



**PERBEDAAN KEJADIAN GIZI LEBIH PADA BALITA USIA 1-2 TAHUN
DENGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN BUKAN ASI
EKSKLUSIF DI DESA TANGGUL KULON WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TANGGUL KECAMATAN TANGGUL
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Ely Rahmatika Nugrahani
NIM 112310101038

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PERBEDAAN KEJADIAN GIZI LEBIH PADA BALITA USIA 1-2 TAHUN
DENGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN BUKAN ASI
EKSKLUSIF DI DESA TANGGUL KULON WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TANGGUL KECAMATAN TANGGUL
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh
Ely Rahmatika Nugrahani
NIM 112310101038

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Siti Mulyani, S.Pd. dan Ayahanda Sudarno, S.Pdi. tercinta, perantara yang menjadikan saya ada di dunia, yang selalu menanamkan nilai-nilai kebaikan hingga saya tumbuh dewasa. Terimakasih atas doa, dukungan, dan kasih sayang yang senantiasa selalu diberikan kepada saya untuk meraih cita-cita;
2. Kakak Elham Rahmad Nugroho dan Novi Andari tersayang, motivator terbaik dalam hidup saya. Terimakasih atas doa dan motivasi yang selalu diberikan kepada saya selama ini;
3. guru-guru terkasih yang telah mendidik saya menjadi pribadi yang lebih baik. Terima kasih atas didikan yang telah diberikan kepada saya sejak taman kanak-kanak sampai perguruan tinggi;
4. sahabat-sahabat saya Hilda, Dini, Binawan, Rizki, Hiqmi, Hirma, serta teman-teman lainnya, penyemangat terhebat yang pernah saya miliki. Terima kasih atas bantuan dan dukungan kalian sehingga saya dapat melewati titik terendah sampai menuju tahap saat ini;
5. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, terimakasih atas kesempatan luar biasa yang telah diberikan kepada saya untuk dapat menuntut ilmu di tempat ini.

MOTO

Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara yang ma'ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaankeduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut.

Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan.

(terjemahan *QS Al-Baqarah* ayat 233)^{*)}

Hai anak Adam, pakailah pakaianmu yang indah di setiap (memasuki) masjid, makan dan minumlah, dan janganlah berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebih-lebihan.

(terjemahan *Qs Al-A'raaf* ayat 31)^{*)}

^{*)} Raja Fahd bin Abdul Aziz Al-Su'ud. 2003. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Saudi Arabia: Muja'mma' Al Malik Fadh Li Thiba' At Al Mush-Haf Asy Syarif.

^{*)} Raja Fahd bin Abdul Aziz Al-Su'ud. 2003. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Saudi Arabia: Muja'mma' Al Malik Fadh Li Thiba' At Al Mush-Haf Asy Syarif.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ely Rahmatika Nugrahani

NIM : 112310101038

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Perbedaan Kejadian Gizi Lebih Pada Balita Usia 1-2 Tahun Dengan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Dan Bukan Asi Eksklusif Di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus saya junjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 29 Mei 2015

Yang menyatakan,



Ely Rahmatika Nugrahani

NIM 1123010101038

SKRIPSI

**PERBEDAAN KEJADIAN GIZI LEBIH PADA BALITA USIA 1-2 TAHUN
DENGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN BUKAN ASI
EKSKLUSIF DI DESA TANGGUL KULON WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TANGGUL KECAMATAN TANGGUL
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Ely Rahmatika Nugrahani
NIM 112310101038

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes.
Dosen Pembimbing Akademik : Iis Rahmawati, S.Kep., M.Kes.

PENGESAHAN

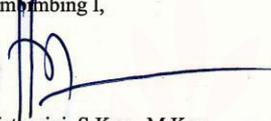
Skripsi yang berjudul “Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif dan Bukan Asi Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember” telah di uji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 17 Juni 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji:

Pembimbing I,



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP 19780323 200501 2 002

Pembimbing II,



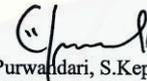
Iis Rahmawati, S.Kep., M.Kes.
NIP 19750911 200501 2 001

Penguji I,



Ns. Ratna Sari Hardianti, S.Kep., M.Kep.
NIP 19810811 201012 2 002

Penguji II,



Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP 198203142006042002



Mengesahkan
Ratna Program Studi,
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP 19780323 200501 2 002

Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif dan Bukan Asi Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember (The Difference of the Overweight Incidence to 1-2 years Old Toddler Exclusive and Non-Exclusive Breastfeeding History at Tanggul Kulon Under the Coverage Area of Tanggul Primary Health Center Tanggul Sub District Jember Regency)

Ely Rahmatika Nugrahani

School of Nursing, Jember University

ABSTRACT

Nutrition is one of the caused of health problems. Overweight is caused by the lack of activity which is indicated by the over deposit of fat with the value of standard deviation $>+2SD$. Overweight in toddler would caused 1,8 times overweight in adulthood. Exclusive breastfeeding is one of the ways of prevent the overweight incidence. The purpose of this research is to analyze the difference of the toddler who are given exclusive breastfeeding with the ones with non exclusive breastfeeding regarding the overweight incidence to 1-2 years old toddler. This research used retrospective descriptive analysis design. The sampling collection method used in this research is total sampling, with 36 respondents involved. The results of this research reveal that 18 toddler received exclusive breastfeeding, whereas the other 18 received non exclusive breastfeeding. The results of the statistical test reveal used *Fisher Exact Test* ($\alpha=0,05$) and the p value = 1,000 ($p \text{ value} \geq 0,05$), thus the difference of the overweight incidence to 1-2 years old toodler with the exclusive and non exclusive breastfeeding history at Tanggul Kulon under the coverage area of Tanggul Primary Health Center Tanggul Sub-District Jember Regency did not exist. Nursing of pediatric can reduced the incidance of overweight by health education to mothers to raised awareness of importance of used exclusive breastfeeding, so the overweight does not occur.

Keyword: *Overweight, toddler Exclusive Breastfeeding and Non- Exclusive Breastfeeding.*

RINGKASAN

Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif dan Bukan Asi Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember; Ely Rahmatika Nugrahani, 112310101038; 2015: xx halaman + 189 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Gizi lebih merupakan permasalahan serius di seluruh negara berkembang. Gizi lebih diakibatkan oleh kurangnya aktivitas yang ditunjukkan dengan adanya penumpukan lemak secara berlebihan dengan nilai standar deviasi $> +2SD$. Gizi lebih pada balita berisiko 1,8 kali terjadi pada dewasa. Salah satu yang dapat mencegah gizi lebih pada balita adalah penggunaan ASI Eksklusif. Kandungan ASI terdiri atas kolostrum, lemak, karbohidrat, protein, vitamin A, zat besi, seng, kalsium, mineral, laktoferin, taurin, *lactobacillus*, dan lisozim, sehingga ASI merupakan makanan terbaik untuk balita. Hasil studi pendahuluan di dapatkan data sebanyak 39 balita terbanyak di DesaTanggul Kulon mengalami permasalahan gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan prevalensi sebesar 19,2%, sehingga data tersebut melebihi prevalensi maksimal kejadian gizi lebih di masyarakat yaitu sebesar $>10\%$.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan balita yang diberikan ASI eksklusif dengan balita yang tidak diberikan ASI eksklusif terhadap kejadian gizi lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Desain penelitian menggunakan diskriptif analitik dengan *retrospektif*. Metode pengumpulan sampel menggunakan total sampling yaitu sebanyak 36 responden, sedangkan 3 responden mengalami eksklusi, dan responden yang mengalami *drop out* tersebut masih berada pada nilai rentang yang dapat ditoleransi yaitu sebesar 10% dari populasi. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah dilakukan uji validitas di Wilayah Kerja Puskesmas Jombang Kecamatan Jombang

Kabupaten Jember. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan uji *Fisher Exact Test* untuk mengetahui perbedaan pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kulon Kecamatan Tanggun Kabupaten Jember.

Hasil penelitian didapatkan kejadian gizi lebih balita dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif sebanyak 18 balita (50%), dan balita dengan riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif sebanyak 18 balita (50%). Karakteristik responden hasil penelitian yang didapatkan pada balita dengan pemberian bukan ASI Eksklusif, sebagian besar terjadi pada balita dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 10 balita (55,6%), dengan usia balita 22 bulan sebanyak 7 balita (38,9%), dan memiliki nilai gizi $> +2SD$ sebanyak 13 balita (72,2%). Balita tidak menggunakan obat-obatan sebanyak 17 balita (94,4%), dengan memiliki keturunan gemuk dari kedua orangtuanya sebanyak 12 balita (66,7%), dan tidak memiliki kecacatan sebanyak 18 balita (100%), serta memiliki riwayat tidak diberikan ASI sama sekali sebanyak 13 balita (72,2%). Balita sebagian besar tidak diberikan IMD sebanyak 12 balita (66,7%), dengan usia ibu >30 tahun sebanyak 10 orang (55,6%), dan berpendidikan tamat SMU/ sederajat sebanyak 8 orang (44,4%). Ibu balita sebagian besar tidak bekerja sebanyak 10 orang (55,6%), serta memiliki penghasilan perbulan sebesar $< Rp 1.000.000,00$ sebanyak 11 orang (61,1%).

Karakteristik responden dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif, sebagian besar terjadi pada balita laki-laki sebanyak 11 balita (61,6%), dengan usia 12, 18, dan 22 bulan sebanyak 3 balita (16,7%), dan memiliki nilai gizi $> +2SD$ sebanyak 12 balita (66,7%). Balita sebagian besar tidak menggunakan obat-obatan sebanyak 18 balita (100%), memiliki keturunan gemuk dari kedua orang tuanya sebanyak 10 balita (55,6%), dan tidak memiliki kecacatan sebanyak 18 balita (100%). Balita sebagian besar menggunakan ASI saja sebanyak 18 balita (100%), tidak diberikan IMD sebanyak 10 balita (55,6%), dengan usia ibu ≤ 30 tahun sebanyak 10 orang (55,6%), dan berpendidikan SMU/ sederajat yaitu sebanyak 8 orang (44,4%). Balita sebagian besar memiliki ibu yang tidak bekerja dan bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 7 orang (38,9%), serta memiliki

penghasilan perbulan sebanyak Rp 1.000.000,00 – Rp 3.000.000,00 yaitu 13 orang (72,2%).

Hasil analisa uji *Fisher Exact Test* diperoleh nilai *p value* sebesar 1,000 dengan taraf signifikan sebesar 0,05. Nilai *p value* tersebut lebih besar dari nilai taraf signifikan ($1,000 > 0,05$), yang berarti tidak ada perbedaan kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian asi eksklusif dan bukan asi eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.



