dan protein diberikan. penatalaksanaan yang baik akan rnenyelamatkan nyawa anak tersebut namun efek gangguan perkembangan anak yang telah terjadi belum tentu akan pulih dan umumnya akan menetap. Keadaan kwashiorkor merupakan suatu keadaan bahaya yang dapat menyebabkan kematian oleh karena itu usaha promotif dan preventif adalah yang utama. Pencegahan agar anak terhindar dari kwashiorkor adalah cukup mudah, tidak perlu ada obat-obatan yang wajib dikonsumsi. Pemberian makanan dengan

komposisi yang baik sudah dapat "menjamin" bahwa anak tersebut tidak akan jatuh ke keadaan kwashiorkor. Karbohidrat harus merupakan sumber energi yang utama selain lemak (10% asupan), dan protein (12%).

2) Marasmus

Kekurangan energi marasmus merupakan suatu keadaan kekurangan energi protein akibat rendahnya asupan karbohidrat. Keadaan ini acapkali ditemukan dan angka kejadiannya mencapai 49% pada kurang lebih 10 juta anak di bawah 5 tahun yang mengalami kematian di negara berkembang, sedangkan di negara maju angka kejadiannya tidak begitu tinggi.

Adanya kondisi fisik yang tidak baik merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kekurangan karbohidrat pada anak-anak. Kondisi fisik tersebut antara lain adalah penyakit jantung bawaan, retardasi mental, penyakit kanker, infeksi kronis, keadaan yang mengharuskan anak dirawat lama di rumah sakit. Anak akan tampak lesu dan tidak bersemangat, diare kronis, berat badan tidak bertambah. Pemeriksaan untuk mengetahui apakah anak menderita marasmus dapat dilakukan melalui pengukuran tebal lipat lemak pada lengan atas, perut. Pemeriksaan ini memiliki keterbatasan karena rata-rata anak berusia di bawah 5 tahun memiliki tebal lipat lemak pada lengan atas yang tidak jauh berbeda.

Penelitian di Nigeria menunjukkan hal yang menarik dimana kadar kolesterol anak yang menderita marasmus lebih tinggi dari pada

anak yang menderita krvashiorkor. Alasan mengapa hal ini dapat terjadi masih belum dapat dijelaskan dengan baik. Kekurangan energi protein pada anak-anak merupakan suatu keadaan bahaya yang perlu dilakukan tindakan segera. Kekurangan energi protein ini mengakibatkan perubahan komposisi tubuh, perubahan anatomi dan metabolisme tubuh yang bisa permanen jika tidak ditatalaksana dengan segera.

3) Marasmus Kwashiorko

Pada kekurangan energi marasmus kwashiorkor terdapat kekurangan energi kalori maupun protein. Mengapa ada anak yang jatuh ke dalam keadaan kwashiorkor, marasmus, atau marasmus kwashiorkor masih belum jelas dan masih membutuhkan penelitian yang lebih lanjut. Namun semua bentuk kekurangan energi protein pada anak-anak ini disebabkan oleh asupan makanan bergizi yang tidak adekuat atau adanya kondisi fisik tubuh yang mengakibatkan makanan yang dikonsumsi tidak dapat diserap dan digunakan oleh tubuh selain adanya keadaan metabolisme yang meningkat yang disebabkan mungkin oleh penyakit kronis atau penyakit keganasan.

d. Klasifikasi Kurang Energi Protein (KEP)

Untuk tingkat puskesmas penentuan KEP yang dilakukan dengan menimbang berat badan anak dibanding dengan umur dan menggunakan KMS dan tabel BB/U Baku Median WHO-NCHS.

1) KEP ringan bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak pada pita kuning.
2) KEP sedang bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak di Bawah Garis Merah (BGM).
3) KEP berat/gizi buruk bila hasil penimbangan BB/U < 60 % baku median WHO-NCHS. Pada KMS tidak ada garis pemisah KEP berat/gizi buruk dan KEP sedang, sehingga untuk rnenentukan KEP berat/gizi buruk digunakan tabel BB/U Baku median WHO-NCHS.
4) Keuntungan penggunaan baku WHO-NCHS adalah dapat terhindar dari kekeliruan interpretasi karean baku WHO-NCHS sudah dapat rnembedakn lenis kelamin dan lebih rnemperhatikan keadaan masa lampau. Kelemahannya adalah apabila umur tidak diketahui dengan pasti maka akan sulit digunakan, kecuali untuk indeks BB/TB.
5) Untuk menentukan klasifikasi status gizi digunakan z-score (simpang baku) sebagai batas ambang. Kategori dengan klasifikasi

status gizi berdasarkan indeks BB/U, PB/U atau BB/TB dibagi menjadi 3 golongan dengan batas ambang sebagai berikut:

a) Indeks BB/U : Gizi lebih, bila Z-score terletak > +2SD, Gizi lebih, bila Z-score terletak ≥ -2SD s/d +2SD, Gizi kurang, bila Z-score terletak ≥ -3SD s/d <-2SD, Gizi buruk, bila Z-score terletak > -3SD
b) Indeks TB/U : Nonnal, bila Z-score terletak ≥ -2SD, pendek, bila Z-score terletak < -2SD
c) Indeks BB/TB : Gemuk, bila Z-score terletak < -3SD, Normal, bila Z-score terletak ≥ -2SD s/d +2SD, Kurus, bila Z-score terletak ≥ -3SD s/d <-2SD, Kurus sekali, bila Z-score terletak >-3SD (sumber: WNPG VII, 2014)

Pertimbangan dalam menetapkan Cut Off Point gizi didasarkan pada asumsi resiko kesehatan :

a) Antara -2SD sampai +2SD tidak merniliki atau beresiko paling ringan untuk menderita masalah kesehatan.
b) Antara -2SD sampai -3SD atau antara +2SD sampai +3SD memiliki resiko cukup tinggi untuk menderita masalah kesehtan.
c) Di bawah -3SD atau di atas +2SD rnemiliki resiko tinggi untuk memderita masalah kesehatan.

e. Gejala Klinis Balita KEP berat/Gizi Buruk

Untuk KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang ditemukan hanya anak tampak kurus. Gejala klinis KEP berat/gizi buruk secara garis besar dapat dibedakan sebagai marasmus, kwashiorkor atau marasmus kwashiokor. Tanpa mengukur/melihat BB bila disertai oudema yang bukan karena penyakit lain adalah KEP berat/gizi buruk tipe kwashiorkor.

1) Kwashiokor
   a) Oudema, umumnya seluruh tubuh, terutama pada pada punggung kaki (dorsum pedis)
   b) Wajah rnembulat dan sembab
   c) Pandangan mata sayu
   d) Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, rnudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok
   e) Perubahan status mental, apatis dan rewel
   f) Pembesaran hati
   g) Otot mengecil (hipotrofi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk
   h) Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah wama menjadi coklat kehitaman dan terkelupas.
   i) sering disertai penyakit intbksi, umumnya akut,anemia dan diare.
2) Marasmus
   a) Tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit

b) Wajah seperti orang tua

c) Cengeng rewel

d) Kulit keriput jaringan lemak subkutis sangat sedikit sarnpai tidak ada (pakai celana longgar)

e) Perut cekung

f) Iga garnbang

g) sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berurang), diare kronis atau konstipasi/susah buang air.

3) Marasmus- kwashiorkor

Gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus, dengan BB/U< 60 % baku median WHO-NCHS disertai oedema yang tidak mencolok (DEPKES RI. 2012). Kekurangan zat gizi makro (energi dan protein) dalam waktu besar dapat rnengakibatkan menurunya status gizi individu dalam waktu beberapa hari atau minggu saja yang ditandai dengan penurunan berat badan yang cepat. Keadaan yang diakibatkan oleh kekurangan zat gizi

sering disebut dengan istilah gizi kurang atau gizi buruk. Kejadian kekurusan (kurang berat terhadap tinggi badan) pada tingkat sedang dan berat pada anak kecil maupun kekurusan pada individu yang lebih tua dapat mudah dikenali dengan mata. Demikian pula halnya dengan kasus kekurangan energi berat (marasmus) dan kekurangan

protein berat (kwasiorkor) serta kasus kombinasi marasmik-kwasiorkor dapat

dikenali tanda- tandanya dengan mudah (Soekirman,Z0l2).

Epidemilogi gangguan perturnbuhan atau kurang gizi pada anak balita selalu berhubungan erat dengan keterbelakangan dalam pembangunan sosial ekonomi. Kekurangan gizi tidak terjadi secara acak dan tidak terdistribusi secara merata ditingkat masyarakat, tetapi kekurangan gizi sangat erat hubunganrya dengan sindroma kemiskinan. (Gopalan, 2013). Tanda - tanda sindroma, antara lain berupa : penghasilan yang amat rendah sehingga tidak dapat mencukupi kebutuhan sandang, pangan, dan perumahan, kuantitas dan kualitas gizi makanan yang rendah sanitasi lingkungan yang jelek dan sumber air bersih yang kurang, akses terhadap pelayanan kesehatan yang amat terbatas, jumlah anggota keluarga yang terlalu besar, dan tingkat buta aksara tinggi (Gopalan, 2013).

Status gizi terutama ditentukan ketersediaan dalam jumlah yang cukup dan dalam kombinasi pada waktu yang tepat ditingkat sel semua zat gizi yang diperlukan tubuh untuk pertumbuhan, perkembangan, dan berfungsi normal semua anggota badan. oleh karena itu prinsipnya status gizi di tentukan oleh dua hal - terpenuhinya dari makanan semua zat-zat gizi yang diperlukan tubuh, dan peranan faktor-faktor yang menentukan besarnya

kebutuhan, penyerapan dan penggunaan zat gizi tersebut. Terhadap kedua hal ini, faktor genetik dan taktor sosial ekonomi berperan. (Martorell, & Habicht, 20l3).

Faktor - faktor yang mempengaruhi sosial ekonomi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) :

a) Pendapatan Keluarga Perkapita

   Komsumsi makanan yang berkurang sering dialami oleh penduduk yang berpendapatan rendah. Hal ini disebabkan oleh daya beli keluarga yang rendah. Pendapatan keluarga akan mempengaruhi pola pengeluaran komsumsi keluarga. Tingkat pendapatan yang nyata dari keluarga menentukan jumlah dan kualitas makanan yang diperoleh (Suhardjo, 2013).

b) Pendidikan

   Pendidikan adalah usaha sadar dan sistematis yang berlangsung seumur hidup dalam rangka mengalihkan pengetahuan oleh seseorang kepada orang lain (Siagian, 2010). Pendidikan terutama pendidikan ibu berpengaruh sangat kuat terhadap kelangsungan anak dan bayinya. Pada masyarakat dengan rata -rata pendidikan rendah menunjukan prevalensi grzi kurang yang tinggi dan sebaliknya pada masyarakat yang pendidikannya cukup tinggi prevalensi gizi kurangnya rendah (Abunain, 2012)

Ibu yang pendidikan tinggi akan memilih jenis dan jumlah makanan untuk keluarga dengan mempertimbangan syarat gizi disamping mempertimbangkan faktor selera oleh karena itu ibu rumah tangga pada umumnya yang mengatur dan menentukan segala urusan makanan dan kebutuhan keluarga (Suhardjo, 20l2). Seseorang yang pendidikannya lebih tinggi mempunyai pengertian

yang lebih baik akan kesehatan gizi dengan menangkap informasi dan menafsirkan informasi tersebut guna kelansungan hidupnya lebih lebih pada jaman kemajuan ilmu teknologi. Dengan berbekal pendidikan yang cukup seseorang ibu akan lebih banyak memperoleh informasi serta lebih tanggap terhadap prmasalahan yang dihadapi. Dengan demikian mereka dapat mernilih serta menentukan alternatif lebih baik untuk kepentingan rumah tangganya termasuk dalam menentukan pemberian makanan bagi balita yang ada dirumah tangga tersebut (Biro Pusat Statistik,1993)

c) Pekerjaan

Anak nelayan tradisional mempunyai resiko menjadi kurang gizi tiga kali lebih besar dibanding pada anak peternak, petani pemilik lahan, ataupun tenaga kerja terlatih. Hal penelitian ini juga menunjukan bahwa pengelompokan pekerjaan yang terlalu umum

misalnya nelayan saja bisa mengatur pertumbuhan peranan fakor pekerjaan orang tua terhadap resiko anak mereka untuk menderita kurang gizi, resiko kurang gizi pada anak nelayan tradisional tiga kali lebih besar dibanding anak nelayan yang punya perahu bermotor. Efek ganda (interaksi) dari berbagai faktor sosial ekonomi dalam menyebabkan jatuhnya seorang anak pada keadaan kurang gizi perlu diperhitungkan (Mc Lean, 2012).

f. Program Penanggulangan KEP

Pelayanan gizi balita KEP pada dasarnya setiap balita yang berobat atau dirujuk ke rumah sakit dilakukan pengukuran berat badan, tinggi badan dan bila untuk menentukan status gizinya, selain melihat tanda- tanda klinis dan laboratorium. Penentuan status gizi maka perlu direncanakan tindakan sebagai berikut :

1) Balita KEP ringan, memberikan penyuluhan gizi dan nasehat pernberian makanan di rumah (bilamana pasien rawat jalan, dianjurkan untuk memberi makanan di rumah (bayi umur < 4 bulan) dan terus diberi ASI sampai 3 tahun.
2) Balita KEP sedang; (a) Penderita rawat jalan : diberikan nasehat pemberian makanan dan vitamin serta teruskan ASI dan pantau terus berat badannya. (b) Penderita rawat inap : diberikan makanan tinggi energi dan protein, dengan kebutuhan energi 20-50% diatas

kebutuhan yang dianjurkan (angka kecukupan gizi/AKG) dan diet sesuai dengan penyakitnya.

