

SKRIPSI

**PENGARUH KONSELING GIZI BERBASIS AUDIO VISUAL
TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI PADA
BALITA GIZI KURANG DI WILAYAH
KOTA BENGKULU TAHUN 2020**



DISUSUN OLEH :

**INDHA MONITA JOLANDA
NIM : P0.5130216011**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKES KEMENKES BENGKULU
PRODIGIZI DAN DIETETIKA
TAHUN 2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

PENGARUH KONSELING GIZI BERBASIS AUDIO VISUAL
TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI PADA
BALITA GIZI KURANG DI WILAYAH
KOTA BENGKULU TAHUN 2020

Yang Dipersiapkan dan Dipersentasikan Oleh:


Indha Monita Jolanda
NIM : P05130216011

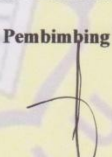
Skripsi Ini Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Bengkulu Jurusan Gizi
Pada Tanggal 17 Juni 2020

Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Pembimbing I,

Pembimbing II,


Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM
NIP. 197608172000032001


Tetes Wahyu, SST., M. Biomed
NIP. 197408181997032002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

PENGARUH KONSELING GIZI BERBASIS AUDIO
VISUAL TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN GIZI PADA BALITA GIZIKURANG
DI WILAYAH KOTA BENGKULU TAHUN 2020

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :


INDHA MONITA JOLANDA
NIM : P05130216011


Skripsi Ini Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Bengkulu Jurusan Gizi
Pada Tanggal 17 Juni 2020

Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Ketua Dewan Penguji


Penguji II



Darwis, S.Kp., M.Kes
NIP.196301031983121002


Kusalina, SST., M.Gizi
NIP. 198105162008012012

Penguji III

Penguji IV


Tetes Wahyu W, SST., M.Biomed
NIP. 198106142006041004


Dr. Demas Simbolon, SKM., MKM
NIP. 197608172000032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Program Studi Diploma IV Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Skripsi, Juni 2020

Indha Monita Jolanda

Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang di Wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020

xiii + 89 halaman, 21 tabel, 1 gambar, 6 lampiran

ABSTRAK

Abstrak: pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan gizi pada balita gizi kurang. Gizi kurang merupakan keadaan kurang zat gizi yang meliputi unsur pendek dan kurus, didefinisikan sebagai persentase anak berusia 0 sampai 59 bulan yang berat badan menurut umur (BB/U) WHO 2013. Jenis Penelitian ini merupakan penelitian *Pre-Eksperimen* dengan pendekatan *one group pretest and posttest design*. Subjek penelitian ibu yang mempunyai balita gizi kurang yang berjumlah 30 orang, kelompok intervensi mendapatkan edukasi melalui media audio visual sedangkan kelompok kontrol dengan *leaflet*. Hasil penelitian diketahui pengetahuan, sikap dan tindakan (asupan karbohidrat, protein dan lemak) memiliki perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan media audio visual pada ibu yang mempunyai balita gizi kurang dengan nilai ($p < 0,05$). Saran Diharapkan bagi Puskesmas Nusa Indah dan Puskesmas Pasar Ikan sebaiknya hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi program gizi agar dapat pihak puskesmas memberikan penyuluhan dan promosi mengenai pentingnya pengetahuan ibu dan sikap ibu bagi tumbuh kembang balita.

Kata Kunci: Konseling Gizi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Balita Gizi Kurang

Diploma IV Nutrition Health Study Program of Ministry of Health Bengkulu

Thesis, June 2020

Indha Monita Jolanda

Effects of Audio Visual Based Counseling on Knowledge, Attitudes and Actions to Fulfill Nutritional Needs of Underweight Malnutrition Children In the Bengkulu City Region in 2020

xiii + 89 pages, 21 tables, 1 picture, 6 attachments

Abstract: the influence of audio visual based counseling on knowledge, attitudes and actions in meeting nutritional needs in malnourished children under five. Malnutrition is a condition of nutrient deficiency which includes short and thin elements, defined as the percentage of children aged 0 to 59 months who are weight according to age (BB / U). This type of research is a Pre-Experiment research with one group pretest approach and posttest design. Research subjects were mothers who had underweight malnutrition children totaling 30 people, the intervention group received education through audio visual media while the control group with leaflets. The results of the study revealed knowledge, attitudes and actions (intake of protein carbohydrates and fats) had significant differences before and after being given nutritional counseling using audio-visual media for mothers who have undernourished children with a value ($p < 0.05$). Suggestions for Puskesmas Nusa Indah and the Fish Market Health Center should be used as a material for evaluating nutrition programs so that the Puskesmas can provide counseling and promotion regarding the importance of mother's knowledge and mother's attitude for the development of toddlers.

Keywords: *Nutrition Counseling, Knowledge, Attitudes, Actions, Malnutrition Toddler*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul **“Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020”** sebagai syarat untuk menyelesaikan skripsi.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Gizi di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Penulis menyadari akan keterbatasan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki, oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun merupakan input dalam penyempurnaan selanjutnya. Semoga dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang dan masyarakat pada umumnya.

Penyelesaian skripsi ini penyusun telah mendapat masukan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penyusun mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan sebagai Ketua Dewan Penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan saran dalam penyusunan skripsi.
2. Ibu Kamsiah , SST.,M.Kes sebagai Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu .
3. Ibu Miratul Haya, SKM., M.Gizi sebagai Ketua Prodi DIV Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Bengkulu.
4. Ibu Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM sebagai Pembimbing I yang telah menginspirasi, membimbing serta memberikan banyak masukan dalam penyusunan skripsi.

5. Bapak Tetes Wahyu, SST., M.Biomed sebagai Pembimbing II yang telah menginspirasi, membimbing serta memberikan banyak masukan dalam penyusunan skripsi.
6. Ibu Kusdalinah, SST., M.Gizisebagai Penguji Iyang telah meluangkan waktu dan memberikan saran dalam penyusunan skripsi.
7. Seluruh dosen yang telah memberi masukan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi.
8. Pengelola Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
9. Kepada orang tua dan saudara-saudaraku yang selalu memberi doa, dukungan, motivasi, perhatian, serta bantuan baik dalam bentuk fisik maupun non fisik dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Teman-teman mahasiswa Jurusan DIV Gizi angkatan V yang banyak memberikan bantuan dan dorongan baik moril maupun materil kepada penulis.
11. Kepada semua pihak yang telah membantu proses penyelesaian skripsi semoga Tuhan melimpahkan rahmat dan berkat yang berlimpah.

Penulis sangat mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal di masa yang akan datang. Akhirnya semoga skripsi ini nanti dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi perkembangan pengetahuan bidang gizi.

Bengkulu, 2020

Penulis

BIODATA PENULIS



- ✚ Nama : Indha Monita Jolanda
- ✚ Nim : P0 5130216 011
- ✚ Agama : Islam
- ✚ TTL : Bengkulu, 06 juni 1998
- ✚ Nama Ayah : Elfian jhoni
- ✚ Nama Ibu : Nurlindah
- ✚ Nama Kakak : Iqbal Ribky fitra Jolanda
- ✚ Nama Adek : Intan khairunnissa Jolanda
- ✚ Anak : ke-2(Dua)
- ✚ Alamat : Jl. Putri Gading Cempaka
- ✚ Email : indhamonita06@gmail.com
- ✚ No Hp : 085273397022

Riwayat Pendidikan

- ✚ SD Negeri 27 Kota Bengkulu
- ✚ SMP Negeri 15 Kota Bengkulu
- ✚ SMKN Negeri 03 Kota Bengkulu
- ✚ Poltekkes Kemenkes Bengkulu

MOTTO

- ✚ Salah satu sumber kebahagiaan adalah mendapat Lelah setelah berjuang mengejar bekah dalam satu kegiatan yang bernilai
- ✚ Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya
- ✚ Kebanyakan dari kita hanya mengetahui bagaimana tanda-tanda kematian dari sebuah perjalanan, tapi lupa bagaimana menginisiasi perbuatan yang hidup dan menghidupkan

BERSEMBAHAN

Segala daya upaya yang telah dilakukan hanyalah untuk tujuan menuntun ilmu.

Tugas Akhir ini dibuat untuk kupersembahkan kepada :

- ✚ Allah SWT karena atas berkah dan rahmatnya lah Skripsi ini dapat terselesaikan*
- ✚ Kedua orang tua ku yang tercinta dan yang tersayang (Ayah elfian jhoni dan Ibu nurlinda) yang telah membesarkan dan memberi kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menghadapi rintangan yang ada didepanku, terima kasih untuk doa, pengorbanan tanpa kenal lelah dan perjuangan separuh nyawa. Doakan selalu anakmu yang selalu berjuang demi kalian.*
- ✚ Kakak tersayang dan adek tersayang (Iqbal,dan intan) yang memotivasi untuk terus semangat meraih cita-cita.*
- ✚ My Boyfriend Rahmat wijaya, yang telah memberikan semangat, motivasi, selalu memberi masukan saat aku sedih, tak bosan untuk membangkitkan semangatku dan teman cerita saat perjuanganku untuk menyelesaikan skripsi.*
- ✚ Kedua dosen pembimbing ku bunda Dr.Demsa Simbolon,SKM.,MKM Gizi dan bunda Tetes Wahyu, SST., M.Biomed yang selalu sabar membimbing dan membeikan semangat dan masukan untuk dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya.*
- ✚ Cousin ku (Ucil, Upon, Hamdi, Rada, Rara, Delvi, Icha) yang telah memberikan motivasi,semangat,dan sesalu ada dikala aku membutuhkan.*
- ✚ Teman bermain (Bella, St, Regita, Fitri, Ade, Nia, Munti, Rita, Sherly, Panji, Beno, Andre, Deri, Dina, Syarah,) yang setia membantu, memberi motivasi, semangat, dan selalu ada dikala aku membutuhkan bantuan.*
- ✚ Teman-teman seperjuangan DIV GIZI angkatan 2016 (angkatan Andreyas) yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih atas kebersamaan selama empat tahun ini yang telah berjuang bersama baik suka maupun duka terimakasih telah memberi arti kekeluargaan.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Status gizi	9
2.2 Klasifikasi status gizi	12
2.3 Pengetahuan	16
2.4 Sikap	20
2.5 Penelitian atau pengukuran status gizi	22
2.6 Zat gizi yang diperlukan anak balita	24
2.7 MP-ASI	29
2.8 Konseling Gizi	32
2.9 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan	35
2.10 Kerangka Teori	41

BAB III METODE PENELITIAN.....	42
3.1 Desain Penelitian	43
3.2 Variabel Penelitian.....	43
3.3 Kerangka Konsep.....	44
3.4 Definisi Operasional	45
3.5 Alur Penelitian	45
3.6 Populasi dan Sampel.....	47
3.7 Tempat dan Waktu Penelitian	49
3.8 Teknik Pengumpulan Data	49
3.9 Instrumen Penelitian	50
3.10 Pengolahan Data	50
3.11 Analisis Data	51
3.12 Etika Penelitian	55
3.13 Jalannya Penelitian	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
4.1 Jalannya Penelitian	57
4.2 Hasil Penelitian.....	59
4.3 Pembahasan	71
4.4 Keterbatasan Penelitian	85
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	86
5.1 Kesimpulan	86
5.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pengaruh Gizi Kurang terhadap Angka Kematian Bayi dan Balita.....	11
--	----

DAFTAR TABEL

1.1	Keaslian Penelitian	7
2.1	Kategori Dan Ambang Batas Status Gizi Balita berdasarkan Indeks (BB/U)	13
2.2	Tinggi Badan menurutUmur.....	13
2.3	Berat Badan menurutTinggi Badan	15
2.4	Angka Kecukupan Energi untuk Anak Balita	24
2.5	Angka Kecukupan Protein Anak Balita (Gr/KgBBSehari)	26
2.6	Tingkat Kecukupan Lemak Anak Balita	27
2.7	Tingkat Kecukupan Vitamin dan Mineral Anak Balita.....	28
2.8	Komposisi Asi Ibu Melahirkan Cukup Bulan dan Kurang Bulan Per 100 ML.....	31
3.1	Definisi Operasional	49
4.1	Distribusi Karakteristik pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol diwilayah Kota Bengkulu.....	58
4.2	Gambaran Perbedaan Pengetahuan Sesudah diberikan Intervensi dan Sebelum diberikan Intervensi.	60
4.3	Gambaran Perbedaan Sikap Sesudah diberikan Intervensi dan Sebelum diberikan Intervensi.	60
4.4	Gambaran Perbedaan Asupan Karbohidrat Sesudah diberikan Intervensi dan Sebelum diberikan Intervensi.	61
4.5	Gambaran Perbedaan Asupan Protein Sesudah diberikan Intervensi dan Sebelum diberikan Intervensi.	62

4.6	Gambaran Perbedaan Asupan Lemak Sesudah diberikan Intervensi dan Sebelum diberikan Intervensi.	63
4.7	Perbandingan Pengetahuan Antara Dua Media yaitu Media Audio Visual Dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kelompok Interveni dan Kelompok Kontrol.....	63
4.8	Perbandingan Sikap Antara Dua Media yaitu Media Audio Visual dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kelompok Interveni dan Kelompok Kontrol.....	64
4.9	Perbandingan Asupan Karbohidrat Antara Dua Media yaitu Media Audio Visual Dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kelompok Interveni dan Kelompok Kontrol.	65
4.10	Perbandingan Asupan Protein Antara Dua Media yaitu Media Audio Visual dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kelompok Interveni dan Kelompok Kontrol.....	66
4.11	Perbandingan Asupan Lemak Antara Dua Media yaitu Media Audio Visual dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kelompok Interveni dan Kelompok Kontrol.....	67

DAFTAR BAGAN

2.1 KerangkaTeori.....	49
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian.....	100
Lampiran 2 Tabulasi Data.....	104
Lampiran 3 Uji Validitas.....	107
Lampiran 4 Dokumentasi Data	111
Lampiran 5 Uji Stastika SPSS.....	130
Lampiran 6 Master Data.....	140

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status gizi merupakan keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan zat gizi yang berbeda antar individu, hal ini tergantung pada usia orang tersebut, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, berat badan dan lainnya. (Harjatmo dkk, 2017).

Gizi kurang merupakan keadaan kurang zat gizi yang meliputi unsur pendek dan kurus, didefinisikan sebagai persentase anak berusia 0 sampai 59 bulan yang berat badan menurut umur (BB/U) berada pada <-2 SD sampai >-3 SD dari standar pertumbuhan WHO-NCHS (WHO, 2013). Balita merupakan kelompok yang rawan akan terjadinya masalah gizi. Hal ini disebabkan balita memerlukan asupan zat gizi yang mencukupi untuk perkembangan dan pertumbuhannya.

Kekeliruan dalam memenuhi kebutuhan gizi balita akan berakibat terhadap perkembangan dan pertumbuhan saat dewasa. Balita kurang gizi akan mengalami penurunan kecerdasan, penurunan kekebalan tubuh, produktivitas, masalah kesehatan dan mental, serta gagal tumbuh (Ni'mah & Muniroh, 2015).

Masalah gizi kurang pada balita masih menjadi masalah mendasar di dunia. WHO (2013) jumlah penderita kurang gizi di dunia mencapai 104 juta anak. Menurut Riskesdas 2013 prevalensi jumlah balita gizi kurang sebesar 13,9 %, menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi jumlah balita gizi kurang sebesar 13,8 %. Prevalensi status gizi balita di Indonesia tahun 2018 menurut indeks BB/U, didapatkan hasil: gizi lebih 3,1%, gizi baik 79,2%, gizi kurang 13,8% dan gizi buruk 13,9%. Status gizi balita menurut indeks TB/U, didapatkan hasil: 69,2 % normal dan 19,3% balita pendek dan sangat pendek 11,5%. Status gizi balita menurut indeks BB/TB, gemuk 18%, normal 81,8%, kurus 6,7%, sangat kurus 13,5% didapatkan hasil 82,7% (Riskesdas 2018).

Berdasarkan data Kota Bengkulu prevalensi balita gizi kurang tertinggi tahun 2018 terdapat di Puskesmas Pasar Ikan jumlah balita yang di timbang 390, jumlah balita gizi kurang 20 total persen (5.1 %), di Puskesmas Nusa Indah jumlah balita yang di timbang 580, jumlah balita gizi kurang 26 total persen (4.5%) (Dinkes 2018). Berdasarkan survei lapangan Puskesmas Pasar Ikan jumlah balita yang diukur 44, balita yang mengalami gizi kurang 26 balita total persen (6.6 %), di Puskesmas Nusa Indah jumlah balita yang di ukur 62 balita yang mengalami balita gizi kurang 27 balita total persen (4.6%).

Status gizi balita dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung yaitu konsumsi pangan dan penyakit infeksi, sedangkan salah satu faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi balita adalah pengetahuan dan sikap ibu. Kurangnya pengetahuan dan

sikap ibu merupakan salah satu penyebab terjadinya kurang gizi pada balita. Ibu yang memiliki pengetahuan dan sikap gizi yang kurang akan suka memilih makanan yang bergizi bagi balita dan keluarganya sehingga akan mempengaruhi asupan makan balita dan status gizinya. Gizi yang baik adalah gizi yang seimbang, artinya asupan nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh.(Ochtaviani dan Ani, 2012).

Balita gizi kurang akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan otak dan tingkat kecerdasan, hal ini karena kurangnya produksi protein dan energi yang di peroleh dari makanan (Zuraida dan Nainggolan, 2012).Asupan makan yang tidak seimbang merupakan asupan makan yang defisit menyebabkan balita mengalami periode kritis seperti gizi kurang. Kekurangan gizi pada balita bahkan terjadinya gizi buruk dapat menyebabkan kematian (Ochtaviani dan Ani, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hariska Pratiwi dkk (2016) hasil penelitian yang didapatkan yaitu metode konseling gizi efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap responden dalam mencegah gizi buruk balita dengan hasil pengetahuan $p\ value (0,004) < \alpha (0,05)$ dan sikap $p\ value (0,039) < \alpha (0,05)$.

Salah satu upaya dalam penanggulangan gizi kurang yakni melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang konseling gizi. Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi interpersonal/dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali, mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi.

Berdasarkan penelitian yang menyatakan bahwa pemberian konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang pemberian makan pada balita gizi buruk (Sofiyana, 2012).

Media konsultasi adalah semua alat atau bahan yang digunakan sebagai media untuk pesan yang disampaikan dengan tujuan untuk lebih mudah memperjelas pesan atau untuk lebih memperjelas jangkauan pesan. Penggunaan media bertujuan untuk memaksimalkan indera yang ada dalam menangkap pesan (Supriasa, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ira Rahmawati dkk (2007) terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita yang mengalami penyuluhan dengan media audio visual lebih tinggi dibandingkan dengan yang mengikuti penyuluhan dengan modul dan kontrol. Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita berbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi.

Media audio visual yaitu jenis media yang mengandung unsur suaradan lain sebagainya. Kemampuan media ini dianggap lebih menarik, sebab mengandung kedua unsur jenis media yang pertama dan kedua (Wina 2010). Penelitian yang dilakukan Wicaksono (2016) menyatakan bahwa media audio visual merupakan peningkatan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita tentang MP-ASI.

Media yang digunakan pada penelitian ini adalah media elektronik yang berbasis audio visual dimana dalam video ini berisi materi tentang penanganan balita gizi kurang yang diharapkan dapat menjadi acuan bagi ibu

balita gizi kurang untuk pencegahan balita gizi kurang. Media ini dipilih karena dianggap sebagai media yang cukup efektif dan menarik untuk memberikan informasi dibanding media cetak lainnya, karena media ini bisa di buka dan dibaca melalui android dimana didalamnya terdapat informasi yang spesifik dan mudah dipahami dan bisa dibaca kapan saja.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian tertarik untuk meneliti Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana “Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk diketahui pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui karakteristik ibu yang mempunyai balita gizi kurang dari usia, dan pendidikan di Wilaya kota Bengkulu tahun 2020

- b. Diketahui gambaran pengetahuan ibu dalam pemenuha gizi pada anak balita gizi kurang di Wilaya kota Bengkulu tahun 2020.
- c. Diketahui gambaran sikap ibu dalam pemenuha gizi pada anak balita gizi kurang di Wilaya kota Bengkulu tahun 2020.
- d. Diketahui gambaran asupan karbohidrat, protein, lemak dalam pemenuha gizi pada anak balita gizi kurang di Wilaya kota Bengkulu tahun 2020.
- e. Diketahui perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan audio visual pada kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan media leaflet terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.
- f. Diketahui perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan audio visual pada kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan media leaflet terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.
- g. Diketahui perbedaan tindakan (asupan karbohidrat, protein, lemak) sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan audio visual pada kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan media leaflet terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Peneliti ini dapat menambah wawasan ilmu dan pengetahuan bagi peneliti dan mahasiswa lainya tentang pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi pada balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020 serta dapat mengetahui penerapan teori yang selama ini dipelajari dikampus kehidupan nyata.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi tentang bagaimana pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan gizi pada balita gizi kurang di wilayahKota Bengkulu Tahun 2020.