PRAKATA

Puji syukur khadirat Allah Swt. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif dan Bukan Asi Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama, dan Iis Rahmawati, S.Kep., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan motivasi, masukan, bimbingan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
2. Ns. Ratna Sari Hardianti, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I dan Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
3. Ns. Latifa Aini Susumaningrum, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Kepala Puskesmas Tanggul dan Koorninator Gizi Puskesmas Tanggul yang telah bersedia membantu dalam pelaksanaan penelitian skripsi ini;
5. teman-teman Unej Professional Ners Angkatan 2011 yang selalu membantu, memberikan semangat, demi kelancaran penulisan skripsi ini;

6. semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak dei kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Juni 2015

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
1.5 Keaslian Penelitian	13
BAB 2.TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Konsep Tumbuh Kembang Balita Usia 1-2 Tahun	15
2.1.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan.....	15
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan	16
2.1.3 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Balita Usia 1-2 Tahun	21
2.2 Konsep ASI Eksklusif	22
2.2.1 Pengertian ASI.....	22
2.2.2 Kandungan ASI.....	23

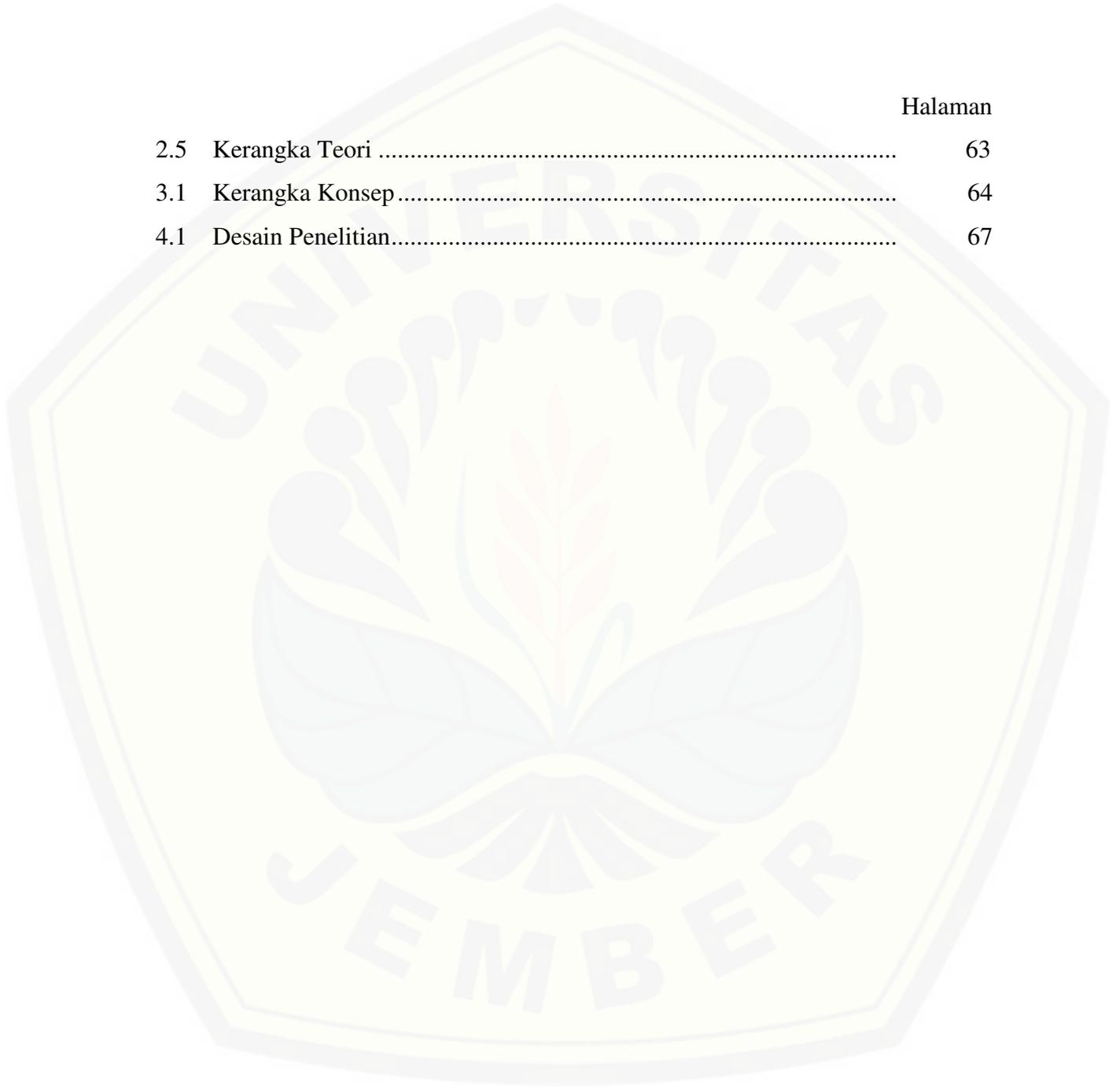
2.2.3 Manfaat ASI.....	29
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi ASI	30
2.2.4 Fisiologi Pengeluaran ASI.....	32
2.3 Konsep Bukan ASI Eksklusif.....	35
2.3.1 Pengertian buka ASI Eksklusif	35
2.3.2 Faktor-Faktor Pemberian Bukan ASI Eksklusif	35
2.3.3 Jenis-Jenis Makanan Bukan ASI Eksklusif	38
2.3.4 Risiko Pemberian Bukan ASI Eksklusif	40
2.4 Konsep Gizi Lebih.....	41
2.4.1 Pengertian Gizi Lebih	41
2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Gizi Lebih.....	42
2.4.3 Ciri-Ciri Gizi Lebih	45
2.4.4 Patofisiologi Gizi Lebih.....	45
2.4.5 Komplikasi Gizi Lebih.....	49
2.4.6 Penatalaksanaa Gizi Lebih.....	50
2.5 Penilaian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun.....	51
2.6 Kerangka Teori	63
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	64
3.1 Kerangka Konsep	64
3.2 Hipotesis Penelitian.....	65
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	66
4.1 Desain Penelitian	66
4.2 Populasi dan Sampel.....	67
4.2.1 Populasi Penelitian.....	67
4.2.2 Sampel Penelitian	68
4.2.3 Teknik Sampling.....	69
4.2.4 Kriteria Bujek Penelitian	69
4.3 Lokasi Penelitian.....	70
4.4 Waktu Penelitian.....	71
4.5 Definisi Operasional.....	71
4.6 Pengumpulan Data.....	73

4.6.1 Sumber Data	73
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	73
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	75
4.6.4 Kisi-Kisi Kuesioner	76
4.6.5 Uji Validitas dan Reliabilitas	76
4.7 Pengolahan dan Analisis Data	78
4.7.1 Pengolahan Data	78
4.7.2 Teknik Analisis Data	79
4.8 Etika Penelitian	81
4.8.1 Prinsip Manfaat.....	81
4.8.1 Prinsip Menghargai Hak-Hak Subjek	82
4.8.1 Prinsip Keadilan.....	83
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	84
5.1 Hasil Penelitian	84
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	84
5.1.2 Data Umum.....	85
5.1.1 Data Khusus	88
5.2 Pembahasan Penelitian	92
5.2.1 Karakteristik Balita Gizi Lebih dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	92
5.2.2 Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	105
5.2.3 Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.....	109

5.2.4 Perbedaan Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun Dengan Riwayat Pemberian Bukan ASI Eksklusif dan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	111
5.3 Keterbatasan Penelitian	119
5.4 Implikasi Keperawatan	120
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	123
6.1 Kesimpulan	123
6.2 Saran	124
DAFTAR PUSTAKA	127
LAMPIRAN.....	136

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.5 Kerangka Teori	63
3.1 Kerangka Konsep	64
4.1 Desain Penelitian.....	67



DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Komposisi ASI setiap 100 ml	28
2.2 Perbedaan Indeks Anthropometri.....	57
2.3 Penilaian Status Gizi berdasarkan Indeks BB/U,TB/U, BB/TB Standart Baku Antropometri WHO-MGRS	62
4.1 Definisi Operasional.....	72
4.2 Kisi-Kisi Kuesioner	76
5.1 Karakteristik balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	85
5.2 Distribusi frekuensi ASI eksklusif pada balita usia 1-2 tahun dengan kejadian gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.....	89
5.3 Distribusi frekuensi Gizi lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	90
5.4 Uji Normalitas dan Homogenitas Gizi lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.....	90
5.5 Hasil Uji <i>Fisher Exact Test</i> Perbedaan Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Penggunaan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember	91

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	137
B. Lembar <i>Consent</i>	138
C. Kuesioner.....	139
D. Standar Baku Rujukan WHO/MGRS.....	142
E. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	144
F. Distribusi Data Responden	146
G. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas	172
H. Hasil Uji Fisher Exact Test	173
I. Lembar Bimbingan Skripsi	174
J. Lembar Surat Ijin Penelitian	178
K. Dokumen Penelitian	146

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan negara yang saat ini dalam tahap perkembangan. Sebagai negara yang berkembang, banyak permasalahan yang sedang dihadapi termasuk masalah kesehatan yang hingga saat ini masih menjadi beban bagi negara. BAPPENAS (2011) mengatakan, bahwa kemiskinan, rendahnya kesehatan lingkungan, belum optimalnya kerjasama lintas sektor dan lintas program, melemahnya partisipasi masyarakat, keterbatasan aksesibilitas pangan keluarga miskin, tingginya penyakit infeksi, belum memadainya pola asuh ibu, dan rendahnya akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan dasar, menyebabkan Indonesia masih belum mencapai taraf kesehatan yang optimal.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) pada Kajian Gizi Ibu dan Anak Tahun 2012 menyebutkan, bahwa saat ini Indonesia sedang mengalami penurunan angka kemiskinan dari tahun 2007 sampai 2011 yakni 16,6% menjadi 12,5%, namun demikian masalah gizi di Indonesia belum menunjukkan adanya perbaikan. Kondisi tersebut menunjukkan situasi beban ganda, mulai dari kelaparan sampai pola makan rendah serat dan tinggi kalori, serta kondisi kurus dan pendek sampai gizi lebih (BAPPENAS, 2011). Masalah tersebut terutama terjadi pada ibu, bayi, dan anak-anak yang cenderung semakin meningkat sehingga berakibat beban ganda pada permasalahan kesehatan di Indonesia.

Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 secara tegas menyatakan tentang program perbaikan gizi masyarakat sebagai bentuk upaya pencapaian *Millenium Developmet Goals* (MDG's). RAN-PG memiliki 5 pilar strategi, salah satunya adalah perbaikan gizi masyarakat terutama pada peningkatan gizi anak melalui target cakupan ASI eksklusif. Target tersebut memiliki keterkaitan dengan delapan tujuan MDG's, diantaranya adalah tujuan pertama, keempat, dan kelima (BAPPENAS, 2011).

Tujuan pertama yaitu menghapuskan tingkat kemiskinan dan kelaparan yang parah. ASI eksklusif memiliki peranan sebagai makanan dengan zat gizi terbaik untuk kelangsungan hidup balita dengan biaya yang murah bahkan gratis. Tujuan keempat yaitu mengurangi tingkat kematian balita. Peran ASI eksklusif adalah menurunkan kejadian keparahan berbagai penyakit infeksi dan degeneratif hingga 13% dan resiko kematian sebesar 6%. Tujuan kelima yaitu meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Menyusui dapat menurunkan risiko pendarahan, kanker payudara, kanker ovarium dan kanker endometriosis, serta dapat mencegah adanya gizi lebih pada balita.