3) Balita KEP berat : harus dirawat inap di RS dan dilaksanakan sesuai pemenuhan kebutuhan nutrisinya. Kegiatan penanggulangan KEP balita meliputi :

a) Penjaringan balita KEP yaitu kegiatan penentuan ulang status gizi balita beradsarkan berat badan dan perhitungan umur balita yang sebenarnya dalam hitungan bulan pada saat itu. Cara penjaringan yaitu balita dihitung kembali umurnya dengan tepat dalam hitungan bulan, balita ditimbang berat badannya dengan menggunakan timbangan dacin, berdasarkan hasil perhitungan umur dan hasil pengukuran BB tersebut tentukan status gizi dengan KMS atau standar antropometri.

b) Kegiatan penanganan KEP balita meliputi program PMT balita adalah program intervensi bagi balita yang menderita KEP yang ditujukan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita agar meningkat status gizinya sampai mencapai gizi baik (pita hijau dalam KMS), perneriksaan dan pengobatan yaitu pemeriksaan dan pengobatan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit penyerta guna diobati seperlunya sehingga balita KEP tidak semakin berat kondisinya, asuhan kebidanan/keperawatan yaitu untuk

memberikan bimbingan kepada keluarga balita KEP agar mampu merawat balita KEP sehingga dapat mencapai status gizi yang baik melalui kunjungan rumah dengan kesepakatan keluarga agar bisa dilaksanakan secara berkala, suplementasi gizi/paket pertolongan grzi hal ini diberikan untuk jangka pendek. suplementasi gizi meliputi : pemberian sirup zat besi; vitamin A (berwarna biru untuk bayi usia 6-11 bulan dosis 100.000 IU dan berwarna merah untuk balita usia 12-59 bulan dosis 200.000 IU); kapsul minyak beryodium, adalah larutan yodium dalam rninyak berkapsul lunak, mengandung 200 mg yodiurn diberikan lx dalarn setahun.

c) Balita KEP ringan, memberikan penyuluhan gizi dan nasehat pemberian makanan di rumah (bilamana pasien rawat jalan, dianjurkan untuk memberi makanan di rumah (bayi umur < 4 bulan) dan terus diberi ASI sampai 3 tahun.

d) Balita KEP sedang

   Penderita rawat jalan : diberikan nasehat pemberian makanan dan vitamin serta teruskan ASI dan pantau terus berat badannya. Penderita rawat inap : diberikan makanan tinggi energi dan protein, dengan kebutuhan energi 20-50% diatas kebutuhan yang dianjurkan (angka kecukupan gizi/AKG) dan diet sesuai dengan penyakitnya.

3. Tinjauan Umum Tentang Kandungan Makanan

a. Pengertian Makanan

Makanan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia untuk dapat melangsungkan kehidupan selain kebutuhan sandang dan perumahan. Makanan selain mengandung nilai gizi juga merupakan media untuk dapat berkernbang biaknya mikroba atau kuman terutama makanan yang mudah mernbusuk yang mengandung kadar air serta nilai protein yang tinggi (Depkes RI, 2004).

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Beragam masalah malnutrisi hanyak ditemukan pada anak-anak. Secara umum, kurang gizi adalah salah satu istilah dari penyakit KKP, yaitu penyakit yang diakibatkan kekurangan energi dan protein. KKP dapat juga diartikan sebagai keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Bergantung pada derajat kekurangan energi protein yang terjadi, maka

manifestasi penyakitnya pun berbeda-beda. Penyakit KKP ringan sering diistilahkan dengan kurang gizi.

Tabel 2.2. Pengaturan Pemberian Makanan Pada Balita Menurut Umur

Umur Anak	Pemberian Makanan
0-6 Bulan	ASI Saja
6-9 Bulan	Makanan Lunak
9-12 Bulan	Makanan Lembek
1-5 Tahun	Makanan Padat

b. Jenis-jenis Makanan

Adapun Jenis-jenis makanan yang diberikan pada balita meliputi ASI, PASI, Serta makanan pendamping ASI, yang terdiri dari makanan lunak, makanan lembek, makanan padat

1) Air Susu Ibu (ASI)

Air susu ibu merupakan makanan yang sangat baik bagi bayi, ASI adalah emolsi lemak yang disekresi oleh kedua kelenjar berbagai komposisi zat gizi, yaitu protein, kardohidrat (glukosa), galaklosa, dan glukasamin, lemak, mineral vitamin dan air. Selain kandungan zat-zat yang terkandung dalam ASI, pemberian ASI juga memiliki beberapa keuntungan, yaitu steril, aman dari pencemaran kuman, selalu tersedia dengan suhu optimal, produksi disesuaikan dengan kebutuhan bayi, mengandung berbagai komposisi zat, yaitu protein karbohidrat (glukosa), galaktosa, lemak, mineral, vitamin dan air.

ASI diberikan segera setelah lahir, bayi usia lahir sampai 6 bulan hanya di berikan ASI saja tanpa makanan dan minuman tambahan (Sulistijani, 2013). sebaiknya bayi di susui tanpa jadwal, karena kebutuhan makanan

di tentukan sendiri oleh bayi.

2) Penganti Air Susu Ibu (PASI)

Menurut Sulistijani (2013), PASI hanya diberikan jika ASI tidak rnencukupi kebutuhan bayi. Produksi ASI hanya sedikit pada hari-hari pertama merupakan hal yang biasa. Tetaplah merangsang pemberian ASI dengan menyusui bayi sering mungkin. Pemberian PASI dapat dilakukan, jika alasan sebagai berikut: bayi sakit seperti kekurangan cairan, radang mulut dan inpeksi paru-paru, bayi lahir prematur, bayi lahir dengan berat rendah, bayi lahir sumbing (bawaan).

3) Makanan Pendamping ASI

Makanan pendamping ASI adalah makana diberikan pada bayi yang telah berusia 6 bulan atau lebih karena ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi. Pemberian makanan pendamping dilakukan secara berangsur-angsur untuk mengembangkangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan serta menerima bermacam-macam dengan berbagai tekstur dan rasa. Pemberian makanan pendamping harus bertahap dan bervariasi, dimulai bentuk bubur cair, kebentuk

bubur kental, sari buah, buah segar makanan lunak, dan akhirnya makan padat.

4. Tinjauan Umum Tentang Pola Asuh

Pola pengasuhan anak berupa sikap perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberikan kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu terutama dalam kesehatan, status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau dimasyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga, masyarakat dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Soekirman, 2013).

Pengertian Pola asuh adalah pola interaksi antara anak dengan orang tua meliputi pemenuhan kebutuhan fisik (seperti makan, minum dan lain-lain) dan kebutuhan psikologis (seperti rasa aman, kasih sayang, perlindungan, dan lain-lain), serta sosialisasi norma-norma yang berlaku dimasyarakat agar anak dapat hidup selaras dengan lingkungannya. Dengan kata lain, pola asuh juga meliputi pola interaksi orang tua dengan anak dalam pendidikan karakter anak (Latifah, 2011).

Pola asuh menurut Handayani (2011) adalah konsep dasar tentang cara memperlakukan anak. Perbedaan dalam konsep ini adalah ketika anak dilihat sebagai sosok yang sedang berkembang, maka konsep pengasuhan yang diberikan adalah konsep psikologi perkembangan. Ketika konsep

pengasuhan mempertahankan cara-cara yang tertanam di dalam masyarakat maka konsep yang digunakan adalah tradisional.

Setelah anak berumur satu tahun menunya harus bervariasi untuk mencegah kebosanan dan diberi susu, serealia (seperti bubur beras, roti), daging, sup, sayuran dan buah-buahan. Makanan padat yang diberikan tidak perlu diblender lagi melainkan yang kasar supaya anak yang sudah mempunyai gigi dapat belajar mengunyah. Adakalanya anak tidak mau makan dan sebagai gantinya ibu mernberikan susu. Kebiasaan demikian akan mengarah ke diet yang hanya terdiri dari susu saja. Berikan nasihat kepada ibu atau pengasuhnya bahwa kebiasaan demikian tidak baik bagi anaknya. Ibu harus dapat bertindak keras, jika anak sehat tidak mau makan makanan padatnya, jangan diberikan susu sebagai pengganti akan tetapi bawa pergi makanan itu dan coba lagi jika anak sudah lapar.

Tabel 2.3. Kecukupan gizi rata-rata pada anak prasekolah. (Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi ke.4)

Golongan Umur	Berat Badan	Tinggi Badan	Energi	Protein
1-3 tahun	12 Kg	89 cm	1220 Kkal	23 gram
4-6 Tahun	18 Kg	108 cm	1720 Kkal	32 gram

Anak dibawah lima tahun (balita) merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi setiap kilogram berat badannya. Anak balita ini justru merupakan keiornpok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Gizi ibu yang kurang atau buruk pada waktu konsepsi atau

sedang hamil muda dapat berpengaruh pada pertumbuhan seorang balita. Masa balita adalah masa pertumbuhan sehingga memerlukan gizi yang baik. Bila gizinya buruk maka perkernbangan otaknya pun kurang dan itu akan berpengaruh pada kehidupannya di usia sekolah dan prasekolah. Menurut (Lipi, 2013), aspek kunci pola asuh gizi: perawatan dan perlindungan bagi ibu untuk anaknya, praklek menyusui dan pemberian MP-ASI, Pengasuhan psiko-sosial, penyiapan makanan, Kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, pemberian makanan merupakan bentuk rnendidik ketrarnpilan rnakan, membina kebiasaan makan, rnembina selera terhadap jenis makanan, membina kemampuan memilih makanan untuk kesehatan dan mendidik perilaku makan yang baik dan benar sesuai kebudayaan masing-masing. Kekurangan dalam pemberian makan akan berakibat sebagai masalah kesulitan makan atau kekurangan nafsu makan yang pada gilirannya akan berdampak negatif pada kesehatan dan tumbuh kembang nantinya (Waryana, 2012).

Makanan tambahan mulai diberikan pada bayi setelah bayi berusia 6 bulan, ASI pun harus tetap diberikan kepada bayi paling tidak sampai usia 24 bulan. Makanan tambahan bagi bayi ini harus menjadi pelengkap dan dapat memenuhi kebutuhan bayi. Jadi makanan tambahan bagi bayi berguna untuk menutupi kekurangan zat gizi yang terkandung didalarn ASI (Wary ana, 2012).