1.4.3 Bagi Akademik

Memberikan informasi sehingga dapat dijadikan referensi tambahan bagi perpustakaan untuk meningkatkan keilmuan bagi mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu mengenai pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan gizi pada balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti/Tahun	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Kesimpulan
1	Hariska Pratiwi dkk 2016	Peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu dalam upaya pencegahan gizi buruk pada balita melalui metode konseling gizi di wilayah kerja Puskesmas Wua-Wua Kota Kendari Tahun 2016.	Pra-Eksperiment dengan desain One Group Pretest-Postest.	Hasil penelitian yang didapatkan yaitu metode konseling gizi efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap responden dalam mencegah gizi buruk balita dengan hasil pengetahuan p value $(0,004) < \alpha (0,05)$ dan sikap p value $(0,039) < \alpha (0,05)$.
2	Ira Rahmawati dkk (2007)	Pengaruh penyuluhan dengan media audio visual terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita gizi kurang dan buruk di Kabupaten Kotwaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah	Pra-Eksperiment dengan desain One Group Pretest-Postest.	Terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita yang mengalami penyuluhan dengan media audio.
3	Angger Suradana Pasek, 2019	Evaluasi kelas gizi terhadap kejadian balita gizi kurang dipuskesmas karang taliwang kota mataram	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif	Kejadian balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Karang Taliwang pada Tahun 2017 sebesar 3,5% dan Tahun 2018 sebesar 2,3%. Sebagian besar gizi kurang disebabkan oleh tingkat pengetahuan gizi yang kurang sehingga mempengaruhi pola asuh terhadap balita
4	Lilis Fauziah, dkk 2017	Faktor resiko kejadian gizi kurang pada balita usia 24-59 bulan di Kelurahan Taipan Kota Palu	case control study (kasus-kontrol)	Konsumsi energi, konsumsiprotein dan pola asuh makan mempengaruhi faktor risiko kejadiangizikurang
5	Azzahra, dkk (2015)	Pengaruh Konseling terhadap Pengetahuan Dan Sikap Pemberian Mp-Asi	Jenis rancangan penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimental.	Konseling tentang pertumbuhan dan pemberian makan yang diberikan pada ibu mengalami peningkatan pengetahuan dan sikap tentang pemberian MP ASI untuk anak usia 6-24 bulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

2.1.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat yang dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2005). Status gizi menurut (Supriasa, 2012) adalah merupakan hasil dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrition input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrien output*) akan zat gizi tersebut.

Status gizi merupakan suatu proses penggunaan makanan yang dikonsumsi secara normal oleh suatu organisme melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme penggunaan zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, kehidupan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Proverawati, 2011).

2.1.2 Status Gizi Kurang

Status gizi kurang adalah kekurangan satu atau beberapa zat gizi yang diperlukan oleh tubuh, hal-hal yang dapat menyebabkan gizi kurang adalah karena makanan yang dikonsumsi kurang atau mutu yang rendah atau bahkan keduanya, tubuh gagal untuk menyerap dan menggunakannya karena zat gizi yang dikonsumsi sedikit. Selain itu penderita yang sering mengalami gizi kurang yaitu diantaranya balita. Anak dibawah lima tahun merupakan kelompok yang

menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok yang sering menderita kekurangan gizi (Proverawati,2011).

2.1.3 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Kurang

Status gizi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan dari penyebab langsung dan penyebab tidak langsung diantara penyebab penyakit langsung antara lain intake zat gizi dari makanan yang kurang dan adanya penyakit infeksi, penyebab tidak langsung itu dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu ketersediaan pangan keluarga yang rendah, perilaku kesehatan dan pola asuh ibu terhadap anaknya (Istiano,2009).

2.1.4 Akibat Gizi Kurang

Terdapat beberapa hal mendasar yang mempengaruhi tubuh manusia akibat asupan gizi kurang, yaitu:

1. Pertumbuhan

Akibat kekurangan asupan gizi pada masa pertumbuhan adalah anak tidak dapat tumbuh optimal dan pembentukan otot terhambat. Protein berguna sebagai zat pembangun, akibat kekurangan protein otot menjadi lembek dan rambut mudah rontok. Anak-anak yang berasal dari lingkungan keluarga yang status sosial ekonomi menengah keatas, rata-rata mempunyai tinggi badan lebih dari anak- anak yang berasal dari sosial ekonomi rendah.

2. Produksi Tenaga

Kekurangan zat gizi sebagai sumber tenaga, dapat menyebabkan kekurangan tenaga untuk bergerak, bekerja dan melakukan aktivitas. Orang akan menjadi malas, merasa lelah, dan produk aktivitasnya menurun.

3. Pertahanan Tubuh

Protein berguna untuk pembentukan antibodi, akibat kekurangan protein sistem imunitas dan antibodi berkurang, akibatnya anak mudah terserang penyakit seperti pilek, batuk, diare atau penyakit infeksi yang lebih berat. Daya tahan terhadap tekanan atau stres juga menurun. Menurut WHO, 2002 (seperti gambar 2.1) menyebutkan, bahwa gizi kurang mempunyai peran sebesar 54% terhadap kematian bayi dan balita. Hal ini menunjukkan bahwa gizi mempunyai peran yang besar untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian khususnya pada bayi dan balita.



Gambar 2.1 Pengaruh Gizi Kurang terhadap Angka Kematian Bayi dan Balita (Sumber: Sri Astuti, 2007)

4. Struktur dan Fungsi Otak

Kekurangan gizi pada waktu janin dan usia balita dapat berpengaruh pada pertumbuhan otak, karena sel-sel otak tidak dapat berkembang. Otak mencapai pertumbuhan yang optimal pada usia 2-3 tahun, setelah itu menurun dan selesai pertumbuhannya pada usia awal remaja. Kekurangan gizi berakibat terganggunya fungsi otak secara permanen, yang menyebabkan kemampuan berpikir setelah masuk sekolah dan usia dewasa menjadi berkurang. Sebaliknya, anak yang gizinya baik pertumbuhan otaknya optimal, setelah memasuki usia dewasa memiliki kecerdasan yang baik sebagai aset untuk membangun bangsa.

2.2 Klasifikasi Status Gizi

Dalam menentukan klasifikasi status gizi harus ada ukuran baku yang disebut *reference*. Bukan antropometri yang sekarang digunakan di Indonesia adalah WHO-NCHS. Pada lokarya antropometri yang telah diperkenalkan pada buku *harvard* (Supriasa,2012).

Untuk menilai status gizi usia dibawah 5 tahun (Balita) digunakan beberapa indeks, Berat Badan menurut Umur (BB/U), Berat Badan menurut Tinggi Badan atau Panjang Badan (BB/TB atau BB/PB), Tinggi Badan atau Panjang Badan menurut Umur (TB/U atau PB/U). Dalam menggunakan semua indeks tersebut, dianjurkan menggunakan *Z-score* (Almatsier,2011).

1. Berat Badan menurut Umur (BB/U)

BB/U dapat digunakan sebagai indikator status gizi kurang saat sekarang dan sensitif terhadap perubahan kecil, dapat digunakan untuk memonitor pertumbuhan dan pengukuran yang berulang dapat mendeteksi growth failure karena infeksi atau KEP. Kekurangannya adalah sulitnya mendapatkan umur yang akurat, keliru dalam menginterpretasikan atau gizi balita terhadap edema atau anak bergerak saat ditimbang serta adanya hambatan dari segi perspektif budaya (Supriasa, 2012).

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Balita berdasarkan Indeks (BB/U).

Indeks Kategori	Status gizi	Ambang Batas (z-score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	≤ 3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD Samapai dengan 2 SD
	Gizi Baik	-2 SD Samapai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	≥ 2 SD

Sumber: WHO, 2012

2. Kelebihan Berat Badan menurut Umur (BB/U):

- a. Indikator yang baik untuk KEP akut dan kronis memonitor program yang sedang berjalan.
- b. Sensitif terhadap perubahan keadaan gizi yang kecil.
- c. Pengukuran objektif dan bila diulang memberikan hasil yang sama.
- d. Peralatan dapat dibawa ke mana-mana dan relatif murah.
- e. Pengukuran mudah dilaksanakan dan diet.
- f. Tidak memakan waktu lama.
- g. Dapat mendeteksi kegemukan.

3. Kelemahan Berat Badan menurut Umur (BB/U):
 - a. Tidak sensitif terhadap anak stunting atau anak terlalu tinggi tapi kurang gizi.
 - b. Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan.
 - c. Memerlukan data umur yang akurat terutama untuk anak dibawah usia lima tahun.
4. Tinggi Badan menurut Umur (BB/U)

TB/U dapat digunakan sebagai indikator status gizi masa lalu dan kesejahteraan dan kemakmuran suatu bangsa. Kekurangannya pemakaian indeks ini adalah sulitnya mendapatkan umur yang akurat dan orang untuk membentuk mengukur tinggi anak (Proverawati,2011).

Indeks Kategori	Status gizi	Ambang Batas (z-seore)
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek	≤ 3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan 2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	≥ 2 SD

Sumber:WHO,2012

5. Kelebihan Tinggi Badan menurut Umur (TB/U):
 - a. Merupakan indikator yang baik untuk mengetahui kekurangan gizi pada waktu lampau.
 - b. Pengukuran objektif,memberikan hasil yang sama bila pengukuran diulangi.
 - c. Alat mudah dibawah dan dapat dibuat lokal

d. Ukuran panjang badan dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawah.

6. Kurang Tinggi Badan menurut Umur (TB/U):

a. Dalam menilai intervensi harus disertai indikator lain seperti BB/U, karena perubahan TB tidak banyak terjadi dalam waktu singkat.

b. Membutuhkan beberapa teknik pengukuran, alat ukur panjang badan.

c. Untuk anak kurang dari 2 tahun dan alat ukur tinggi badan untuk anak umur lebih dari 2 tahun.

d. Memerlukan orang lain untuk mengukur anak.

e. Umur kadang-kadang sulit didapatkan secara valid.

7. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang liner dengan tinggi badan. Indeks BB/TB merupakan indeks yang independen terhadap umur merupakan indikator untuk menilai status gizi saat ini dimana umur tidak perlu diketahui. Indeks ini dapat digunakan untuk mengetahui proporsi badan gemuk, normal dan kurus (Supriasa, 2012).

Indeks Kategori	Status gizi	Ambang Batas (z-score)
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat kurus	$\leq 3 SD$
	Kurus	-3 SD sampai dengan 2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	$\geq 2 SD$

Sumber: WHO, 2012

8. Kelebihan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) :

a. Tidak memerlukan data umur.

b. Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal dan kurus).

- c. Pengukuran objektif dan memberikan hasil yang bila pengukuran diulang.
9. Kekurangan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) :
- a. Tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi atau kelebihan tinggi karena faktor umur tidak diperhatikan.
 - b. Membutuhkan alat ukur.
 - c. Pengukuran relatif lama.
 - d. Membutuhkan 2 orang untuk melakukannya.
 - e. Sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran, terutama bila dilakukan oleh kelompok non-profesional.

Dalam praktek sering terjadi kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan atau tinggi badan kelompok balita.

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan gizi adalah kemampuan seseorang untuk mengingat kembali kandungan gizi makanan serta kegunaan zat gizi tersebut dalam tubuh. Pengetahuan gizi ini mencakup proses kognitif yang dibutuhkan untuk menggabungkan informasi gizi dengan perilaku makan, agar struktur pengetahuan yang baik tentang gizi dan kesehatan dapat dikembangkan.

Penelitian (Amelia, 2008) menyatakan bahwa pengetahuan gizi merupakan landasan penting untuk terjadi perubahan sikap dan perilaku

gizi. Perilaku didasari pengetahuan akan bertahan lebih lama, karena penting bagi remaja untuk memperoleh bekal pengetahuan gizi dari berbagai sumber seperti sekolah, media cetak, maupun media elektronik.

Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada keadaan gizi individu yang bersangkutan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi seseorang dihadapkan semakin baik pula keadaan gizinya (Amelia, 2008).

Pengetahuan bisa diperoleh secara alami maupun secara terencana yaitu melalui proses pendidikan. Pengetahuan merupakan rana yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku (Budiharto,2010).

2.3.2 Jenis – Jenis Pengetahuan

Pengetahuan masyarakat beraneka ragam pemahamannya. Jenis-jenis pengetahuan dibedakan atas pengetahuan *implicit* dan pengetahuan eksplisit.

1. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidakbersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip.Pengetahuan seseorang biasanya sulit untuk ditransfer ke orang lainbaik secara tertulis maupun lisan. Kemampuan berbahasa, mendesainatau mengoperasikan mesin atau alat yang rumit

mempunyai pengetahuan yang tidak selalu bisa tampak secara eksplisit.

2. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata berupa media atau semacamnya. Pengetahuan nyata dideskripsikan ke dalam tindakan-tindakan.

2.3.3 Tingkat Pengetahuan

1. Tahu (*know*)

Kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari, dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Cara kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan mengatakan.

2. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*aplication*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisa dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti kata kerja mengelompokkan dan lain-lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesa adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi lama.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek berdasarkan suatu cerita yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada dalam. (Sulaeman, 2011)

2.3.4 Pengukuran Pengatahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan menggunakan wawancara atau angket dengan menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Adapun tingkatan pengukuran pengetahuan adalah :

1. Tingkat pengetahuan baik bila skor >75-100%.
2. Tingkat pengetahuan cukup bila skor 60-75%.
3. Tingkat pengetahuan kurang bila skor 10-59%

2.4 Sikap

Sikap adalah juga respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan, bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup. (Notoatmodjo, 2010)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. (Notoatmodjo, 2007)

Ciri sikap yang terutama adalah memiliki arah, dan dengan arah ini sikap dapat bersifat positif dan negatif. Sikap positif mendekatkan diri seseorang terhadap objek, sedangkan sikap negatif menjauhkan dari objek. Menurut Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap sebelum merupakan suatu tindakan atau

aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi dari suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2007).

2.4.1 Praktik/ Tindakan

Setelah seorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik atau dapat juga dikatakan perilaku.

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Dapat juga diartikan sebagai kegiatan, tindakan atau jawaban. Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. (Notoatmodjo,2007)

Menurut Skinner seorang ahli psikologi,merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. (Notoatmodjo,2007)

Teori Lawren Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang

dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Notoatmodjo, S(2007) pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.5 Penelitian atau Pengukuran Status Gizi

2.5.1 Surve Konsumsi Makanan

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi

tubuh dari berbagai tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi, ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan sisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. (Supriasa, 2012)

Pengukuran konsumsi energi dan protein dapat dilakukan dengan metode pengukuran secara tidak langsung yaitu dengan menggunakan metode survei konsumsi makanan caranya yaitu dengan menggunakan recall 24 jam. (Supriasa,2012)

1. Kelebihan *Recall 24 jam*

- a. Mudah dilaksanakan serta tidak membebani responden.
- b. Biaya relatif murah karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara.
- c. Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden.
- d. Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf.

2. Kekurangan *Recall 24 jam*

- a. Tidak dapat menggambarkan asupan makan sehari-hari, bila hanya dilakukan *recall* satu kali.
- b. Membutuhkan tenaga atau petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat-alat bantu ukuran rumah tangga (URT) dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat.

2.6 Zat Gizi yang diperlukan Anak Balita

2.6.1 Pengertian Energi

Energi dalam makanan berasal dari nutrisi karbohidrat, protein, dan lemak. Setiap gram protein menghasilkan 4 kalori, lemak 9 kalori dan karbohidrat 4 kalori. Distribusi kalori dalam makanan anak yang dalam keseimbangan diet (*balanced diet*) ialah 15% berasal dari protein, 35% dari lemak dan 50% dari karbohidrat. Kelebihan energi yang tetap setiap hari sebanyak 500 kalori, dapat menyebabkan kenaikan berat badan 500 gram dalam seminggu (Soekirman, 2012).

2.6.2 Makanan Tambahan Balita Dengan Kategori Gizi Kurang (PMT)

1. Kandungan Zat Gizi

Makanan tambahan balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 0-59 bulan dengan kategori kurus.

Bagi bayi dan anak berumur 6-24 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Tiap kemasan primer (4 keping/40 gram) makanan tambahan balita mengandung minimum 160 kalori, 3,2-4,8 gram protein, 4-7,2 gram lemak.

2.6.3 Hubungan Konsumsi Energi dengan Gizi Kurang

Energi yang dihasilkan akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Apabila asupan makanan sumber energi seimbang dengan kebutuhan, maka berat badan tubuh akan turun karena

kekurangan energi tidak dapat disimpan dalam tubuh kekurangan energi terutama dalam bentuk lemak. Pada saat terjadi kekurangan energi, cadangan lemak akan dibongkar dan diubah menjadi energi, sehingga dapat terjadi penurunan berat badan. (Muchlis, 2011)

Asupan zat gizi yang kurang dari makanan yang dikonsumsi oleh balita merupakan salah satu penyebab langsung masalah gizi. Energi dibutuhkan oleh tubuh secara individu untuk memenuhi kebutuhan energi basal, menunjang proses pertumbuhan dan untuk memenuhi kebutuhan energi basal, menunjang proses pertumbuhan dan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Energi dapat diperoleh melalui karbohidrat, lemak dan protein yang terdapat dalam makanan. (Faradevi, 2010)

Gizi kurang pada balita dapat terjadi karena kekurangan sumber energi secara umum, apabila sumber energi yang masuk ke dalam tubuh berkurang menyebabkan ketidakseimbangan antara zat-zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dalam waktu yang lama (Lutviana, 2010).

2.6.4 Pengertian Protein

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

Nilai gizi protein nabati ditentukan oleh asam amino yang kurang (asam amino pembatas), misalnya protein kacang-kacangan. Nilai protein

dalam makanan orang Indonesia sehari-hari umumnya diperkirakan 60% dari pada nilai gizi protein telur (Soekirman, 2012).

2.6.5 Hubungan Konsumsi Protein dengan Gizi Kurang

Kekurangan perotein merupakan keadaan kekurangan gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari yang disebabkan oleh gangguan penyakit tertentu, sehingga tidak memenuhi kebutuhan gizi didalam tubuh. Anak-anak yang menderita kekurangan protein mempunyai resiko kematian dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak normal. (Suryadi,2009)

Protein berpengaruh terhadap status balita. Balita membutuhkan protein dalam jumlah yang cukup tinggi, mencukupi kebutuhan protein sangatlah penting untuk mencegah gangguan protein. Intake makanan sering tidak adekuat, selera makan balita cenderung menurun sehingga kebanyakan balita tidak mencukupi asupan proteinnya. (Mustapa,2013)

Balita yang kekurangan atau kehilangan protein dalam jangka lama akan menyebabkan status gizi yang menurun dan bertujuan menjadi gizi buruk. Karena pada balita yang mengalami status gizi kurang atau buruk sebagian besar tingkat konsumsi protein tidak mencukupi dari kebutuhan yang dibutuhkan oleh tubuh. (Faradevi, 2011)

Protein merupakan sumber energi yang ekuivalen dengan karbohidrat jika tubuh dalam kondisi kekurangan maka menggunakan

protein untuk membentuk energi dan mengalahkan fungsi utamanya.
(Muchlis,2011)

2.6.6 Pengertian Lemak

Lemak merupakan komponen struktural dari semua sel-sel tubuh, yang dibutuhkan oleh ratusan bahkan ribuan fungsi fisiologis tubuh (McGuire & Beerman, 2011). Lemak terdiri dari trigliserida, fosfolipid dan sterol yang masing-masing mempunyai fungsi khusus bagi kesehatan manusia. Sebagian besar (99%) lemak tubuh adalah trigliserida. Trigliserida terdiri dari gliserol dan asam-asam lemak. Disamping mensuplai energi, lemak terutama trigliserida, berfungsi menyediakan cadangan energi tubuh, isolator, pelindung organ dan menyediakan asam-asam lemak esensial (Soekirman, 2012).

