

BAB IV

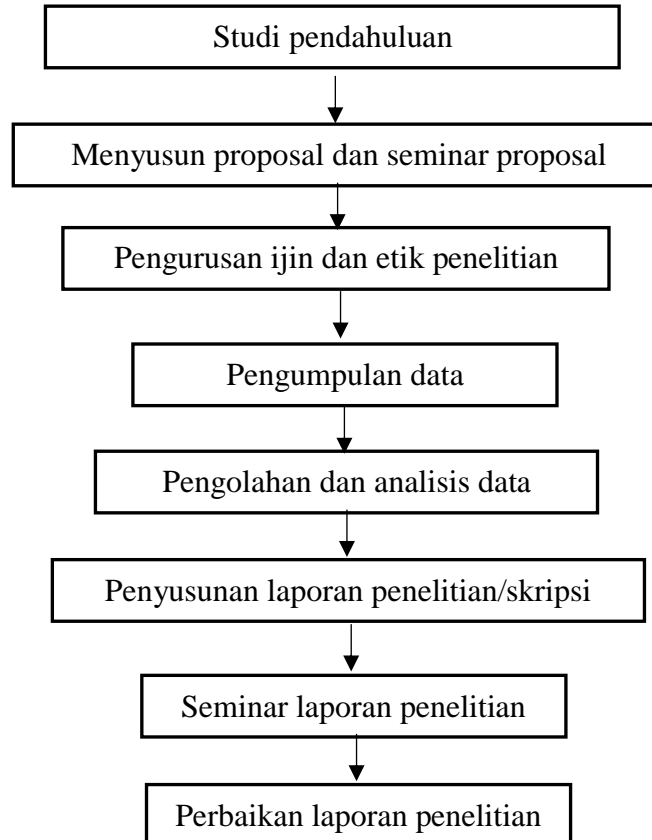
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian adalah penelitian observasional yaitu penelitian yang dilakukan dengan melakukan pengamatan terhadap subyek penelitian. Desain penelitian adalah *cross-sectional* dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terikat dikumpulkan dalam satu waktu yang bersamaan.

B. Alur Penelitian

Alur penelitian ini dapat digambarkan seperti bagan di bawah ini.



Gambar 2 Alur Penelitian

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Julah Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng yang dilaksanakan pada Bulan Februari hingga April 2023, terhitung dari penyusunan proposal hingga menyusun hasil penelitian. Alasan pemilihan Desa Julah adalah karena dilihat dari data laporan Puskesmas pada tahun 2021, Desa Julah memiliki jumlah balita *underweight* paling tinggi yaitu 13,6% dan pada tahun 2022 sebesar 14,6% balita *underweight* sedangkan cakupan bayi umur 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif yaitu 63,5 % pada tahun 2022 paling rendah diantara 5 desa lain yang ada di wilayah Puskesmas tejakula II.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua balita gizi kurang di desa Julah. Populasi terjangkau penelitian ini adalah anak usia 6-24 bulan dengan gizi kurang dan bertempat tinggal di Desa Julah Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng dengan jumlah 29 balita.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi target yaitu dengan jumlah sampel sebanyak 29 balita usia 6-24 bulan dengan gizi kurang di Desa Julah Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng. Adapun penetapan kriteria inklusi sampel yang digunakan yaitu:

- a. Balita usia 6-24 bulan dengan gizi kurang
- b. Bertempat tinggal dan tercatat pada register masing-masing posyandu di Desa Julah Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng

- c. Balita memiliki buku Kesehatan ibu dan anak (Buku KIA)

Kriteria eksklusi penelitian ini yaitu:

- a. Balita sedang tidak berada di lokasi saat pemilihan
- b. Balita sedang sakit
- c. Tidak bersedia sebagai sampel

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data yang dikumpulkan

Penelitian ini memakai data primer dan data sekunder. Data primer meliputi data identitas sampel, data konsumsi zat gizi, dan data status gizi sedangkan data sekunder meliputi data keadaan umum desa, tempat penelitian.