5. Tinjauan Umum Tentang Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi adalah suatu konsep, dan untuk mengukur sosial ekonomi keluarga harus melalui variabel-variabel pendapatan keluarga, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Keadaan sosial ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi, hal ini disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam mengatasi berbagai masalah tersebut. Kondisi sosial ekonomi punya kaitan dengan proses tumbuh kembang anak. Keluarga dengan kondisi sosial ekonomi yang memadai, akan lebih mampu memenuhi kebutuhan gizi anaknya. Mereka lebih sadar tentang kebersihan lingkungan dan mereka memahami apa yang baik untuk bayinya. Variabel yang diukur dalarn sosial ekonomi keluarga adalah :

1) Pendapatan keluarga

Kemiskinan sebagai salah satu determinan sosial ekonomi merupakan penyebab gizi kurang yang pada umumnya menduduki posisi pertama Menurut Emil salim bahwa kemiskinan adalah merupakan suatu keadaan yang dilukiskan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang paling pokok seperti pangan, pakaian, tempat berteduh dan lain-lain. salah satu akibat dari kurangnya kesempatann kerja adalah rendahnya pendapatan masyarakat. Kurangnya kesempatan kerja yang tersedia tidak lepas dari struktur perekonomian Indonesia yang sebagian besar masih tergantung pada sektor pertanian termasuk

masyarakat pedesaan yang sebagian besar hidup dari hasil pertaniaan (agraris) dan pekerjaan-pekerjaan yang bukan agraris hanya bersifat sambilan sebagai pengisi waktu luang. Tolak ukur yang umumnya digunakan untuk penggolongan seseorang atau masyarakat dikatakan miskin adalah tingkat pendapatan.

Pendapatan merupakan nilai maksimal yang dapat dikonsumsi oleh seseorang dalam satu periode dengan mengharapkan keadaan yang sama pada akhir periode seperti semula. Terdapat hubungan antara pendapatan dan keadaan status gizi. Hal itu karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menetukan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Kemampuan keruarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya.

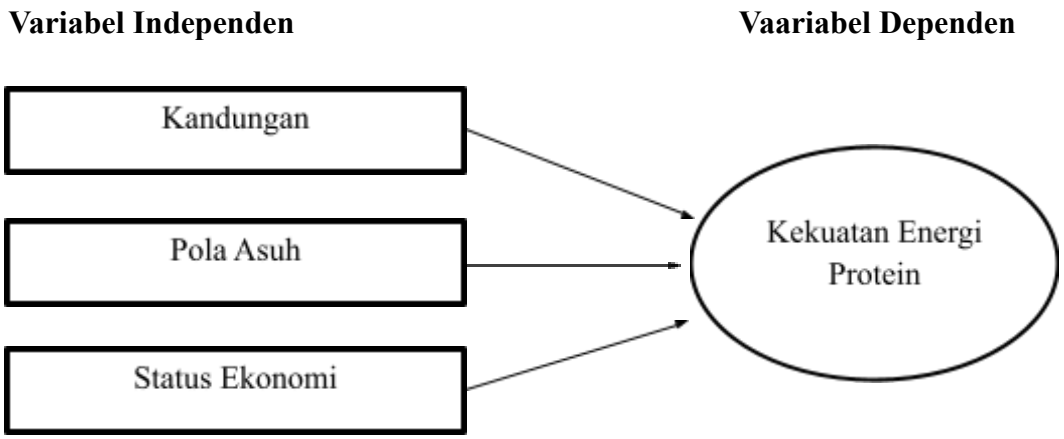
2) Tingkat pendapatan dapat menentukan pola rnakan.

Orang dengan tingkat ekonomi rendah biasanya akan rnembelanjakan sebagian besar pendapatan untuk makanan, sedangkan orang dengan tingkat ekonomi tinggi akan berkurang belanja untuk makanan (FKM UI, 2007 : 176). Hal ini akan berdampak terhadap status gizi balita yang pada umumnya akan menurun (Depkes RI, 2000). Upah UMR/UMP pada tahun 20l7 khususnya sulawesi selatan sebesar Rp

2,500.000. Angka ini diputuskan dalam rapat pleno dinas tenaga kerja (Disnaker) makassar. Penetapan UMR 2017 sesuai dengan PP tahun 2015 dan nilai rata-rata survei kebutuhan hidup layak (KHL) 2016 sesuai dengan pasal 44 ayat (l) dan ayat (5) PP nomor 78 tahun 2015, maka penetapan Upah Minimun Provinsi (UMP) dan UMK 20l7 dilakukan dengan menggunakan formula perhitungan upah minimun dari hasil perhitungan UMK yang menggunakan formula tersebut, maka upah minimun yang dihasilkan Rp 2.500.000. Sementara kemiskinan yang dialami sebuah keluarga, menjadikan pilihan-pilihan gizi bagi anaknya lebih terbatas. Kernudian, kesehatan lingkungan pun biasanya terabaikan. Karenanya anak pun lebih sering diserang penyakit yang akan menghambat tumbuh kembangnya (Nanang D, 2012).

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah uraian tentang hubungan variabel-variabel yang terkait dengan masalah penelitian yang ingin diteliti (Supardi, 2013). Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka serta masalah penelitian maka kerangka konsep yang dibangun adalah melihat faktor-faktor yaitu Kandungan Makanan, Pola Asuh dan status Ekonomi (sebagai variabel independen) terhadap kejadian Kekurangan Energi Protein anak usia balita 1 -3 tahun (variabel dependen)



Keterangan

: Variabel Independen

: Variabel Dependent

: Garis Hubungan

C. Identifikasi Variabel

1. Variabel Independen (Bebas)

   Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi variabel lain, artinya apabila variabel independen berubah maka akan mengakibatkan perubahan variabel lain (Riyanto, 2011). Variabel Independen dalam penelitian ini adalah Kandungan Makanan, Pola Asuh, dan Status Ekonomi.

2. Variabel Dependen (Terikat)

   Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain, artinya variabel dependen berubah akibat perubahan pada variabel bebas (Riyanto, 20ll).

Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah Kekurangan Energi Protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata.

D. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Kandungan Makanan

   Definisi Operasional :

   Konsumsi makanan yang berpengaruh terhadap suatu gizi anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata.

   Kriteria Objektif :

   Baik : Jika responden menjawab pertanyaan dengan Skor ≥ 7

   Kurang : Jika responden menjawab pertanyaan dengan Skor < 7

2. Pola Asuh

   Definisi Operasional :

   Pola pengasuhan anak berupa sikap perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberikan kasih sayang dan sebagainya

   Kriteria objektif :

   Baik : Jika responden menjawab pertanyaan dengan skor ≥ 6

   Kurang : Jika responden menjawab pertanyaan dengan skor < 6

3. Status Ekonomi

   Kedudukan atau posisi seseorang dalarn manusia yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendapatan, tingkat pendidikan, jenis rumah tinggal, dan jabatan.

Kriteria Objektif :

Baik : Jika pendapatan perbulan ≥ 2.500.000

Kurang : Jika pendapatan perbulan < 2.500.000

4. Kekurangan Energi Prorein (KEP)

Suatu kondisi yang disebabkan oleh asupan yang tidak mencukupi. Sering dikaitkan dengan keadaan gizi kurang akibat kurangnya komsumsi makanan, penyerapan buruk atau kehilanganzatgizi yang berlebih.

Kriteria Objektif

Baik : Jika berat badan balita ≥ 12 kg

Buruk : Jika berat badan balita < 12 kg

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan pernyataan sementara yang perlu dibuktikan kebenarannya dengan menggunakan uji statistik yang sesuai (Supardi, 2014). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hipotesis Alternatif (Ha)
   a) Ada hubungan antara kandungan makanan dengan kejadian kekurangan kalori protein pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.
   b) Ada Hubungan antara pola asuh dengan kejadian kurang kalori protein pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesrnas SamataKecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

c) Ada Hubungan antara ekonomi dengan kejadian kurang kalori protein pada anak balita usia 1-3 tahun diPuskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa

2. Ho (Hipotesis Nol)

a) Tidak ada hubungan antara kandungan makanan dengan kejadian kurang kalori protein pada anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

b) Tidak ada Hubungan antara pola asuh dengan kejadian kurang kalori protein pada anak balita usia l-3 tahun di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

c) Tidak ada Hubungan antara ekonomi dengan kejadian kurang kalori protein pada anak balita usia 1-3 tahun di puskesmas samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif korelasional menggunakan desain penelitian *studi cross-sectional* yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan mengetahui hubungan antar variabel penelitian. Penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu: Kandungan Makanan, Pola Asuh, Status Ekonomi (X) merupakan variabel bebas dan Kekurangan Energi Protein (Y) merupakan variabel terikat.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

   Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Samata Kecamatan Sompa Opu Kabupaten Gowa.

2. Waktu Penelitian

   Waktu penelitian dimulai dari pengumpulan data sampai penulisan hasil penelitian yaitu mulai l2 Agustus - 12 September 2017.

C. Jenis dan Sumber Data

1. Jenis data

   Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif, yakni hasil data yang diperoleh dari kuesioner kandungan makanan, pola asuh, status ekonomi dan kekurangan energi protein.

2. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer yang digunakan dalam penelitian ini adalah data identitas responden, pendidikan dan pekerjaan orang tua, kandungan makanan, pola asuh, status ekonomi dan kekurangan energi protein yang diperoleh dari kuesioner penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder yang digunakaan dalam penelitian ini adalah data anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja puskesmas samata yang diperoleh dari bagian rekam medis.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah anggota dari suatu himpunan yang ingin diketahui karakteristiknya berdasarkan inferensi atau generalisasi (Supardi, 2013).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak balita l-3 tahun di wilatah kerja Puskesmas Samata Kecamatan somba opu kabupaten Gowa.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah anak balita l-3 tahun yang berkunjung ke Puskesmas Samata Kecamatan Somba opu Kabupaten Gowa.

Sampel yang akan dipilih dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk kriteria eksklusi.

a. Kriteria lnklusi :
   1) Anak Balita berusia 1-3 bulan
   2) Orangtua bayi yang bersedia menjadi responden
   3) Orang tua bayi yang datang berkunjung ke puskesmas
b. Kriteria Eksklusi
   1) Anak Balita yang berumur diatas 3 tahun
   2) Orangtua bayi yang tidak bersedia mdnjadi responden
   3) orangtua bayi yang tidak datang berkunjung ke puskesmas samata Kec. Somba Opu Kab. Gowa.

3. Teknik sampling

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian (Nursalam, 2010).

Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *Nonprobability sampling dengan jenis accidental sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana semua subjek yang ditemui ditempat peenlitian, dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel terpenuhi (Hidayat, 2014).

E. Instrument Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari Kuesinoer kandungan makanan, Pola asuh, status ekonomi dan Kekurangan Energi Protein

1. Kandungan makanan

   Data kandungan makanan yang diperoleh langsung dari responden yang menggunakan kuesioner, (kandungan Makanan) dengan pengukuran menggunakan skala *gutman*), yang terdiri dari l2 pertanyaan. Setiap pertanyaan yang benar/Ya diberi nilai 2 dan salah/Tidak diberi nilai 1. Dengan kiritena sebagai berikut :

   a. Baik : Jika responden menjawab pertanyaan dengan Skor ≥ 7

   b. Kurang : Jika responden menjawab pertanyaan dengan Skor < 7

2. Pola Asuh

   Pola Asuh dalam penelitian ini diukur melalui kuesioner yang terdiri dalam 10 pertanyaan dengan menggunakan skala Guttman. Dirnana skala ini merupakan skala yang bersitat tegas dan konsisten dengan memberikan jawaban yang tegas seperti jawaban dari pertanyaan/pernyataan: ya dan tidak, positif dan negatif, setuju dan tidak setuju, benar dan salah. (Hidayat, 2014). Dengan Pola Asuh skor (skoring) sebagai berikut :

   Ya : 2

   Tidak : 1

   Kriteria Objektif :

   a. Baik : Jika responden memperoleh nilai dengan skor ≥ 6

b. Kurang : Jika responden memperoleh nilai dengan skor < 6

3. Status Ekonomi

Status ekonomi dalam penelitian ini diukur melalui pendapatan keluarga berdasarkan UMR Sulawesi Selatan pada tahun 2017 dengan Status ekonomi Skor (skorsing) sebagai berikut :

Ya : 2

Tidak : 1

Kriteria Objektif :

a. Baik : Jika pendapatan orang tua responden ≥ 2.500.00

b. Kurang : Jika pendapatan orang tua responden < 2.500.00

F. Langkah Pengolahan Data

1. Editing

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Hidayat, 2011). Proses Editing dalam penelitian ini dilakukan setelah data seluruh responden terkumpul.