ASI merupakan nutrisi terbaik bagi balita. Kandungan ASI terdiri atas kolostrum, lemak, karbohidrat, protein, vitamin A, zat besi, seng, kalsium, mineral, laktoferin, taurin, *lactobacillus*, dan lisozim. Kandungan tersebut memiliki manfaat bagi balita maupun ibu. Salah satu diantaranya adalah mencegah terjadinya gizi lebih pada balita. Penelitian yang dilakukan oleh Salmarini dan Kabuhung (2013), didapatkan hasil terdapat perbedaan pemberian ASI eksklusif dan ASI tidak eksklusif terhadap berat badan balita. Balita dengan

pemberian ASI eksklusif memiliki rata-rata berat badan yaitu 7,063 kg dan balita dengan pemberian ASI tidak eksklusif memiliki rata-rata berat badan sebesar 7,790 kg. Kandungan ASI yang dapat mencegah terjadinya gizi lebih diantaranya adalah jumlah protein, lemak, karbohidrat, kalsium, dan hormon leptin (Proverawati dan Rahmawati, 2010; Aning dan Kristanto, 2014).

Kandungan protein pada ASI memiliki jumlah *whey* yang lebih banyak dari pada *casein*, dan kandungan ini berbanding terbalik dengan cairan pengganti ASI seperti susu formula. Kalsium pada ASI mudah di serap dengan bayi sebanyak dua pertiga, sedangkan pada cairan pengganti ASI seperti susu formula kandungan kalsium 1,5 kali lebih tinggi, namun bayi hanya mampu menyerap seperempat dari kandungannya. Jumlah karbohidrat pada ASI lebih sedikit dari pada pengganti ASI seperti susu formula, yaitu 6,0 g/per 100 ml, sedangkan pada susu formula 8,2 g/100ml. Hormon leptin merupakan hormon yang membantu metabolisme di dalam tubuh yang hanya ditemukan pada ASI, sehingga balita yang diberikan nutrisi selain ASI akan memiliki metabolisme yang rendah dan berisiko tinggi terjadi gizi lebih.

Usia balita merupakan masa emas dengan kecepatan pertumbuhan paling pesat dibandingkan usia lainnya. Pada tahap ini pertumbuhan merupakan hal penting yang harus diperhatikan, karena rentan terjadi masalah kesehatan. Masalah gizi balita merupakan permasalahan yang harus mendapatkan perhatian lebih, karena hal ini merupakan penentu balita untuk mencapai pertumbuhan yang optimal pada masa selanjutnya. Pada tahap ini balita mulai mengenal dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar yang dapat berpengaruh pada

pertumbuhannya. Masalah pertumbuhan yang sering terjadi diantaranya adalah gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan neuromuskular (Chamidah, 2009).

Chamidah (2009) mengatakan, bahwa gangguan pertumbuhan fisik yang dapat terjadi diantaranya adalah gizi lebih, gizi kurang, kelainan hormonal, hidrocefalus, megaensefali, tumor otak, malnutrisi, mata juling, buta warna, dan tuli keduakelipatan. Gangguan neuromuskular yang dapat terjadi diantaranya adalah, athetosis, ataksia, hipotonia, dan mukular distrofi. Permasalahan kesehatan diatas yang belum banyak mendapatkan penanganan adalah masalah gizi lebih. Hal serupa disampaikan oleh Dwi Handarisasi selaku Ketua Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang mengatakan bahwa balita dengan gizi lebih masih belum mendapatkan perhatian yang cukup dibandingkan dengan balita gizi normal dan gizi kurang (Data Sekunder, 2014).

Gizi lebih cenderung berisiko terjadi pada usia balita. Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa tahun pertama kehidupan anak merupakan usia rawan terjadinya masalah gizi lebih. Penelitian yang dilakukan oleh Fitriani (2012), didapatkan hasil bahwa gizi lebih terjadi sebanyak 753 anak (22,7%) dari 1.126 balita pada usia 12-23 bulan. Saputri (2013) mengatakan, bahwa gizi lebih pada balita berisiko 1,8 kali terjadi pada masa dewasa. Khomsan dalam Muwakhidah dan Diah (2008) mengatakan, bahwa gizi lebih pada balita harus diwaspadai karena dapat menyebabkan berbagai penyakit degeneratif seperti jantung koroner, dan hipertensi. Gangguan lain seperti diabetes mellitus, asma bronkhiale, dan *sleep apnea* dapat terjadi pada balita dengan gizi lebih apabila kondisi tersebut terjadi secara terus menerus (Wahyu, 2009).

Penelitian unit kerja koordinasi endokrinologi anak di seluruh wilayah Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa komplikasi gizi lebih balita seperti Diabetes Mellitus pada usia anak dan remaja dengan gizi lebih di bawah usia 20 tahun tercatat sebanyak 731 orang (Linda, 2013). Pada tahun 2011 tercatat sebanyak 65 anak menderita Diabetes Mellitus, dan naik 40% dibandingkan tahun 2009 (Linda, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto (2009) diketahui, bahwa pada remaja usia 15-19 tahun dengan gizi lebih didapatkan sebanyak 21 orang (49%) dari 64 responden mengalami Hipertensi, sedangkan komplikasi lainnya seperti risiko jantung koroner, terjadi sebanyak 46 orang dari 64 responden yang memiliki HDL > 40.

Gizi lebih merupakan epidemik yang terus berkembang di seluruh dunia. Gizi lebih diperkirakan menyebabkan 3,4 juta kematian di dunia pada tahun 2010 (Marie, *at al*, 2014). Marie *at al* (2014) mengatakan bahwa, prevalensi gizi lebih balita pada tahun 1980 hingga 2013 mencapai angka sebesar 47,1%. Marie *at al* (2014) mengatakan bahwa, Eropa mengalami gizi lebih sekitar 62% kegemukan dan 26% obesitas. Asia Tenggara memiliki prevalensi gizi lebih mencapai 14% kegemukan dan 3% obesitas (Marie *at al*, 2014). Prevalensi tertinggi gizi lebih terjadi di negara maju, namun demikian hal serupa juga terjadi di negara berkembang. Saputri (2013) mengatakan, bahwa balita di Asia termasuk Indonesia memiliki risiko 2,5-3,5 kali lebih besar untuk terjadinya gizi lebih.

Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, 2010 dan 2013 menyebutkan, bahwa masalah gizi lebih pada balita mencapai angka 4,3%, 5,8% dan 11,9%. Riskesdas tahun 2007 dan 2010 menyebutkan, bahwa sebanyak 10 provinsi dengan balita

gizi lebih diantaranya adalah DKI Jakarta sebanyak 6,5% menjadi 11,1%, Bengkulu sebanyak 6% menjadi 10,9%, Sulawesi Tenggara sebanyak 3,6% menjadi 10,2%, Riau sebanyak 5,3% menjadi 8,6%, Bali sebanyak 4,7% menjadi 8%, Jawa Timur sebanyak 4,5% menjadi 7,6%, Sumatra Utara sebanyak 4,5% menjadi 7,5%, DI Yogyakarta sebanyak 4% menjadi 7,3%, Kalimantan Timur sebanyak 5,4% menjadi 7%, dan Lampung sebanyak 4,2% menjadi 6,8%. Data tersebut menunjukkan bahwa gizi lebih di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) menyebutkan, bahwa 20 kabupaten di Jawa Timur dengan prevalensi gizi lebih diantaranya adalah Bondowoso sebanyak 12%, Sidoarjo sebanyak 11,5%, Kota Mojokerto sebanyak 9,5%, Mojokerto sebanyak 8,1%, Kota Probolinggo sebanyak 7,7%, Jombang sebanyak 7,6%, Bojonegoro sebanyak 7,4%, Tulungagung sebanyak 7,3%, Kota Kediri sebanyak 6,8%, Kota Madiun sebanyak 6,3%, Kota Blitar sebanyak 6,2%, Blitar sebanyak 5,4%, Probolinggo sebanyak 4,9%, Madiun sebanyak 4,9%, Gresik dan Kota Batu sebanyak 4,8%, Kota Surabaya sebanyak 4,3%, Pasuruan sebanyak 4,0%, Jember sebanyak 3,6%, dan Malang sebanyak 3,5%. Data tersebut menunjukkan bahwa Jember merupakan provinsi dengan kejadian gizi lebih tertinggi nomor 19 dari 38 kota lainnya di Indonesia. Data ini dimungkinkan dapat mengalami perubahan dan peningkatan hingga tahun 2014.

Kompas Maret (2009) menyebutkan, bahwa berdasarkan penuturan Fatonah selaku Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, sebanyak 36.000 balita pada tahun 2007 tercatat 4% diantaranya mengalami gizi lebih, dan pada

tahun 2008 sebanyak 38.000 balita tercatat 4,19% mengalami gizi lebih. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2014 menyatakan, bahwa hasil PSG 2013 yang dilakukan pada 600 balita di 49 puskesmas dari 31 wilayah kecamatan, didapatkan prevalensi gizi lebih sebesar 13,8%.

Tiga wilayah kerja puskesmas di Jember yang mengalami prosentase tertinggi balita dengan gizi lebih, diantaranya adalah Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul sebanyak 81,3%, Puskesmas Jombang Kecamatan Jombang sebanyak 66,7%, dan Puskesmas Gumukmas Kecamatan Gumukmas sebanyak 66,7%. Puskesmas Tanggul merupakan wilayah dengan prosentase balita terbanyak mengalami gizi lebih, dibandingkan dengan kedua puskesmas lainnya yang telah disebutkan.

Wilayah kerja Puskesmas Tanggul terletak di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Wilayah kerja puskesmas tersebut meliputi 5 desa, yaitu Tanggul Kulon, Tanggul Wetan, Patemon, Kramat, dan Manggisan. Jumlah balita yang terdapat pada Puskesmas Tanggul sebanyak 4.405 balita, yang terdistribusi pada usia 0-1 tahun sebanyak 915 balita, usia 12-24 bulan sebanyak 1129 balita, dan usia 24-59 bulan sebanyak 2361 balita.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilaksanakan, diketahui bahwa jumlah balita dengan gizi lebih sebanyak 142 balita. Jumlah tersebut terdistribusi pada setiap desa yaitu Tanggul Kulon sebanyak 22 balita pada usia 0-11 bulan, 39 balita pada usia 12-23 bulan, dan 56 balita pada usia 24-59 bulan. Desa Tanggul Wetan sebanyak 11 balita pada usia 24-59 bulan. Desa Patemon sebanyak 1 balita pada usia 24-59 bulan. Desa Kramat sebanyak 6 balita pada usia 0-11 bulan, dan

sebanyak 6 balita pada usia 24-59 bulan. Desa Manggisian sebanyak 1 balita pada usia 24-59 bulan. Data tersebut menunjukkan bahwa Desa Tanggul Kulon pada kelompok balita usia 12-23 bulan mengalami permasalahan gizi lebih, yaitu sebesar 19,2%. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) mengatakan bahwa, jumlah tersebut telah melebihi prevalensi maksimal kejadian gizi lebih di masyarakat yaitu sebesar >10%.

Bapak Bandot Bisowarno selaku koordinator gizi Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul mengatakan, bahwa peningkatan prevalensi gizi lebih di Desa Tanggul cenderung disebabkan karena adanya kurang pengetahuan akan pemberian pola makan pada anak yang seimbang, diikuti dengan adanya sosial ekonomi yang cukup khususnya di Tanggul Kulon dibandingkan empat desa lainnya, menjadikan balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul menjadi nomor satu dengan prevalensi kejadian gizi lebih balita tertinggi se-Kabupaten Jember. Desa Tanggul Kulon merupakan desa dengan prevalensi kejadian gizi lebih terbanyak se-Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul. Kejadian ini dapat disebabkan karena masyarakat Desa Tanggul Kulon lebih mudah mendapatkan akses dalam memenuhi kebutuhannya baik sandang, pangan, papan, dan di desa ini merupakan pusat kegiatan seluruh masyarakat Kecamatan Tanggul. Penghasilan yang cukup dengan dibuktikan jumlah keluarga kurang mampu pada desa ini sebesar 5.531 KK dari total keseluruhan yaitu 16.117 KK, menyebabkan desa Tanggul Kulon memiliki risiko lebih tinggi terjadinya gizi lebih dibandingkan keempat desa lainnya.