2.6.7 Pengertian Vitamindan Lemak

Pada dasarnya dalam ilmu gizi, nutrisi atau yang lebih dikenal dengan zat gizi dibagi menjadi 2 macam, yaitu makronutrisi dan mikronutrisi. Makronutrisi terdiri dari protein, lemak, karbohidrat dan beberapa mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang besar. Sedangkan mikronutrisi (*mikronutrient*) adalah nutrisi yang diperlukan tubuh dalam.

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

(*International Unit*). Sedangkan yang larut dalam air maka berbagai vitamin dapat diukur dengan satuan milligram atau mikrogram. Jumlah sangat sedikit (dalam ukuran miligram sampai mikrogram), seperti vitamin dan mineral.

Mineral merupakan bagian dari tubuh dan memegang peranan penting dalam pemeliharaan fungsi tubuh, baik pada tingkat sel, jaringan, organ maupun fungsi tubuh secara keseluruhan, berperan dalam berbagai tahap metabolisme, terutama sebagai kofaktor dalam aktivitas enzim-enzim. (Soekirman, 2012)

KelompokUmur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	E (kkal)	P (g)	L (g)	KH (g)
Bayi/ Anak						
6-11	9	72	800	15	15	105
1-3	13	92	1350	20	45	215
4-6	19	113	1400	25	50	220

(Angka kecukupan gizi (AKG) 2019)

2.6.8 Makanan Tambahan untuk Balita Kategori Gizi Kurang (PMT)

1. Kandungan Zat Gizi

- a. Makanan tambahan balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 0-59 bulan dengan kategori kurus. Bagi bayi dan anak berumur 6-24 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).

- b. Tiap kemasan primer (4 keping/40 gram)

Makanan Tambahan Balita mengandung minimum 160 Kalori, 3,2-4,8 gram protein, 4-7,2 gram lemak.

- c. Makanan tambahan balita diperkaya dengan 10 macam vitamin (A, D, E, K, B1, B2, B3, B6, B12, Folat) dan 7 macam mineral (Besi, Iodium, Seng, Kalsium, Natrium, Selenium, Fosfor).

2.7 MP-ASI

2.7.1 Pengertian MP-ASI

MP-ASI merupakan makanan lain selain ASI. Makanan ini dapat berupa makanan yang disiapkan secara khusus atau makanan yang dimodifikasi (Lilian Juwono, 2003). Sedangkan menurut Dep.Kes RI(2007), MP-ASI merupakan makanan peralihan dan dari ASI ke makanan keluarga.

Bertambahnya umur bayi, bertambah pula kebutuhan gizinya, sebab itu sejak umur 6 bulan bayi mulai diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI). Selain ASI untuk memenuhi kebutuhan gizi perlu diperhatikan waktu pemberian, frekuensi, porsi, pemilihan bahan makanan, cara pembuatan dan cara pemberian MP-ASI.

2.7.2 Tujuan Pemberian MP-ASI

1. Memenuhi kebutuhan zat gizinya yang meningkat untuk pertumbuhan dan aktivitasnya.
2. Mendidik anak untuk membina selera dan kebiasaan makan yang sehat.

3. Melatih pencernaan bayi agar mampu mencerna makanan yang lebih padat daripada susu.
4. Membiasakan bayi mengkonsumsi makanan sehari-hari menggunakan sendok

2.7.3 Manfaat MP-ASI

Menurut Diah K dan Rina Y(2000), manfaat MP-ASI adalah untuk menambah energi dan zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi secara terus-menerus. Pertumbuhan dan perkembangan anak yang normal dapat diketahui dengan cara melihat kondisi penambahan berat badan seorang anak tidak mengalami peningkatan, menunjukkan bahwa kebutuhan energi bayi tidak terpenuhi.

2.7.4 Syarat MP-ASI

Menurut Dep.Kes.RI (2007), MP-ASI yang baik adalah terbuat dari bahan makanan segar, seperti tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayur, dan buah-buahan. Jenis MP-ASI yang dapat diberikan adalah:

1. Makanan lumat adalah makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang merata dan bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus, contoh: bubur susu, bubur sumsum, pisang saring/kerok, pepaya saring, tomat saring dan nasi tim saring.

2. Makanan lunak adalah makanan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair, contoh: bubur nasi, bubur ayam, nasi tim dan kentang puri.
3. Makanan padat adalah makanan lunak yang tidak nampak berair dan biasanya disebut makanan keluarga, contoh: lontong, nasi tim, kentang rebus dan biscuit.

Saat mendiskusikan makanan yang baik, akan bermanfaat jika kita mulai dengan makanan pokok kemudian memutuskan makanan lain yang akan ditambahkan. Makanan pokok adalah dimana semua masyarakat mempunyai makanan pokok. Makanan pokok merupakan makanan utama yang dikonsumsi. Contohnya adalah *serealia* (misalnya beras, gandum, jagung, padi-padian), umbi-umbian.

2.7.5 Syarat MP-ASI

Menurut Diah K dan Rina Y(2000) syarat-syarat MP-ASI adalah makanan pendamping ASI harus memenuhi persyaratan khusus tentang jumlah zat-zat gizi yang diperlukan bayi, seperti protein, energi, lemak, vitamin, mineral, dan zat-zat tambahan lainnya. Makanan pendamping ASI hendaknya mengandung protein bermutu tinggi dengan jumlah yang mencukupi. Sedangkan menurut Lilian Juwono (2004) makanan pendamping ASI yang memenuhi syarat adalah:

- a. Kaya energi, protein dan mikronutrien (terutama zat besi, zink, kalsium, vitamin A, vitamin C, dan folat).

- b. Bersih dan aman, yaitu tidak ada pathogen (tidak ada bakteri penyebab penyakit atau organisme yang berbahaya lainnya), tidak ada bahan kimia yang berbahaya atau toksin, tidak ada potongan tulang atau bagian yang keras atau yang membuat anak tersedak, tidak terlalu panas.
- c. Tidak terlalu pedas atau asin.
- d. Mudah dimakan oleh anak.
- e. Disukai anak.
- f. Tersedia di daerah anda dan harganya terjangkau.
- g. Mudah disiapkan.

2.8 Konseling Gizi

2.8.1 Definisi Konseling Gizi

Salah satu upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau tentang gizi dapat dilakukan melalui konseling. Konseling adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya serta permasalahannya yang dihadapi. (PERSAGI, 2013)

Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, serta perilaku sehingga membantu klien atau pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman. (PERSAGI, 2013)

Konseling gizi merupakan interaksi antara klien dan konselor untuk mengidentifikasi permasalahan gizi yang terjadi dan mencari solusi untuk masalah tersebut. Konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik gizi, serta dapat meningkatkan skor TB/U pada anak. (Hestu, 2014)

Dalam kamus gizi (2009) yang dikeluarkan Persagi, dinyatakan bahwa konseling gizi merupakan suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan klien/pasien untuk membantu klien/pasien untuk mengenali dan mengatasi masalah gizi. Persagi (2010) mendefinisikan konseling gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapin.

Secara umum, tujuan konseling gizi adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi baik. Perilaku yang diubah meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan di bidang gizi. Perilaku negatif dibidang gizi, antara lain, tidak membiasakan sarapan pagi, tidak menerapkan gizi seimbang dalam menu sehari-hari, tidak menggunakan garam beryodium, dan beberapa pantangan/takhayul yang merugikan gizi (Supariasa, 2014).

2.8.2 Manfaat Konseling

Pada dasarnya, klien yang datang ke konselor bertujuan agar masalah yang mereka hadapi dapat dipecahkan secara tepat sesuai dengan kondisi sosial dan budaya klien. Proses konseling akan bermanfaat dan bermakna apabila terjadi hubungan yang baik antara konselor dan klien. Menurut Persagi (2010) dalam Penuntun Konseling Gizi, manfaat konseling gizi adalah sebagai berikut :

1. Membantu klien untuk mengenali masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi.
2. Membantu klien memahami penyebab terjadinya masalah.
3. Membantu klien untuk mencari alternatif pemecahan masalah.
4. Membantu klien untuk memelihara cara pemecahan masalah yang paling sesuai baginya.
5. Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.

2.8.3 Keterampilan Proses Konseling

Dalam proses konseling seseorang yang membutuhkan pertolongan (klien) dan seseorang yang memberikan bantuan dan dukungan (petugas konseling atau konselor) akan bertatap muka dan berbicara sedemikian rupa sehingga klien mampu memecahkan masalah yang dihadapinya. Oleh karenanya keterampilan komunikasi dan hubungan antar manusia sangat dibutuhkan. Selain itu proses konseling gizi juga membutuhkan kombinasi antara keahlian dalam

bidang gizi, fisiologi, psikologi yang terfokus pada perubahan perilaku tentang makanan dan hubungannya dengan penyakitnya atau masalah gizinya. (Cornelia, 2013)

2.9 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

2.9.1 Alat Bantu Pendidikan

1. Pengertian Media

Alat peraga atau media dapat diartikan dalam arti luas dan arti sempit. Dalam arti luas media dapat berupa orang, material, atau kejadian yang dapat menciptakan kondisi tertentu, sehingga memungkinkan klien memperoleh pengetahuan, keterampilan atau sikap yang baru, dalam pengertian ini, konselor/penyuluh, buku, dan lingkungan termasuk media. Dalam arti sempit, yang termasuk media adalah grafik, foto, gambar, alat mekanik dan elektronik yang dipergunakan untuk menangkap, memproses dan menyampaikan informasi visual atau verbal.

2. Manfaat Media

Manfaat media yang paling utama adalah untuk memperjelas pesan-pesan yang akan disampaikan, disamping itu pula media dapat menambah efektifitas proses pendidikan dan konseling. Secara perinci, manfaat media adalah:

- a. Menumbuhkan minat kelompok sasaran.
- b. Membantu kelompok sasaran untuk mengerti dan dapat mengingat lebih baik.

- c. Membantu kelompok sasaran untuk meneruskan apa yang telah diperoleh kepada orang lain.
- d. Membantu kelompok sasaran untuk menambah dan membina sikap baru.
- e. Merangsang kelompok sasaran untuk melaksanakan apa yang telah dipelajarinya.
- f. Dapat membantu mengatasi hambatan bahasa.
- g. Membantu kelompok sasaran untuk belajar lebih banyak.

3. Jenis Media

Media kesehatan dibagi menjadi 3 berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, yaitu:

a. Media Cetak

Variasi media cetak antara lain:

- 1) *Booklet*: media kesehatan yang berupa buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*: media kesehatan yang berupa lembaran yang dilipat. Isi informasi dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selembaran): mirip dengan leaflet tetapi tidak dilipat.
- 4) *Flip Chart* (lembar balik): media kesehatan yang berbentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana dalam tiap lembarnya berisi gambar peraga dan dibaliknya informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.

- 5) *Rubrik* atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, yang berisi suatu pembahasan masalah kesehatan ataupun hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster media kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat umum, maupun di kendaraan umum.
- 7) Foto-foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Berbagai jenis media elektronik yang dapat digunakan sebagai media kesehatan, yaitu:

- 1) Televisi: menyampaikan pesan atau informasi kesehatan dapat berbentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV, sport, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.
- 2) Radio: penyampaian pesan atau informasi kesehatan dapat berbentuk obrolan, sandiwara radio, ceramah, radio sport, dan lainnya.
- 3) Video: penyampaian pesan atau informasi kesehatan yang berupa video.
- 4) Slide atau Powerpoint: penyampaian pesan atau informasi kesehatan yang berupa slide.
- 5) Film Strip: penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam film strip.

6) Media Papan (*Bill board*): papan (*Bill board*) yang dipasang di tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan yang dimaksud juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum seperti bus dan taksi (Notoatmodjo, 2007).

4. Syarat Media

a. Harus menarik

Menarik dapat dilihat dari desain atau tata letak, pewarnaan, isi pesan, dan bahan alat peraga tersebut tidak mudah rusak.

b. Disesuaikan dengan sasaran didik

Sasaran didik dalam pendidikan dan konseling gizi berbeda-beda. Sasaran dapat dilihat dari segi umur, yaitu anak, remaja, dewasa, dan orang tua/lanjut usia, dari segi tingkat pendidikan, yaitu dari Batak, Sunda, Jawa, dan Bali, dan dapat dilihat dari segi latar belakang budaya dan pengalamannya.

c. Mudah ditangkap, singkat dan jelas

Alat peraga yang baik tidak boleh menimbulkan multi interpretasi dan persepsi yang berbeda-beda. Bahasa yang digunakan disesuaikan dengan tempat alat peraga tersebut digunakan.

d. Sesuai dengan pesan yang hendak disampaikan

Pesan dapat disajikan dalam bentuk gambar dan kata-kata antara gambar dan kata-kata harus sesuai dan saling berhubungan.

e. Sopan

Alat peraga tidak boleh melanggar norma, etika, dan budaya yang ada di tempat alat peraga tersebut digunakan.

5. Uji Awal Media

Pedoman umum dalam melaksanakan uji coba adalah sebagai berikut. (Supriasa, 2014):

- a. Persiapkan salah satu alat peraga yang akan diproduksi.
- b. Tentukan pokok-pokok pesan yang perlu diketahui oleh sasaran/klien.
- c. Tentukan gambar-gambar pokok sehingga sasaran/pembaca dapat menyebutkan dengan benar gambar-gambar atau symbol harus sesuai dengan isi pesan.
- d. Kumpulkan sekelompok sasaran percobaan yang memiliki latar belakang dan karakteristik yang sama dengan sasaran yang sebelumnya.
- e. Perlihatkan alat peraga tersebut beserta pesannya kepada sasaran.
- f. Bertanya secara santai.
- g. Minta komentar dari teman sejawat tentang alat peraga yang telah dikembangkan.

- h. Produksi setelah alat peraga beserta pesannya dipersepsikan oleh sasaran/klien.

2.9.2 Media Video

1. Pengertian

Merupakan media audio visual yang semakin populer dalam masyarakat. Pesan yang disajikan bisa bersifat fakta maupun fiktif yang bisa bersifat informatif, edukasi maupun instruksional. Video kesehatan adalah media penyampaian pesan atau informasi kesehatan yang berupa video.

Keunggulan dari media ini adalah dapat memberikan realita yang mungkin sulit direkam kembali oleh mata dan pikiran sasaran. Selain itu, media ini juga dapat memicu diskusi mengenai sikap dan perilaku serta efektif untuk sasaran yang jumlahnya tidak terlalu banyak dan dapat diputar atau diulang kembali (Lucie, 2005).

2. Kelebihan Video

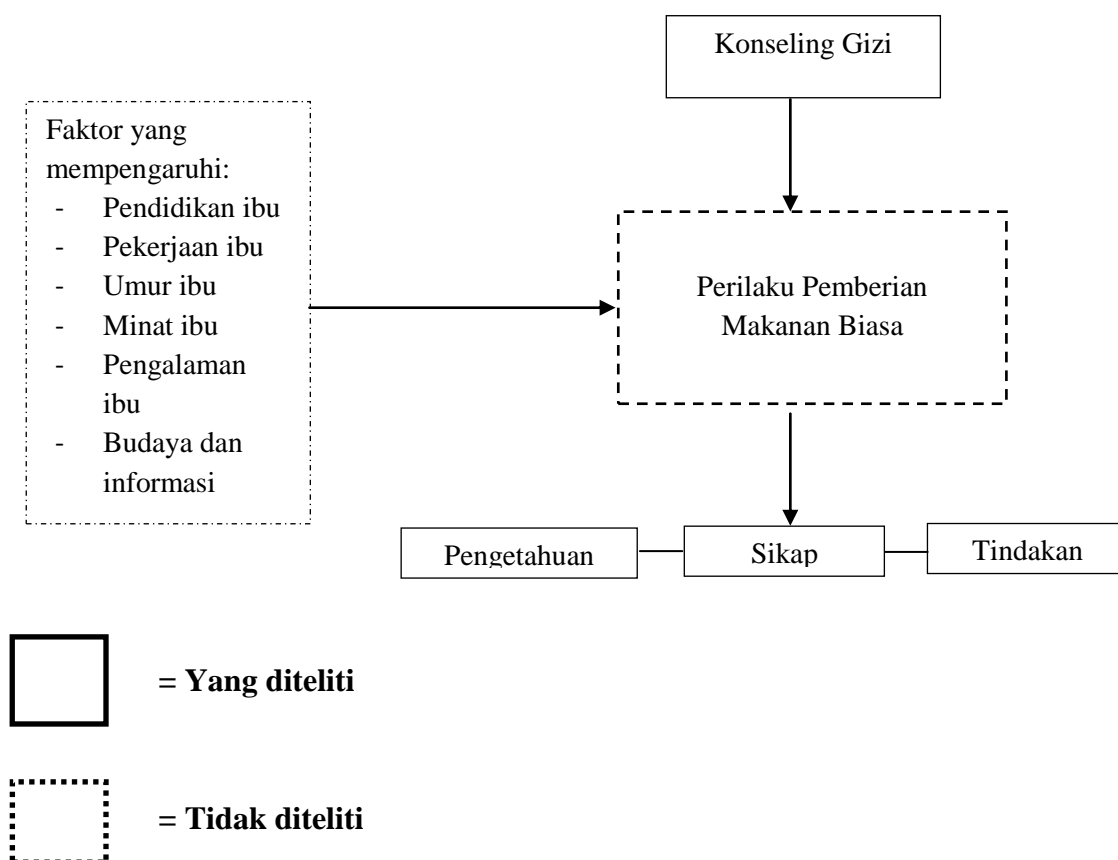
- a. Dapat menarik perhatian untuk periode-periode yang singkat dari rangsangan luar lainnya.
- b. Dengan alat perekam pita video sejumlah besar penonton dapat memperoleh informasi dari ahli-ahli/ spesialis..
- c. Menghemat waktu dan rekaman dapat diputar berulang-ulang.

3. Kelemahan alat perekam pita video dalam proses belajar mengajar

- a. Perhatian penonton sulit dikuasi, partisipasi mereka jarang dipraktekkan.
- b. Kurang mampu menampilkan detail dari objek yang disajikan secara sempurna.
- c. Memperoleh peralatan yang mahal dan kompleks.

2.10 Kerangka Teori

Kerangka teori dari penelitian ini adalah sebagai berikut



Gambar 2.3 Kerangka Teori

(Sumber modifikasi : Fikawati dkk (2017)

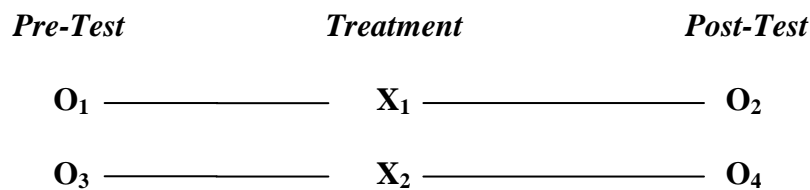
BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian eksperimen atau percobaan (*Eksperimen Research*) yang bertujuan untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul, sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu. Dengan rancangan jenis/bentuk *Quasi Eksperimen Design* dengan pendekatan *One Group Pretest-Posttest Design*.

Dengan metode pendekatan *pretest-posttest design with control group* yaitu penelitian dengan cara memberikan *pretset* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum dilakukan konseling gizi, selanjutnya dilakukan *posttest* (pengamatan akhir) setelah di berikan konseling gizi. Secara sederhana desain penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.1 berikut :

Gambar 3.1 Desain Penelitian



Keterangan :

O_1 : Pre-Test atau pengambilan data awal mengenai perilaku sebelum diberi konseling gizi penanganan balita gizi kurang menggunakan media audio visual.

X : Perlakuan yaitu pemberian konseling gizi penanganan balita gizi kurang dengan menggunakan media audio visual sebanyak tiga kali dalam tiga minggu.

- O₂** : Post-Test atau pengambilan data akhir mengenai perilaku setelah diberikan konseling gizi penanganan balita gizi kurang dengan menggunakan media audio visual.
- O₃** : Pretest pengambilan data awal mengenai perilaku sebelum diberikan media *leaflet* tanpa konseling gizi.
- X₂** : perlakuan yaitu pemberian media *leaflet* pada kelompok kontrol tanpa konseling gizi sebanyak tiga kali dalam tiga minggu.
- O₄** : post-test atau pengambilan data akhir mengenai perilaku setelah diberikan media *leaflet*.