2. Cara pengumpulan data

- a. Data identitas dikumpulkan dengan cara wawancara.
- b. Data konsumsi energi, protein, dan zinc dikumpulkan dengan cara wawancara dengan metode recall. Recall dilakukan dengan menanyakan kepada ibu sampel tentang makanan yang dikonsumsi oleh balita dalam 1 hari termasuk ASI. Recall dilakukan sebanyak 2 kali, secara tidak berturut-turut.
- c. Data status gizi balita dikumpulkan dengan cara menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan dengan menggunakan Setelah itu dihitung z score untuk menentukan status balita.

F. Instrumen Pengumpulan Data

1. Instrumen penelitian dihimpun dalam kuesioner yang memuat data identitas sampel, form recall untuk mengumpulkan data konsumsi selama 1 hari.
2. Alat yang digunakan dalam pengukuran antropometri meliputi timbangan badan untuk mengukur berat badan dan *lengthboard* untuk mengukur tinggi atau panjang badan balita.

G. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan sebagai berikut:

- a. Data identitas sampel dilakukan dengan membuat tabel frekuensi
- b. Konsumsi Zat Gizi diolah dengan menggunakan *Nutrisurve* kemudian dikelompokkan menjadi
 - 1) Cukup bila konsumsi 90-110% AKG atau kebutuhan
 - 2) Kurang bila konsumsi kurang dari 90% kebutuhan
- c. Status gizi diolah dengan mengacu pada Permenkes Nomor 2 tahun 2020 yaitu dengan memakai indikator Berat Badan menurut Umur, yang kemudian dikelompokkan menjadi
 - 1) Berat badan sangat kurang (*severely underweight*) ambang batas <-3 SD
 - 2) Berat badan kurang (*underweight*) ambang batas -3 SD sd <-2 SD

2. Analisis data

a. Analisis univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menggambarkan karakteristik dari setiap variabel penelitian yaitu karakteristik responden, tingkat konsumsi, dan status gizi kurang balita. Analisis univariat dilakukan dengan membuat tabel frekuensi pada setiap variabel penelitian.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui kecenderungan adanya hubungan antara dua variabel. Pada analisis bivariat dibuat tabel silang antara variabel konsumsi zat gizi dengan status gizi kurang. Analisis statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah uji *chi square*. Jika nilai *expected count* < 5 ditemukan pada lebih dari 20% sel maka akan digunakan uji *fisher exact*. Uji statistic dilakukan untuk membuktikan adakah hubungan yang bermakna antara variabel yang diteliti. Penerimaan hipotesis penelitian didasari berdasarkan tingkat signifikan (nilai p value). Jika nilai $p \leq \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak , H_1 diterima artinya ada hubungan tingkat konsumsi energi, protein, dan zinc pada gizi kurang umur 6-24 bulan di Desa Julah, Kecamatan Tejakula, Kabupaten Buleleng, Bali. Jika nilai $p > \alpha$ (0,05) maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan tingkat konsumsi energi, protein, dan zinc pada gizi kurang umur 6-24 bulan di Desa Julah, Kecamatan Tejakula, Kabupaten Buleleng, Bali.

H. Etika Penelitian

Proposal penelitian yang melibatkan subyek manusia harus mendapatkan persetujuan etik sebelum melakukan penelitian. Kajian dimulai dengan

memberlakukan berbagai prosedur etika penelitian, antara lain:

1. Lembar persetujuan (*Inform Consent*)

Lembar persetujuan adalah lembar yang berisi permintaan persetujuan dari calon responden yang ingin berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani formulir persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum responden mengisi lembar identitas dan kepatuhan, dengan tujuan agar responden memahami maksud dan tujuan penelitian serta menyadari implikasi penelitian.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan adalah masalah etika karena memastikan keberhasilan hasil penelitian subjek informasi dan lainnya. Semua informasi yang dikumpulkan akan dirahasiakan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti menginstruksikan responden bahwa akan merahasiakan jawaban mereka pada kuesioner.