Gizi lebih merupakan kondisi anak dengan berat badan di atas normal. Gizi lebih cenderung mencerminkan suatu konsekuensi dari asupan kalori yang melebihi batas dan tidak mampu di bakar melalui proses metabolisme, sehingga tertumpuk di dalam tubuh dengan ditunjukkan nilai *Z-score* $> +2SD$. Faktor terjadinya gizi lebih antara lain adalah genetik, hormonal, kerusakan pada salah satu bagian otak, tingkat pengetahuan ibu, pandangan masyarakat, kecacatan, meningkatnya keadaan sosial ekonomi seseorang (Hayati, 2009).

Gizi lebih terjadi akibat adanya penumpukan lemak, karbohidrat, dan protein yang terlalu tinggi di dalam tubuh. Karbohidrat akan di absorpsi menjadi glukosa. Glukosa yang terlalu tinggi dalam darah akan menyebabkan adanya resisten insulin, sehingga tubuh mengirimkan sinyal pada hipotalamus untuk mensekresikan *growth hormone* dan gonadotropin. Sekresi hormon tersebut menyebabkan gizi lebih terjadi dan anak cenderung memiliki tubuh gemuk dan pendek.

Penelitian yang dilakukan oleh Fitriani (2012) didapatkan hasil bahwa pada balita yang mengkonsumsi ASI eksklusif sebanyak 76,8% tidak mengalami gizi lebih, dan sisanya 23,2% mengalami gizi lebih. Berdasarkan penelitian tersebut dapat di ambil kesimpulan bahwa balita yang mengkonsumsi ASI eksklusif, memiliki dua kemungkinan yaitu terjadi gizi lebih maupun tidak terjadi gizi lebih.

Fenomena yang terjadi di lapangan banyak diantara ibu-ibu yang menganggap bahwa balita gemuk adalah sehat. Pada kenyataannya kegemukan akan mengganggu proses tumbuh kembang balita. Gizi lebih pada masa balita berpotensi menjadi masalah kesehatan di tahun-tahun mendatang. Tingginya

angka prevalensi gizi lebih di dunia maupun di Indonesia, kondisi Desa Tanggul Kulon yang menunjukkan adanya permasalahan gizi lebih, proses tumbuh kembang usia 1-2 tahun yang berisiko tinggi terjadi masalah gizi lebih, serta faktor gizi lebih yang dapat disebabkan oleh balita dengan pemberian ASI eksklusif maupun bukan ASI eksklusif, membuat penulis ingin mengetahui apakah benar terdapat perbedaan pemberian ASI eksklusif dan bukan ASI eksklusif terhadap kejadian gizi lebih pada usia 1-2 tahun, sehingga peneliti akan melakukan penelitian tentang perbedaan pemberian ASI eksklusif dan bukan ASI eksklusif terhadap kejadian gizi lebih pada usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon, Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian di atas, maka masalah yang ingin diteliti dalam penelitian ini adalah adakah perbedaan antara balita yang diberikan ASI eksklusif dengan balita yang tidak diberikan ASI eksklusif terhadap kejadian gizi lebih balita usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian tersebut adalah untuk menganalisis perbedaan balita yang diberikan ASI eksklusif dengan balita yang tidak diberikan ASI eksklusif terhadap

kejadian gizi lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) mengidentifikasi karakteristik ibu dan karakteristik balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember;
- b) mengidentifikasi kejadian gizi lebih pada balita usia 0-6 tahun yang diberikan ASI eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember;
- c) mengidentifikasi kejadian gizi lebih pada balita usia 0-6 tahun yang tidak diberikan ASI eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember;
- d) menganalisis perbedaan kejadian gizi lebih pada balita usia 0-6 tahun yang diberikan ASI eksklusif dan balita yang tidak diberikan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut.

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah wawasan serta pengetahuan bagi peneliti terkait kejadian gizi lebih balita usia 1-2 Tahun dengan riwayat pemberian ASI eksklusif dan bukan ASI eksklusif, serta merupakan bentuk aplikasi ilmu keperawatan pediatrik yang telah diperoleh di perkuliahan.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat bagi Program Studi Ilmu Keperawatan adalah sebagai tambahan informasi terkait kejadian gizi lebih di Desa Tanggul Kulon, sehingga dapat digunakan menjadi desa binaan sebagai aplikasi keperawatan pediatrik dan keperawatan komunitas.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan Anak

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi terkait kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian ASI eksklusif dan bukan ASI eksklusif, sehingga dapat dijadikan sebagai pengembangan ilmu keperawatan anak.

1.4.4 Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan responden mampu mengidentifikasi dan melakukan penatalaksanaan gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun, sehingga komplikasi tidak terjadi.

1.4.5 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan kesadaran bagi masyarakat untuk melakukan pencegahan dengan memilih perilaku yang sesuai untuk mencegah kejadian gizi lebih.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian saat ini telah dilakukan yang oleh Hasmini Nurdin dengan judul Hubungan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif dengan Status Gizi Bayi 6-12 Bulan di Puskesmas Perawatan MKB Lompoe Kota Parepare Tahun 2012. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sama-sama meneliti ASI eksklusif sebagai variabel bebas. Pada penelitian sebelumnya variabel terikatnya menggunakan status gizi, sedangkan penelitian sekarang menggunakan gizi lebih, dengan pendekatan *retrospektif*. Perbedaannya terletak pada sasaran target yang ingin diteliti. Sasaran penelitian saat ini adalah anak usia 1-2 tahun, sedangkan pada penelitian sebelumnya adalah anak usia 6-12 bulan. Perbedaan selanjutnya terletak pada tujuan penelitian. Tujuan yang akan dicapai pada penelitian saat ini adalah mengetahui perbedaan balita yang diberikan ASI eksklusif dengan balita yang tidak diberikan ASI eksklusif terhadap kejadian gizi lebih, sedangkan tujuan dari penelitian sebelumnya adalah untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif dengan status

gizi bayi umur 6-12 bulan. Tempat penelitian sebelumnya dilakukan di Puskesmas Perawatan MKB Lompoe Kota Parepare, sedangkan penelitian saat ini dilakukan di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *sampel jenuh*. Sampel yang digunakan pada penelitian sebelumnya adalah sebanyak 112 responden, sedangkan pada penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 39 responden. Analisis data bivariat yang digunakan pada penelitian sebelumnya menggunakan uji *Chi Square*, sedangkan pada penelitian saat ini menggunakan uji *Fisher Exact Test*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pertumbuhan Balita Usia 1-2 Tahun

2.1.1 Pengertian Pertumbuhan

Pertumbuhan merupakan proses alamiah yang terjadi pada kehidupan manusia. Pertumbuhan merupakan suatu peningkatan ukuran tubuh secara kuantitas atau dapat dinyatakan dengan satuan alat ukur. Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, bisa diukur dengan ukuran berat (gram, *pound*, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) menunjukkan adanya suatu pertumbuhan.

Pertumbuhan erat kaitannya dengan jumlah ukuran dan sel pada saat membelah diri dan mensintesis protein baru, menghasilkan peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian sel (Wong, 2009). Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa, pertumbuhan fisik merupakan hal yang bersifat kuantitatif atau dapat diukur aspek peningkatan fisik individu sebagai hasil peningkatan jumlah sel. Kesimpulan dari beberapa pernyataan diatas bahwa, pertumbuhan merupakan proses alamiah setiap orang yang di pandang secara kuantitas, dan memiliki dampak terhadap aspek fisik.

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan

Pertumbuhan optimal dapat di capai dengan memperhatikan potensi biologis individu yang merupakan hasil interaksi dengan beberapa faktor yang berkaitan, diantaranya adalah faktor genetik, lingkungan bio-psiko-sosio dan perilaku (Soetjiningsih, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan diantaranya adalah sebagai berikut.

a. Faktor Herediter

Genetik merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi proses pertumbuhan individu. Genetik ditandai dengan adanya intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang (Soetjiningsih, 2014). Supartini (2004) mengatakan, bahwa faktor herediter yang berpengaruh pada pertumbuhan adalah jenis kelamin, ras, dan kebangsaan. Anak dengan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki tubuh lebih gemuk dibandingkan dengan anak laki-laki, dikarenakan metabolisme basal pada perempuan lebih rendah dibandingkan anak laki-laki.

b. Pemberian Nutrisi

Nutrisi terbaik bagi bayi adalah Air Susu Ibu (ASI). ASI eksklusif merupakan pemberian ASI saja tanpa mencampurkan makanan atau minuman selain ASI sampai usia anak 6 bulan. Komposisi ASI mampu memenuhi kebutuhan bayi. ASI memiliki komposisi gizi paling ideal dan seimbang guna memenuhi kebutuhan bayi, sehingga memiliki pertumbuhan fisik yang optimal. Pada menerapannya banyak ibu yang mencampurkan ASI

dengan makanan atau minuman selain ASI pada usia kurang dari 6 bulan. Pemberian makanan dan minuman selain ASI dikategorikan menjadi bukan ASI eksklusif atau biasa dikenal dengan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Pemberian MP-ASI yang terlalu dini akan mengakibatkan permasalahan pertumbuhan bagi anak, seperti pertumbuhan yang terlalu cepat dengan komposisi nutrisi yang melebihi kebutuhan bayi.

c. Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan tersebut diantaranya adalah lingkungan bio-fisiko-psiko-sosio yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayat yang secara garis besar terbagi dalam lingkungan prenatal dan postnatal (Soetjiningsih, 2014). Lingkungan merupakan faktor pertumbuhan yang dapat berpengaruh negatif maupun positif pada individu. Lingkungan akan berpengaruh pada tercapainya potensi dalam diri individu apabila lingkungan tersebut mendukung, sedangkan lingkungan yang kurang mendukung potensi dalam diri seseorang, dan dapat berdampak tidak tercapainya pertumbuhan secara maksimal.

Faktor lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan individu antara lain sebagai berikut.