2. Cleaning

Tahapan ini dilakukan pada saat mengumpulkan data kuesioner dari responden atau ketika memeriksa lembar observasi. Periksa kembali apakah ada jawaban responden atau hasil observasi yang ganda atau belum dijawab. Jika ada, sampaikan kepada responden untuk diisi atau diperbaiki jawaban ganda atau lembar observasi belum terisi maka kuesioner tersebut

gugur atau dibatalkan, sebab peneliti tidak boleh mengisi jawaban (Suyanto, 2011).

3. *Coding*

Tahapan ini dilakukan dengan memberi kode identitas responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden dan mempermudah proses penelusuran biodata responden bila diperlukan. selain itu juga untuk mempermudah penyimpanan dalam arsip data (Suyanto, 2011). Tahap *coding* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin, kode 1 = laki-laki, 2 = perempuan
b. Umur, kode 1 = 1 tahun, 2 = 2 tahun, 3 = 3 tahun
c. Pekerjaan, kode 1 = tidak bekerja, 2 = tukang bentor, 3 = sopir, 4 = petani, 5 = Ibu rumah tangga, 6 = buruh
d. Pendidikan, kode 1 = tidak sekolah, 2 = SD, 3 = SMP, 4 = SMA, 5 = Sarjana.
e. Kandungan makanan, kode 1= baik, 2 = kurang
f. Pola asuh, kode 1 = baik, 2 = kurang
g. Status ekonomi, kode 1= baik, 2 = kurang
h. Kekurangan energy protein, kode 1 = baik, 2 = buruk

4. *Entering*

Memasukkan data yang telah diskor kedalam komputer seperti kedalam *spread sheed* progmm *Excel* atau kedalam program SPSS. Data juga dapat

dimasukkan kedalam format kolom menggunakan cara manual (Suyanto, 201l).

G. Pengujian Hipotesis

Data yang diperoleh dalam penelitian ini dianalisis dengan analisis statistik inferensial menggunakan uij *Chi Square pearson* dengan tingkat kemaknaan α=0,05 artinya bila hasil uji statistik menunjukkan ρ < α= 0,05 maka Ho ditolak dan Ha diterima berarti ada hubungan kandungan makanan, pola asuh, status ekonomi, dengan kekurangan energy protein pada anak balit 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Gowa, menggunakan jasa komputer program SPSS versi 16,0.

H. Etik Penelitian

Dalam pengumpulan data terdapat beberapa hal yang berkaitan dengan permasalah etik yaitu rnemberikan penjelasan kepada calon responden penelitian tentang prosedur pelaksanaan penelitian. Apabila calon responden bersedia, maka responden bersedia menandatangani *Informed Consent* (surat perjanjian) tetapi apabila calon responden tidak bersedia, maka calon responden berhak mengundurkan diri selama proses pengumpulan data berlangsung. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko fisik maupun psikis. Kerahasian catatan mengenai data responden dijaga baik dengan ridak menuliskan nama responden pada instrumen penelitian. Data-data yang

diperoleh juga hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Penelitian ini, juga memperhatikan etik yaitu sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Concent*)

   Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian, bila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden (Hidayat, 20l4).

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

   untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, pada lembar pengumpulan data (kuesioner data demografi) tetapi lembar tersebut diberikan kode berupa nomor responden (Hidayat, 2014).

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

   Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti. Hanya kelornpok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian (Hidayat, 2014).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas samata kecamatan somba opu kabupaten gowa yang berada di Jalan Mustafa Dg Bunga ini memiliki luas sekitar 20m persegi. Kepala puskesmas samata yang bernama lengkap Dr.Hj. Arni sultan, M.si, DPDK. Puskesmas samata memiliki fasilitas kesehatan tingkat pertama BPJS kesehatan di Kabupaten Gowa. selain itu, tipe puskesmas memiliki tipe non rawat inap.

Puskesmas Samata memiliki jumlah anggota pegawai sebanyak 31 orang, yang terdiri dari 1 orang yang menjabat sebagai kepala puskesmas, 3 orang perawat, 2 orangg dokter umum, 3 orang dokter gigi, 3 orang perawat gigi, 6 orang bidan, 2 orang pengelola medis, 1 orang pengelola laboratorium, 3 orang petugas sanitasi, 1 orang kepala pustu, 3 orang farmasi, 1 orang kordinator imunisasi, dan 1 orang petugas gizi. Selain itu, puskesmas samata memiliki visi dan misi yaitu:

a. Visi

   Terwujudnya masyarakat mandiri dan peduli kesehatan diwilayah kerja Puskesmas Samata.

b. Misi

1) Menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Samata dan menciptakan pola hidup bersih dan sehat
2) Melakukan upaya pemberdayaan masyarakat melalui pembentukan dan pembinaan UKBM yang sesuai situasi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat setempat.

Selain visi dan misi yang dimiliki oleh Puskesmas Samata, juga memiliki slogan dengan prinsipnya mengatakan bahwa "Kepuasan Anda Adalah Harapan Kami".

2. Alur Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa yang dimulai pada tanggal 12 Agustus - 12 september 2017. Penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Peneliti memperoleh identitas responden berjumlah 30 responden. Sebelum memberikan pertanyaan dalam bentuk kuesioner kepada responden, peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan meminta persetujuan kesediaan menjadi responden, kemudian responden mewawancarai orang tua anak balita yang berusia 1-3 tahun yang berkunjung ke Puskesmas Samata berdasarkan pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner. Data yang didapatkan diakumulasi untuk analisis secara deskriptif dengan tabel distribusi frekuensi serta analisis bivariat yang disertai dengan narasi dengan

menggunakan program SPSS untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan kalori dan protein pada anak balita 1-3 tahun menggunakan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan α = 0,05 artinya bila hasil uji statistik menunjukkan ρ < α 0,05 maka Ho ditolak dan Ha diterima berarti ada hubungan antara kandungan makanan, pola asuh, dan status ekonomi dengan kekurangan energi protein pada balita l-3 tahun, menggunakan jasa komputer program SPSS versi 16,0.

3. Karakteristik Umum Responden

a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel. 4.1
Tabel Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	f	(%)
Laki-Laki	17	56,7
Perempuan	13	43,3
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.1 menunjukan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin dimana jenis kelamin laki-laki sebanyak 17 orang (56,7%) dibanding dengan responden berjenis kelamin perempuan berjumlah 13 orang (43,3%).

b. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Tabel. 4.2
Tabel Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Umur (Tahun)	f	(%)

1 tahun	10	33,3
2 tahun	7	23,3
3 tahun	13	43,3
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan usia responden yang memiliki usia 3 tahun yakni berjumlah 13 orang (43,3%), dan responden yang berusia 1 tahun yaitu 10 orang (33,3%) sedangkan responden yang di usia 2 tahun yakni berjumrah 7 orang (23,3%).

c. Didtribusi frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua

Tabel. 4.3
Tabel Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	f	(%)
Tidak Bekerja	3	10,0
Tukang Bentor	11	36,7
Sopir	3	10,0
Petani	2	6,7
IRT	8	26,7
Buruh	3	10,0
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.3 menunjukan bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan orang tua, yang paling banyak yaitu pekerjaan sebagai Tukang Bentor yakni berjumlah 11 orang (36,7%), dan pekerjaan orang tua responden yang paling sedikit yaitu petani berjumlah 2 orung (6,7%).

d. Didtribusi frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua

Tabel. 4.4
Tabel Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	f	(%)
Tidak Sekolah	4	13,3
SD	10	33,3
SMP	11	36,7
SMA	5	16,7
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.4 menunjukan bahwa distribusi responden dengan tingkat pendidikan, dimana responden dengan tingkat pendidikan SMP lebih banyak yaitu berjumlah 11 orang (36,7%), sedangkan responden dengan tingkat pendidikan paling rendah, yaitu tidak sekolah berjumlah 4 orang (13,3%).

4. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Kandungan Makanan

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Kandungan Makanan

Kandungan Makanan	f	(%)
Baik	12	40,0
Kurang	18	60,0
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.5 menunjukan bahwa distribusi responden berjumlah 12 orang (40,0%) dengan tingkat kandungan makanan yang baik, dari

responden dengan tingkat kandungan makanan kurang yaitu berjumlah l8 orang (60,0%).

b. Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Pola Asuh

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Pola Asuh

Pola Asuh	f	(%)
Baik	16	53,3
Kurang	14	46,7
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.6 menunjukan bahwa distribusi responden terhadap pola asuh orang tua, dimana responden yang memiliki pola asuh yang baik sebanyak 16 orang responden (53,3%), sedangkan responden dengan pola asuh orang tua yang kurang baik berjumlah 14 orang (46,7%).

c. Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Status Ekonomi

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Status Ekonomi

Status Ekonomi	f	(%)
Baik	13	43,3
Kurang	17	56,7
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.7 menunjukan bahwa distribusi responden terhadap status ekonomi orang tua, didapatkan 17 orang responden (66,7%) memiliki status ekonomi orang tua yang kurang, sedangkan responden yang

memiliki status ekonomi orang tua yang baik berjumlah 13 orang (33,3%).

d. Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Status Energi Protein

Tabel 4.8
Distribusi Frekuensi Responden Terhadap Status Energi Protein

Status Energi Protein	f	(%)
Baik	11	36,7
Kurang	19	63,3
Total	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 4.8 menunjukan bahwa distribusi responden terhadap Kekurangan Energi Protein, didapatkan 19 orang responden (63,3%) memiliki energi protein yang buruk, sedangkan responden dengan energi protein baik, yaitu berjumlah 11 orang (36,7%).