3. Perlindungan dan ketidaknyamanan (*Protection From Discomfort*)

Melindungi responden dari penyakit fisik dan mental. Jika keadaan responden tidak benar-benar memungkinkan pengukuran, responden tidak boleh memaksakan keadaan itu.

4. Keuntungan (*Beneficence*)

Keuntungan adalah prinsip memberi manfaat kepada orang lain agar responden tertarik dengan hasil survei yang dilakukan. Selama proses penelitian, sebelum menjawab kuesioner, peneliti menjelaskan manfaat penelitian dan manfaatnya kepada responden.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi penelitian

Desa Julah adalah salah satu desa dari 5 (lima) desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tejakula II, yang secara geografis memiliki daerah pantai, dataran rendah dan daerah perbukitan serta terletak pada posisi $8^{\circ} 03' 40''$ - $8^{\circ} 23' 00''$ lintang selatan dan $114^{\circ} 25' 55''$ - $115^{\circ} 27' 28''$ bujur timur dengan ketinggian 0 – 500 dpl. Secara keseluruhan Desa Julah mempunyai luas wilayah 78,35 ha, Desa Julah merupakan desa yang paling sempit di wilayah Puskesmas Tejakula II dibandingkan 4 (empat) desa yang lainnya. Desa Julah memiliki 3 posyandu yaitu melati, anggrek, dan kamboja.

Secara administratif desa Julah mempunyai batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Laut Bali,
- b. Sebelah selatan berbatasan dengan Desa Madenan dan Desa Sembiran (Wilayah Puskesmas Tejakula II) serta Desa Satra, Kec Kintamani-Bangli,
- c. Sebelah barat berbatasan dengan Desa Pacung.
- d. Sebelah timur berbatasan dengan Desa Bondalem

Gambaran masyarakat di Desa Julah yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat yang individunya hidup dalam kawasan/lingkungan bersih dan sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat, memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta pemanfaatan UKBM yang ada di wilayah Desa Julah. Desa

Julah memiliki pelayanan kesehatan berupa Polindes dengan 1 bidan desa serta puskesmas induk.

Derajat kesehatan masyarakat di Desa Julah yang optimal adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan permukiman sehat, perencanaan kawasan berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa. Pekerjaan keseharian penduduk yaitu sebagai petani. Perilaku masyarakat yang diharapkan adalah yang bersikap produktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan pelayanan kesehatan yang ada di desa Julah dan program penyuluhan yang ada.

2. Karakteristik subyek penelitian

Sampel penelitian ini yaitu balita berusia 6 sampai 24 bulan dengan gizi kurang dan terdata di Desa Julah Kecamatan Tejakula Kabupaten Buleleng. Tabel 3 menyajikan hasil sebanyak 55,2% ibu memiliki pendidikan terakhir SMP dan sebanyak 58,6% ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga. Distribusi karakteristik pendidikan dan pekerjaan ibu disajikan dalam tabel 3 berikut.

Tabel 3
Sebaran Sampel Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan Ibu

No	Variabel	Hasil Pengamatan	
		Frekuensi	Persentase
1.	Tingkat pendidikan		
	Tidak tamat SD	2	6,9
	SD	6	20,7
	SMP	16	55,2
	SMA	5	17,2
2.	Pekerjaan		
	Ibu rumah tangga	17	58,6
	Buruh	8	27,6
	Penjahit	1	3,4
	Pedagang	3	10,3
Total		29	100

Tabel 4 menyajikan hasil sebanyak 58,6% balita berjenis kelamin laki-laki. Mayoritas balita memiliki riwayat ASI eksklusif (72,4%). Sebanyak 75,9% balita saat ini sudah tidak diberikan ASI. Ditinjau dari umur MPASI dan umur disapih, sebanyak 79,3% balita mulai diberi MPASI sejak umur lebih dari 6 bulan serta sebanyak 82,8% balita mulai disapih pada umur lebih dari 6 bulan.