1) Faktor Prenatal

Faktor prenatal merupakan faktor lingkungan yang berpengaruh pada janin saat konsepsi sampai lahir. Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa faktor yang dapat mempengaruhi antara lain sebagai berikut.

a) Gizi Ibu Saat Hamil

Gizi ibu saat hamil merupakan faktor terpenting yang harus diperhatikan. Gizi ibu yang kurang mencukupi kebutuhan bayi dalam kandungan dapat menyebabkan anak mengalami Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan, gangguan pertumbuhan otak, anemia, mudah terinfeksi penyakit, abortus, dan gangguan pertumbuhan.

b) Mekanik

Trauma, kurangnya cairan ketuban, dan kelainan posisi janin pada uterus dapat menyebabkan permasalahan pada bayi saat dilahirkan, seperti kelainan bawaan, dan dislokasi panggul.

c) Zat Kimia Atau Toksin

Masa organogenesis merupakan masa yang sangat peka terhadap zat teratogen. Obat-obatan, ibu hamil dengan perokok berat atau peminum alkohol, keracunan logam berat, dapat menyebabkan permasalahan seperti kelainan bawaan, BBLR, lahir mati, retardasi mental, dan mikrosefali.

d) Endokrin

Hormon yang berperan pada pertumbuhan janin adalah somatotropin, hormon plasenta, hormon tiroid, insulin dan *Insulin-like Growth Factors* (IGFs). Gangguan endokrin pada saat kehamilan dapat menyebabkan permasalahan seperti kekurangan nutrisi janin, gangguan pertumbuhan janin dan cacat bawaan.

e) Radiasi

Radiasi pada janin sebelum usia kandungan 18 minggu dapat menyebabkan kematian pada janin, kerusakan otak, mikrosefali, dan cacat bawaan.

f) Infeksi

Infeksi intrauterin yang sering terjadi dan menyebabkan cacat bawaan adalah Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex (TORCH). Infeksi lainnya yang dapat menyebabkan penyakit pada janin, yaitu Varicella, Coxsackie, Echovirus, Malaria, Lues, HIV, Polio, Campak, Listeriosis, Leptospira, Mikroplasma, Virus influenza, dan Hepatitis.

g) Stress

Stres pada ibu dalam masa kehamilan dapat menyebabkan cacat bawaan, dan gangguan pertumbuhan.

h) Imunitas

Rhesus atau ABO inkompatibilitas sering menyebabkan abortus, hidrops fetalis, kern ikterus, dan lahir mati.

i) Anoreksia Embrio

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta atau tali pusat, menyebabkan BBLR.

2) Faktor Postnatal

Faktor postnatal merupakan faktor yang berpengaruh pada individu setelah kelahiran. Individu harus mampu melewati masa transisi, yaitu masa dari

intra uterin yang sebagian besar bergantung pada ibu, ke ekstra uterin yang sebagian besar bergantung pada lingkungan. Keberhasilan bayi dalam proses kelahiran tergantung pada kemampuan genetik dan mekanisme homeostatis bayi. Lingkungan fisik, suhu luar, stimulasi sensorik, gizi, penyediaan oksigen, dan pengeluaran hasil metabolisme, merupakan faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan bayi berinteraksi antara lingkungan intra dan ekstra uterin. Lingkungan postnatal yang dapat berpengaruh pertumbuhan individu, antara lain sebagai berikut.

a) Faktor Biologis

Faktor biologis yang dapat mempengaruhi individu diantaranya adalah ras, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan penyakit, penyakit kronis, metabolisme, dan hormon.

b) Faktor Fisik

Faktor fisik yang dapat mempengaruhi pertumbuhan individu diantaranya adalah cuaca, musim, sanitasi, radiasi, dan keadaan rumah.

c) Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan individu diantaranya adalah stimulasi, motivasi belajar, hukuman wajar, kelompok sebaya, stres, sekolah, kasih sayang, dan kualitas interaksi anak dengan orang tua.

d) Faktor Keluarga dan Adat Istiadat

Faktor keluarga dan adat istiadat yang dapat mempengaruhi pertumbuhan individu diantaranya adalah pekerjaan atau pendapatan keluarga,

pendidikan ayah dan ibu, jumlah saudara, jenis kelamin dalam keluarga, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah dan ibu, adat istiadat, norma-norma, agama, kehidupan politik dalam masyarakat dan urbanisasi.

2.1.3 Tahap Pertumbuhan Balita Usia 1-2 Tahun

Balita merupakan usia rawan yang membutuhkan perhatian lebih. Masa ini merupakan periode yang penting dalam pertumbuhan, karena masa ini merupakan penentu keberhasilan periode selanjutnya. Masa ini sangat rawan dan tidak akan pernah terulang, sehingga sering disebut dengan *golden age* atau masa keemasan.

Usia 1-2 tahun termasuk dalam usia toddler, yaitu balita mulai mampu berjalan sendiri, berlari dengan mudah, dan memiliki kemandirian yang diperkuat dengan mobilitas fisik dan kognitif yang lebih besar. Balita cenderung memiliki perkembangan keterampilan motorik yang cepat dalam tindakan perawatan diri sendiri, seperti makan, berpakaian, dan eliminasi. Balita mampu berjalan dengan posisi tegak dengan sikap papan berjalan, abdomen menonjol, dan lengan berada diluar sisi untuk keseimbangan. Balita mulai mampu mengemudikan kursi, menggunkan pegangan atau dinding untuk mempertahankan keseimbangan, jinjit, dan menempatkan kedua kaki pada langkah yang sama. Balita memiliki berat badan 4 kali berat badan lahir dengan tinggi badan meningkat mencapai 3-5 inci pertahun. Pada umumnya anak usia ini mulai beralih dari ASI menjadi susu formula dan mengkonsumsi lebih dari 1 L per hari, dimana konsumsi susu ini melebihi kebutuhan anak yang seharusnya hanya 840 cc perhari.

2.2 Konsep ASI Eksklusif

2.2.1 Pengertian ASI Eksklusif

ASI merupakan cairan ciptaan Allah yang dapat melindungi anak dari kemungkinan serangan penyakit (Maryunani, 2012). Hasdianah *at al* (2013) mengatakan, bahwa ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi dikarenakan ASI merupakan zat gizi dengan tingkatan terbaik dan memiliki banyak kandungan yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. ASI adalah cairan putih yang dihasilkan oleh kelenjar payudara Ibu melalui proses menyusui. ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa, dan garam anorganik yang disekresikan oleh kelenjar mammae dan berguna sebagai makanan bayi. ASI adalah satu jenis makanan yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi baik fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual.

ASI eksklusif adalah tindakan memberikan ASI kepada bayi tanpa memberikan cairan atau makanan sejak lahir sampai usia 6 bulan (Saputri, 2013). Pemberian ASI eksklusif tidak diperkenankan memberikan makanan dan minuman lain, dan barulah balita mulai diberikan makanan pendamping ASI setelah usia 6 bulan (Maryunani, 2012). Kesimpulannya, ASI eksklusif merupakan cairan yang keluar dari payudara ibu dengan nilai gizi serta manfaat tinggi yang diberikan pada bayi minimal 6 bulan tanpa mencampurkan makanan maupun minuman lainnya.

2.2.2 Kandungan ASI Eksklusif

Yahya (2007) dan Widuri (2013) menyatakan, bahwa kandungan ASI eksklusif adalah sebagai berikut.

a. Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan berwarna kekuning-kuningan yang dilekuarkan oleh payudara ibu untuk pertama kali. Jumlah kolostrum tidak terlalu banyak namun kaya akan gizi dan sangat baik bagi bayi. Kolostrum mengandung karoten dan vitamin A yang sangat tinggi (Proverawati dan Rahmawati, 2010). Kolostrum juga mengandung karbohidrat, protein, antibodi, dan mengandung vitamin A yang lebih tinggi. Sebanyak 1 cc kolostrum memiliki nilai gizi sebesar 30 cc susu formula. Selain manfaat diatas, kandungan terpenting yang terdapat pada kolostrum adalah adanya kemampuan membersihkan pencernaan dengan mempercepat keluarnya mekonium bayi setelah kelahiran, sehingga pencernaan siap untuk bekerja dan melakukan penerimaan ASI matur.

b. Lemak

Sumber kalori utama dalam ASI adalah lemak. Sekitar 50% kalori ASI berasal dari lemak. Kadar lemak dalam ASI antara 3,5-4,5%. Kadar lemak dalam ASI tinggi, tetapi mudah diserap oleh tubuh bayi. Lemak mudah dicerna, karena sudah dalam bentuk emulsi (Proeverawati dan Ramawati, 2010). Maryunani (2012) mengatakan bahwa, kandungan enzim dalam ASI yang tidak terdapat pada cairan lainnya dapat menyebabkan lemak mudah diserap dengan bantuan enzim yang terdapat dalam ASI. Kandungan

trigliserida dalam ASI lebih dulu dipecah menjadi asam lemak dan gliserol oleh enzim lipase yang terdapat pada ASI. Kadar kolesterol ASI lebih tinggi dari pada cairan lainnya. Disamping kolesterol, ASI mengandung asam lemak essensial yaitu asam linoleat (Omega 6) dan asam linolenat (Omega 3). Kedua asam lemak tersebut adalah pembentuk asam lemak tidak jenuh rantai panjang disebut *Docosahexaenoic Acid* (DHA), yang berasal dari Omega 3 dan *Arachidonic Acid* (ARA) yang berasal dari Omega 6 dan berfungsi sangat penting untuk pertumbuhan otak anak. Kadar lemak ASI matur dapat berbeda menurut lama menyusui. Pada permulaan menyusui, yaitu 5 menit pertama disebut foremilk kadar lemak ASI rendah (1-2 g/dl) dan lebih tinggi disebut dengan hindmilk, yaitu ASI yang dihasilkan pada akhir menyusui setelah 15-20 menit. Kadar lemak hindmilk bisa mencapai 3 kali dibandingkan dengan foremilk.

c. Karbohidrat

Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa (Proverawati dan Rahmawati, 2010). ASI memiliki kadar karbohidrat paling tinggi di banding susu mamalia lain yaitu 7gr/100ml (Maryunani, 2012). Laktosa mudah diurai menjadi glukosa dan galaktosa dengan bantuan enzim laktase yang sudah ada dalam mukosa saluran pencernaan sejak lahir. Laktosa mempunyai manfaat lain yaitu mempertinggi absorpsi kalsium dan merangsang pertumbuhan *Lactobasillus bifidus*.

d. Protein

Protein yang terkandung didalam susu adalah *casein* dan *whey*. Kadar protein ASI sebesar 0.9%, dan 60% diantaranya adalah *whey* atau protein yang lebih mudah dicerna dibanding *casein* atau protein yang sulit dicerna oleh tubuh. ASI memiliki perbandingan kandungan *whey* dan *casein* yaitu sebesar 65:35, sedangkan pada susu sapi perbedaan kandungan *whey* dan *casein* sebesar 20:80 (Maryunani, 2012). Komposisi protein dalam ASI sebanyak 0,8-1,0gr/100ml (Maryunani, 2012). ASI memiliki dua macam asam amino yang tidak terdapat dalam cairan lainnya yaitu sistin dan taurin. Sistin diperlukan untuk pertumbuhan somatik, sedangkan taurin untuk pertumbuhan otak.

e. Vitamin

ASI cukup mengandung vitamin yang diperlukan bayi. Vitamin K yang berfungsi sebagai katalisator pada proses pembekuan darah terdapat dalam ASI dengan jumlah yang cukup dan mudah dicerna. ASI juga mengandung banyak vitamin E dan vitamin D. Vitamin A yang bermanfaat untuk penglihatan bayi juga terdapat pada ASI dengan kisaran sebanyak 200 IU/dl.

f. Zat Besi

Bayi aterm normal biasanya lahir dengan hemoglobin tinggi (16-22 gr/dl). Zat besi yang diperoleh dari hasil pemecahan hemoglobin akan digunakan kembali. Bayi memiliki persediaan zat besi dalam jumlah cukup banyak dan mampu bertahan setidaknya 4-6 bulan. Jumlah zat besi yang terkandung dalam ASI lebih sedikit dari yang terkandung dalam susu formula, namun bioavailabilitas zat besi dalam ASI jauh lebih tinggi dari pada susu formula.