3.2 Variabel Penelitian

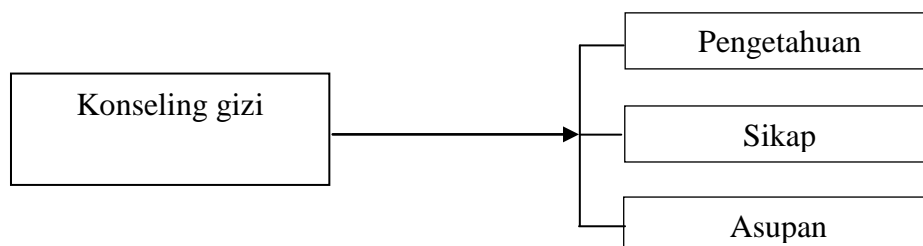
Penelitian ini menganalisis tentang Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual terhadap Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel Bebas : Konseling Gizi
2. Variabel Terikat : Pengetahuan, Sikap dan Asupan

3.3 Kerangka Konsep

Adapun variabel dalam penelitian ini adalah konseling gizi sebagai variabel independen pengetahuan, sikap, dan tindakan sebagai variabel dependen. Dapat dilihat pada skema sebagai berikut :

Gambar 3.3 Kerangka Konsep

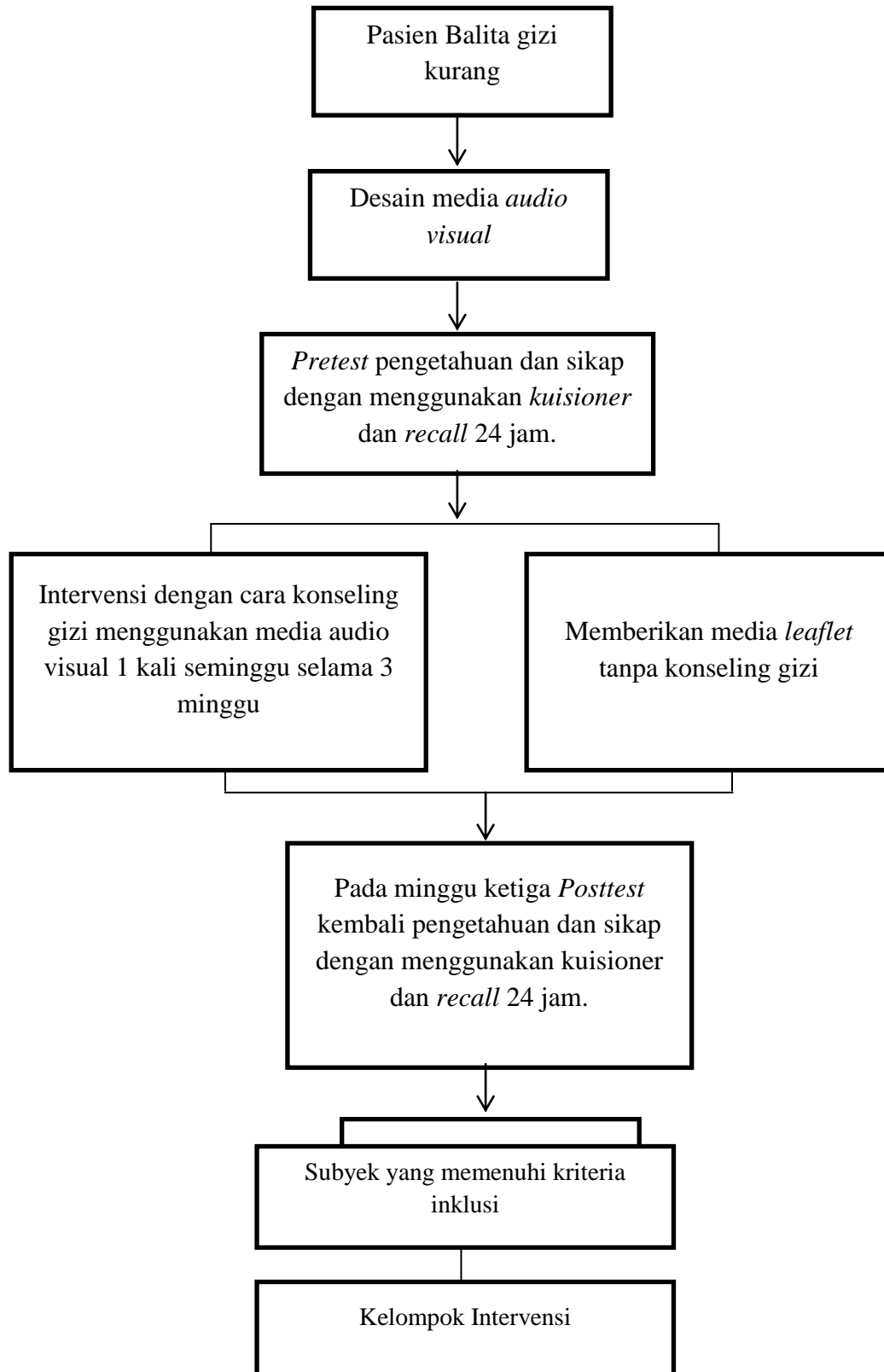


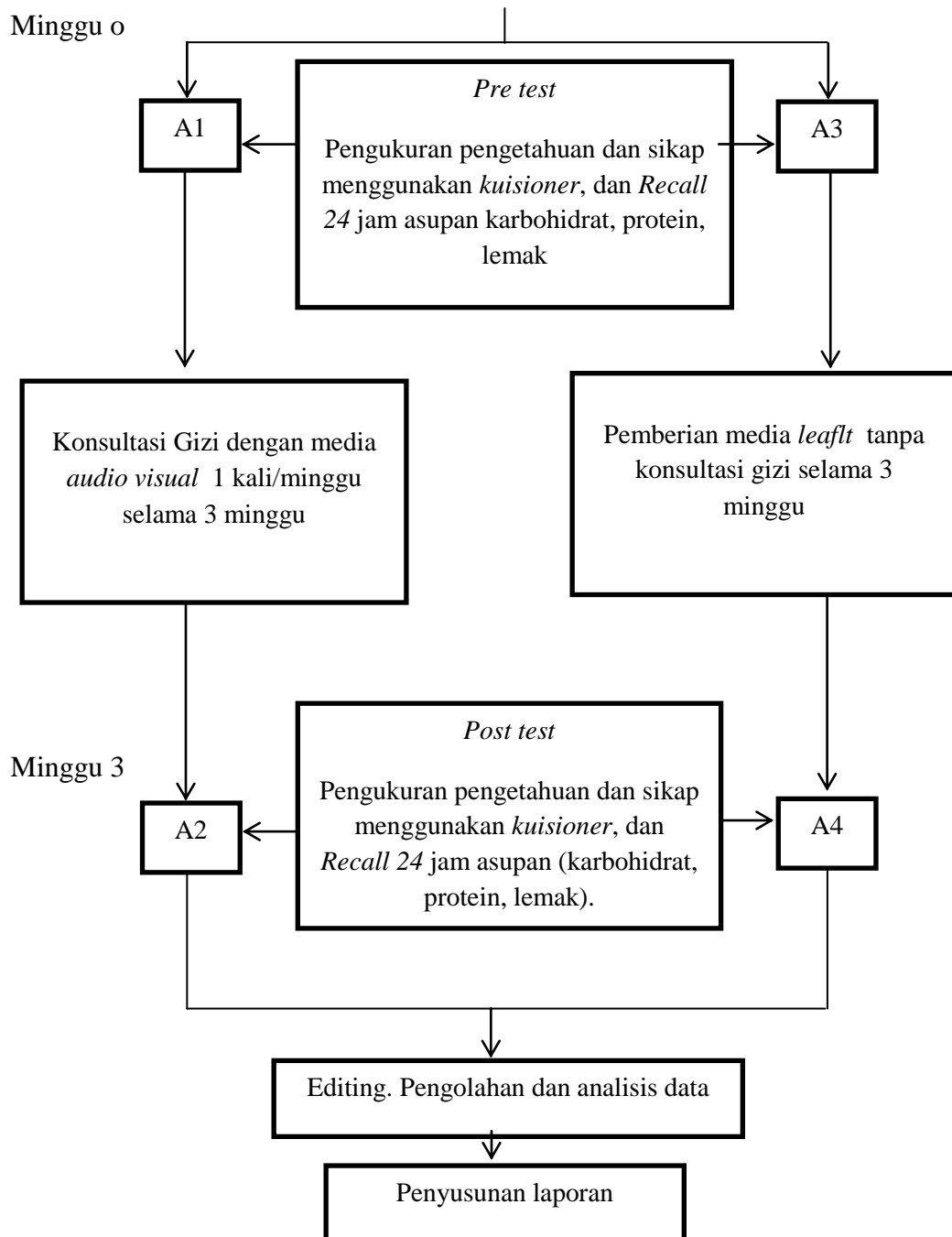
3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Konseling Gizi	Penyampaian materi tentang pemenuhan gizi anak. Konseling dilakukan secara teratur setiap minggu	-	-	1. Kelompok yang diberikan konseling video 2. Kelompok yang diberikan leafelt	Ordinal
2.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang responden ketahui mengenai pemenuhan gizi anak	Kuesioner 15 pertanyaan (pilihan jawaban a, b, c, dan d)	Angket	Skor..... Pertanyaan Benar = 1 salah = 0	Rasio
3.	Sikap	Persepsi atau tanggapan ibu terhadap nutrisi anak	Kuesioner 15 Pertanyaan	Angket	Skor..... Pertanyaan positif Ss = 3 S = 2 Ts = 1 Sts = 0 Pertanyaan Negatif Ss = 0 S = 1 Ts = 2 Sts = 3	Rasio
4.	Asupan karbohirta	Konsumsi bahan makanan sumber karbohirat yang di konsumsi 2 x 24 jam	Wawancara	Food recall 2 x 24	...% AKG	Rasio
5.	Asupan protein	Konsumsi bahan makanan sumber protein yang di konsumsi 2 x 24 jam	Wawancara	Food recall 2 x 24	...% AKG	Rasio
6.	Asupan lemak	Konsumsi bahan makanan sumber lemak yang di konsumsi 2 x 24 jam	Wawancara	Food recall 2 x 24% AKG	Rasio
6	Umur	Masa hidup responden dalam tahun sampai saat intervensi dilakukan	wawancara	Kuesioner	0: 26-29 th 1: 30-39 th	Rasio
7	Pendidikan	Pendidikan terakhir berdasarkan ijazah yang dimiliki	wawancara	Kuesioner	1: SD 2: SMP 3: SMA	Rasio

3.5 Alur Penelitian





Bagan 1.1 Alur Penelitian

3.6 Populasi dan Sampel

3.6.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai anak balita gizi kurang yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pasar Ikan dan Nusa Indah Kota Bengkulu Tahun 2020.

3.6.2 Sampel

Sampel diambil menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan atas dasar pertimbangan penelitian yang menganggap bahwa unsur-unsur yang dikehendaki telah tersedia pada anggota sampel yang di ambil (Rachmat,2017).

Rumus perhitungan sampel:

$$n_1 = n_2 = \frac{1}{2} \left(\frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot S^2 \cdot (X_1 + X_2)}{d^2} \right)$$

Keterangan :

n = jumlah sampel minimal

X_1 = rata – rata 1 (pestes 1) =2,83

X_2 = rata – rata 2 (pestes 2) =2,13

S = Standar Deviasi (SD) = 2,34

$\alpha/2$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada a tertentu 95%
(1,96)

$\alpha/2$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada a tertentu 95%
(0.84)

(Pramukti,dkk,2013)

Perhitungan:

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{\quad}{\quad} \right)^{2,34}$$

$$= \frac{\quad}{\quad}^{2,34}$$

=9.3 (dibulatkan menjadi 10)

= 10 responden + Drop Out

= 10 (responden) 50% (antisipasi)

= 10 +5 = 15 responden

n_1 = 15 responden (Kelompok Intervensi)

n_2 = 15 responden (Kelompok Kontrol)

Total Sampel = 30 responden

Jadi, total sampel yang dibutuhkan sebanyak 30 responden.

Sampel diambil dari populasi ibu yang memiliki anak balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu sebanyak 30 responden. Hal ini dikarenakan peneliti membagi dua kelompok perlakuan yaitu kelompok intervensi dengan media audio visual dan kelompok kontrol dengan media leaflet.

3.6.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan cara *non probability* dan sampel diambil menggunakan teknik *stratified random* sampling dimana sampel ini sebagai berikut:

1. Karakteristik Sampel

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden ibu yang mempunyai anak balita berusia 24-59 bulan
- 2) Responden merupakan ibu yang memiliki anak balita gizi kurang
- 3) Responden yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Pasar Ikan dan Nusa Indah.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi responden.
- 2) Responden yang tidak berada dirumah

3.7 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu pada bulan 13 Maret – 10 Maret Tahun 2020.

3.8 Teknik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan melalui wawancara. Jenis data yang dikumpulkan yaitu :

1. Data Primer

Data primer adalah sumber data yang diperoleh langsung dari sampel penelitian yang meliputi identitas sampel, pengetahuan, sikap dan tindakan. Identitas sampel meliputi nama ibu, nama anak, TTL/umur anak, alamat, dan no HP dikumpulkan melalui wawancara menggunakan

kuesioner. Data pengetahuan dan sikap dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner. Data tindakan dikumpulkan dengan cara wawancara dengan menggunakan *form Recall* 24 jam dan dilakukan pengukuran antropometri PB atau TB (panjang badan dan tinggi badan) dengan menggunakan *length board*.

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini adalah data penunjang penelitian. Data sekunder diperoleh peneliti secara tidak langsung yaitu data Dinas Kesehatan Kota dan buku Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) anak balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

3.9 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu :

1. Formulir Recall 24 jam
2. Formulir Kuesioner
3. Audio visual dan Laeflet
4. *Length Board*
5. Timbangan injak

3.10 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data selesai, dilakukan dengan maksud agar data yang dikumpulkan memiliki sifat yang jelas, adapun langkah dalam pengolahan data yaitu:

1. *Editing* (Pemeriksaan Data)

Kegiatan ini meliputi pemeriksaan secara keseluruhan dan melengkapi serta memperbaiki data yang diperoleh dari penelitian.

2. *Coding* (Pengkodean Data)

Pengkodean data dilakukan dengan cara data-data yang sudah diedit dilakukan pengkodean guna untuk memudahkan dalam pengolahan data. Hasil yang sudah ada kemudian diklasifikasikan dengan memberikan kode.

3. *Tabulating* (Tabulasi Data)

Menyusun data sehingga mudah dijumlah, disusun dan disajikan dalam bentuk tabel.

4. *Entry* (Memasukan Data)

Memasukkan data yang telah dilakukan editing dan coding kedalam computer.

5. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Sebelum melakukan analisis data, data mentah yang diperoleh terlebih dahulu dilakukan pengecekan dan pembersihan. Jika ditemukan kesalahan pada entri data. Data yang tidak lengkap dikeluarkan dari master data.

3.11 Analisis Data

- 1. Analisa Univariat**

Analisis univariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dalam hasil penelitian dan mendeskripsikan karakteristik

setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Variabel yang akan dilakukan analisis univariat dalam penelitian ini adalah independen (pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pemenuhan gizi) maupun dependen (konseling gizi). Hasil analisis akan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoadmodjo S, 2010). Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan aplikasi komputer (SPSS). Data yang diperoleh kemudian diolah, dianalisis dalam suatu pembahasan dan disajikan dalam bentuk tabel. Sebelum melakukan uji bivariat dilakukan terlebih dahulu uji normalitas terhadap hasil pemahaman *pretest–posttest* pada kelompok perlakuan dengan menggunakan uji shapiro wilk.

- a. Jika nilai p-value $< 0,005$, maka H_0 ditolak artinya :

Ada pengaruh antara variabel dependen pengetahuan, sikap dan asupan sebelum dan setelah dilakukan konseling gizi balita gizi kurang pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap penderita balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

b. Jika nilai p-value $>0,005$, maka H_0 diterima artinya :

Tidak ada pengaruh antara variabel dependen pengetahuan, sikap dan asupan sebelum dan setelah dilakukan konseling gizi pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Nusa Indah dan Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

3. Uji Wilcoxon Signed Rank Test

Wilcoxon signed rank test merupakan uji non parametrik yang digunakan untuk menganalisis data berpasangan karena adanya dua perlakuan yang berbeda. Wilcoxon signed rank test digunakan apabila data tidak berdistribusi normal. Dasar pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak H_0 pada uji Wilcoxon signed rank test adalah sebagai berikut :

Jika probabilitas (Asymp. Sig) $< 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima.

Jika probabilitas (Asymp. Sig) $> 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak.

Prosedur uji Wilcoxon signed rank test (Siregar, 2013) :

a. Menentukan hipotesis Hipotesis yang ditentukan dalam pengujian

Wilcoxon signed rank test ini adalah sebagai berikut :

H_0 : Tidak terdapat Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020.

Ha : Terdapat Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020

- b. Menentukan level of significant sebesar 5% atau 0,05
- c. Menentukan kriteria pengujian Ho ditolak jika nilai probabilitas < 0,05 berarti terdapat Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu tahun 2020. Ho diterima jika nilai probabilitas > 0,05 berarti tidak terdapat Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu.
- d. Penarikan kesimpulan berdasarkan pengujian hipotesis

4. Uji *Many Whitney U Test*

Uji Mann Whitney merupakan bagian dari statistik non parametrik yang bertujuan untuk membantu peneliti di dalam membedakan hasil kinerja kelompok yang terdapat dalam sampel ke dalam dua kelompok dengan dua kriteria yang berbeda (Sujarweni, 2007). Untuk menganalisis apakah terdapat perbedaan yang signifikan antara kelas eksperimen dan kelas kontrol yang diuji, maka digunakan kriteria sebagai berikut.

1) Hipotesis

H0: Tidak terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan audio visual pada

kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan media leaflet terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

Ha : Terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi menggunakan audio visual pada kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan media leaflet terhadap ibu yang mempunyai balita gizi kurang di wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

2) Kriteria pengujian

a) Jika nilai probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima.

b) Jika nilai probabilitas $< 0,05$ maka H_0 ditolak.

3.12 Etika Penelitian

Subjek penelitian yang terpilih diberikan informasi mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Subjek menyatakan setuju dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian serta menandatangani *informed consent* sebelum dilakukan wawancara. Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari subjek dijamin dengan cara mengganti identitas nama subjek dengan nomor urut responden.

3.13 Jalannya Penelitian

1. Tahap Observasi

Melakukan pengumpulan data kasus balita gizi kurang dengan mencatat rekam medik penderita balita gizi kurang di Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

2. Tahapan Persiapan

- a. Melakukan studi pustaka sebagai acuan dan telaah masalah penelitian.
- b. Membuat alat penelitian sebagai sarana pengumpul data lapangan.
- c. Mengurus surat izin penelitian pada institusi berwenang. Penelitian ini diawali dengan pengurusan perijinan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu.

3. Tahapan Pelaksanaan

- a. Mengadakan pelatihan konseling gizi dengan persepsi diskusi kepada teman yang membantu ikut serta dalam pelaksanaan penelitian tentang cara pengambilan data, wawancara dengan panduan kuesioner dan *recall* 24 jam serta gambaran teknis pelaksanaan intervensi penelitian.
- b. Penelitian diawali dengan penetapan data dasar penderita balita gizi kurang pada catatan registrasi di Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah.
- c. Sampel yang tidak memenuhi kriteria inklusi dikeluarkan dari sampel penelitian.
- d. Konseling gizi yang dilakukan menggunakan alat bantu media *audio visual* yang digunakan oleh petugas pengumpul data (enumerator) terlatih

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu pada bulan Maret-April 2020. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh intervensi yang dilakukan yaitu berupa penjelasan mengenai asupan balita gizi kurang dan konseling gizi terhadap pengetahuan, sikap dan asupan (karbohidrat, protein, lemak) dengan menggunakan *from food recall* 2 x 24 jam dengan metode wawancara untuk mendapatkan data asupan karbohidrat, protein dan lemak.

Lembar kuesioner berupa pertanyaan untuk mendapatkan data pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan konseling untuk kelompok intervensi dan sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* saja tanpa diberikan konseling untuk kelompok kontrol.

Pelaksanaan penelitian dibagi menjadi 2 tahap yaitu tahap persiapan dan tahap pelaksanaan. Adapun tahap persiapan dimulai dari penetapan judul, survei awal, pengurusan surat izin pra penelitian dari institusi pendidikan yaitu Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan dianjurkan pengurusan surat izin penelitian di Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu (KP2T) Provinsi Bengkulu dan Badan Pelayanan Perizinan Terpadu (KP2T) Kota Bengkulu. Setelah mendapatkan surat izin penelitian kemudian dilanjutkan ke Dinas Kesehatan Kota Bengkulu dan diberi tembusan kepada Kepala Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu yang menjadi tempat/wilayah penelitian.