Tabel 4
Sebaran Sampel Berdasarkan Karakteristik Balita

No	Variabel	Hasil Pengamatan	
		Frekuensi	Persentase
1.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	17	58,6
	Perempuan	12	41,4
	Jumlah	29	100
2.	Riwayat ASI Eksklusif		
	ASI Eksklusif	21	72,4
	Tidak	8	27,6
	Jumlah	29	100
3.	Status ASI		
	Ya	7	24,1
	Tidak	22	75,9
	Jumlah	29	100
4.	Umur MPASI		
	<6 bulan	6	20,7
	≥6 bulan	23	79,3
	Jumlah	29	100
5.	Umur disapih		
	<6 bulan	5	17,2
	≥6 bulan	24	82,8
	Jumlah	29	100

Hasil pada tabel 5 menunjukkan rata-rata umur balita saat ini yaitu 18 bulan. Rata-rata panjang badan balita yaitu 76,68 cm serta rata-rata berat badan balita yaitu 7,52 kg.

Tabel 5
Sebaran Sampel Berdasarkan Karakteristik Balita

No	Variabel	Rata-rata	Maksimum	Minimum	Standar Deviasi
1.	Umur	18	25	8	4,89
2.	Panjang badan	76,68	86	68	4,61
3.	Berat badan	7,52	9,8	5,1	1,17

3. Hasil pengamatan terhadap subyek penelitian berdasarkan variabel penelitian

Berdasarkan hasil *recall* dapat dilihat pada tabel 6, sebanyak 75,9% balita memiliki tingkat konsumsi energi kurang, 69% balita memiliki tingkat konsumsi protein kurang, dan sebanyak 65,5% balita memiliki tingkat konsumsi zinc kurang. Rata-rata konsumsi energi yaitu 85,89 dengan konsumsi tertinggi 123,50 dan terendah 46,82. Rata-rata konsumsi protein yaitu 92,56 dengan konsumsi tertinggi yaitu 131,75 dan terendah 61,06. Rata-rata konsumsi zinc yaitu 68,45 dengan konsumsi tertinggi yaitu 94,88 dan terendah 0,00.

Tabel 6
Sebaran Sampel Berdasarkan Tingkat Konsumsi

No	Tingkat Konsumsi	Hasil Pengamatan	
		Frekuensi	Persentase
1.	Tingkat konsumsi energi		
	Cukup	7	24,1
	Kurang	22	75,9
	Jumlah	29	100
2.	Tingkat konsumsi protein		
	Cukup	9	31,0
	Kurang	20	69,0
	Jumlah	29	100
3.	Tingkat konsumsi zinc		
	Cukup	10	34,5
	Kurang	19	65,5
	Jumlah	29	100

Pada tabel 7 ditinjau dari status gizi balita, mayoritas balita memiliki berat badan sangat kurang. Rata-rata berat badan balita yaitu 7,52 kg dengan berat terendah yaitu 5,1 kg dan tertinggi 9,8 kg.

Tabel 7
Distribusi Sampel Berdasarkan Status Gizi Balita

No	Status Gizi Balita	Hasil Pengamatan	
		f	%
1.	Berat badan kurang	9	31,0
2.	Berat badan sangat kurang	20	69,0
Total		29	100

4. Hasil Analisis Data

Pada tabel 8 dapat dilihat dari 9 balita yang berat badan kurang atau status gizi kurang sebagian besar (55,6%) memiliki konsumsi energi yang cukup, dari 20 balita yang menderita gizi buruk atau berat badan sangat kurang sebagian besar (90%) dengan konsumsi energi kurang. Tabel silang menunjukkan semakin kurang konsumsi energi, semakin sangat kurang berat badan balita. Hasil uji statistic menunjukkan nilai p 0,016, lebih kecil dari 0,005, yang berarti ada hubungan yang sangat signifikan antara tingkat konsumsi energi dengan berat badan balita atau status gizi balita.