Sebanyak 70% zat besi dalam ASI dapat diserap, sedangkan pada susu formula zat besi yang dapat diserap hanya 10%.

g. Kalsium

Kalsium lebih efisien diserap dari ASI dibanding cairan lainnya, dikarenakan ASI memiliki perbandingan kalsium fosfor lebih tinggi. Cairan selain ASI yang berasal dari susu sapi memiliki kandungan fosfor lebih tinggi dari pada ASI, tetapi dalam penyerapan dan jumlah kebutuhan bayi akan kalsium lebih efisien pada ASI dibandingkan susu formula.

h. Mineral

ASI memiliki kadar kalsium, fosfor, natrium, dan kalium yang lebih rendah dari pada susu formula. Tembaga, kobalt, dan selenium terdapat dalam kadar yang lebih tinggi. Semakin tinggi bioavailabilitas mineral, dipastikan bahwa kebutuhan bayi dapat terpenuhi.

i. Taurin

Taurin adalah asam amino yang berfungsi sebagai neurotransmitter yang berfungsi dalam maturasi otak bayi. DHA dan ARA merupakan molekul penting yang dibutuhkan oleh otak. DHA, ARA, dan taurin membantu jalannya neurotransmitter yang dapat meningkatkan perkembangan mental bayi, kecerdasan dan visual.

j. *Lactobacillus*

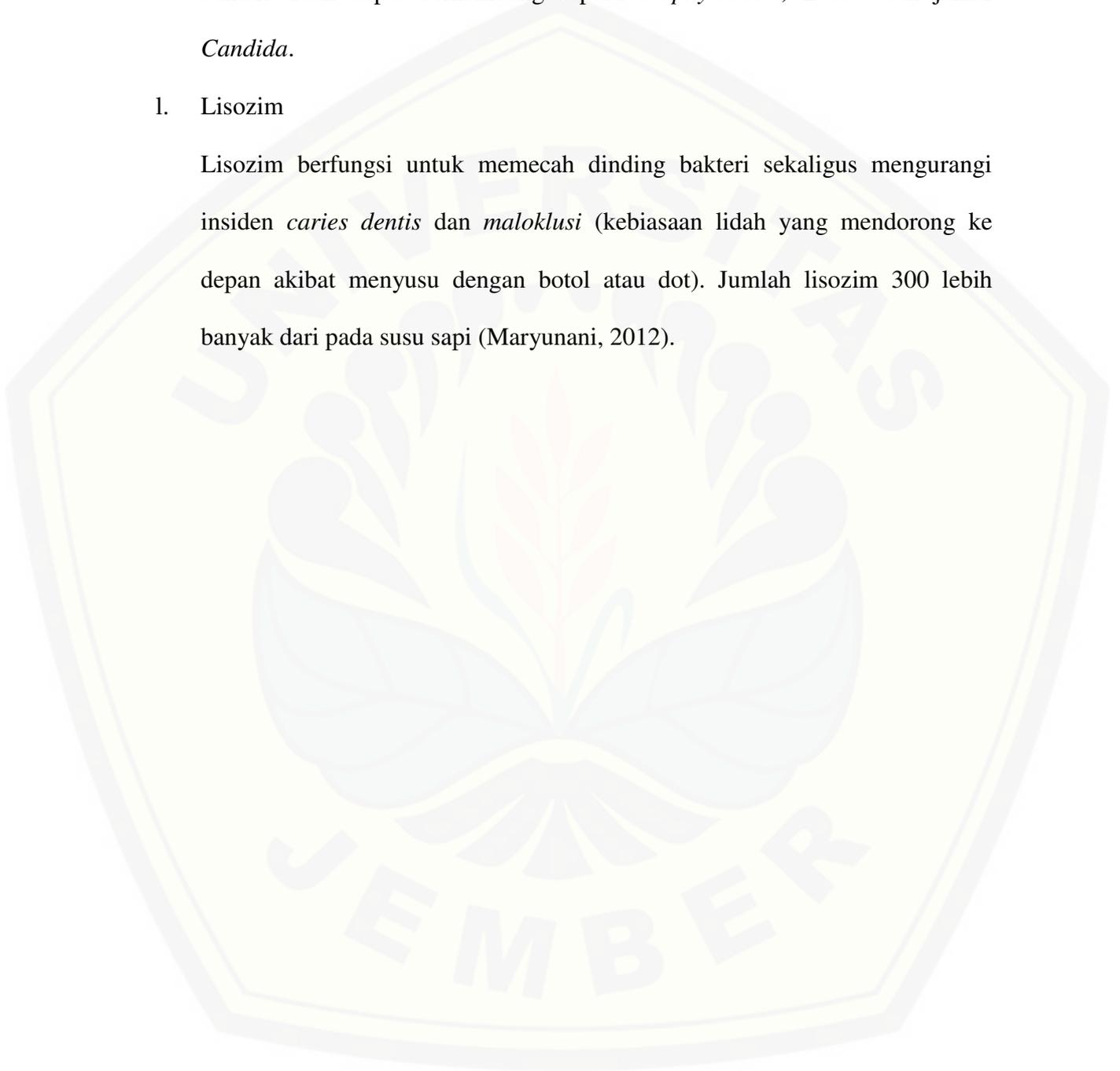
Lactobacillus berfungsi sebagai penghambat mikroorganisme seperti *Escherichia coli* (*E. Coli*) yang dapat menyebabkan diare pada bayi.

k. *Lactoferin*

Lactoferin merupakan besi yang mengikat protein serta memungkinkan bakteri tidak dapat berkembang seperti *Staphylococci*, *E.Coli* dan jamur *Candida*.

l. Lisozim

Lisozim berfungsi untuk memecah dinding bakteri sekaligus mengurangi insiden *caries dentis* dan *maloklusi* (kebiasaan lidah yang mendorong ke depan akibat menyusu dengan botol atau dot). Jumlah lisozim 300 lebih banyak dari pada susu sapi (Maryunani, 2012).



Tabel 2.1 komposisi ASI setiap 100 ml

Zat-Zat Gizi	ASI
Energi (Kcal)	70
Protein:	0,9
<i>Casein/Whey</i>	1:1,5
Casein (mg)	187
Laktamil Bumil (mg)	161
Laktoferin (mg)	167
IgA (mg)	142
Laktosa (g)	7,3
Lemak (g)	4,2
Vitamin:	
Vitamin A (mg)	75
Vitamin B1 (mg)	14
Vitamin B2 (mg)	40
Asam Nikotinmik (mg)	160
Vitamin B6 (mg)	12-15
Asam Pantotenik	246
Biotin	0,6
Asam Folat	0,1
Vitamin B12	0,1
Vitamin C	5
Vitamin D (mg)	0,04
Vitamin Z	0,25
Vitamin K (mg)	1,5
Mineral:	
Kalsium (mg)	35
Klorin (mg)	40
Tembaga (mg)	40
Zat Besi (mg)	100
Magnesium (mg)	4
Fosfor (mg)	15
Potassium (mg)	57
Sodium (mg)	15
Sulfur (mg)	14

Sumber: Siregar (2004)

Serangkaian pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa ASI memiliki kandungan diantaranya adalah kolostrum yang terdiri dari lemak, karbohidrat, protein dan vitamin A, zat besi, seng, kalsium, mineral, laktoferin, zat besi, taurin, *lactobacillus*, dan lisozim. Kandungan ASI tersebut sangat bermanfaat bagi anak,

terutama sebagai antibodi, antimikroorganisme, *neurotransmitter*, dan sumber energi.

2.2.3 Manfaat ASI Eksklusif

Maryunani (2012) mengatakan bahwa ASI eksklusif memiliki manfaat diantaranya adalah sebagai berikut.

a. Manfaat Bagi Bayi

Manfaat ASI eksklusif bagi bayi adalah sebagai berikut:

- 1) ASI eksklusif mampu melindungi anak dari infeksi;
- 2) meningkatkan imunitas;
- 3) mencegah penyakit kanker limfomaligna;
- 4) meningkatkan kecerdasan otak;
- 5) mencegah gizi lebih;
- 6) membentuk *emotional intelligence*.

b. Manfaat Bagi Ibu

Manfaat ASI eksklusif bagi ibu adalah sebagai berikut:

- 1) merupakan diet alami;
- 2) mengurangi risiko anemia;
- 3) mencegah kanker indung telur;
- 4) mencegah kanker payudara;
- 5) ekonomis.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi ASI Eksklusif

Faktor yang mempengaruhi ASI Eksklusif menurut beberapa hasil penelitian adalah sebagai berikut.

a. Faktor Asupan Makanan Ibu

Makanan merupakan kebutuhan penting untuk mendapatkan sumber energi dan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi ibu menyusui. Kebutuhan makanan pada ibu menyusui harus mencukupi kebutuhan gizi, diantaranya adalah karbohidrat (60-70%), protein (10-20%), dan lemak (20-30%), mineral dan vitamin (Murkoff, 2006). Hasil penelitian yang didapatkan oleh Syamsinar (2012) diketahui sebanyak 51,6% ibu memiliki kebutuhan makanan yang kurang, sehingga produksi ASI menurun.

b. Faktor Isapan Bayi

Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong selama 2 jam. Pada penelitian yang dilakukan oleh Syamsinar (2013) didapatkan hasil sebanyak 64,5% bayi memiliki isapan yang baik sehingga produksi ASI semakin bertambah. Isapan bayi akan memberikan rangsangan pada hipofisis untuk mengeluarkan oksitosin yang merangsang otot polos untuk mengeluarkan ASI yang terdapat pada alveoli, lobus, serta duktus dan dikeluarkan melalui puting susu.

c. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Ibu yang melakukan IMD setelah melahirkan, akan merangsang hormon prolaktin. Hormon ini akan menurun setelah satu jam persalinan. Apabila ibu tidak melakukan IMD dan bayi tidak melakukan isapan puting susu segera

setelah kelahiran, maka hormon prolaktin akan turun sehingga ASI akan keluar pada hari ketiga atau lebih. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa sebanyak ibu dengan pemberian IMD sebanyak 2,36 kali melakukan pemberian ASI eksklusif pad bayinya. Studi kualitatif yang dilakukan oleh Saleh (2012) diketahui bahwa ibu melakukan IMD, karena ibu meyakini bahwa kolostrum memiliki manfaat yang tinggi bagi kesehatan bayinya.

d. Dukungan Psikologis

Gangguan psikologis mengakibatkan berkurangnya kelancaran ASI dikarenakan produksi yang tidak lancar. Laktasi memerlukan ketenangan, ketentraman, perasaan aman dari ibu. Faktor Psikis Ibu. Kondisi psikis yang sering dihadapi ibu adalah adanya perubahan tubuh dan adanya peran baru didalam keluarga. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Syamsinar (2013) didapatkan sebanyak 80% ibu memiliki dukungan yang baik sehingga ASI lancar. Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Saleh (2012) diketahui bahwa dukungan terbesar berasal dari suami, dimana suami merupakan penentu keputusan dalam keluarga untuk menggunakan susu formula sebagai tambahan ASI karena dianggap anak masih sering merasa lapar dengan ditunjukkan anak selalu menangis.

e. Perawatan Payudara

Payudara akan mengalami perubahan saat proses laktasi akan dimulai. Perawatan pada payudara akan memberikan manfaat dalam mengurangi risiko luka saat menyusui dan menrangsang keluarnya ASI. Hasil penelitian

yang dilakukan oleh Syamsinar (2013) didapatkan hasil sebanyak 76,7% ibu melakukan perawatan payudara sehingga ASI lancar.

f. Kondisi Ibu

Kondisi ibu yang dapat mempengaruhi lancar atau tidaknya pengeluaran ASI, dapat dipengaruhi oleh keadaan sakit, kelelahan, pil kontrasepsi, alat kontrasepsi lain yang mengandung hormon, ibu yang menyusui yang hamil lagi, peminum alkohol, perokok, dan ibu yang memiliki kelainan pada anatomi payudara. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Syamsinar (2013) didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh antara kondisi ibu dengan kelancaran ASI yaitu sebanyak 73,3% ibu memiliki kondisi baik setelah melahirkan sehingga ASI lancar.