Tahap pelaksanaan meliputi pengambilan data yang dilakukan selama lebih kurang 1 bulan pada tanggal 13 Maret – 10 April 2020. Populasi penelitian ini adalah pasien balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 15 orang kelompok intervensi dan 15 orang kelompok kontrol, teknik pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Pengambilan data terdiri dari data primer yaitu data yang dikumpulkan langsung diperoleh dari responden dengan menggunakan kuesioner mengenai pengetahuan, sikap maupun kuisisioner mengenai recall 2 x 24 jam untuk mengetahui asupan makan penderita balita gizi kurang. Data sekunder diperoleh melalui pihak puskesmas yaitu jumlah penderita balita gizi kurang, data nama-nama penderita berdasarkan alamat. Setelah data terkumpul, kemudian direkaptulasi dan ditulis dimaster tabel untuk selanjutnya dianalisis. Setelah data diolah dan dianalisis untuk menunjukkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

Data pengetahuan, asupan (karbohidrat, lemak dan protein) responden berskala rasio. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah *uji Wilcoxon signed rank test* untuk dan *many whitney u test* mengetahui perbedaan/pengaruh pengetahuan, sikap dan asupan (karbohidrat, lemak dan protein) sebelum dan sesudah diberi intervensi konseling penanganan balita gizi dan diberikan media *leaflet* penanganan balita gizi kurang saja tanpa konseling untuk kelompok kontrol.

Hambatan yang dialami peneliti adalah saat pengumpulan data berupa kuesioner asupan karbohidrat, protein, lemak dari beberapa responden yang sulit ditemui pada pengukuran post intervensi selanjutnya, sehingga peneliti harus menghubunginya lewat telepon dan harus dijanjikan terlebih dahulu dengan pihak responden, pengolahan dan analisis data juga memakan waktu yang cukup lama. Hal ini dikarenakan keterbatasan peneliti dan hambatan responden.

Setelah data terkumpul, hasilnya diperiksa kembali apakah sudah sesuai dengan yang diinginkan. Setelah dilakukan penelitian, penulis kembali mengajukan surat keterangan selesai penelitian dari Puskesmas Pasar Ikan dan Puskesmas Nusa Indah. Data yang terkumpul kemudian dilakukan pengkodean dengan memberi kode angka pada hasil penelitian dan ditabulasi. Selanjutnya pembuatan laporan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dianalisis.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi karakteristik responden kelompok intervensi (audio visual) dan kelompok kontrol (leaflet) berdasarkan usia, jenis pendidikan, responden dapat dilihat pada tabel 4.1 sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol diwilayah Kota Bengkulu

Karakteristik	Intervensi		Kontrol		<i>p-value</i> ^a
	N	%	N	%	
Pendidikan:					
SD	1	6,7	2	13,3	0,532
SMP	4	26,7	6	40,0	
SMA	10	66,7	7	46,7	
Usia:					
26-29 tahun	10	66,7	11	73,3	0,690
30-39 tahun	5	33,3	4	26,7	

^a uji distribusi frekuensi

Karakteristik responden menurut kelompok dapat dilihat pada Tabel 4.1 pada dua perlakuan tersebut berdasarkan karakteristik (umur dan pendidikan) kedua kelompok tersebut relatif homogen, sehingga salah satu persyaratan untuk eksperimental dapat terpenuhi menunjukkan distribusi usia responden. Usia (26-29 tahun) masing-masing responden (66,7%).

Usia (30-39 tahun) masing-masing responden (33,3%). Pada kelompok kontrol usia (26-29) masing-masing responden (73,3%) pada usia (30-39) responden (26,7%) dengan *p value* (0,690). Dan distribusi pendidikan SD (6,7%) SMP (26,7%) SMA (66,7%) pada kelompok kontrol pendidikan SD (13,3%) SMP (40,0%), SMA (46,7) dengan *p value* 0,713, yang menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan (nilai $p > 0.05$).

Hasil uji statistik homogen dengan uji *chi-square* menunjukkan hasil masing-masing karakteristik responden nilai *p-value* ($> 0,005$) didapatkan yaitu 0,5332, dan pada usia 0,713. Hal ini menunjukkan bahwa data karakteristik responden bersifat homogen.

Tabel 4.2 Gambaran Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Gizi

Pengetahuan	N	Sebelum		Sesudah	
		Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd
Intervensi	15	26,6 \pm 66,6	43,5 \pm 10,9	80.0 \pm 100.0	92,4 \pm 8,31
Kontrol	15	40.0 \pm 60.0	47,9 \pm 6,76	33.3 \pm 60.0	45,3 \pm 6,75

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan sebelum konseling gizi pada kelompok intervensi 43,5, kelompok kontrol 47,9 sedangkan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi responden yaitu 92,4 pada kelompok kontrol 45,3.

Tabel 4.3 Gambaran sikap Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Gizi

Sikap	N	Sebelum		Sesudah	
		Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd
Intervensi	15	113 \pm 173	150.8 \pm 14,6	180 \pm 253	209,8 \pm 19,3
Kontrol	15	106 \pm 160	142 \pm 18,9	113 \pm 173	140,5 \pm 16,5

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat bahwa rata-rata sikap sebelum konseling gizi pada kelompok intervensi 150,8, kelompok kontrol 142 sedangkan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi responden yaitu 209,8 pada kelompok kontrol 140.5

Tabel 4.4 Gambaran Karbohidrat Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Gizi

Karbohidrat % (AGK)	n	Sebelum		Sesudah	
		Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd
Intervensi	15	37 \pm 86	54,6 \pm 15,17	52 \pm 100.0	77,6 \pm 18,2
Kontrol	15	36 \pm 98	57,33 \pm 17,57	34 \pm 87	51,8 \pm 13,3

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa rata-rata asupan karbohidrat sebelum konseling gizi pada kelompok intervensi 54,6%, kelompok kontrol 57,33 %, sedangkan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi responden yaitu 77,6 % pada kelompok kontrol 51,8%

Tabel 4.5 Gambaran Protein Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Gizi

Protein	n	Sebelum		Sesudah	
		Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd
Intervensi	15	41 \pm 91	69,8 \pm 16,09	77 \pm 103	90,5 \pm 9,16
Kontrol	15	62 \pm 107	90,07 \pm 13,78	66 \pm 105	83,3 \pm 10,7

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa rata-rata asupan protein sebelum konseling gizi pada kelompok intervensi 69,8%, kelompok kontrol 90,07%, sedangkan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi responden yaitu 90,5% pada kelompok kontrol 83,3%.

Tabel 4.6 Gambaran Lemak Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Gizi

Lemak	N	Sebelum		Sesudah	
		Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd
Intervensi	15	44 \pm 99	69,0 \pm 15,03	69 \pm 109	89,87 \pm 14,97
Kontrol	15	55 \pm 107	87,07 \pm 15,5	55 \pm 103	75,20 \pm 15,02

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa rata-rata asupan lemak sebelum konseling gizi pada kelompok intervensi 69,0%, kelompok kontrol 87,07%, sedangkan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi responden yaitu 89,87% pada kelompok kontrol 75,20%

4.1.1 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan berupa konseling gizi menggunakan media audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan (asupan karbohidrat, protein dan lemak) dengan menggunakan 2 uji yaitu *t-tets dependen* dan *t-test independen*.

T-test dependen adalah untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan media audio visual dalam pemahaman konseling gizi terhadap

pengetahuan, sikap dan tindakan (asupan karbohidrat, protein dan lemak). Nilai signifikansi dari kelompok perlakuan baik sebelum intervensi dan sesudah intervensi seluruhnya $<0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa keseluruhan data tidak memenuhi asumsi normalitas. Jadi analisis bivariat menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*.

Sedangkan *many whitney u test* adalah untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan efektivitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Nilai signifikansi dari perbedaan 2 kelompok terdapat nilai p value hasilnya kecil yaitu <0.05 , yang berarti ada perbedaan jadi analisis bivariat menggunakan uji *Mann Whitney U Test*

Tabel 4.7 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Konseling Gizi

Pengetahuan	Sebelum		Sesudah		Δ mean \pm sd	p -value ^a
	Min-max	Mean \pm sd	Min-max	Mean \pm sd		
Intervensi	26,6 \pm 66,6	43,520 \pm 10,04	80,0 \pm 100,0	92,427 \pm 8,31	48,90 \pm 1,73	0,001
Kontrol	40,0 \pm 66,6	47,9667 \pm 6,76	33,3 \pm 60,0	45,300 \pm 6,75	2,6 \pm 0,01	0,151
p -value ^b		0,305		0,001		0,000

^a*Wilcoxon signed rank test*–^b*Mann whitney*

Berdasarkan tabel 4.2 kelompok intervensi pada uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu balita gizi kurang sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi mengalami peningkatan dengan beda mean sebesar 48,90. Begitu pula dengan rata-rata kelompok kontrol responden sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi mengalami penurunan pengetahuan dengan beda mean sebesar 2,66.

Sehingga kelompok intervensi didapatkan p -value yaitu 0,001 ($p<0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling dengan

media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sedangkan kelompok kontrol, sehingga didapatkan *p-value* yaitu 0,112 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan kota Bengkulu.

Perbedaan pengetahuan menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menggunakan uji *Man Whitney u test* menunjukkan bahwa nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling gizi dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Sedangkan kelompok kontrol menggunakan media *leaflet* menunjukkan nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,305 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Tabel 4.3 Perbedaan Sikap Sebelum dan Sesudah Konseling Gizi

Sikap	Sebelum		Sesudah		Δ Mean \pm SD	<i>p-value</i> ^a
	Min-Max	Mean \pm SD	Min-Max	Mean \pm SD		
Intervensi	113 \pm 173	150,80 \pm 14,65	180 \pm 253	209,87 \pm 19,37	59,07 \pm 4,72	0,001
Kontrol	105 \pm 160	142,47 \pm 18,98	113 \pm 173	140,53 \pm 16,53	1,87 \pm 2,45	0,864
<i>p-value</i> ^b		0,530		0,000		0,000

^a*wilcoxonsignedranktest*–^b*Mann whitney u test*

Berdasarkan tabel 4.3 kelompok interensi pada uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa rata-rata sikap ibu balita gizi kurang sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi mengalami peningkatan dengan beda mean sebesar 59,07. Begitu pula dengan rata-

rata kelompok kontrol ibu balita gizi kurang sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi mengalami penurunan sikap dengan beda mean sebesar 1,87.

Sehingga kelompok intervensi didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling gizi dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sedangkan kelompok kontrol, sehingga didapatkan *p-value* yaitu 0,864 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media leaflet tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Perbedaan sikap menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menggunakan uji *Mann Whitney u test* perbedaan sikap menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,000 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penyuluhan dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Sedangkan perbandingan sikap pada kelompok kontrol menggunakan media *leaflet* menunjukan nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,530 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Tabel 4.4 Perbedaan Asupan Karbohidrat Sebelum dan Sesudah Konseling Gizi

KH (% AKG)	Sebelum		Sesudah		Δ Mean \pm SD	<i>p-value</i> ^a
	Min-Max	Mean \pm SD	Min-Max	Mean \pm SD		
Intervensi	37 \pm 86	54,68 \pm 15,17	52 \pm 100	77,60 \pm 18,20	22,9 \pm 3,03	0,001
Kontrol	36 \pm 98	57,33 \pm 17,57	34 \pm 87	51,87 \pm 13,35	5,46 \pm 4,22	0,172
<i>p-value</i> ^b		0,445		0,002		0,000

^a*wilcoxon signed rank test*–^b*Mann whitney u test*

Berdasarkan tabel 4.4 kelompok intervensi pada *uji wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa rata-rata asupan karbohidrat balita gizi kurang sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi mengalami peningkatan dengan beda mean sebesar 22,9% begitu pula dengan rata-rata kelompok kontrol balita gizi kurang sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi mengalami penurunan asupan dengan beda mean sebesar 151,8%.

Sehingga kelompok intervensi didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penyuluhan dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sedangkan kelompok kontrol, sehingga didapatkan *p-value* yaitu 0,172 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Perbedaan asupan karbohidrat menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menggunakan uji *Mann Whitney u* menunjukkan bahwa nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,002 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penyuluhan dengan media

audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Sedangkan perbandingan asupan karbohidrat pada kelompok kontrol menggunakan media *leaflet* pada bahwah menunjukan nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,445 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Tabel 4.5 Perbedaan Asupan Protein Sebelum dan Sesudah Konseling Gizi

Protein (% AKG)	Sebelum		Sesudah		Δ Mean \pm SD	<i>p-value</i> ^a
	Min- Max	Mean \pm SD	Min-Max	Mean \pm SD		
Intervensi	41 \pm 91	69,87 \pm 16,09	77 \pm 103	90,53 \pm 9.16	20,66 \pm 6,93	0,001
Kontrol	62 \pm 107	90,53 \pm 13,78	66 \pm 107	83,33 \pm 10,70	17,22 \pm 3,08	0,244
<i>p-value</i> ^b		0,001		0,184		0,000

^a*wilcoxon signed rank test* - ^b*Mann whitney u test*

Berdasarkan tabel 4.5 kelompok interensi pada *uji wilcoxon signed rank* menunjukkan bahwa rata-rata asupan protein balita gizi kurang sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi mengalami peningkatan dengan beda mean sebesar 20,66%. Begitu pula dengan rata-rata kelompok kontrol balita gizi kurang sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi mengalami penurunan dengan beda mean sebesar 17,22%.

Sehingga kelompok intervensi didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling gizi dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sedangkan kelompok kontrol, sehingga didapatkan *p-value* yaitu 0,209 ($p < 0,05$) yang

menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Perbedaan asupan protein menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menggunakan uji *mann whitneyu test* menunjukkan bahwa nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizikurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Sedangkan perbandingan asupan protein pada kelompok kontrol menggunakan media *leaflet* menunjukkan nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,184 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media *leaflet* tanpa diberikan konseling terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Tabel 4.6 Perbedaan Asupan Lemak Sebelum dan Sesudah Konseling Gizi

Lemak (% AKG)	Sebelum		Sesudah		Δ Mean \pm SD	<i>p-value</i> ^a
	Min-Max	Mean \pm SD	Min-Max	Mean \pm SD		
Intervensi	44 \pm 99	69,00 \pm 16,09	69 \pm 109	89,87 \pm 14,97	20,87 \pm 92,91	0,004
Kontrol	55 \pm 107	87,07 \pm 15,56	55 \pm 103	75,20 \pm 15,02	11,87 \pm 0,54	0,147
<i>p-value</i> ^b	0,152		0,001		0,001	

^a*Wilcoxon signed rank test*–^b*Mann whitney u test*

Berdasarkan tabel 4.6 kelompok interensi *uji wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa rata-rata asupan lemak balita gizi kurang sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi mengalami peningkatan dengan beda mean sebesar 20,87% begitu pula dengan rata-rata

kelompok kontrol balita gizi kurang sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi mengalami penurunan dengan beda mean sebesar 11,87%.

Sehingga kelompok intervensi didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penyuluhan dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu. Sedangkan kelompok kontrol, sehingga didapatkan *p-value* yaitu 0,182 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media leaflet tanpa diberikan konseling terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

perbedaan asupan lemak menggunakan media audio visual pada kelompok intervensi menggunakan uji *Mann Whitney test* menunjukan bahwa nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,001 ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling dengan media audio visual terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Sedangkan perbandingan asupan lemak pada kelompok kontrol menggunakan media leaflet menunjukan nilai yang didapatkan *p-value* yaitu 0,152 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh media leaflet tanpa diberikan konseling gizi terhadap pemahaman tentang pencegahan balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan pada kedua kelompok ibu balita gizi kurang yaitu banyak yang berpendidikan tertinggi SMA. hasil penelitian menunjukkan bahwa status pendidikan terbanyak reseponden adalah SMA (66,7%), umur responden menggambarkan bahwa sebagai kelompok intervensi dan kontrol berkisar 26-29 tahun.

Responden dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai balita gizi kurang dan didapatkan jumlah responden 30 orang yang telah dibagi menjadi dua kelompok intervensi 15 orang dengan media audio visual dan kelompok kontrol 15 orang dengan media *leaflet* dan pada kelompok intervensi diberikan konseling gizi 3 kali selama 3 minggu.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti dan Taurina (2012) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi anak prasekolah dan sekolah dasar di Kecamatan Godean berdasarkan indeks BB/TB.

Penelitian Anindita (2012) juga menyatakan hal yang sama, bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan *stunting* pada balita. Faktor umur merupakan faktor secara tidak langsung mempengaruhi status gizi pada balita, faktor umur kehamilan ibu ini secara langsung mempengaruhi kesehatan reproduksi pada kehamilan ibu, yaitu menentukan tercapainya potensi genetik yang optimal, yaitu faktor pranatal dan pascanatal.

Dalam penelitian ini umur kehamilan ibu <20/>35 tahun memiliki prosentasi kejadian gizi kurang (44,2%) lebih besar dibanding dengan status gizi normal. Tetapi berdasarkan hasil analisis yang dilakukan antara umur ibu dengan status gizi tidak terdapat hubungan yang signifikan. (Liswati, 2016)

Hal ini bisa terjadi karena faktor lain yaitu faktor pengetahuan ibu, dimana pada penelitian ini umur ibu masih tergolong umur kehamilan muda, bisa dikarenakan kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi, faktor umur juga sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu tentang gizi, jadi umur ibu yang masih muda, belum memiliki banyak pengetahuan yang cukup mengenai gizi, baik ibu pada saat hamil maupun pasca melahirkan. (Daryono, 2003)

4.2.2 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi melalui Media Audio Visual dan Leaflet

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon signed rank test* didapatkan $p\text{-value} = 0,001$ ($<0,05$) hal ini yang berarti ada pengaruh pretest dan post tes pada pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi memiliki perbedaan bermakna dengan $p\text{-value} = 0,151$ ($<0,05$) yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi.

Penyuluhan kesehatan dengan menggunakan media audio visual dengan $p\text{-value} 0.001$ yaitu adanya pengaruh sebelum dan sesudah diberikan media audio visual, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan ibu yang mempunyai balita gizi kurang tentang

penanganan balita gizi kurang, karena media yang digunakan dapat menarik perhatian responden dengan menampilkan gambar nyata dari anjuran asupan makan untuk balita gizi kurang.

Selain itu, materi penyuluhan yang ditampilkan dalam video juga mudah dipahami karena langsung pada inti pembahasan dan menggunakan kata-kata yang tidak sulit dimengerti. Media video yang diikuti dengan penjelasan dari peneliti mengenai isi video menyebabkan responden menyerap pengetahuan lebih banyak karena melibatkan dua indera terbesar dalam penyerapan informasi, yaitu indera penglihatan dan pendengaran. Peningkatan pengetahuan ini dapat mengubah untuk mengerti dan memahami mengenai pengetahuan, sikap dan asupan pada balita gizi kurang.

Peningkatan pengetahuan dipengaruhi oleh adanya media audio visual yaitu jenis media yang mengandung unsur suara, dan lain sebagainya. Kemampuan media ini dianggap lebih menarik, sebab mengandung kedua unsur jenis media yang pertama dan kedua (Wina 2010). Penggunaan media sangat diperlukan sebagai alat bantu dalam meningkatkan kemampuan mengingat seseorang seperti gambar dan suara sehingga seseorang lebih cepat memahami informasi yang diberikan dari suatu media. Peningkatan pengetahuan dipengaruhi oleh adanya bantuan media yang lebih memudahkan responden dalam mengingat materi yang diberikan. Penelitian. (Nurhidayat,dkk 2012)

Sedangkan menggunakan media *leaflet* di dapatkan nilai *p-value*(0.151) tidak ada pengaruh karena hanya di berikan tanpa

penjelasan. Sulistyorini (2010) mengatakan bahwa sedikitnya pengetahuan dengan menggunakan media leaflet karena tidak dapat memberikan informasi yang mendalam tentang suatu hal dan hanya dapat digunakan oleh orang-orang yang memiliki indra penglihatan yang normal dan sehat.

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann Whitney test* didapatkan $p\text{-value} = 0,001 (<0,05)$ hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan pengetahuan dengan media audio visual pada pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi pada pengetahuan dengan melalui media *leaflet* memiliki perbandingan dengan $p\text{-value} = 0,330 (<0,05)$ yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi dengan media *leaflet*.