Pada tabel 8 juga dapat dilihat bahwa dari 9 balita yang berat badan kurang atau status gizi kurang terdapat 77,8% dengan konsumsi protein cukup, sebanyak 90% balita dengan berat badan sangat kurang memiliki tingkat konsumsi protein kurang. Terdapat kecenderungan semakin kurang konsumsi protein balita semakin kurang berat badan balita atau status gizi makin buruk. Hal ini dikuatkan dengan uji statistik yang menunjukkan nilai p 0,001, jauh lebih kecil dari nilai alpha 0,05.

Hal ini berarti ada hubungan yang sangat signifikan antara konsumsi protein dengan berat badan atau semakin kurang konsumsi protein semakin buruk status gizi balita.

Dari 9 balita yang mempunyai berat badan kurang sebanyak 77,8% mempunyai konsumsi zinc yang cukup, dari 20 balita dengan berat badan sangat kurang sebanyak 85% mempunyai konsumsi zinc yang kurang. Hal ini menunjukkan ada kecenderungan semakin kurang konsumsi zinc, semakin kurang berat badan balita. Uji statistik dengan $p=0,000$, menunjukkan ada hubungan yang sangat bermakna antara konsumsi zinc terhadap berat bada balita. Semakin kurang konsumsi zinc maka berat badan semakin berkurang.

Tabel 8
Hubungan Tingkat Konsumsi dengan Status Gizi Balita

Tingkat Konsumsi	Status Gizi Balita		Jumlah f(%)	Nilai p
	BB kurang f (%)	BB sangat kurang f(%)		
Konsumsi energi				
Cukup	5 (55,6)	2 (10,0)	7 (24,1)	0,016
Kurang	4 (44,4)	18 (90,0)	22 (75,9)	
Jumlah	9 (100)	20 (100)	29 (100)	
Konsumsi protein				
Cukup	7 (77,8)	2 (10,0)	9 (31,0)	0,001
Kurang	2 (22,2)	18 (90,0)	20 (69,0)	
Jumlah	9 (100)	20 (100)	29(100).	
Konsumsi zinc				
Cukup	7 (77,8)	3 (15,0)	10 (34,5)	0,002
Kurang	2 (22,2)	17 (85,0)	19 (65,5)	
Jumlah	9 (100)	20 (100)	29 (100)	

B. Pembahasan

Tingkat pendidikan menjadi salah satu indikator sosial dalam masyarakat. Tingkat pendidikan berkaitan dengan wawasan pengetahuan ibu dalam

menentukan sumber gizi dan jenis makanan yang baik dikonsumsi oleh keluarga. Ibu rumah tangga yang berpendidikan cenderung memiliki makanan lebih baik dalam mutu dan jumlah sesuai takaran. Pada penelitian ini sebanyak 55,2% ibu memiliki pendidikan terakhir SMP dan sebanyak 58,6% ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga. Sejalan dengan penelitian Budiana dan Supriadi (2021) menunjukkan mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan sedang yaitu sebesar 53,1% (Budiana & Supriadi, 2021). Penelitian Hamid menyatakan paling banyak pekerjaan ibu yaitu sebagai ibu rumah tangga. Ibu yang tidak bekerja diharapkan mempunyai waktu lebih banyak dalam memerhatikan gizi anak (Hamid et al., 2020).

Ditinjau dari jenis kelamin, sebanyak 58,6% balita berjenis kelamin laki-laki. Kebutuhan zat gizi anak laki-laki berbeda dengan anak perempuan. Sejalan dengan penelitian Ikro (2021) ditemukan lebih banyak balita berjenis kelamin laki-laki daripada perempuan (Ikro et al., 2021). Anak laki-laki memiliki aktivitas gizi yang lebih tinggi sehingga anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi dalam hal makanan dibandingkan perempuan (Abdullah & Salfitri, 2018).