5. Analisis Bivariat

a. Distribusi Hubungan Kandungan Makanan Dengan Kekurangan Energi Protein

Tabel 4.9
Hubungan Kandungan Kandungan Makanan Dengan Kekurangan Energi Protein

Kandungan Makanan	Kekurangan Energi Protein				Total		ρ
	Baik		Buruk				
	F	%	F	%	F	%	
Baik	9	30,0	3	10,0	12	40,0	0,001

Kurang	2	6,7	16	53,3	18	60,0
Total	**11**	**36,7**	**19**	**63,3**	**30**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 4.9 rnenunjukkan bahwa dari 30 responden anak balita usia 1-3 tahun terdapat 11 orang responden (36,7%) memiliki energi protein baik, dan ada 9 orang responden (30,0%) memiliki kandungan makanan baik serta terdapat 2 orang responden (6,7%) memiliki kandungan makanan kurang. Sedangkan terdapat 19 orang responden (63.3%) yang memiliki kekurangan energi protein buruk, dan terdapat 3 orang responden (10.0%) memiliki kandungan makanan baik narnun memiliki kekurangan energi protein buruk dan terdapat 16 orang responden (53,3%) memiliki kandungan makanan kurang dan kekurangan energy protein buruk. Sehingga dari data tersebut menunjukan bahwa ada hubungan antara Kandungan makanan dengan Kekurangan energy protein pada anak kerja Puskesmas Samata Kabupaten dari hasil uji *Chi Square* menunjukan nilai $\rho = 0{,}001$ dimana ($\rho < 0{,}05$). Sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis Alternatif) diterima.

b. Distribusi Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Kekurangan Energi Protein

Tabel 4.10
Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Kekurangan Energi Protein

Pola Asuh Orang Tua	Kekurangan Energi Protein				Total		ρ
	Baik		Buruk				
	F	%	F	%	F	%	
Baik	8	26,7	8	26,7	16	53,3	0,14
Kurang	3	10,0	11	36,7	14	46,7	
Total	**11**	**36,7**	**19**	**63,3**	**30**	**100**	

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 30 responden anak balita 1-3 tahun terdapat 8 orang responden (26,7%) yang memiliki pola asuh orang tua yang baik sehingga memiliki energi protein baik dan terdapat 3 orang responden (10,0%) memiliki pola asuh orang tua yang kurang namun memiliki energi protein baik. Sedangkan terdapat 8 orang responden (26,7%) memiliki pola asuh orang tua yang baik namun memiliki kekurangan energi protein buruk, dan terdapat 11 orang responden (36,7%) yang memiiki pola asuh orarg tua yang kurang dengan status kekurangan energi protein buruk. Sehingga dari data tersebut menunjukan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan Kekurangan energy protein pada anak balita l-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa, dimana berdasarkan dari hasil uji *Chi square* menunjukan nilai ρ = 0,14 dimana (p > 0,05). Sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis alternatif) ditolak dan Ho diterima.

c. Distribusi Hubungan Status Ekonomi Dengan Kekurangan Energi Protein

Tabel 4.11
Hubungan Status Ekonomi Dengan Kekurangan Energi Protein

Status Ekonomi	Kekurangan Energi Protein				Total		ρ
	Baik		Buruk				
	F	%	F	%	F	%	
Baik	11	36,7	2	6,6	13	43,3	0,00
Kurang	0	0	17	56,7	17	56,7	
Total	**11**	**36,7**	**19**	**63,3**	**30**	**100**	

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 30 responden anak balita 1-3 tahun terdapat 11 orang responden (36,7%) yang memiliki status ekonomi baik, sehingga rnemiliki energi protein yang baik, dan terdapat 2 orang responden (6,6%) yang memiliki status ekonomi baik namun kekurangan energi protein buruk. Sedangkan terdapat 17 orang responden (56,7%) yang memiiki status ekonomi kurang sehingga memiliki kekurangan energy protein buruk. Sehingga dari data tersebut menunjukan bahwa ada hubungan antara Status Ekonomi dengan Kekurangan energy protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa, dimana berdasarkan dari hasil uji *Chi square* menunjukan nilai ρ = 0,00 dimana (ρ < 0,05). Sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis altematif) diterima dan Ho ditolak.

B. Pembahasan

1. Hubungan Kandungan Makanan Dengan Kekurangan Energi Protein

Berdasarkan Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 30 responden anak balita usia 1-3 tahun terdapat 11 orang responden (36,7%) memiliki energi protein baik, dan ada 9 orang responden (30,0%) memiliki kandungan makanan baik dan serta terdapat 2 orang responden (6,7%) memiliki kandungan makanan kurang. Sedangkan terdapat 19 orang responden (63,3%) yang memiliki kekurangan energy protein buruk, dan terdapat 3 orang responden (10,0%) memiliki kandungan makanan baik namun memiliki kekurangan energy protein buruk dan terdapat 16 orang responden (53,3%) memiliki kandungan makanan kurang dan kekurangan energy protein buruk

Berdasarkan dari hasil uji *Chi square* menunjukan nilai $\rho = 0{,}001$ dimana ($\rho < 0{,}05$). Sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis alternatif) diterima yaitu ada hubungan antara Kandungan makanan dengan Kekurangan energy protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa.

Dari hasil penelitian ini peneliti melihat bahwa ada responden dengan kandungan makanan baik tetapi kekurangan energy protein, hal ini disebabkan karena faktor terjadinya KEP bukan hanya kandungan makanan tetapi keadaan perumahan dan lingkungan yang kurang sehat kebanyakan

menyebabkan penyajian makanan yang kurang sehat dan bersih walaupun kandungan makanan tersebut mengandung banyak protein. Kebanyakan responden yang diteliti masih tinggal pada perumahan yang kurang bersih sehingga dapat menyebabkan penyakit infeksi pencernaan sehingga menyebabkan anak kehilangan cairan tubuh dan zat-zat gizi sehingga anak menjadi kurus serta turun berat badannya. Peneliti juga mendapatkan data bahwa kekurangan energy protein pada anak - anak balita yang diteliti memiliki ibu yang kehamilannya berturut-turut dengan jarak kehamilan yang masih terlalu dini. Demikian pada responden yang merniliki kandungan makanan kurang (jumlah dan mutunya) tetapi tidak kekurangan energy protein hal ini disebabkan oleh anak-anak balita mereka telah di imunisasi dan selalu menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas jika kondisi anak-anak mereka sakit.

Makanan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia untuk dapat melangsungkan kehidupan selain kebutuhan sandang dan perumahan. Makanan selain mengandung nilai gizi juga merupakan media untuk dapat berkembang biaknya mikroba atau kuman terutama makanan yang mudah membusuk yang mengandung kadar air serta nilai protein yang tinggi (Depkes RI, 2004). Makanan harus mempunyai zat-zat yang memenuhi kebutuhan tubuh. Makanan memberi energi yang memberikan tenaga untuk bekerja, memberi protein untuk membentuk jaringan yang rusak. Juga makanan yang memberikan vitamin dan garam sebagai pengatur pekerjaan

tubuh. Karena itu makanan harus disusun atas dasar gizi supaya cukup memberi zat yang dibutuhkan tubuh. Kekurangan salah satu zat yang penting akan menimbulkan ketidaknormalan tubuh (Hafidz, 2007).

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Beragam masalah malnutrisi banyak ditemukan pada anak-anak. Secara umum, kurang gizi adalah salah satu istilah dari penyakit KKP, yaitu penyakit yag diakibatkan kekurangan energi dan protein. KKP dapat juga diartikan sebagai keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Bergantung pada derajat kekurangan energy protein yang terjadi, maka manifestasi penyakitnya pun berbeda-beda. Penyakit KKP ringan sering diistilahkan dengan kurang gizi.

Anak di bawah lirna tahun (balita) merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi setiap kilogram berat badannya, Anak balita ini justru merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Gizi ibu yang kurang atau buruk pada waktu konsepsi atau

sedang hamil muda dapat berpengaruh pada pertumbuhan seorang balita. Masa balita adalah masa pertumbuhan sehingga memerlukan gizi yang baik. Bila gizinya buruk maka perkembangan otaknya pun kurang dan itu akan berpengaruh pada kehidupannya di usia sekolah dan prasekolah. Menurut (Lipi, 2013). Aspek kunci pola asuh gizi: Perawatan dan perlindungan bagi ibu untuk anaknya, praktek menyusui dan pemberian MP-ASI, Pengasuhan psiko-sosial, penyiapan makanan, Kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, pemberian makanan merupakan bentuk mendidik ketrampilan makan, membina kebiasaan makan, membina selera terhadap jenis makanan, membina kemampuan memilih makanan untuk kesehatan dan mendidik perilaku makan yang baik dan benar sesuai kebudayaan masing-masing. Kekurangan dalam pemberian makan akan berakibat sebagai masalah kesulitan makan atau kekurangan nafsu makan yang pada gilirannya akan berdampak negatif pada kesehatan dan tumbuh kembang nantinya (Waryana, 20l2).

Penyebab yang mendorong terjadinya gangguan gizi tirnbul dari luar tubuh yaitu kurangnya pengetahuan sebagian masyarakat akan hubungan makanan dengan kesehatan, kurangnya pengetahuan akan manfaat makanan bagi kesehatan tubuh khususunya makanan anak balita dengan bukti tingkat pendidikan orang tua dalam penelitian ini kebanyakan tamatan SMA. Tingkat pendidikan orang tua yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya gizi tidak baik pada anak balita. Bila seseorang dengan

pendidikan tinggi lebih mudah menerima dan mampu memahami informasi atau pengetahuan, dalam hal ini adalah informasi tentang perawatan anak terutama yang menyangkut tentang masalah nutrisi.

KEP mempengaruhi kecerdasan melalui kerusakan otak. KEP yang diderita pada usia muda akan mempengaruhi sistem syaraf pusat terutama keceedasan mereka karena akan mengurangi sintesa DNA yang menyebabkan sel otak dalam jumlah yang kurang walaupun besarnya otak normal. Kekurangan gizi pada masa bayi dan anak-anak juga dapat mengakibatkan kelainan yang sulit atau tidak dapat disembuhkan dan menghambat perkembangan sel anjutnya, salah satunya adalah kecerdasan (Lutfianah, 2013).

Penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Lutfiana (2013) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi energi dengan status gizi. Hal ini ini dilihat dari uji *Chi Square* diperoleh nilai ρ sebesar 0,006 (ρ < 0,05). Penyebab langsung KEP adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi/gizi buruk.

Asumsi peneliti bahwa asupan makanan dan penyakit infeksi merupakan penyebab langsung terhadap status gizi anak balita hal ini karena pola makan dan proses penyapihan makanan yang tidak lengkap dan kurang sehat, sehingga menyebabkan status gizi tidak baix sehingga dapat mengalami kekurangan energy protein.

2. Hubungan Pola Asuh Dengan Kekurangan Energi Protein

Berdasarkan Tabel 4.10 menunjukan bahwa dari hasil penelitian pada 30 responden anak balita 1-3 tahun 8 orang responden (26,7%) yang memiliki pola asuh orang tua yang baik sehingga memiliki energi protein baik dan terdapat 3 orang responden (10,0%) memiliki pola asuh orang tua yang kurang namun memiliki energi protein baik. Sedangkan terdapat 8 orang responden (26,7%) memiliki pola asuh orang tua yang baik namun memiliki kekurangan energi protein buruk, dan terdapat 11 orang responden (36,7%) yang memiliki pola asuh orang tua yang kurang dengan status kekurangan energy protein buruk.

Berdasarkan dari hasil uji *Chi square* menunjukan nilai $\rho = 0,14$ dimana ($\rho > 0,05$). sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis alternatif) ditolak yaitu tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan Kekurangan energy protein pada anak balita l-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa.

Dari hasil penelitian ini peneliti melihat bahwa ada responden yang memiliki pola asuh orang tua baik tetapi kekurangan energy protein, hal ini disebabkan karena pola asuh orang tua untuk kebutuhan psikologi meliputi rasa aman, kasih sayang, dan perlindungan telah terpenuhi tetapi pola asuh untuk pemenuhan fisik masih belum terpenuhi seperti makan, minum dan sebagainya. Kebanyaakan orang tua responden mengatakan anaknya hanya diberi makan bubur tanpa diselingi buah-buahan.

Pola asuh menurut Handayani (2011) adalah konsep dasar tentang cara memperlakukan anak. Perbedaan dalam konsep ini adalah ketika anak dilihat sebagai sosok yang sedang berkembang, maka konsep pengasuhan yang diberikan adalah konsep psikologi perkembangan. Ketika konsep pengasuhan mempertahankan cara-cara yang tertanam di dalam masyarakat maka konsep yang digunakan adalah tradisional. Dengan kata lain, pola asuh juga meliputi pola interaksi orang tua dengan anak dalam pendidikan karakter anak (Latifah, 2011).

Menurut Ali Khomsan (2002) dikutip oleh Lutfiana (2013) mengatakan bahwa pola asuh adalah praktik dari rumah tangga yang diwajibkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan untuk keterjangkauan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan. Pola pengasuhan psikososial anak berupa sikap perlakuan ibu dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makanan, merawat. Menjaga kesehatan dan kebersihan, dan memberikan kasih sayang. Pola pengasuhan anak berupa

sikap perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberikan kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu terutama dalam kesehatan, status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan ketrampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga, masyarakat dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Soekirman, 20l3).