Menurut asumsi peneliti ini dapat diketahui konseling kesehatan dengan media audio visual efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu yang mempunyai balita gizi kurang, dimana responden dapat menerima pesan dengan cepat dan mudah diingat dapat diterima dengan baik, lebih menarik dan tidak monoton karena responden mendengar dan melihat sehingga responden sangat antusias terhadap isi video dan melihat video sampai selesai. Melalui video responden akan dipaparkan secara jelas tentang penanganan balita gizi kurang melalui audio visual tersebut.

Pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi media video tentang gizi balita gizi kurang, pengetahuan adalah hasil

mengetahui dari yang terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni, indra penglihatan, penciuman, pendengaran, raba dan rasa (Djafar, 2014). Media dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu dalam promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium untuk memperlancar komunikasi dan penyebar-luasan informasi kesehatan (Trisnowati and Sunarti, 2016).

4.2.3 Perbedaan Sikap Sebelum dan Sesudah Intervensi melalui media Audio Visual dan Leaflet

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon signed rank test* didapatkan *p-value* = 0,001 (<0,05) hal ini yang berarti ada pengaruh pretest dan post tes pada sikap sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi memiliki perbedaan bermakna dengan *p-value* = 0,864 (<0,05) yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi.

Berdasarkan hasil pretest dan post-test pada sikap terdapat nilai *pvalue* (0,001) yaitu pendidikan kesehatan menggunakan media audio visual efektif terhadap peningkatan sikap. Kemampuan media audio visual ini dianggap lebih baik dan menarik, sebab mengandung kedua unsur, yaitu di dengar dan dilihat.

Sikap yang baik dapat dipengaruhi oleh adanya pengetahuan yang meningkat. Peningkatan pengetahuan menjadikan sikap responden semakin baik. Terjadinya perubahan sikap yang semakin baik

disebabkan sikap dipengaruhi oleh pengetahuan, menurut pendapat Wawan A & Dewi M (2010) bahwa pembentukan sikap dipengaruhi oleh pengetahuan.

Sikap merupakan faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Perubahan sikap secara berkelanjutan dapat memengaruhi perilaku seseorang, dimana perilaku pemenuhan gizi yang baik dapat meningkatkan status gizi anak (Apooh, Yaa, & Krekling, 2005). Oleh karena itu, perlu dilakukan survei untuk mendapatkan pengaruh konseling terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam pemenuhan gizi balita di wilayah Puskesmas Nusa Indah dan Puskesmas Pasar Ikan.

Sedangkan kelompok kontrol terdapat nilai *p-value* yaitu 0.864 pada saat diberikan pretest dan posttest tanpa diberikan perlakuan apapun sehingga tidak ada pengaruh terhadap hasil pretest dan posttest karena tidak diberikan perlakuan sama sekali pada kelompok kontrol. Peningkatan sikap responden yang tidak signifikan sesuai dengan pernyataan Azwar (2007), yaitu pesan yang ditunjukkan untuk mengubah sikap secara halus, biasanya lebih berhasil dari pada pesan yang tampak jelas berusaha memanipulasi responden.

Hal ini disebabkan manusia cenderung tidak mau dimanipulasi, sehingga apabila responden menyadari usaha yang sengaja ingin mengubah sikap manusia, maka manusia akan berupaya menolak. Permasalahan ini umumnya sering dialami oleh responden sebagai peserta penyuluhan.

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann Whitney u test* didapatkan $p\text{-value} = 0,000 (<0,05)$ hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan sikap dengan media audio visual pada pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpadiberikan konseling gizi pada sikap dengan melalui media *leaflet* memiliki perbandingan dengan $p\text{-value} = 0,530 (<0,05)$ yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi dengan media *leaflet*

Sikap sebelum dan sesudah diberikan media video tentang balita gizi kurang, sikap merupakan suatu kesiapan mental atau emosional dalam beberapa jenis tindakan pada sesuatu hal yang tepat. Selain itu dapat diartikan sebagai sesuatu yang dipelajari dan bagaimana individu bereaksi terhadap situasi dan menentukan apa yang dicari dalam kehidupan (Minat and Mahasiswa, 2015).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Harsismanto (2019) tentang *Pengaruh Edukasi Media Video dan Flipchart terhadap Motivasi dan Sikap Orang tua dalam Merawat Balita dengan Pneumonia* bahwa ada pengaruh terhadap sikap orangtua dalam merawat balita dengan Pneumonia setelah diberikan diberikan media video(Harsismanto 2019), dan penelitian dari Prita Devy Igianny (2016).

Leaflet merupakan salah satu alat peraga yang disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. *Leaflet* yang baik adalah menggunakan

bahasa yang sederhana, mudah dimengerti oleh pembacanya, judul yang digunakan menarik untuk dibaca serta dikombinasikan antara tulisan dan gambar, serta materinya sesuai dengan target yang ditujuh. *Leaflet* dapat tersebar luas dan merupakan salah satu cara yang berguna untuk menyampaikan informasi kepada para wanita dan keluarganya atau mendukung informasi yang mereka terima. (Yulianti D,2011)

Hasil penelitian didapatkan bahwa keterampilan deteksi dini kanker payudara (SADARI) pada mahasiswa yang diberi promosi kesehatan menggunakan audio visual lebih efektif dibandingkan dengan yang menggunakan *leaflet*. Menurut Alini dkk (2018) media leaflet memiliki beberapa kekurangan jika dibandingkan dengan media video, salah satunya adalah media *leaflet* hanya memuat gambar sedangkan pada video memuat gambar bergerak.

Perbedaan ini bisa memberikan informasi yang berbeda pula bagi sebagian orang terlebih pada bagian pemaparan langkah-langkah deteksi dini atau SADARI. Pada gambar di leaflet, hanya ditunjukkan langkah dengan panduan berupa gambar yang terkadang sulit untuk dipahami audiens. Namun hal ini menjadi mudah dipahami jika menggunakan media video karena dalam video dicontohkan secara langsung sehingga audiens langsung mengerti. (Alini dkk, 2018)

Sedangkan melalui media *leaflet* sebagai media pendidikan kurang efektif karena dimana responden hanya di berikan tanpa penjelasan. Menurut asumsi peneliti *leaflet* adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat,

isinya berupa kalimat ataupun gambar atau kombinasi. *Leaflet* memiliki kekurangan dimana sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri dan media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak.

Menurut asumsi peneliti media *leaflet* memiliki beberapa kekurangan jika dibandingkan dengan media video, salah satunya adalah media *leaflet* hanya memuat gambar sedangkan pada video memuat gambar bergerak. Perbedaan ini bisa memberikan informasi yang berbeda pula bagi sebagian orang terlebih pada bagian pemaparan penanganan balita gizi kurang.

Pada gambar di *leaflet*, hanya ditunjukkan langkah dengan panduan berupa gambar yang terkadang sulit untuk dipahami responden. Namun hal ini menjadi mudah dipahami jika menggunakan media video karena dalam video dicontohkan secara langsung sehingga responden langsung mengerti.

4.2.4 Perbedaan Karbohidrat Sebelum dan Sesudah Intervensi melalui media Audio Visual dan Leaflet

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon signed rank test* didapatkan $p\text{-value} = 0,001 (<0,05)$ hal ini yang berarti ada pengaruh pretest dan post tes pada asupan karbohidrat sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling memiliki perbedaan bermakna dengan $p\text{-value} = 0,172 (>0,05)$ yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi.

Status gizi pada balita dapat dipengaruhi oleh asupan zat gizi balita. Asupan zat gizi makro berperan dalam penyediaan energi dan berhubungan dengan status gizi balita (Diniyyah, S. R dkk, 2017). Perubahan status gizi menjadi baik atau normal dapat dipengaruhi oleh tingkat asupan energi yang cukup (Lutviana, dkk, 2010). Sumber energi tubuh utamanya berasal dari karbohidrat, asupan karbohidrat cukup berkaitan dengan energi yang cukup (Regar, E, 2012).

Tingkat asupan energi dan karbohidrat dengan status gizi balita usia 2-5 ta di Kecamatan Lenteng Kabupaten Sumenep memiliki hubungan yang bermakna. Semakin tercukupi tingkat asupan energi dan karbohidrat maka akan meningkatkan status gizi balita (Afifah, Amerta Nutr, 2019).

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann Whitneyu test* didapatkan karbohidrat $p\text{-value} = 0,002 (<0,05)$ hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan dengan media audio visual pada karbohidrat sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan konseling gizi pada sikap dengan melalui media leaflet memiliki perbandingan dengan karbohidrat $p\text{-value} = 0,455 (>0,05)$ yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi dengan media *leaflet*.

Berdasarkan media yang dipilih dalam bentuk proses pendidikan gizi adalah audio visual dan leaflet, media tersebut dipilih karena dapat membantu menyebarkan informasi dalam waktu yang relatif singkat.

Bentuk dari kedua media tersebut berbeda-beda, untuk media *leaflet* berbentuk lembar balik sedangkan media audio visual terhadap kumpulan gambaran bergerak.

Masing-masing media memiliki kelebihan dan kekurangan, namun bila dibandingkan seharusnya media yang paling mudah dalam membantu proses pendidikan gizi adalah audio visual karena mempunyai unsur-unsur suara dan gambar serta tidak tergantung keinginan membaca.

Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita (Unicef, 2016). Asupan zat gizi dapat diperoleh dari beberapa zat gizi, diantaranya yaitu zat gizi makro seperti energi, karbohidrat, protein dan lemak. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh tubuh dan sebagian besar berperan dalam penyediaan energi.

4.2.5 Perbedaan Protein Sebelum dan Sesudah Intervensi melalui media Audio Visual dan Leaflet

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon signed rank test* didapatkan $p\text{-value} = 0,001 (<0,05)$, hal ini yang berarti ada pengaruh pretest dan post tes pada asupan protein sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Dan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi memiliki perbedaan bermakna dengan $p\text{-value} = 0,244 (>0,05)$ yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi.

Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita (UNICEF, 2016). Tingkat konsumsi zat gizi makro dapat mempengaruhi terhadap status gizi balita. Hal tersebut didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi energi dan protein dengan status gizi balita.

Balita dengan tingkat konsumsi energi dan protein yang mencukupi dan memenuhi kebutuhan tubuh akan berbanding lurus dengan status gizi baik (Lutviana, E.,dkk, 2017). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa semakin baik tingkat asupan protein balita maka status gizi balita akan semakin baik juga. (Lutviana, E.,dkk, 2017)

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann Whitney u test* didapatkan protein *p-value* 0,001 ($<0,05$), hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan dengan media audio visual pada protein, sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada sikap dengan melalui media leaflet memiliki perbandingan dengan protein *p-value* 0.184 ($<0,05$) yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi dengan media leaflet.

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *mann whitney u test* didapatkan protein *p-value* 0,001 ($<0,05$), hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan dengan media audio visual pada karbohidrat,protein dan lemak sebelum dan sesudah diberikan intervensi

pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada sikap dengan melalui media *leaflet* memiliki perbandingan dengan protein *p-value* 0.184 ($>0,05$), yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi dengan media *leaflet*.

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa semakin baik tingkat asupan protein balita maka status gizi balita akan semakin baik juga (Lutviana dkk,2017). Hal tersebut juga didukung oleh penelitian lainnya yang menyimpulkan bahwa tingkat asupan protein yang rendah pada balita meningkatkan resiko 3,1 kali mengalami kejadian *underweight* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat kecukupan protein yang baik (Rahim, K.F ,2014).

4.2.6 Perbedaan Lemak Sebelum dan Sesudah Intervensi melalui media Audio Visual dan Leaflet

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon signed rank test* didapatkan *p-value* = 0,004 ($<0,05$), hal ini yang berarti ada pengaruh pretest dan post tes pada asupan lemak sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Dan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi memiliki perbedaan bermakna dengan *p-value* = 0,147 ($>0,05$) yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan intervensi.

Lemak merupakan zat gizi makro yang berfungsi sebagai penyumbang energi terbesar, melindungi organ dalam tubuh, melarutkan vitamin dan mengatur suhu tubuh. Asupan lemak yang rendah diikuti dengan berkurangnya energi di dalam tubuh akan

menyebabkan perubahan pada massa dan jaringan tubuh serta gangguan penyerapan vitamin yang larut dalam lemak (Barasi, M, 2007). Asupan energi yang tidak mencukupi kebutuhan dapat menyebabkan terjadinya ketidak seimbangan energi.

Ketidak seimbangan energi secara berkepanjangan menyebabkan terjadinya masalah gizi seperti kekurangan energi kronis (KEK) serta berdampak pada perubahan berat badan seseorang (Barasi, M, 2007). Asupan lemak yang rendah juga menyebabkan terjadinya penurunan massa tubuh dan gangguan pada penyerapan vitamin larut lemak (Almatsier, S, 2010).

Ketidakseimbangan tingkat konsumsi zat gizi makro seperti energi, karbohidrat lemak dan protein terhadap kebutuhan tubuh secara berkepanjangan dapat mempengaruhi terjadinya perubahan pada jaringan dan massa tubuh yang akan berdampak pada penurunan berat badan (berat badan kurang) (Barasi, M, 2007).

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann Whitney u test* didapatkan lemak *p-value* 0,001 ($<0,05$), hal ini yang berarti ada pengaruh perbandingan dengan media audio visual pada lemak sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada sikap dengan melalui media *leaflet* memiliki perbandingan dengan lemak *p-value* 0.152 ($>0,05$) yang menandakan tidak ada pengaruh setelah diberikan inervensi dengan media leaflet.

Berdasarkan media yang dipilih dalam bentuk proses pendidikan gizi adalah audio visual dan *leaflet*, media tersebut dipilih karena dapat membantu menyebarkan informasi dalam waktu yang relatif singkat. Bentuk dari kedua media tersebut berbeda-beda, untuk media leaflet berbentuk lembar balik sedangkan media audio visual terhadap kumpulan gambaran bergerak.

Masing-masing media memiliki kelebihan dan kekurangan, namun bila dibandingkan seharusnya media yang paling mudah dalam membantu proses pendidikan gizi adalah audio visual karena mempunyai unsur-unsur suara dan gambar serta tidak tergantung keinginan membaca.

Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita (Unicef, 2016). Asupan zat gizi dapat diperoleh dari beberapa zat gizi, diantaranya yaitu zat gizi makro seperti energi, karbohidrat, protein dan lemak. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh tubuh dan sebagian besar berperan dalam penyediaan energi.

Asupan lemak yang rendah diikuti dengan berkurangnya energi di dalam tubuh akan menyebabkan perubahan pada massa dan jaringan tubuh serta gangguan penyerapan vitamin yang larut dalam lemak (Barasi, M.,2017). Lemak merupakan zat gizi makro yang berfungsi sebagai penyumbang energi terbesar, melindungi organ dalam tubuh, melarutkan vitamin dan mengatur suhu tubuh. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Desa Nelayan Puger Jember,

bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat konsumsi lemak dengan status gizi balita (Nurchahyo K, 2008).

Hal diatas sejalan dengan Lestari (2012), penelitiannya memberikan pendidikan kesehatan menggunakan audio visual terbukti efektifitasterhadap peningkatan pengetahuan, kemampuan, dan motivasi pada ibu menyusui. Pendidikan kesehatan tidak cukup dengan memberikan informasi secara tertulis maupun ceramah saja, dibutuhkan beberapa metode dan media yang tepat unutup dapat meningkatakm pengetahuan masyarakat.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dan kelemahan dalam penelitian ini yaitu peneliti tidak mengetahui pengetahuan, sikap dan asupan zat gizi makro sebelum dilakukan konseling gizi serta peneliti waktu dan tempat yang disediakan oleh instansi yaitu puskesmas

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan “Pengaruh konseling berbasis audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pemenuhan kebutuhan gizi balita gizi kurang di wilayah kota Bengkulu tahun 2020” maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Usia ibu yang mempunyai balita gizi kurang Sebagian besar 26-29 tahun dan Pendidikan ibu yang mempunyai balita gizi kurang Sebagian besaryaitu SMA.
2. Gambaran rata-rata pengetahuan sebelum konseling gizi perlakuan yaitu 43,5, sesudah 92,4 Pada kelompok kontrol rata-rata pengetahuan sebelum yaitu 47,9, sesudah 45,3
3. Gambaran rata-rata sikap sebelum konseling gizi perlakuan yaitu 150,8,sesudah 209,8 Pada kelompok kontrol rata-rata sikap sebelum yaitu 142,sesudah140,5
4. Gambaran rata-rata asupan karbohidrat sebelum dan sesudah konseling gizi perlakuan yaitu 54,6%,sesudah 77,6% asupan protein yaitu 90,% asupan lemak 89,87% Pada kelompok kontrol rata-rata asupan karbohidarat yaitu 57,33%,asupan protein yaitu 51,8% asupan lemak 69,8%. Sesudah 83,3.
5. Ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan media audio visual didapatkan nilai *p-value* 0,001 sedangkan pada kelompok control didapatkan nilai *p-value* 0,151. Yang menunjukkan tidak ada perbedaan

sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi.

6. Ada perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan media audio visual didapatkan nilai *p-value* 0,001 sedangkan pada kelompok control didapatkan nilai *p-value* 0,864. Yang menunjukkan tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi.
7. Ada perbedaan asupan karbohidrat sebelum dan sesudah diberikan media audio visual didapatkan nilai *p-value* 0,001 sedangkan kelompok control didapatkan nilai *p-value* 0,172. Yang menunjukkan tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi.
8. Ada perbedaan asupan protein sebelum dan sesudah diberikan media audio visual didapatkan nilai *p-value* 0,001 sedangkan pada kelompok control didapatkan nilai *p-value* 0,244. Yang menunjukkan tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi.
9. Ada perbedaan asupan lemak sebelum dan sesudah diberikan media audio visual didapatkan nilai *p-value* 0,004 sedangkan pada kelompok control didapatkan nilai *p-value* 0,147. Yang menunjukkan tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan media *leaflet* tanpa diberikan konseling gizi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Instansi

Diharapkan bagi Puskesmas Nusa Indah dan Puskesmas Pasar Ikan sebaiknya hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi program gizi agar dapat pihak puskesmas memberikan penyuluhan dan promosi mengenai pentingnya pengetahuan ibu dan sikap ibu bagi tumbuh kembang balita.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi petugas ahli gizi di puskesmas nusa indah dan puskesmas pasar ikan agar dapat memeberikan konseling gizi berulang bagi ibu yang mempunyai balita gizi kurang menggunakan media audio visual mengenai pencegahan balita gizi kurang dan hasil penelitian ini dapat digunakan Sebagian bahan eveluasi program gizi agar pihak puskesmas dan memberikan konseling gizi mengenai pentingnya pencegahan balita gizi kurang

5.2.3 Bagi Responden

Diharapkan bagi responden penelitian untuk lebih meningkatkan pengetahuan gizi terutama tentang gizi balita dengan cara membaca dan mempelajari media yang diberikan peneliti

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita (2005). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi(9th Ed.)*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Almatsier, Sunita (2011).*Prinsip Dasar Ilmu Gizi(9th Ed.)*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Anindita, P. (2012). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc dengan *Stunting* (Pendek) Pada Balita Usia 6-35 Bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(1):617-626. Diakses dari <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Apooh, Yaa, L., & Krekling, S. (2005). *Maternal Nutritional Knowledge And Child Nutritional Status In The Volta Region Of Ghana*. London: Blackwell Publishing.1(2):100-10. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2005.00016.x
- Astuti, S. D.,& Taurina, F. S. (2012). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Anak Prasekolah dan Sekolah Dasar di Kecamatan Godean. *KESMAS*, 2(1):15-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.12928/kesmas.v7i1.10487>
- Azwar, S. (2007). *Sikap Manusia: Teori Dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- BadanPusatStatistik.(2014).*SurveyTenagaKerja Nasional(Sakernas)2013*.Jakarta.
- Barasi, M., Nutrition At A Glance. Penerjemah: Hermin. 2009. At A Glance :*Ilmu Gizi*. Jakarta: Erlangga. 2007.
- Cornelia, Edith,Anwar, Ramayulis, Iwaningsih, Kresnawan,&Nurlita (2013).*Konseling Gizi (Proses Komunikasi, Tataksana, Serta Aplikasi Konseling Gizi Pada Berbagai Penyakit)*. KDT Penebar Plus : Jakarta25(3): 150-55
- Dipo W,. (2016). *Pengaruh Media Audio-Visual MP-ASI Terhadap Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Ibu Baduta Di Puskesmas Kelurahan Johar Baru*. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*.6(4):291-298DOI: <https://doi.org/10.29313/ethos.v0i0.1974>
- Diniyyah, S.R. &Nindya, T.S.(2017) Asupan Energi, *Protein Dan Lemak Dengan Kejadian Gizi Kurang Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Desa Suci, Gresik*. *Amerta Nutr*. 2(1):63-72 DOI : 10.2473/amnt.v1i4.2017.341-350.