Mayoritas balita memiliki riwayat ASI eksklusif (72,4%). Sejalan dengan penelitian Tri (2021) menunjukkan bahwa dari 35 bayi lebih banyak mendapatkan ASI eksklusif yaitu sebanyak 60%. Hasil penelitian menunjukkan secara teori ASI menjadi makanan yang baik untuk bayi. Kandungan nutrisi esensial ASI berpengaruh dalam masa pertumbuhan dan perkembangan. Penyerapan laktosa ASI dinilai lebih baik dibandingkan dengan jenis susu sapi atau susu formula lain. Hal tersebut karena ASI lebih banyak mengandung protein yang sifatnya lebih mudah diserap oleh usus bayi (Tri Damailia et al., 2021).

Ditinjau dari umur MPASI dan umur disapih, sebanyak 79,3% balita mulai diberi MPASI sejak umur lebih dari 6 bulan serta sebanyak 82,8% balita mulai disapih pada umur lebih dari 6 bulan. Penelitian Kopa (2021) menyatakan berdasarkan usia pemberian sebanyak 71,7% anak mendapat MPASI tepat waktu. Adanya peningkatan kejadian gizi kurang biasanya terjadi jika MPASI diberikan terlalu dini dan keterlambatan pemberian MPASI. Hal ini terjadi karena ASI eksklusif tidak mencukupi kebutuhan energi dan protein setelah usia enam bulan, kekurangan zat besi, zinc dan dapat menyebabkan anemia karena disebabkan keterlambatan pengenalan makanan (Kopa et al., 2021). Pada usia 6 bulan anak membutuhkan energi yang adekuat untuk membantu proses pertumbuhan. Apabila pemenuhan energi kurang maka akan berisiko mengalami stunting karena pertumbuhan yang terhambat (Inas, 2021b).

Pada karakteristik balita menunjukkan rata-rata umur balita saat ini yaitu 18 bulan. Rata-rata panjang badan balita yaitu 76,68 cm serta rata-rata berat badan balita yaitu 7,52 kg. Sejalan dengan penelitian Hamid (2020) menyatakan panjang badan balita masuk kategori lebih dari 48 cm (Hamid et al., 2020).

Ada hubungan yang signifikan antara konsumsi energi dengan berat badan balita atau status gizi balita. Hal ini sejalan dengan penelitian Sari (2023) menyatakan asupan energi pada balita 6-23 bulan di Kabupaten Maros termasuk kurang (Sari & Syahrudin, 2023). Kekurangan energi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan anak mengalami kekurangan energi kronis (KEK) (Inas, 2021b). Penelitian Manjilala (2017) menunjukkan hasil penelitian yang dilakukan di RW 2 Wilayah Puskesmas Batua Kota Makassar pada Balita dengan usia 6-24 bulan didapatkan bahwa 51,4% asupan protein defisit. Kebutuhan protein sangat

berpengaruh pada proses pertumbuhan karena jika asupan protein kurang akan berpengaruh pada pembentukan jaringan dan perbaikan jaringan yang rusak (Manjilala, 2017). Pada penelitian Handayani (2018) menyatakan asupan zinc sebagian besar tergolong kurang sebesar 50,9%. Zinc merupakan zat esensial dalam tubuh yang berkaitan dengan metabolisme dalam tulang (Handayani, 2018). Gizi kurang berisiko 1,8 kali lebih besar terjadi apabila asupan protein kurang (Sari & Syahrudin, 2023).