2.2.5 Fisiologi pengeluaran ASI

Laktasi terdiri dari produksi dan sekresi ASI. Proses laktasi memiliki empat tahapan, yaitu mammogenesis (persiapan payudara), laktogenesis (sintesis dan produksi dari alveolus dalam payudara), galaktokinesis (pengeluaran ASI dari puting), dan galaktopoiesis (pemeliharaan laktasi) (Ramaiah, 2007).

Perkembangan kelenjar payudara atau disebut mammogenesis dimulai pada saat kehamilan, yaitu jumlah penghasil ASI dalam payudara dan salurannya akan mengalami pertumbuhan yang cepat. Ramaiah (2007) mengatakan bahwa, kondisi ini dikarenakan adanya pengaruh hormon kewanitaan yaitu estrogen, progesteron yang dikeluarkan oleh indung telur, prolaktin yang dilekuarkan oleh kelenjar pituitari didalam otak dan hormon pertumbuhan. Beberapa hormon tersebut,

prolaktin merupakan hormon paling penting dalam produksi ASI. Payudara memiliki jaringan glandular yang menyebar ke dalam lobulus yang terdiri dari lobulus-lobulus yang memiliki alveoli. Setiap alveoli memiliki duktus laktiferus yang bergabung membentuk sinus laktiferus dan ampula. Setiap payudara memiliki fungsi masing-masing yang kaya akan suplai darah dan saraf.

Laktogenesis dimulai sejak kelahiran plasenta. Ramiah (2007) mengatakan, bahwa pengeluaran ASI yang sesungguhnya akan dimulai dalam waktu tiga hari setelah persalinan, dikarenakan selama kehamilan hormon kewanitaian progesteron dan estrogen membuat payudara tidak responsif terhadap prolaktin. Kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga kadar prolaktin meningkat dan produksi ASI dimulai (Proverawati dan Rahmawati, 2010). Penurunan kadar estrogen dan progesteron akan memacu kelenjar payudara untuk menghasilkan air susu.

Proses galaktokinesis dapat melalui dua mekanisme, yaitu penghisapan oleh bayi dan aliran ASI dari alveolus ke saluran ASI (Ramaiah, 2007). ASI dapat keluar karena dipacu oleh meningkatnya produksi prolaktin dan oksitosin sebagai respon stimulasi hisapan dari mulut bayi (*sucking*) (Proverawati dan Rahmawati, 2010). Ramaiah (2007) mengatakan, bahwa keluarnya air susu yaitu ketika proses *sucking* terjadi, ujung saraf yang ada di puting dirangsang dan pesan refleksi dikirimkan ke bagian depan kelenjar pituitari di otak. Kelenjar pituitari kemudian mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam darah. Meningkatnya hormon prolaktin di dalam darah merangsang kelenjar penghasil ASI dalam payudara untuk menghasilkan lebih banyak. Inilah alasan bahwa pengeluaran ASI tergantung pada

kemampuan *sucking* bayi. ASI didorong sepanjang duktus menuju ampula dan masuk ke mulut bayi. Peristiwa pengeluaran ASI ini dikenal dengan reflek “*let-down*” yang berada di bawah kontrol neurohormonal, yaitu rangsangan puting menuju hipofisis, mengaktifkan hormon prolaktin sehingga terjadi kontraksi pada kelenjar payudara dan ASI keluar (Proverawati dan Rahmawati, 2010).

Stimulasi pada saraf juga mengirimkan pesan reflek ke bagian belakang kelenjar pituitari, yang merespon dengan mengeluarkan hormon oksitosin. Pada proses laktasi, hormon prolaktin mempengaruhi produksi ASI, dan oksitosin mempengaruhi sekresi ASI. Hormon oksitosin akan menggerakkan otot dan jaringan sekitar kelenjar penghasil ASI, sehingga alveolus berkontraksi dan ASI dikeluarkan melalui saluran ASI (Ramaiah, 2007). Pengeluaran oksitosin dari kelenjar pituitari sangat tergantung pada lingkungan luar dan lingkungan dalam tubuh. Lingkungan luar yang dapat meningkatkan produksi ASI misalnya pada saat melihat atau mendengarkan suara bayi, sebaliknya apabila terdapat rasa sakit, ketegangan, kekhawatiran, perasaan negatif, kurang percaya diri, dan ragu maka akan menyebabkan produksi ASI menurun. Ramaiah (2007) mengatakan, bahwa hal ini dikarenakan adanya lingkungan tersebut menyebabkan kadar oksigen yang rendah pada ibu sehingga ASI tidak mampu keluar secara optimal.

Proses terakhir atau galaktopoiesis merupakan proses pemeliharaan laktasi. Prolaktin adalah hormon terpenting untuk kelangsungan dan kecukupan pengeluaran ASI. Keluarnya prolaktin tergantung pada kemampuan bayi dalam menghisap dan penting bagi ibu untuk memperhatikan dalam pemberian ASI secara Eksklusif selama 6 bulan.

2.3 Konsep Bukan ASI Eksklusif

2.3.1 Pengertian Bukan ASI Eksklusif

Bukan ASI eksklusif merupakan pemberian ASI yang ditambah dengan makanan atau minuman lain selain ASI atau biasa dikenal dengan MP ASI pada usia anak kurang dari 6 bulan. Roesli (2000) mengatakan, bahwa pemberian bukan ASI eksklusif diberikan karena kurangnya pengetahuan, pemahaman tentang ASI eksklusif, dan pengaruh susu formula.

2.3.2 Faktor-Faktor Pemberian bukan ASI Eksklusif

Hasil penelitian oleh beberapa ahli disebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif dapat berupa faktor internal maupun faktor eksternal. Adapun faktor internal yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif adalah sebagai berikut.

a. Usia

Suratmaja (1997) dalam Pertiwi (2012) mengatakan bahwa usia ibu dikelompokkan menjadi ≤ 30 tahun dan > 30 tahun berdasarkan usia efektif dalam memproduksi ASI. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi (2012) diketahui sebesar 61,3% ibu yang memberikan ASI Eksklusif berusia ≤ 30 tahun. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa sebanyak 86% usia tersebut berkisar antara 20-35 tahun. Pembesaran payudara terjadi pada setiap siklus ovulasi dari awal menstruasi sampai usia 30 tahun, namun terjadi degenerasi payudara dan kelenjar penghasil ASI secara keseluruhan setelah usia 30 tahun.

b. Pengetahuan

DeLaune & Ladner dalam Pertiwi (2012) mengatakan bahwa pengalaman hidup dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Ibu dengan primipara cenderung belum memiliki pengalaman yang cukup. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi (2012) hanya sebesar 5% yang memberikan ASI eksklusif. Hasil penelitian oleh Ida (2012), pengetahuan sangat berpengaruh pada pemelihan penguasaan ASI eksklusif yaitu sebesar 66,3% ibu memiliki pengetahuan yang kurang terkait ASI eksklusif, sehingga penggunaan ASI eksklusif tidak dilakukan.

c. Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan ibu yang tidak optimal, dapat menghambat pemberian ASI Eksklusif dengan menggantikan menggunakan susu formula dikarenakan takut tertular. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 44,3% ibu memberikan pernyataan bahwa khawatir bayi tertular jika memberikan ASI pada saat sakit sehingga digantikan dengan susu formula.

d. Persepsi

Hasil penelitian yang didapatkan sebesar 48,1% ibu merasa perlu untuk memberikan minuman selain ASI dikarenakan bayi sering menangis. Sebesar 55,7% ibu memiliki persepsi negatif terkait kebiasaan bayi pada saat menyusui. Besarnya persepsi negatif ini merupakan salah satu penghambat pemberian ASI eksklusif (Pertiwi, 2012).

Selain faktor internal, faktor eksternal juga dapat dapat mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif. Adapun faktor eksternal yang dapat mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi (2012) adalah sebagai berikut.

a. Pendidikan

Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) diketahui bahwa tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI eksklusif sebesar 67,9% yaitu tingkat pendidikan menengah (SMP-SMA). Hasil penelitian oleh Ida (2012), diketahui bahwa pendidikan yang mempengaruhi sebesar 20,3% telah menamatkan SMP, dan 49,4% berpendidikan SMA.

b. Pekerjaan

Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) diketahui bahwa 67% ibu tidak bekerja. Pekerjaan berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu yang dapat mempengaruhi terhambatnya pemberian ASI eksklusif. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa pekerjaan yang sangat berpengaruh pada tidak terlaksananya ASI eksklusif adalah karyawan swasta yang menuntut ibu untuk selalu meninggalkan rumah.

c. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan terhadap pemberian ASI eksklusif diukur dengan adanya dukungan dan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) didapatkan sebesar 50,9% kurang mendapat dukungan. Kurangnya dukungan ini dapat berpengaruh pada kurangnya rasa percaya diri dan kurangnya informasi yang diperlukan.

d. Dukungan Orang Terdekat

Hasil penelitian Pertiwi (2012) didapatkan hasil sebesar 99% ibu mendapat dukungan dari suami. Dukungan ini berbentuk pemberian informasi dan kata-kata yang memotivasi. Dukungan ini akan memberikan dampak pada lancarnya pengeluaran ASI, sehingga ASI eksklusif dapat dilakukan.

e. Promosi Susu Formula

Hasil penelitian Pertiwi (2012) didapatkan bahwa 62,3% ibu mengatakan bahwa iklan susu formula membantu ibu dalam memiliki nutrisi tambahan. Gencarnya promosi susu formula dan pemberian pemerintah secara cuma-cuma memberikan dampak pada tidak terlaksananya ASI eksklusif.

f. Budaya

Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) didapatkan sebesar 71,7% responden memberikan ASI eksklusif sesuai dengan tradisi, dan 38,7% responden memberikan makanan dan minuman selain ASI karena tradisi. Beberapa daerah di Indonesia yang memberikan makanan dan minuman selain ASI sebelum usia enam bulan adalah Cigugur, To Bungu, Lombok dan Betawi. Kepercayaan budaya yang sangat kental menyebabkan ibu tidak memberikan ASI eksklusif.