- Djafar,&Meylina. (2014). “*Kader Posyandu Tentang Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Di Pondok Betung Pondok Aren.*” 2(3): 15-16
- Erna M.(2016). Hubungan karakteristik ibu dengan status gizi anak balita yang memiliki jamkesmas di desa tegal giri kecamatan nogosari kabupataen boyong 10(1): 9-12
- Firmana P.R.,Sulastri D.,Lestari Y., (2015).*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang.*2(4):8-9. DOI: <https://doi.org/10.25077/jka.v4i1.231>JurnalKesehatan Andalas, Universitas Andalas Padang, Padang
- Harjatmo&Wiyono S. (2017).*Penilaian Status Gizi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* Jakarta
- Harsismanto. (2019). “Pengaruh Edukasi Media Video Dan Flipchart Terhadap Motivasi Dan Sikap Orang Dalam Merawat Balita Dengan Pneumonia.”2(2): 1–17.Doi: <https://doi.org/10.31539/jks.v2i2.530>
- Istiany, A&Rusilanti. (2014). *Gizi Terapan.*Bandung: Remaja Rosdakarya Offset
- Istiono W., SuryadiH., Haris M., Irnizarifka., Tahitoe A,D., Hasdianda a., Fitri T., &Sidabutar R. (2009). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.* Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat.25,(3): 150-55DOI: <https://doi.org/10.22146/bkm.3562>
- Kemenkes RI. (2011). *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.* Jakarta: Direktorat Bina Gizi
- Kemenkes RI. (2017). *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016.* Biro Komunikasi Dan Pelayanan Masyarakat.
- Lucie, S. (2005). *Teknik Penyuluhan Dan Pemberdayaan Masyarakat.* Jakarta: Pustaka Pelajar
- Lutviana, E., &Budiono, I.(2010). Prevalensi Dan Determinan *Kejadian Gizi Kurang Pada Balita.* Jurnal Kesehatan Masyarakat. 5(2):138-144. DOI: <https://doi.org/10.15294/kemas.v5i2.1872>
- Merryana, A.&Bambang W.(2013). *Pengantar Gizi Masyarakat.*Jakarta:Kencana Panada Media Group;
- Nainggolan, J.& Zuraida, R. (2012). *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Gizi Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rjabasa Raya Bandar Lampung.* Medical Journal Of Lampung University 1(1): 62-72

- Ni'mah, C. & Muniroh, L., (2015). *Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan Dan Pola Asuh Ibu Dengan Wasting Dan Stunting Pada Balita Keluarga Miskin*. Media Gizi Indonesia, 10(1): 84-90.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar* Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan (1st Ed.)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhidayat O., Eram P., & Bambang W. (2012). Perbandingan Media PowerPoint Dengan Flip Chart Dalam Meningkatkan Pengetahuan kesehatan Gigi Dan Mulut. 1(2): 22-44 DOI: <https://doi.org/10.15294/ujph.v1i1.1791>
- Octaviani, Aryati I., & Margawati A., (2012). *Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Ibu Buruh Pabrik Tentang Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) Dengan Status Gizi Anak Balita (Studi Di Kelurahan Pagersari Ungaran)*, 1(1):46-54. DOI: <https://doi.org/10.14710/jnc.v1i1.692>
- Proverawati, & Atikah (2011). *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan Dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pratiwi, H., Bahar, H., & Rasma (2016). *Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Dalam Upaya Pencegahan Gizi Buruk Pada Balita Melalui Metode Konseling Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas WUA-WUA Kota Kendari Tahun 2016*. 2(1): 23-44. <http://dx.doi.org/10.37887/jimkesmas.v1i3.1218>
- Rahmawati, I. & Sudargo, T. & Paramastri, I. (2007) *Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan perilaku Ibu Balita Gizi kurang dan Gizi Buruk di Kabupaten Kota Waringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah* 4(2): 69-77 <http://doi.org/10.22146/ijcn.17478>
- Regar, E. & Sekartini, R. (2012) *Hubungan Kecukupan Asupan Energi Dan Makronutrien Dengan Status Gizi Anak Usia 5-7 Tahun Di Kelurahan Kampung Melayu*. 1(1): 184-189. DOI: 10.2473/amnt.v3i3.2019.183-188, Jakarta Timur Tahun 2012. JKI.
- Riset Kesehatan Dasar., (2013), *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*.
- Sugiyono, *Statistika Untuk Penelitian*, (Bandung: CV. Alfabeta, 1997), h. 150-153.

- Supariasa, I Dewa Nyoman., (2012), *Pendidikan Dan Konsultasi Gizi*, EGC, Jakarta
- Supariasa, IDN, Bakri, B, &Fajar, I.2012. *Penilaian Status Gizi*.Jakarta: Gizi Kedokteran EGC.
- Supariasa, D. (2014). *Penilaian Status Gizi. (M. Ester, Ed.)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran □: EGC.
- Sulistiyorini. (2010). Efektifitas Metode Ceramah Dan Leaflet Dalam PeningkatanPengetahuan Remaja Tentang Seks Bebas Di SMA Negeri Ngrayun.
- Sofiyana, D & Noer, E.R (2013).*Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Sebelum dan Setelah Konseling Gizi Pada Balita Gizi Buruk. 2(1): 134-144. <https://doi.org/10.14710/jnc.v1.2109>*
- Trisnowati, Heni, &Sunarti S. (2016.) “Optimalisasi Peran Mahasiswa Dalam Penerapan Kawasan Tanpa Rokok.” (1).29(2): 50
- UNICEF. The State Of The World’s Children 2016. Available From <https://www.unicef.org/sowc2016/> Diakses Pada 5 Agustus 2016.
- Wawan A, Dewi M. (2010). *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Wina Sanjaya. (2011). *Perencanaan Dan Desain Sistem Pembelajaran*. Jakarta: Kencana.
- World Health Organization. *World Health Statistics*. (2016).
- Zulfita, P.N.S., 2013.*Faktor– Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Gizi Kurang BurukPada Balita DiWilayah Kerja Puskesmas Air Dingin Kota Padang Tahun 2013*.Padang: Stikes 4(3): 84–90

**L
A
M
P
I
R
A
N**

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Informasi dan Kesediaan (*Information and Consent Form*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No Telepon :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Indha Monita Jolanda

NIM : P05130216011

Judul : Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual Terhadap

Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi

Kurang Di Wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau risiko apapun pada saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan sukarela untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Bengkulu, 2020
Responden

()

Lampiran 2

KUESIONER PENELITIAN PENGETAHUAN RESPONDEN LEMBARAN SOAL

A. Petunjuk Mengerjakan :

1. Bacalah dengan seksama dan teliti setiap item pertanyaan
2. Jawablah pertanyaan dengan jujur dan benar
3. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang menurut anda benar!

B. Identitas Responden :

Nama :
Alamat :
Pendidikan Terakhir :
Usia Balita :

C. Soal Tes Penelitian Pengetahuan Tentang Gizi Balita Gizi Kurang

1. Apa itu gizi kurang ?
 - a. kekurangan satu atau beberapa zat gizi yang diperlukan oleh tubuh
 - b. kelebihan beberapa zat gizi yang diperlukan oleh tubuh
 - c. kurangnya keinginan untuk mengkonsumsi makanan
 - d. keadaan yang membuat tidak bisa mengkonsumsi makanan karena adanya penyakit tertentu
2. Mengapa kurang gizi bisa terjadi ?
 - a. Karena makanan yang di konsumsi gagal diserap oleh tubuh
 - b. Karena kurang konsumsi sayur
 - c. Karena saat makan kurang banyak
 - d. Karena makan yang dikonsumsi kurang enak
3. Menurut ibu apa saja contoh bahan makanan yang mengandung protein ...
 - a. Nasi,tempe,roti
 - b. Tempe,ikan, telur
 - c. Bayam, tahu, sawi
 - d. Kedelai, tahu, toge
4. Makanan pendamping ASI (AIR SUSU IBU) sebaiknya diberikan sejak ...
 - a. Bayi baru lahir
 - b. Usia bayi 1 bulan
 - c. Setelah bayi berusia 4 bulan

- d. Setelah bayi berusia 6 bulan
- 5. Pemberian makanan pada anak sebaiknya sesuai dengan
 - a. Usia dan kebutuhan gizi anak
 - b. Kesenangan anak
 - c. Keadaan ekonomi
 - d. Kesenangan ibu
- 6. Tujuan pemenuhan zat gizi pada balita adalah...
 - a. Tumbuh kembang anak terhambat
 - b. Agar badan gemuk dan lucu
 - c. Balita pintar dan aktif
 - d. Menghindari penyakit diare
- 7. Zat – zat gizi dalam makanan yang dibutuhkan balita terdiri
 - a. Karbohidrat,protein, lemak
 - b. Karbohidrat,protein, lemak, vitamin
 - c. Karbohidrat, lemak
 - d. Karbohidrat,protein, lemak,vitamin, mineral,air
- 8. Sayuran dan buah merupakan bahan makanan sumber
 - a. Vitamin dan mineral
 - b. Mineral dan air
 - c. Protein dan vitamin
 - d. Kalsium dan karbohidrat
- 9. Berapa kebutuhan energi untuk anak balita usia 1-3tahun?
 - a. 1860 kkal
 - b. 2230 kkal
 - c. 1350 kkal
 - d. 1400 kkal
- 10. Berapa kebutuhan energi untuk anak balita usiah 4 - 6 tahun?
 - e. 2250 kkal
 - f. 1350 kkal
 - g. 2000 kkal
 - h. 1400 kkal
- 11. Faktor apa yang dapat mempengaruhi status gizi balita ?
 - a. Riwayat penyakit ibu

- b. Kondisi lingkungan dan iklim wilayah
 - c. Pengetahuan ibu yang kurang
 - d. Lingkungan yang kurang mendukung
12. Apakah yang dimaksud dengan ASI-Eksklusif?
- a. Memberikan ASI dari bayi baru lahir
 - b. Memberikan ASI usia 4 bulan
 - c. Memberikan makanan pada bayi usia 6 bulan dengan makanan yang bergizi tinggi
 - d. Memberikan makanan menu keluarga
13. Tanda – tanda balita kurang gizi adalah
- a. Rambut kusam, tampak lemas, kurang aktif, berat badan kurang
 - b. Rambut berkilau, aktif dan pintar
 - c. Mata jernih, nafsu makan baik
 - d. Berat badan bertambah, aktif dan pintar
14. Makanan apa saja yang mengandung zat tenaga (karbohidrat)
- a. Jenis umbi-umbian, nasi, jagung, kentang
 - b. Tempe
 - c. Sayur wortel
 - d. Kacang kedelai
15. Kapan pertama kali sebaiknya anak ibu diberikan makanan tambahan berupa makanan keluarga ?
- a. 1-6 bulan
 - b. 6-12 bulan
 - c. 24-59 bulan
 - d. 12-29

KUESIONER PENELITIAN
SIKAP RESPONDEN
LEMBARAN KUESIONER

A. Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Pilihlah satu jawaban yang sesuai dengan pendapat pribadi pada kolom yang telah disediakan dengan memberi tanda check list (√)

B. Identitas Responden :

Nama :
Alamat :
Pendidikan Terakhir :
Usia Balita :

C. Pilihan Jawaban

SS : Sangat Setuju
S : Setuju
TS : Tidak Setuju
STS : Sangat Tidak Setuju

D. Selamat mengerjakan

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Ibu memberikan air susu ibu (ASI) saja sampai bayi berusia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan lain seperti madu, susu termasuk air putih				
2.	ibu melanjutkan memberikan ASI sampai anak berusia 2 tahun.				
3.	ibu memberikan makanan selain ASI setelah usia anak 4 bulan				
4.	ibu mempunyai pengaturan menu untuk makanan sehari-hari agar anak tidak bosan				
5.	Saya tidak perlu membuat variasi menu setiap hari untuk anak				
6.	Saya memberikan makanan selingan untuk anak sebanyak 2 kali dalam sehari				
7.	Saya memberikan sayuran sebanyak 3 kali dalam satu hari pada waktu makan pagi, siang, malam				
8.	Saya membuat variasi penyajian makanan untuk anak				

	meskipun dari bahan yang sama agar anak tertarik mau makan				
9.	Pola makan anak yang diterapkan dalam sehari terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang dan malam)				
10.	Saya memberikan anak makanan yang mengandung vitamin (buah dan sayur) setiap hari				
11.	Saya tidak perlu memperhatikan komposisi zat gizi pada makanan dalam menyusun menu untuk anak				
12.	Saya memberikan anak saya makan dengan lauk nabati (tahu,tempe) 2-3 potong setiap haris				
13.	Saya memberikan anak saya makanan dengan lauk hewani (deging, ikan, telur,) 2-3 potong setiap hari				
14.	Saya memberikan anak saya makanan jajan jajanan diwarung jika anak tidak mau makan				
15.	Saya memberikan makanan tambahan untuk pemulihan anak balita usia 6-12 bulan berupa makanan keluarga.				

Lampiran 3

Formulir Recall

Nama Responden :

Recall Hari Ke :

Nama Pewawancara :

Hari, Tanggal :

No.	Waktu Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	URT	Berat (gram)
1	Makan pagi				
2	Selingan				
3	Makan Siang				
4	Selingan				
5	Makan Malam				
6	Selingan				

Lampiran 4

DOKUMENTASI



Gambar 1
Pemberian Pretest kuesioner pengetahuan dan sikap



Gambaran 2
Food Recall 1 x 24 jam



Gambar 3
Konseling gizi melalui media Audio Visual



Gambaran 4
Konseing gizi melalui media leaflet



Gambaran 5
Pemberian Post kuesioner pengetahuan dan sikap



Gambaran 6
Recall 1 x 24 jam



Gambaran 7
Pengukuran Berat Badan

Lampiran 5

Uji Statistika SPSS

1. Uji Wilcoxon Signed Rank Test pengetahuan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pengetahuan sebelum kelompok intervensi	15	43.520	10.9442	26.6	66.6
pengetahuan sebelum kelompok kontrol	15	47.967	6.7613	40.0	60.0
pengetahuan sesudah kelompok intervensi	15	92.427	8.3158	80.0	100.0
pengetahuan sesudah kelompok kontrol	15	45.300	6.7543	33.3	60.0

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan sesudah kelompok intervensi - pengetahuan sebelum kelompok intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
pengetahuan sesudah kelompok kontrol - pengetahuan sebelum kelompok kontrol	Negative Ranks	6 ^d	4.67	28.00
	Positive Ranks	2 ^e	4.00	8.00
	Ties	7 ^f		
	Total	15		

Test Statistics^c

	pengetahuan sesudah kelompok intervensi - pengetahuan sebelum kelompok intervensi	pengetahuan sesudah kelompok kontrol - pengetahuan sebelum kelompok kontrol
Z	-3.414 ^a	-1.436 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.151

2. Uji Wilcoxon Signed Rank Test sikap

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SIKAP SEBELUM INTERVENSI	15	150.80	14.659	113	173
SIKAP SEBELUM KONTROL	15	142.47	18.981	106	160
SIKAP SESUDAH INTERVENSI	15	209.87	19.372	180	253
SIKAP SESUDAH KONTROL	15	140.53	16.539	113	173

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SIKAP SESUDAH INTERVENSI - SIKAP SEBELUM INTERVENSI	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
SIKAP SESUDAH KONTROL - SIKAP SEBELUM KONTROL	Negative Ranks	9 ^d	7.00	63.00
	Positive Ranks	6 ^e	9.50	57.00
	Ties	0 ^f		
	Total	15		

Test Statistics^c

	SIKAP SESUDAH INTERVENSI - SIKAP SEBELUM INTERVENSI	SIKAP SESUDAH KONTROL - SIKAP SEBELUM KONTROL
Z	-3.409 ^a	-.171 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.864

3. Uji Wilcoxon Signed Rank Test karbohidrat

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
asupan karbohidrat sebelum intervensi	15	54.67	15.178	37	86
asupan karbohidrat sebelum kontrol	15	57.33	17.573	36	98
asupan karbohidrat sesudah intervensi	15	77.60	18.204	52	100
asupan karbohidrat sesudah kontrol	15	51.87	13.352	34	87

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
asupan karbohidrat sesudah intervensi - asupan karbohidrat sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
asupan karbohidrat sesudah kontrol - asupan karbohidrat sebelum kontrol	Negative Ranks	11 ^d	7.64	84.00
	Positive Ranks	4 ^e	9.00	36.00
	Ties	0 ^f		
	Total	15		

4. Uji Wilcoxon Signed Rank Test protein

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
asupan protein sebelum intervensi	15	69.87	16.093	41	91
asupan protein sebelum kontrol	15	90.07	13.781	62	107
asupan protein sesudah intervensi	15	90.53	9.164	77	103
asupan protein sesudah kontrol	15	83.33	10.702	66	107

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
asupan protein sesudah intervensi - asupan protein sebelum intervensi	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	14 ^b	8.50	119.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
asupan protein sesudah kontrol - asupan protein sebelum kontrol	Negative Ranks	11 ^d	6.45	71.00
	Positive Ranks	3 ^e	11.33	34.00
	Ties	1 ^f		
	Total	15		

Test Statistics^c

	asupan protein sesudah intervensi - asupan protein sebelum intervensi	asupan protein sesudah kontrol - asupan protein sebelum kontrol
Z	-3.352 ^a	-1.165 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.244

5. Uji Wilcoxon Signed Rank Test lemak

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
asupan lemak sebelum intervensi	15	69.00	15.038	44	99
asupan lemak sebelum kontrol	15	87.07	15.563	55	107
asupan lemak sesudah intervensi	15	89.87	14.976	69	109
asupan lemak sesudah kontrol	15	75.20	15.025	55	103

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
asupan lemak sesudah intervensi - asupan lemak sebelum intervensi	Negative Ranks	2 ^a	4.75	9.50
	Positive Ranks	13 ^b	8.50	110.50
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
asupan lemak sesudah kontrol - asupan lemak sebelum kontrol	Negative Ranks	11 ^d	9.23	101.50
	Positive Ranks	4 ^e	4.62	18.50
	Ties	0 ^f		
	Total	15		

Test Statistics^c

	asupan lemak sesudah intervensi - asupan lemak sebelum intervensi	asupan lemak sesudah kontrol - asupan lemak sebelum kontrol
Z	-2.872 ^a	-2.358 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.186

6. Uji mann whitneyTest pengetahuan

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil pengetahuan vidio	pre	15	8.00	120.00
	post	15	23.00	345.00
	Total	30		

Test Statistics^b

	hasil pengetahuan vidio
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	120.000
Z	-4.717
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

Frequencies

Statistics

	hasil pengetahuan vidio	kelompok
N	Valid	30
	Missing	0
Mean	67.9733	1.5000
Median	73.3000	1.5000
Std. Deviation	26.64190	.50855
Minimum	26.60	1.00
Maximum	100.00	2.00

Mann-Whitney Test

Test Statistics^b

	hasil pengetahuan leaflet
Mann-Whitney U	89.000
Wilcoxon W	209.000
Z	-1.025
Asymp. Sig. (2-tailed)	.305
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.345 ^a

Frequencies

Statistics

		hasil pengetahuan leaflet	Kelompok
N	Valid	30	30
	Missing	2	2
Mean		46.6333	1.5000
Median		46.6000	1.5000
Std. Deviation		6.77731	.50855
Minimum		33.30	1.00
Maximum		60.00	2.00

7. Uji *mann whitney* Test sikap

Mann-Whitney Test

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil sikap vidoe pre	15	8.00	120.00
post	15	23.00	345.00
Total	30		

Test Statistics^b

	hasil sikap vidoe
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	120.000
Z	-4.682
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

Frequencies

Statistics

		hasil sikap vidoe	Kelompok
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		180.3333	1.5000
Median		176.5000	1.5000
Std. Deviation		34.45570	.50855
Minimum		113.00	1.00
Maximum		253.00	2.00

Ranks

kelompo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
k				
hasil sikap leaflet	pre	15	16.50	247.50
	post	15	14.50	217.50
	Total	30		

Test Statistics^b

		hasil sikap leaflet
Mann-Whitney U		97.500
Wilcoxon W		217.500
Z		-.628
Asymp. Sig. (2-tailed)		.530
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.539 ^a

a. Not corrected for ties.