Status gizi kurang pada balita disebabkan oleh kurangnya konsumsi energi, protein, dan zinc pada balita. Pada penelitian ini ditemukan sebanyak 51,7% ibu tidak mengonsumsi kebutuhan gizi dalam satu hari dan sebanyak 96,6% ibu tidak mengonsumsi vitamin atau suplemen untuk meningkatkan napsu makan yang menurun di awal masa kehamilan. Pada keadaan ini disamping peningkatan makanan ibu hamil, diperlukan tambahan tablet zat besi sejak mulai hamil sampai periode menyusui (Banudi, 2013). Penelitian Widiyanti menyebutkan ketika masa kehamilan biasanya memiliki kebiasaan konsumsi yang buruk seperti makan sedikit dan tidak teratur. Padahal pada ibu hamil usia tua fungsi organ melemah sehingga memerlukan tambahan energi yang mempengaruhi pertumbuhan bayi. Hal serupa juga terkait dengan jenjang pendidikan dan pekerjaan ibu, semakin tinggi jenjang pendidikan maka pengetahuan ibu lebih baik terkait pemenuhan gizi pada kehamilannya. Begitu pula dengan kondisi ibu yang bekerja maka bertambah penghasilan dalam upaya pemenuhan gizi semasa kehamilan (Widiyanti, 2021).

Penelitian ini ditemukan sebanyak 93,1% tidak memberantas jentik setiap minggu dan 55,2% tidak membuang sampah pada tempatnya. Pelaksanaan PHBS

pada tatanan rumah tangga erat kaitannya dengan status gizi setiap anggota keluarga terutama status gizi anak. Perilaku hidup bersih dan sehat yang baik pada rumah tangga menyebabkan semakin sedikitnya anggota keluarga terkenai penyakit sehingga dapat mempengaruhi peningkatan status gizi anggota keluarga. Sebaliknya jika semakin buruk perilaku hidup bersih dan sehat pada rumah tangga akan menyebabkan timbulnya seseorang atau anggota keluarga menjadi mudah sakit sehingga meningkatkan dan berpotensi mengalami stunting atau kekurangan gizi kronis (Naelasari & Nurmaningsih, 2022).

Hasil penelitian ini terdapat hubungan konsumsi protein dan konsumsi zinc dengan status gizi balita. Sejalan dengan penelitian Sari (2023) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan asupan protein dan zinc dengan z score berat badan menurut umur. Penelitian Angela (2017) menyatakan terdapat hubungan signifikan antara asupan energi dengan status gizi BB/U dengan kekuatan hubungan sedang. Semakin baik asupan energi maka semakin baik status gizi balita (Angela et al., 2017). Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan asupan energi, asupan protein, dan asupan zinc terhadap kejadian stunting pada siswa SDN 11 Kampung Jua Kecamatan Lubuk Begalung Tahun 2019 (Yensasnidar, 2019).

Energi merupakan zat gizi mikro untuk membantu proses pertumbuhan. Apabila balita memperoleh energi inadekuat, bayi akan berisiko mengalami stunting karena terhambatnya pertumbuhan. Kekurangan energi dalam jangka waktu yang lama juga dapat menyebabkan anak mengalami kekurangan energi kronis. Selain asupan energi, asupan protein merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Defisiensi protein dapat menyebabkan

menurunnya imunitas tubuh balita dan dapat mempengaruhi status gizi. Asupan zinc juga diperlukan dalam proses pertumbuhan balita. Kekurangan zinc pada saat balita dapat menyebabkan stunting, meningkatkan resiko diare, dan infeksi saluran pernapasan balita (Inas, 2021a). Asupan protein erat kaitannya dengan tumbuh kembang balita. Protein berfungsi sebagai salah satu sumber energy, zat pembangun, serta pemeliharaan struktur dan jaringan tubuh sehingga sangat erat hubungannya menentukan status gizi pada balita. Kekurangan zat gizi mikro seperti zinc pada masa pertumbuhan anak berpengaruh pada sistem gastrointestinal maupun system kekebalan tubuh (Sari & Syahrudin, 2023).