Setelah anak berumur satu tahun menunya harus bervariasi untuk mencegah kebosanan dan diberi susu, serealia (seperti bubur beras, roti), daging, sup, sayuran dan buah-buahan. Makanan padat yang diberikan tidak perlu diblender lagi melainkan yang kasar supaya anak yang sudah mempunyai gigi dapat belajar mengunyah. Adakalanya anak tidak mau makan dan sebagai gantinya ibu memberikan susu. Kebiasaan demikian akan mengarah ke diet yang hanya terdiri dari susu saja. Berikan nasihat kepada ibu atau pengasuhnya bahwa kebiasaan demikian tidak baik bagi anaknya. Ibu harus dapat bertindak keras, jika anak sehat tidak mau makan makanan padatnya, jangan diberikan susu sebagai pengganti akan tetapi bawa pergi makanan itu dan coba lagi jika anak sudah lapar.

Penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Lutfiana (2013) yang menunjukkan bahwaa tidak ada hubungan pola asuh psikososial dengan status gizi. Hal ini ini dilihat dari uji *chi square* diperoleh nilai ρ sebesar 0,752 (ρ > 0,05). Ibu yang bekerja tidak memiliki

banyak waktu untuk menyiapkan makanan serta menyebabkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang, sehingga hal ini dapat mempengaruhi baik status gizi, pola asuh, maupun perkembangan pada balita. sebaliknya seorang ibu yang tidak bekerja dapat mengasuh anaknya dan mencurahkan kasih sayangnnya (Soetjiningsih. 1995 dalarn Lutifiana,2013).

Asumsi peneliti bahwa perananan pengasuhan psikososial terhadap status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi terbukti tidak berhubungan. Pola asuh balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi dalam hal perilaku orang tua memberikan perhatian, kasih sayang, perawatan, dan perlindungan diri tidak mempengaruhi tingkat status gizi balita pada lingkungan tahan pangan dan gizi.

3. Hubungan Status Ekonomi Dengan Kekurangan Eergi Protein

Berdasarkan Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 30 responden anak balita 1-3 tahun terdapat 11 orang responden (36,7%) yang memiliki status ekonomi baik, sehingga memiliki energi protein yang baik, dan terdapat 2 orang responden (6,6%) yang memiliki status ekonomi baik namun kekurangan energi protein buruk. Sedangkan terdapat 17 orang responden (56,7%) yang memiiki status ekonomi kurang sehingga memiliki kekurangan energy protein buruk. Berdasarkan dari hasil uji *Chi square* menunjukan nilai $\rho = 0{,}00$ dimana ($\rho < 0{,}05$). sehingga dapat disimpulkan Ha (Hipotesis alternatif) diterima yaitu ada hubungan antara status

Ekonomi dengan Kekurangan energy protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa.

Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti dapat berasumsi bahwa keadaan sosial ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi, hal ini disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam mengatasi berbagai masalah tersebut. Kondisi sosial ekonomi memiliki kaitan dengan proses tumbuh kembang anak. Keluarga dengan kondisi sosial ekonomi yang memadai, akan lebih mampu memenuhi kebutuhan gizi anaknya. Mereka lebih sadar tentang kebersihan lingkungan dan mereka memahami apa yang untuk anak-anaknya. Hasil penelitian yang dilakukan pada anak balita di wilyah kerja Puskesmas Samata Gowa memiliki orang tua dengan pekerjaan terbanyak yaitu tukang bentor dan petani hal ini menjadi faktor terjadinya kekurangan energi protein pada anak-anak mereka.

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara pendapatan atau status ekonomi dengan kekurangan energi protein pada anak balita Hal ini karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya.

Menurut Suhardjo (2005) dikutip oleh Burhani Pipit, (2016) mengatakan Tingkat ekonomi keluarga merupakan suatu penentu status gizi yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Kemiskinan rnenduduki posisi pertama pada masyarakat yang menyebabkan gizi kurang. Masalah utama pada masyarakat miskin adalah pendapatan yang rendah sehingga tidak dapat mencukupi kebutuhan dasar normal. Masyarakat miskin akan cenderung mempunyai cadangan makanan karena daya beli yang rendah dan berlaku sebaliknya.

Variabel yang diukur dalam sosial ekonomi keruarga adalah Pendapatan keluarga yang dapat menentukan pola makan, Kemiskinan sebagai salah satu determinan sosial ekonomi merupakan penyebab gizi kurang yang pada umumnya menduduki posisi pertama. Menurut Emil Salimbahwa (2012) kemiskinan adalah merupakan suatu keadaan yang dilukiskan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang paling pokok seperti pangan, pakaian, tempat berteduh dan lain-lain. Salah satu akibat dari kurangnya kesempatan kerja adalah rendahnya pendapatan masyarakat. Kurangnya kesempatan kerja yang tersedia tidak lepas dari struktur perekonomian Indonesia yang sebagian besar masih tergantung pada sektor pertanian termasuk masyarakat pedesaan yang sebagian besar hidup dan hasil pertaniaan (agraris) dan pekerjaan-pekerjaan yang bukan agraris hanya bersifat sambilan sebagai pengisi waktu luang. Tolok ukur yang umumnya digunakan untuk

penggolongan seseorang atau masyarakat dikatakan miskin adalah tingkat pendapatan.

Pendapatan merupakan nilai maksimal yang dapat dikonsumsi oleh seseorang dalam satu periode dengan mengharapkan keadaan yang sama pada akhir periode seperti semula. Orang dengan tingkat ekonomi rendah biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatan untuk makanan, sedangkan orang dengan tingkat ekonomi tinggi akan berkurang belanja untuk makanan (FKM UI,2007 : 176). Hal ini akan berdampak terhadap status gizi balita yang pada umumnya akan menurun (Depkes RI, 2000). Upah UMR/UMP pada tahun 2017 khususnya sulawesi selatan sebesar Rp 2,500.000. Angka ini di putuskan dalam rapat pleno dinas tenaga kerja (Disnaker) makassar. Penetapan UMR 2017 sesuai dengan PP tahun 2015 dan nilai rata-rata survei kebutuhan hidup layak (KHL) 2016 sesuai dengan pasal44 ayat (1) dan ayat (5) PP Nomor 78 tahun 2015, maka Penetapan Upah Minimun Provinsi (UMP) dan UMK 2017 dilakukan dengan menggunakan formula perhitungan upah minimun dari hasil perhitungan UMK yang menggunakan formula tersebut, maka upah minimun yang dihasilkan Rp 2.500.000. Sementara kemiskinan yang dialami sebuah keluarga, menjadikan pilihan-pilihan gizi bagi anaknya lebih terbatas. Kemudian, kesehatan lingkungan pun biasanya terabaikan. Karenanya anak pun lebih sering diserang penyakit yang akan menghambat tumbuh kembangnya (Nanang D, 2012).

Pada penelitian ini, pendapatan keluarga responden paring rendah Rp 1.000.000 dan paling besar Rp 2.500.000. Pendapatan responden jika di kelompokan sebagian besar responden memiliki tingkat pendapatan rendah. Balita dengan status gizi kurus hanya terdapat pada keluarga dengan tingkat ekonomi miskin.

Hasil Penelitian ini.berbeda dengan penelitian Burhani Pipit (2016) pada keluarga nelayan di kelurahan Air Tawar Barat Kota padang yang menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan status gizi pada keluarga nelayan di keluarahn air tawar barat kota padang.

Asumsi peneliti bahwa pendapatan yang rendah ternyata cenderung menjadi kendala bagi keluarga untuk meqiadikan balita berstatus gizi baik, walaupun distribusi pangan keluarga lebih mengutamakan memenuhi kebutuhan anak daripada anggota keluarga lain.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penetitian dan pembahasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energy protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa, maka dapat di tarik beberapa kesimpulan berikut :

1. Terdapat hubungan antara kandungan makanan dengan kejadian kekurangan energi protein pada anak balita usil 1-3 bulan di wilayah kerja puskesmas samata Kabupaten Gowa dengan nilai $\rho = 0{,}001$ ($\rho<0{,}05$)".
2. Tidak terdapat hubungan antara pola asuh dengan kejadian kurang energi protein pada anak balita l-3 tahun di wilayah kerja puskesmas samata Kabupaten Gowa dengan nilai $\rho = 0{,}14$ ($\rho>0{,}05$).
3. Terdapat hubungan antara pola asuh dengan kejadian kurang energi protein pada anak balita l-3 tahun di wilayah kerja puskesmas Samata Kabupaten Gowa dengan nilai $\rho = 0{,}00$ ($\rho< 0{,}05$).

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energy protein pada anak balita 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa, maka dirumuskan beberapa saran-saran kepada pihak yang berkepentingan seperti :

1. Fakultas Kesehatan tlniversitas patria Artha

   Bagi pihak Fakultas Kesehatan universitas patria Artha agar hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu literatur dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada anak balita l-3 tahun yang mengalami kekurangan energi protein.

2. Puskesmas Samata Gowa

   Perlu selalu melaksanakan monitoring terhadap tingkat konsumsi zat gizi dan status gizi anak secara rutin agar dapat mencegah kekurangan energy protein yang diderita oleh anak balita. Serta adanya program puskesmas dalam pemberian makanan pendamping ASI bagi balita yang terkena KEP.

3. Masyarakat

   Bagi orang tua yang mempunyai balita dengan status gizi baik agar terus mempertahankan status gizi balita dengan menjaga nutrisi yang diberikan kepada balita agar pertumbuhan dan perkembangan anak balita tetap optimal. Bagi orang tua yang mempunyai balita dengan status gizi KEP dapat memperbaiki dan meningkakan status gizi yang diberikan kepada balita untuk mengurangi angka kejadian KEP balita karena usia balita adalah usia yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkernbangan manusia.

4. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya oleh peneliti-peneliti selanjutnya dan dapat dijadikan referensi data apabila diperlukan.

5. Keilmuan

Untuk peneliti yang akan datang agar meneliti variabel-variabel yang belum sempat diteliti pada penelitian ini seperti lingkungan, dan budaya yang mempengaruhi status kekurangan energi protein.

DAFTAR PUSTAKA

Albunain, 2012. *Gizi Pengolohan Pangan*. Jakarta : Adicita Karya Nusa.

Almatsier, S., 2013. Prinsip Dasar llmu Gizi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Ana Nazmilah, 2012. *Faktor-Foktor Yang Berhuhungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) Pada Balita (6-59 Bulan) Di Wilayah Puskesmas Kelurahsn Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Tahun 2012*. Universitas Negeri Jember

Badan Penelilian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI, 2017. *Riset Kesehatan Dasar 2017*.

Departemen Kesehatan, 2012. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan,

Depkes RI, 2013. *Rencana Pembangunun Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Depkes RI, Jakarta

Dinas Kesehatan Prov Sul-Sel, 20l2. Indanesia Sehat 2020. www.aids-ina.org Diakses tanggal 15 April 2017.

Gibeon, J.P.S., 2010. *Gambaran Kecenderungan Status Gizi Anak Baru Masuk Sekolah Dasar di Kematan Medan Sunggal Tahun 2007-2010*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan.

Gibney, M. J. 2010. *Public Health Nutrition*. Jakarta : EGC.

Habicht, 2013. *Upaya-upaya Perbaikan Gizi di Indonesia*. Jakarta : PT Gramedia.

Handayani, 2011. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Anak Usia 2-5 tahun*. Medika Gizi dan Keluarga. IPB, Bogor.

Irianto, D.P., 2011. *Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan Edisi ke 2*. Andi Publisher: Jakarta.

Jumirah, Lubis, Z., Aritonang, E., 2011. *Status Gizi dan Tingkat Kecukupan Energi Protein Anak Sekolah Dasar di Desa Namo Gajah, Kecamatan Medan Tuntungan*. *Info Kesehatan Masyarakat l2(l): 1-104. Moehji, S. 201 l. Ilmu Gizi 2*. Bhutakarya: Jakarta.

Latifah, 2011. *Program Pemberian Makanan Tamhahan Untuk meningkatkan Status Balita di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2010*. Skripsi FKM UI

Lipi, 2013. *Kelangsungan Hidup Anak*. Gajah Mada Press. Yogyakarta.

Mansjoer, Arief, 2012. *Community Nutritional Assesment.* Oxford University, New York.