Statistics

		hasil sikap leaflet	Kelompok
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		141.5000	1.5000
Median		143.0000	1.5000
Std. Deviation		17.51994	.50855
Minimum		106.00	1.00
Maximum		173.00	2.00

Statistics

		hasil sikap leaflet	Kelompok
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		141.5000	1.5000
Median		143.0000	1.5000
Std. Deviation		17.51994	.50855
Minimum		106.00	1.00
Maximum		173.00	2.00
Sum		4245.00	45.00

8.Uji mann whitneyTest karbohidrat

Mann-Whitney Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
hasil karbohidrat video	30	66.13	20.180	37	100
Kelompok	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil karbohidrat video	1	15	10.47	157.00
	2	15	20.53	308.00
Total		30		

Test Statistics^a

	hasil karbohidrat video
Mann-Whitney U	37.000
Wilcoxon W	157.000
Z	-3.136
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
hasil karbohidrat leaflet	30	54.60	15.584	34	98
Kelompok	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil karbohidrat leaflet	per	15	16.70	250.50

post	15	14.30	214.50
Total	30		

Test Statistics^b

	hasil karbohidrat leaflet
Mann-Whitney U	94.500
Wilcoxon W	214.500
Z	-.748
Asymp. Sig. (2-tailed)	.455
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.461 ^a

10. Uji mann whitney Test protein

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
hasil protein vidio	30	80.20	16.614	41	103
Kelompok	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil protein vidio	pre	15	9.97	149.50
	post	15	21.03	315.50
	Total	30		

Test Statistics^b

	hasil protein vidio
Mann-Whitney U	29.500
Wilcoxon W	149.500
Z	-3.447
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
hasil protein leaflet	30	86.7000	12.59762	62.00	107.00
Kelompok	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil protein leaflet	pre	15	18.27	274.00
	pots	15	12.73	191.00
	Total	30		

Test Statistics^p

	hasil protein leaflet
Mann-Whitney U	71.000
Wilcoxon W	191.000
Z	-1.727
Asymp. Sig. (2-tailed)	.084
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.089 ^a

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil protein leaflet	pre	15	16.60	249.00
	pots	15	14.40	216.00
	Total	30		

Test Statistics^b

	hasil protein leaflet
Mann-Whitney U	96.000
Wilcoxon W	216.000
Z	-.687
Asymp. Sig. (2-tailed)	.492
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.512 ^a

Statistics

		hasil protein leaflet	Kelompok
N	Valid	30	30
	Missing	2	2

Mean	23.7300	1.5000
Median	23.5000	1.5000
Std. Deviation	4.06958	.50855
Minimum	16.70	1.00
Maximum	32.50	2.00

1. Uji *mann whitney* Test lemak

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
hasil lemak vidoe	30	79.43	18.167	44	109
Kelompok	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil lemak vidoe	1	15	10.13	152.00
	2	15	20.87	313.00
	Total	30		

Test Statistics^b

	hasil lemak vidoe
Mann-Whitney U	51.000
Wilcoxon W	171.000
Z	-2.552
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.010 ^a

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasilasupan lemak vleaflet	pre	15	18.30	274.50
	post	15	12.70	190.50
	Total	30		

Test Statistics^b

	hasilasupan lemak vleaflet
Mann-Whitney U	70.500
Wilcoxon W	190.500
Z	-1.744
Asymp. Sig. (2-tailed)	.152
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.081 ^a

Lampiran 6

**MASTER DATA
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN (ASUPAN) INTERVESI**

N O	NAMA IBU	PENGETAHUAN				SIKAP				KARBODIDART		PROTEIN		LEMAK	
		PRE-TEST		POS-TEST		PRE-TEST		POS-TEST		PRE-TEST	POS-TEST	PRE-TEST	POS-TEST	PRE-TEST	POS-TEST
		TOTA L	SKO R	TOTA L	SKO R	TOTA L	SKO R	TOTA L	SKO R	skor	skor	SKOR	SKOR	SKOR	SKOR
1	Yesi	10	66.6	15	100.0	22	146	29	193	120.4	210.23	14.56	20.45	39.5	45.4
2	Asih	7	46.6	15	100.0	24	160.0	35	233.0	163.0	195.5	25.75	39.04	40.8	42.9
3	Rati	9	60.0	13	86.6	23	153.0	32	213.0	88.3	113.3	29.8	32.0	29.8	34.7
4	desiani	7	46.6	14	93.3	24	160.0	34	226.0	105.0	115.85	21.0	43.6	25.9	55.7
5	Sri	6	40.0	13	86.6	22	146.0	30	200.0	115.42	189.2	27.5	47.0	40.6	55.8
6	yusita	8	53.3	15	100.0	25	166.0	30	200.0	117.42	220.32	19.05	33.7	26.1	37.3
7	Ilmi	4	26.6	12	80.0	23	153.0	38	253.0	94.05	128.3	33.05	42.08	41.5	40.2
8	Yati	7	46.6	15	100.0	17	113.0	34	226.0	92.23	105.9	26.32	35.02	36.05	42.3
9	rosida	6	40.0	15	100.0	22	146.0	29	193.0	83.05	116.3	17.43	27.35	31.9	34.9
10	murti	6	40.0	12	80.0	20	133.0	34	226.0	145.23	210.4	55.43	78.32	42.8	55.7
11	Siti	7	46.6	12	80.0	21	140.0	31	206.0	175.23	198.4	24.5	42.0	37.6	54.8
12	sunra	5	33.3	15	100.0	24	160.0	27	180.0	116.32	150.24	17.85	24.0	31.9	34.7
13	Lini	6	40.0	15	100.0	24	160.0	29	193.0	185.2	213.4	18.23	25.78	44.7	52.8
14	Gusti	4	26.6	14	93.3	26	173.0	30	200.0	105.55	145.76	22.36	47.0	40.6	60.9
15	rosmawati	6	40.0	13	86.6	23	153.0	31	206.0	92.55	129.2	19.05	28.37	23.15	39.3

MASTER DATA
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN (ASUPAN) KELOMPOK KONTROL

NO	NAMA IBU	PENGETAHUAN				SIKAP				KARBODIDART		PROTEIN		LEMAK	
		PRE-TEST		POS-TEST		PRE-TEST		POS-TEST		PRE-TEST	POS-TEST	PRE-TEST	POS-TEST	PRE-TEST	POS-TEST
		TOTAL	SKOR	TOTAL	SKOR	TOTAL	SKOR	TOTAL	SKOR	SKOR	SKOR	SKOR	SKOR	SKOR	SKOR
1	Irma	6	40.0	7	40.0	23	153	22	126	142.2	105.3	25.5	16.7	48.5	40.2
2	Elvi	7	46.6	6	46.6	20	133	19	153	102.3	95.85	22.5	25.6	42.3	57.5
3	Depi	6	40.0	5	33.3	16	106	23	153	99.85	91.15	yt25.5	22.2	27.8	38.5
4	Elva	7	46.6	6	46.6	21	140	23	146	97.6	113.6	32.5	21.5	42.9	40.8
5	Resti	6	40.0	8	40.0	16	106	22	153	189.3	114.3	20.8	18.0	42.73	25.6
6	hesmiwati	8	53.3	7	46.6	21	140	23	133	118.2	98.55	22.6	32.5	62.3	48.5
7	Neti	9	60.0	9	60.0	21	140	20	160	211.7	93.05	25.4	23.5	39.5	41.6
8	feradi	8	53.3	6	40.0	18	120	24	126	92.0	85.3	32.5	25.7	48.5	40.2
9	irmah	7	46.6	8	53.3	24	160	19	113	81.0	95.1	25.6	26.2	60.1	35.2
10	Rita	6	40.0	6	40.0	23	153	17	120	98.95	121.55	21.5	21.5	55.8	43.2
11	Sari	8	53.3	7	46.6	24	160	18	140	123.45	162.35	18.0	18.0	31.9	34.7
12	Serli	7	46.6	8	53.3	24	160	21	173	109.4	98.4	25.7	25.7	62.4	44.3
13	dindi	9	60.0	7	46.6	22	146	26	126	87.32	74.21	23.5	25.7	37.6	54.1
14	Mery	7	46.6	7	46.6	24	160	19	140	135.4	118.3	21.7	21.5	45.1	35.2
15	sellaa	7	46.6	6	40.0	24	160	21	140	98.55	118.2	25.4	18.9	47.5	44.9

**MASTER DATA
RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI**

No	Nama Ibu	Usia Ibu	Kode	JK	Kode	Pendidikan Ibu	Kode	Alamat	Umur Anak (Th)	Kode	Bb(Kg)	Kode	Kategori Status Gizi BB/TB
1	yesi	29th	0	Pr	1	SMP	2	Jl.Kuala alam	26bulan	2	9	3	gizi kurang (-2)
2	asih	26th	0	Pr	1	SMA	3	Jl.Kuala alam	25bulan	2	10,4	3	gizi kurang (-2,5)
3	rati	28	0	Pr	1	SMA	3	Jl.Kuala alam	24bulan	2	8	3	gizi kurang (-2,6)
4	desiani	27	0	Lk	2	SMP	2	Jl.Kuala alam	41bulan	4	9	3	gizi kurang (-2,3)
5	sri	36th	1	Lk	2	SMA	3	Jl.flamboyan	47bulan	4	12	4	gizi kurang (-2)
6	yusita	28th	0	Pr	1	SMA	3	Jl.flamboyan	41bulan	4	11	4	gizi kurang (-2,1)
7	ilmi	28	0	Lk	2	SMA	3	Jl.flamboyan	53bulan	5	13	4	gizi kurang (-2,9)
8	yati	37	1	Pr	1	SMP	2	Jl.flamboyan	54bulan	5	11	4	gizi kurang (-2,6)
9	rosida	26	0	Lk	2	SMA	3	Jl.flamboyan	40bulan	4	9	3	gizi kurang (-2,7)
10	murti	26	0	Lk	2	SMA	3	Jl.gunung Bungku	49bulan	4	12	4	gizi kurang (-2,9)
11	siti	29	0	Pr	1	SMA	3	Jl.gunung Bungku	54bulan	5	11	4	gizi kurang (-2,6)
12	sunra	31	1	Lk	2	SMA	3	Jl.gunung Bungku	37bulan	3	8	3	gizi kurang (-3,4)
13	lini	29	0	Pr	1	SD	1	Jl.seruni	32bulan	3	10	3	gizi kurang (-2)
14	gusti	31	1	Pr	1	SMA	3	Jl.seruni	36bulan	3	10,4	3	gizi kurang (-2)
15	rosmawati	32	1	Pr	1	SMP	2	Jl.seruni	54bulan	5	11	4	gizi kurang (-2,6)

Lampiran 7

Master Data Responden Kelompok Kontrol

NO	NAMA IBU	UMUR IBU (TH)	KODE	PENDIDIKAN IBU	KODE	JK	KODE	ALAMAT	UMUR ANAK(BLN)	KODE	BB(KG)	KODE	KATEGORI TATUS GIZI BB/U
1	irma	28	0	SD	1	L	2	jl.Semur melele	24bulan	2	8	3	gizi kurang (-3)
2	elvi	27	0	SMP	2	L	2	jl.Semur melele	41bulan	4	9	3	gizi kurang (-2,3)
3	depi	30	1	SMP	2	L	2	jl.Semur melele	47bulan	4	12	4	gizi kurang (-2)
4	elva	26	0	SMA	3	p	1	jl.Semur melele	32bulan	3	9	3	gizi kurang (-2,7)
5	resti	27	0	SMA	3	P	1	jl.Semur melele	32bulan	3	9	3	gizi kurang (-2,7)
6	hesmiwati	27	0	SMA	3	L	2	jl. Berkas	52bulan	5	12	4	gizi kurang (-2.5)
7	neti	28	0	SMA	3	P	1	jl. Berkas	25bulan	2	10,4	3	gizi kurang (-2,5)
8	feradi	28	0	SD	1	P	1	jl. Berkas	24bulan	2	8	3	gizi kurang (-3)
9	irmah	27	0	SMP	2	L	2	jl. Berkas	39bulan	3	10	3	gizi kurang (-2,6)
10	rita	26	0	SMA	3	L	2	jl. Berkas	27bulan	2	9	3	gizi kurang (-2,6)
11	sari	28	0	SMP	2	P	1	jl. Berkas	32bulan	3	9	3	gizi kurang (-2,7)
12	serli	32	1	SMP	2	P	1	jl.Malabero	41bulan	4	11	4	gizi kurang (-2,1)
13	dindi	28	0	SMA	3	L	2	jl.Malabero	24bulan	2	8	3	gizi kurang (-3)
14	mery	35	1	SMA	3	P	1	jl.Malabero	54bulan	5	11	4	gizi kurang (-2.6)
15	sellaa	35	1	SMP	2	P	1	jl.Malabero	54bulan	5	11	4	gizi kurang (-2.6)



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 530 /B.Kesbangpol/2020

- Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/670/2/2020 Tanggal 12 Maret 2020 perihal izin penelitian.

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama/ NIM : Indha Monita Jolanda/ P05130216011
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi : Diploma IV Gizi
Judul Penelitian : Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual Terhadap Pengetahuan Sikap dan Tindakan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang di Wilayah Kota Bengkulu Tahun 2020
Daerah Penelitian : 1. Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu
2. Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 13 Maret 2020 s/d 10 April 2020
Penanggung Jawab : Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu

- Dengan Ketentuan :
1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
 2. Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
 3. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
 4. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 11 Maret 2020

a.n. ~~WALIKOTA BENGKULU~~
Kepala ~~Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik~~
Kota Bengkulu



Drs. RIDUAN, S.IP, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP. 19651107 199403 1 001



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN
Jalan Letjend.Basuki Rahmad No. 08 Bengkulu Kode Pos. 34223
Telp.(0736)21072

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 3.45 / D.Kes / 2020

Tentang IZIN PENELITIAN

Dasar Surat : 1. Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/670/2/2020 Tanggal 12 Maret 2020
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor. 070/530/B.Kesbangpol/2020 Tanggal 17 Maret 2020, Prihal: Izin /Penelitian atas nama:

N a m a : **Indha Monita Jolanda**
N p m / N i m : **P05130216011**
Program Studi : **D-IV Gizi**
Judul Penelitian : **Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual Terhadap Pengetahuan Sikap dan Tindakan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang diwilayah Kota Bengkulu Tahun 2020**
Daerah Penelitian : **1.Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu
2.Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu**
Lama Kegiatan : **13 Maret 2020 s/d. 10 April 2020**

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan / ketentuan:

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan)
- Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.


Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI : B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 12 MARET 2020

AN. KEPALA DINAS KESEHATAN

KOTA BENGKULU

Sekretaris


ALZAN SUMARDI, S.Sos
Pembina / Nip. 19671109198703 1 003

Tembusan:
1.Ka.UPTD.Puskesmas
2.Yang bersangkutan



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS NUSA INDAH
Alamat : Jl Anggrek No.4 Kel. Nusa Indah Kec. Ratu Agung
Kota Bengkulu Email :
Telp. (0736) 342515, Kode Pos 38224



SURAT KETERANGAN
Nomor : 00/ PKM.NI / IV / 2020

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sub. Bagian Tata Usaha UPTD Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu :

Nama : Lensi Syurkati, SE, MM
NIP : 19771202 201001 2 005
Pangkat/ GOL : Penata MudaTK. I/ IILb
Jabatan : Kepala Sub. Bagian Tata Usaha UPTD Puskesmas Nusa Indah
Unit Organisasi : Dinas Kesehatan Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu, disebutkan dibawah ini :

Nama : Indha Monita Jolanda
NIM : P05130216011
Program Studi : D-IV Gizi
Tempat Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Telah selesai mengadakan Penelitian di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu terhitung mulai 13 Maret 2020 s/d 10 April 2020 dengan judul "Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual Terhadap Pengetahuan Sikap dan Tindakan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang diwilayah Kota Bengkulu"

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya

BENGKULU, 27 APRIL 2020
KEPALA SUB. BAGIAN TATA USAHA
UPTD PUSKESMAS NUSA INDAH
KOTA BENGKULU



LENSI SYURKATI, SE, MM
NIP. 19771202 2010012005



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN
Jalan Letjend.Basuki Rahmad No. 08 Bengkulu Kode Pos. 34223
Telp.(0736)21072

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 325 / D.Kes / 2020

Tentang IZIN PENELITIAN

Dasar Surat : 1. Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/670/2/2020 Tanggal 12 Maret 2020
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor. 070/530/B.Keshangpol/2020 Tanggal 17 Maret 2020, Prihal: Izin /Penelitian atas nama:

Nama : Indha Monita Jolanda
N p m / N i m : P05130216011
Program Studi : D-IV Gizi
Judul Penelitian : Pengaruh Konseling Berbasis Audio Visual Terhadap Pengetahuan Sikap dan Tindakan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita Gizi Kurang diwilayah Kota Bengkulu Tahun 2020
Daerah Penelitian : 1.Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu
2.Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu
Lama Kegiatan : 13 Maret 2020 s/d. 10 April 2020

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan / ketentuan:

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan)
- Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.


Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI : B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 12 MARET 2020

An. KEPALA DINAS KESEHATAN

KOTA BENGKULU

Sekretaris


ALZAN SUMARDI, S.Sos
Pembina / Nip. 19671109198703 1 003

Tembusan:
1.Ka.UPTD.Puskesmas
2.Yang bersangkutan

Hubungan konsumsi zat gizi dengan gizi kurang

1. energi, apabila sumber energi berkurang menyebabkan tidak kesetimbangan zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dengan kurang waktu yang lama
2. Protein, protein merupakan sumber energi alternatif dengan karbohidrat jika tubuh dalam kondisi kekurangan maka menggunakan protein untuk membentuk energi dan mengabaikan fungsi utamanya
3. Lemak, lemak merupakan komponen struktural dari semua sel-sel yang tubuh yang dibutuhkan ratusan bahkan ribuan fungsi fisiologis tubuh

Gizi kurang merupakan kekurangan satu atau beberapa yang diperlukan oleh tubuh. Seorang dinyatakan balita gizi kurang jika antropometri berada pada $-2 SD$ sampai $-3SD$ diukur lingkar lengan atas $\geq 15 cm - 125 cm$, tidak ada edema.

Penyebab balita gizi kurang

Penyebab balita gizi kurang ada dua yaitu penyebab langsung dan tidak langsung

Penyebab langsung meliputi :

1. asupan yang tidak sesuai kebutuhan
2. Dan adanya penyakit infeksi

Penyebab tidak langsung meliputi:

1. tingkat Pendidikan
2. Sanitasi lingkungan
3. pola asuh anak

Dampak balita gizi kurang

1. Jangka pendek (perkeimbangan otak tidak optimal, pertumbuhan fisik tidak optimal, perkeimbangan organ metabolik)
2. Jangka Panjang (menurunnya kemampuan kognitif dan Pendidikan , stunting / pendek, penyakit menularm hipteresis dll)

POLITEKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA TAHUN 2020

NAMA : INDHA MONITA JALANDA
PRODI : D IV GIZI

PENAGANAN BALITA GIZI KURANG

CREATE BY:
Indha Monita Jolanda
P05130216011

Penegakan balita gizi kurang

1. ASI eksklusif, ASI adalah susu yang diberikan pada bayi dalam 6 bulan kelahiran pertamanya
2. MPASI, MPASI adalah makanan pendamping ASI yang

Jenis-jenis bentuk makan MPASI

1. Bayi 0-6 bulan yaitu ASI
2. Bayi dengan usia 6-9 bulan makanan lunak
3. Bayi dengan usia 9-12 bulan makanan cincang/ lembek
4. Balita 12-24 bulan makan keluarga

Selanjutnya pencegahan balita gizi kurang salah satunya yaitu PMT, PMT merupakan pemulihan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari.

Kolompok umur	Berat badan (kg)	Tinggi badan (cm)	Energi (kcal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat
Bayi / anak						
6-11	9	72	800	15	15	105
1-3	15	92	1350	20	40	215
4-6	19	113	1400	25	50	220

AKG 2019

PENAGANAN GIZI KURANG

1. Berikan makanan tumbuh kembang kejar
2. Obat penyakit penyerta
3. Berikan stimulasi

Stimulasi yang dapat diberikan

1. Berupa kasih sayang
2. lingkungan yang ceria
3. berikan aktivitas yang cukup