Mc. Lean, 2012. *Gizi Dan Pola Hidup sehat*, Irama widya. Bandung.

Nana, 2012. *Faktor-Faktor Resiko Kejadian Gizi Buruk pada Balita yang Dirawat Di RSUP Dr. Kariadi Semarang*. Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran universitas Diponegoro: Semarang.

Nanang D, 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Kekurangan Energi Protein Pada Anak Balita Di Kecamatan Tebet Kotamadya Jakarta Selatan*. Skripsi

Pudjiadi, 2015. *Ilmu Gizi Klinik pada Anak*, FKM UI.

Ramadani, Sri, 2011. *Hubungan Konsumsi Kalori Harian Dengan Status Gizi Anak Usia 6-12 Tahun Di Panti Asuhan Mamiyai Al Ittihadiyah Medan Tahun 2011*. FK USU Medan.

Santoso, Sugeng, 2011. *MASTERING SPSS versi 19*. Jakarta: PT EIex Media Komputindo.

Setiadi, 2013. *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan.* Yogyakarta : Graha Ilmu.

Soekirman,2013. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dm Masyarakat*. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.

Soetjiningsih, 2012. *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2012*. Jakarta; EGC.

Suhardjo, 2011. *Gizi Untuk Kesehatan lbu dan Anak*. Yogrukarta; Graha llmu.

Supariasa, I.D.N., 2013. *Penilaian Status Gizi*. Kedokteran. Jakarta : EGC.

Waryana, 2012. *Gambaran Status Gizi Anak di Panti Asuhan Yayasan Terima Kasih Ahudi Kecamatan Medan Barat Tahun 2010*. Fakultas Kedokteran USU Medan.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:
Bpk/ibu Calon Responden
Di-
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Patria Artha.

Nama : Ardi Sibali. H
NIM : 201232000011
Alamat : Jln. Bontotangga Pao-Pao Gowa

Akan mengadakan penelitian dengan judul "Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) pada anak balita usia 1-3 tahun di wilayah kerja puskesmas samata Kecamatan Somba opu Kabupaten Gowa".

Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan bpk/ibu untuk bersedia memberikan anak bpk/ibu untuk rnenjadi responden dalam penelitian ini dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Jika bpk/ibu tidak bersedia menjawab responden. maka tidak ada ancaman bagi bpk/ibu.

Apabila bpklibu menyetujui, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengikuti semua rangkaian proses penelitian ini.

Atas perhatian dan kerjasama bpk/ibu saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Ardi Sibali.H

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu responden

Sebagai persyaratan tugas akhir Mahasiswa Program Sl Keperawatan Universitas Patria Artha, maka saya akan melakukan penelitian tentang Faklor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) pada anak balita usia 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan Faklor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Kekurangan Energi protein (KEP) pada anak balita usia 1-3 tahun di wilayah kerja Puskesmas Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa. Untuk keperluan tersebut saya mohon kiranya bapak/ibu bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

selanjutnya saya mohon Bpk/ibu bersedia untuk mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban Bpk/ibu dijamin kerahasiannya.

Demikian, lembar kuesioner persetujuan ini saya buat. Atas bantuan dan partisipasinya di sampaikan terimakasih.

Makassar, Agustus 2017

Responden

Lampiran 3

Kode Responden :

KUESIONER PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KEKURANGAN KALORI DAN PROTEIN (KKP) PADA ANAK BALITA USIA 1-3 TAHUN DI PUSKESMAS SAMATA KECAMATAN SOMBA OPU KABUPATEN GOWA

I. Karakteristik Responden

A. Karakteristik Balita

1. Inisial :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
    1. Laki-laki
    2. Perempuan

4. Berat Badan Lahir : ..... kg

   Berat Badan Sekarang : ..... kg

5. Panjang Badan : ..... cm

   Panjang Badan Sekarang : ..... cm

B. Karakteristik Orang Tua/Wali Balita

1. Nama Ibu :
2. Suku :
3. Usia :

4. Pendidikan Terakhir Ibu :

   1. Tidak Tamat SD
   2. Tamat SD
   3. Tamat SMP
   4. Tamat SMA
   5. Diploma
   6. Sarjana

5. Pekerjaan Ibu Sekarang

   1. Pegawai Negeri Sipil
   2. Guru
   3. Buruh Tani
   4. Pedagang
   5. Ibu Rumah Tangga
   6. Lainnya, sebutkan :.....

6. Pekerjaan Ayah Sekarang

   1. Pegawai Negeri Sipil
   2. Guru
   4. Pedagang

3. Buruh Tani
5. Lainnya, sebutkan :.....

5. Pendapatan Perbulan

1. ≥ 2.500.000 :
2. < 2.500.000 :

Lampiran 4

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

Berilah tanda (✓) atau silang (x) pada kolom yang tersedia ada jawaban.

Pililah jawaban sesuai dengan pengalaman yang ibu alami dan rasakan !

A. KANDUNGAN MAKANAN

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda bisa membawah anak berobat ke pelayanan kesehatan bila sakit?		
2	Apakah anda memperhatikan komposisi zat gizi dan variai menu dalam menyusun menu untuk anak?		

3	Apakah anda menyusun menu untuk anak berdasarkan pada makanan yang anda senangi?		
4	Apakah anda rutin membawa anak ke puskesmas?		
5	Apakah anda menggunakan bahan makanan yang masih segar dan berkualitas baik dalam mengolah makanan untuk anak?		
6	Apakah anda mengolah makanan untuk anak bervariasi (misal : direbus, diungkep atau dikukus)		
7	Apakah anda pada waktu membuat sayur untuk anak, sebelumsayur saya potong-potong terlebih dahulu sebelum dicuci kemudian dimasukkan bahan sayur yang akan dimasak tersebut sebelum kuah sayur mendidih.		
8	Apakah pola makan anak anda diterapkan dalam sehari terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang dan malam) serta dua kali makanan selingan?		
9	Apakah anda memberikan susu atau makanan selingan kepada anak dekat dengan waktu makan utama.?		
10	Apakah anda menerapkan nasehat yang dianjurkan oleh petugas kesehatan?		

11	Apakah anda memberikan makanan 4 sehat 5 sempurna pada anak?		
12	Apakah anda memberikan ASI kepada anak sampai usia 2 tahun?		
	JUMLAH		

Lampiran 5

B. POLA ASUH

1. Apa yang pertama kali ibu berikan ketika bayi baru lahir?
   a. Air susu ibu yang pertama kali keluar (kolostrum)
   b. Susu Formula

2. Sampai usia berapa ibu memberikan ASI saja pada bayi?
   a. < 6 Bulan
   b. > 6 Bulan
3. Apakah ibu sudah memberikan MP-ASI sejak lahir?
   a. Sudah
   b. Kadang-kadang
4. Berapa kali ibu memberikan ASI pada bayi?
   a. 3 x sehari
   b. Setiap bayi menginginkan minimal 8 kali
5. Apakah ibu masih memberikan ASI sampai saat ini?
   a. Ya, ASI saja
   b. ASI dibarengi susu formula
6. Sejak usia berapa bayi diberi susu formula ?
   a. Sejak lahir
   b. Setelah usia 3 bulan
7. Sejak usia berapa ibu memberikan makanan tambahan
   a. 1-3 bulan
   b. 3-4 bulan
8. Apakah pemberian makanan dihentikan walaupun makanan belum habis.?
   a. Dihentikan sementara lalu diteruskan.
   b. Kadang-kadang
9. Apakah menu makanan yang diberikan selalu bervariasi setiap hari ?
   a. Ya
   b. Kadang-kadang
10. Berapa kali balita diberi makan
    a. 3 kali
    b. 2 kali
    c. 1 kali

Lampiran 6
Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas Samata

PEMERINTAH KABUPATEN GOWA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jln. Mesjid Raya No. 30. Telepon. 884637. Sungguminasa – Gowa

Sungguminasa, 10 Agustus 2017

Nomor : 070/ /BKB.P/2017
Lamp : -
Perihal : ***Rekomendasi Penelitian***

Kepada
Yth. Ka. Puskesmas Samata
Di-
Tempat

Berdasarkan Surat Dekan Fak. Kesehatan Universitas Patria Artha Nomor: 0566/UPA/300/VIII/2017 tanggal 3 Agustus 2017 tentang Rekomendasi Penelitian.

Dengan ini disampaikan kepada saudara bahwa yang tersebut di bawah ini:

Nama	: **Ardi Sibali**
Tempat/Tanggal Lahir	: Jeneponto, 28 Oktober 1997
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	: Jl. Tun Abd. Razak

Bermaksud akan mengadakan Penelitian/Pengumpulan Data di wilayah/tempat saudara yang berjudul ***"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KEKURANGAN KALORI DAN PROTEIN (KKP) PADA ANAK BALITA USIA 1-3 TAHUN DIPUSKESMAS SAMATA KEC. SOMBA OPU KABUPATEN GOWA"***

Selama	: 9 Agustus s/d 9 September 2017
Pengikut	: Tidak Ada

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka pada prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan tersebut dengan ketentuan :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan kepada yang bersangkutan harus melapor kepada Bupati Cq. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab.Gowa;
2. Penelitian/Pengambilan Data tidak menyimpang dari izin yang diberikan.;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 1 (satu) Eksemplar copy hasil penelitian kepada Bupati Gowa Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab.Gowa.

Demikian disampaikan dan untuk lancarnya pelaksanaan dimaksud diharapkan bantuan seperlunya.

An. BUPATI GOWA
KEPALA BADAN,

Drs. BAHARUDDIN. T
Pangkat : Pembina Tk.1
N I P : 19600124 197911 1 001

Tembusan :
1. Bupati Gowa (sebagai laporan);
2. Kadis Kesehatan Kab. Gowa;
3. Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Patria Artha Makassar ;
4. Yang Bersangkutan ;
5. Pertinggal

PEMERINTAH KABUPATEN GOWA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SAMATA
Jl. Mustafa Dg. Bunga Kelurahan Romang Polong Kecamatan Somba Opu
Email : pkm-samata@yahoo.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
No : 440/ /PKM – SMT/XI/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: **dr. Hj. Arni Sultan, M.Si,DPDK**
Nip	: 19621222 199803 2 001
Pangkat/Gol Ruang	: Pembina Utama Madya / IV c
Jabatan	: Kepala Puskesmas Samata
Menerangkan bahwa :	
Nama	: Ardi Sibali. H
Tempat / Tgl Lahir	: Jeneponto, 28 Oktober 1997
Jenis Kelamin	: Laki – Laki
Pekerjaan	: Mahasiswa (S1)
Alamat	: Jl. Tun. Abd. Razak

Bahwa benar telah melakukan Penelitian di Puskesmas Samata mulai pada Tanggal 17 Oktober 2017 Sampai pada 17 November dengan judul Penelitian :
"FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KURANG KALORI DAN PROTEIN PADA ANAK USIA 1 – 3 TAHUN DI PUSKESMAS SAMATA KEC. SOMBAOPU KAB. GOWA :
STUDI FENAMOLOGI"

Demikian Surat Keterangan ini Penelitian ini dibuat dengan sebenarnya untuk Dipergunakan sebagai mestinya.

Di Keluarkan di : Samata
Pada Tanggal : 17 Nov 2017
Kepala Puskesmas Samata

T

dr. Hj. Arni Sultan,M.Si,DPDK
Nip. 19621222 199803 2 001

Lampiran 7
Hasil SPSS

MASTER TABEL

NO	INS	UMR	JK	PKRJ ORTU	PDKN ORTU	KANDUNGAN MAKANAN																	POLA ASUH											EKONOMI			KEP	
						P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Σ	KO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Σ	KO	P	KO	BB	TB	KO
1	AN	3	1	2	3	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	2	2	6,5	87	2
2	M	3	1	2	4	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	7	88	2
3	KA	3	2	5	3	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	1	7	85	2
4	LH	2	1	6	4	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	7,5	85	2
5	WA	2	1	3	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	8,5	88	2
6	N	3	2	1	3	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	5	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	6,5	87	2
7	ER	2	2	5	2	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	8	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	5	2	2	2	8,5	89	2
8	SU	3	2	2	3	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5	2	2	1	7,5	80	2
9	FI	3	1	2	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	5	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	2	2	1	8	83	2
10	ST	3	1	3	3	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	2	1	1	9	87	2
11	SU	2	1	5	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	2	2	5,5	86	2
12	ST	1	2	5	3	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	5	79	2
13	DI	1	2	5	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	2	2	2	7	80	2
14	DW	1	2	2	3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	2	2	2	6	82	2
15	S	1	1	5	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	1	1	5,5	80	2
16	R	1	2	3	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	7	82	2
17	R	3	1	2	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5	2	1	2	7,5	89	2
18	WA	2	1	2	2	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4	2	2	2	6	82	2
19	T	3	1	2	4	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	2	1	1	7	90	2
20	SR	1	2	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	2	2	2	6	78	2
21	RL	3	1	5	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	7	89	2
22	S	2	1	4	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	2	2	2	5	87	2
23	R	1	2	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	6	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	7	87	2
24	TW	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	7	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	6	83	2
25	AN	1	1	6	3	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	6	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	2	1	1	5,5	80	2
26	AR	1	2	2	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	6	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5	2	2	2	6	80	2
27	R	3	1	2	2	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	6	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5	2	1	1	5,5	87	2
28	Q	2	2	6	4	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	2	2	2	6,5	86	2
29	TY	3	1	2	4	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	7	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	2	1	1	5	76	2
30	R	3	1	5	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	2	1	1	5	88	2

Jenis Kelamin
Ket 1 = Laki=Laki
2 = Perempuan

Umur
1 = 1 Thn
2 = 2 Thn
3 = 3 Thn
4 = 4 Thn

Pekerjaan Ortu
1 = Tidak Bekerja
2 = Tukang Bentor
3 = Sopir
4 = Petani
5 = IRT
6 = Buruh

Pendidikan
1= tidak bersekolah
2 = SD
3 = SMP
4 = SMA
5 = Sarjana

Ekonomi
1 = Baik
2 = Kurang

Kandungan Makanan
1 = Baik
2 = Kurang

Pola Asuh
1 = Baik
2 = Kurang

KEP
1 = Baik
2 = Buruk

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Tahun	10	33.3	33.3	33.3
	2 Tahun	7	23.3	23.3	56.7
	3 Tahun	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	17	56.7	56.7	56.7
	Perempuan	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan Orang tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	3	10.0	10.0	10.0
	Tukang Bentor	11	36.7	36.7	46.7
	Sopir	3	10.0	10.0	56.7
	Petani	2	6.7	6.7	63.3
	Ibu rumah tangga	8	26.7	26.7	90.0
	Buruh	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	4	13.3	13.3	13.3
	SD	10	33.3	33.3	46.7
	SMP	11	36.7	36.7	83.3
	SMA	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Kandungan Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	12	40.0	40.0	40.0
	Buruk	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pola Asuh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	16	53.3	53.3	53.3
	Kurang	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Status Ekonomi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Baik	13	43.3	43.3	43.3
	Kurang	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Kekurangan Energi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	11	36.7	36.7	36.7
	Buruk	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kandungan Makanan * Kekurangan Energi	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pola Asuh * Kekurangan Energi	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Status Ekonomi * Kekurangan Energi	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Kandungan Makanan * Kekurangan Energi

Crosstab

			Kekurangan Energi		
			Baik	Buruk	Total
Kandungan Makanan	Baik	Count	9	3	12
		Expected Count	4.4	7.6	12.0
		% within Kandungan Makanan	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	81.8%	15.8%	40.0%
		% of Total	30.0%	10.0%	40.0%
	Buruk	Count	2	16	18
		Expected Count	6.6	11.4	18.0
		% within Kandungan Makanan	11.1%	88.9%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	18.2%	84.2%	60.0%
		% of Total	6.7%	53.3%	60.0%
	Total	Count	11	19	30
		Expected Count	11.0	19.0	30.0
		% within Kandungan Makanan	36.7%	63.3%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	36.7%	63.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.656[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	10.054	1	.002		
Likelihood Ratio	13.375	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	12.234	1	.000		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kandungan Makanan (Baik / Buruk)	24.000	3.358	171.539
For cohort Kekurangan Energi = Baik	6.750	1.755	25.956
For cohort Kekurangan Energi = Buruk	.281	.104	.760
N of Valid Cases	30		

Pola Asuh * Kekurangan Energi

Crosstab

			Kekurangan Energi		
			Baik	Buruk	Total
Pola Asuh	Baik	Count	8	8	16
		Expected Count	5.9	10.1	16.0
		% within Pola Asuh	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	72.7%	42.1%	53.3%
		% of Total	26.7%	26.7%	53.3%
	Kurang	Count	3	11	14
		Expected Count	5.1	8.9	14.0
		% within Pola Asuh	21.4%	78.6%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	27.3%	57.9%	46.7%
		% of Total	10.0%	36.7%	46.7%
	Total	Count	11	19	30
		Expected Count	11.0	19.0	30.0
		% within Pola Asuh	36.7%	63.3%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	36.7%	63.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.625[a]	1	.105		
Continuity Correction[b]	1.539	1	.215		
Likelihood Ratio	2.701	1	.100		
Fisher's Exact Test				.142	.107
Linear-by-Linear Association	2.537	1	.111		
N of Valid Cases	30				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pola Asuh (Baik / Kurang)	3.667	.733	18.332
For cohort Kekurangan Energi = Baik	2.333	.764	7.125
For cohort Kekurangan Energi = Buruk	.636	.363	1.115
N of Valid Cases	30		

Status Ekonomi * Kekurangan Energ

Crosstab

			Kekurangan Energi		
			Baik	Buruk	Total
Status Ekonomi	Baik	Count	11	2	13
		Expected Count	4.8	8.2	13.0
		% within Status Ekonomi	84.6%	15.4%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	100.0%	10.5%	43.3%
		% of Total	36.7%	6.7%	43.3%
	Kurang	Count	0	17	17
		Expected Count	6.2	10.8	17.0
		% within Status Ekonomi	.0%	100.0%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	.0%	89.5%	56.7%
		% of Total	.0%	56.7%	56.7%
	Total	Count	11	19	30
		Expected Count	11.0	19.0	30.0
		% within Status Ekonomi	36.7%	63.3%	100.0%
		% within Kekurangan Energi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	36.7%	63.3%	100.0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22.713[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	19.215	1	.000		
Likelihood Ratio	28.267	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.955	1	.000		
N of Valid Cases	30				

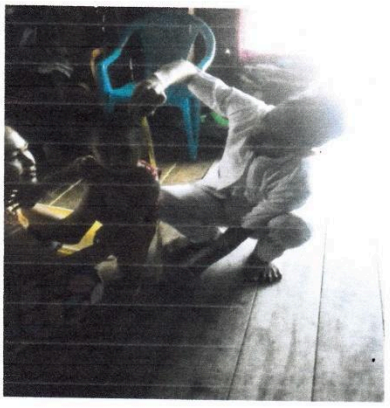
a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.77.

b. Computed only for a 2x2 table

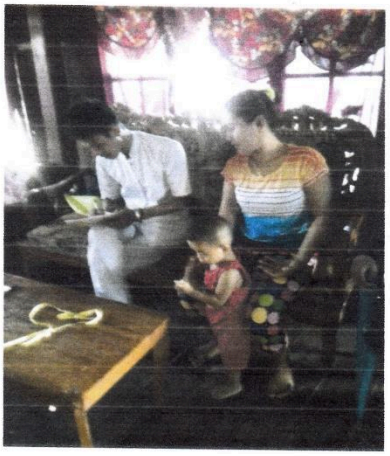
Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kekurangan Energi = Buruk	.154	.043	.550
N of Valid Cases	30		

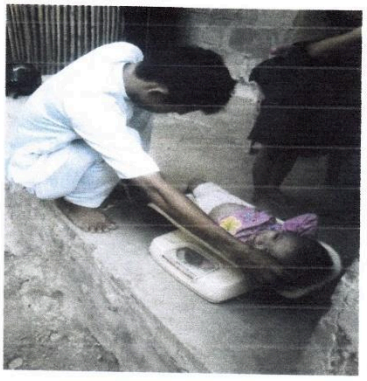
Lampiran 8
Dokumentasi Penelitian

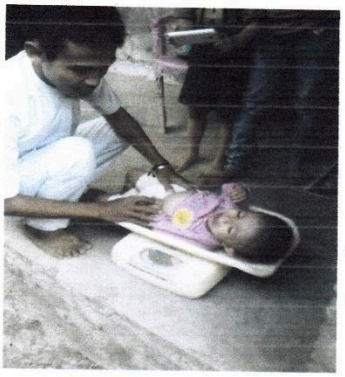




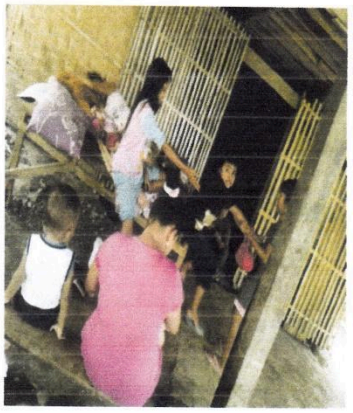




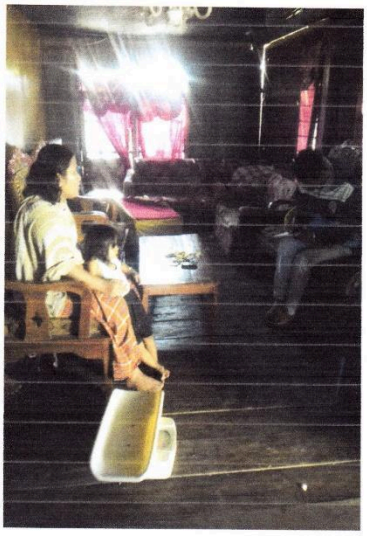


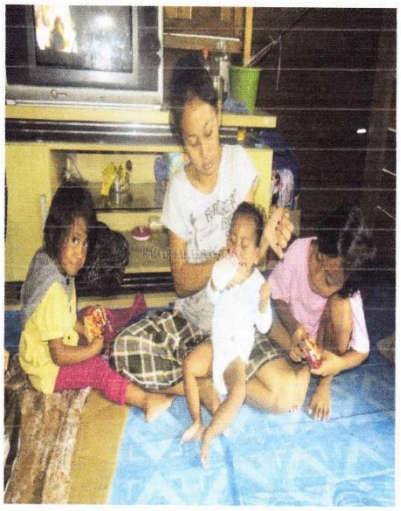


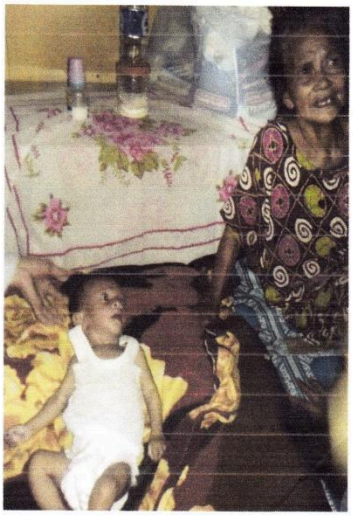












Lampiran 9

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : ARDI SIBALI. H
NPM : 20123100002
Tempat/Tanggal lahir : Jeneponto, 28 Oktober 1997
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Jurusan : S1 Ilmu Keperawatan
Alamat : Jeneponto
Email : bangdezta93@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tamat SDN INPRES Agang Je'ne No.114 Tahun 2006 Kecamatan Binamu Kabupaten Jeneponto
2. Tamat MTSN Binamu Tahun 2009 Kecamatan Binamu Kabupaten Jeneponto
3. Tamat SMKN 8 Jeneponto 2012 Kecamatan Binamu Kabupaten Jeneponto
4. Mengikuti Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Patria Artha Mulai Tahun 2012-2017