2.3.3 Jenis Makanan bukan ASI Eksklusif

Ibu yang kurang memahami pentingnya ASI eksklusif cenderung memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi khususnya < 6 bulan. MP-ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi pada anak usia 6-24

bulan guna memenuhi gizi selain ASI (Depkes, 2006). Maryunani (2012) mengatakan bahwa, MP-ASI yang sering diberikan atau dicampurkan pada bayi usia < 6 bulan, diantaranya adalah susu formula, jeruk, madu, pisang, bubur susu, bubur tim, dan air putih.

a. Pisang

Pepaya memiliki kandungan kalori yang tinggi, dan merupakan sumber vitamin A dan C. Kalori yang terdapat pada pepaya sebanyak 105 kkal. Kandungan tersebut melebihi kebutuhan bayi, yaitu kalori sebesar 55 kkal.

b. Bubur Susu

Bubur susu mengandung kalori dan protein. Kandungan kalori pada bubur susu 160-210 kkal. Jumlah kalori ini melebihi kebutuhan bayi yaitu sebesar 55 kkal.

c. Bubur tim

Bubur tim mengandung kalori tinggi, yaitu sebesar 100 kkal. Kandungan ini melebihi kebutuhan bayi yaitu sebesar 55 kkal.

d. Madu

Madu memiliki kalori yang tinggi, yaitu sebesar 3.280 kkal. Kandungan ini melebihi kebutuhan bayi yaitu 55 kkal.

e. Jeruk

Jeruk memiliki kandungan vitamin C sebesar 116 mg. Jumlah ini melebihi kebutuhan bayi sebesar 60 mg.

f. Air Putih

Air putih akan menyebabkan bayi merasa kenyang sehingga anak tidak mau menyusui. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian air putih sebelum usia 6 bulan dapat mengurangi asupan ASI hingga 11%.

2.3.4 Risiko Pemberian Bukan ASI Eksklusif

MP-ASI merupakan makanan pendamping yang baik digunakan pada bayi usia lebih dari 6 bulan, sedangkan pada bayi dengan usia dibawah 6 bulan MP-ASI tidak baik digunakan. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini yaitu pada bayi yang belum waktunya akan menimbulkan berbagai risiko bagi kesehatan bayi. Adapun risiko tersebut menurut Maryunani (2012) adalah sebagai berikut.

a. Rusaknya Sistem Pencernaan

Rusaknya sistem pencernaan dikarenakan perkembangan usus bayi dan pembentukan enzim yang dibutuhkan untuk pencernaan memerlukan waktu 6 bulan, seperti asam lambung, pepsin, lipase, amilase. Sebelum sampai usia ini, ginjal belum cukup berkembang untuk dapat menguraikan sisa yang dihasilkan oleh makanan padat.

b. Tersedak

Tersedak disebabkan karena koordinasi syaraf otot (neuromuscular) bayi belum cukup berkembang untuk mengendalikan gerak kepala dan leher. Bayi masih sulit menelan makanan dengan menggerakkan makanan dari bagian depan ke bagian belakang mulutnya, karena gerakan ini melibatkan susunan refleks yang berbeda dengan minum susu.

c. Alergi

Saat bayi berusia < 6 bulan, sel disekitar usus belum siap untuk kandungan dari makanan, sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi.

d. Gizi Lebih

Gizi lebih dapat terjadi akibat asupan makanan yang melebihi jumlah kebutuhan bayi.

2.4 Konsep Gizi Lebih

2.4.1 Pengertian Gizi Lebih

Persagi (2009) mengatakan bahwa, gizi lebih adalah suatu keadaan dimana pemenuhan kebutuhannya melampaui batas lebih dari cukup dalam waktu yang lama. Anak dapat dikatakan mengalami gizi lebih apabila memiliki nilai *Z-score* yang diperoleh $> +2$ SD (Buku Saku Anthropometri, 2010). Gizi lebih menunjukkan adanya peningkatan berat badan yang melebihi batas kebutuhan skeletal dan fisik sebagai akibat dari akumulasi lemak yang berlebihan di dalam tubuh (Hasdianah *at al*, 2013). Penumpukan lemak yang berlebihan ataupun abnormal dapat mengganggu kesehatan. Kelebihan lemak dalam tubuh umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan, sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya (Misnadierly, 2007).

Terjadinya gizi lebih lebih ditentukan oleh terlalu banyaknya makan, terlalu sedikitnya aktivitas atau latihan fisik, maupun keduanya (Misnadierly, 2007).

Soetjingsih (2014) mengatakan bahwa, beberapa ahli menyatakan semakin panjang ikat pinggang maka akan semakin pendek umurnya, dengan kata lain semakin gemuk atau mencapai obesitas maka akan banyak penyakit yang menyerang sehingga memiliki umur yang tidak panjang. Gizi lebih adalah suatu kondisi kronik yang erat hubungannya dengan peningkatan risiko sejumlah penyakit degeneratif (Hasdianah *at al*, 2013).

Serangkaian pernyataan diatas, dapat disimpulkan bahwa gizi lebih merupakan permasalahan mengenai berat badan, yang diakibatkan oleh kurangnya aktivitas atau latihan fisik, yang ditunjukkan dengan adanya penumpukan lemak secara berlebih di jaringan subkutan atau sekitar organ tubuh serta terjadi perluasan ke jaringan organ lainnya sehingga menyebabkan permasalahan kesehatan.

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Gizi Lebih

Faktor terjadinya gizi lebih dibagi menjadi dua, yaitu langsung dan tidak langsung. Faktor yang mempengaruhi obesitas secara langsung menurut Hayati (2009) adalah sebagai berikut.

a. Genetik

Faktor genetik berasal dari orang riwayat kesehatan tuanya. Pengaruh faktor tersebut sebenarnya belum terlalu jelas sebagai penyebab kegemukan. Namun demikian, ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa genetik merupakan faktor penguat terjadinya gizi lebih. Penelitian mengatakan bahwa anak dari orang tua yang mempunyai berat badan normal mempunyai 10% resiko

terjadi gizi lebih. Apabila salah satu orang tuanya menderita gizi lebih, maka risiko meningkat menjadi 40–50%. Apabila kedua orang tuanya mengalami kegemukan maka balita berisiko terjadi gizi lebih sebesar 60–70% (Hasdianah *at al*, 2013).

b. Mengonsumsi ASI

Pemberian ASI memberikan manfaat salah satunya dalam mencegah gizi lebih pada balita. Pipes dalam Hayati (2009) mengatakan bahwa, pemberian susu formula dan makanan semi solid dapat menyebabkan gizi lebih. Penyebab gizi lebih yakni dapat dipengaruhi oleh kondisi masa kecil (*childhood conditioning*) yang salah satunya turunan dari ialah *infancy eating* dan *maladjustment*, sehingga dapat diartikan bahwa bayi yang terlalu dini diberikan makanan pendamping ASI memiliki kalori didalam tubuh yang berlebih.

Faktor penyebab gizi lebih secara tidak langsung menurut Hayati (2009) adalah sebagai berikut.

a. Tingkat pengetahuan ibu

Ibu merupakan sosok yang paling penting dalam menentukan status gizi anggota keluarganya. Seorang ibu dituntut untuk mampu memiliki pengetahuan lebih mengenai gizi yang diberikan kepada anggota keluarganya. Pemilihan nutrisi juga sangat penting diketahui ibu, hal ini terkait dengan pemilihan jenis makanan yang sesuai dengan usia balita.

b. Pandangan masyarakat

Banyak masyarakat yang memiliki pandangan bahwa anak dengan badan yang gemuk menandakan bahwa anak tersebut memiliki tubuh yang sehat (Soetjiningsih, 2014). Pandangan ini banyak diasumsikan oleh orang tua yang belum memiliki wawasan ilmiah bahwasannya gemuk adalah suatu keadaan patologis yang akan menyebabkan beberapa penyakit dikemudian hari.

c. Anak dengan Kecacatan

Anak dengan kecacatan tertentu, misalnya tuna daksa akan cenderung memiliki risiko gizi lebih karena kurangnya aktivitas fisik akibat dari permasalahan fisiknya. Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa gizi lebih dapat terjadi pada anak dengan kondisi kecacatan apabila salah dalam cara pengasuhan terkait asupan makanan yang diberikan.

d. Meningkatnya Keadaan Sosial Ekonomi Seseorang

Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa gizi lebih dapat ditentukan dari kondisi keadaan sosial ekonomi seseorang. Orangtua cenderung memberikan segala yang diinginkan anak terkait dengan makanan apabila keadaan sosial ekonomi seseorang meningkat. Sebaliknya apabila orangtua dalam kondisi sosial ekonomi rendah, maka asupan makanan yang diberikan pada anak cenderung kurang dan terbatas.

2.4.3 Ciri-ciri Gizi Lebih

Purnamawati (2009) dan Hayati (2009) mengatakan, bahwa secara klinis gizi lebih mudah dikenali dengan ciri-ciri sebagai berikut, antara lain:

- a. wajah membulat;
- b. pipi tembam;
- c. dagu rangkap;
- d. leher relatif pendek;
- e. banyak lipatan pada perut;
- f. kedua tungkai berbentuk x dengan kedua pangkal paha bagian dalam saling menempel dan bersentuhan;
- g. pada laki-laki penis terlihat lebih kecil karena tersembunyi jaringan lemak suprapubik;
- h. adanya pertumbuhan cepat dengan ketidakseimbangan antara berat badan dan tinggi badan;
- i. kepala nampak lebih kecil dari pada tubuh.

2.4.4 Patofisiologi Gizi Lebih

Gizi lebih merupakan suatu keadaan yang menyatakan terdapat gangguan pada ketidakseimbangan antara asupan kalori dan pengeluaran kalori melalui aktivitas. Sebanyak 90% gizi lebih terjadi akibat gaya hidup yang tidak sehat, salah satu faktornya adalah asupan makanan yang melebihi kebutuhan tanpa diimbangi aktivitas yang cukup (*sedentary lifestyle*) yaitu gaya hidup dengan tidak banyak bergerak (Hasdianah *at al*, 2013).

Gizi lebih merupakan suatu keadaan yang dapat dikategorikan menurut jumlah sel lemak yang terbagi menjadi jumlah sel lemak normal tetapi terjadi pembesaran sel (hipertrofi), jumlah sel lemak meningkat (hiperplasi), dan gabungan diantara keduanya yaitu hipertrofi dan hiperplasi. Soetdjningsih (2014) mengatakan, bahwa pada gizi lebih terjadi hiperplasi dan hipertrofi yang sering terjadi pada masa kanak-kanan sampai dewasa. Soetjningsih (2014) mengatakan bahwa, gizi lebih pada anak terjadi jika intake kalori berlebihan terutama pada tahun pertama kehidupan dan metabolime lemak dalam tubuh menurun.

Metabolisme lemak dalam tubuh terjadi melalui dua proses, yaitu lipogenesis dan lipolisis. Lipogenesis merupakan proses deposisi lemak, meliputi proses sintesis asam lemak dan kemudian sintesis trigliserida yang terjadi di hati pada daerah sitoplasma dan mitokondria, serta jaringan adiposa. Lipolisis merupakan suatu proses di mana terjadi dekomposisi kimiawi dan pelepasan lemak dari jaringan lemak.

Lipolisis adalah sebuah proses yang dapat menyebabkan obesitas tidak terjadi. Pada proses lipolisis, *Hormone Sensitive Lipase* (HSL) akan menyebabkan terjadinya hidrolisis trigliserida menjadi asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak yang dihasilkan akan masuk ke dalam pool asam lemak, dimana akan terjadi proses re-esterifikasi, dan beta oksidasi. Proses ini akan melepaskan asam lemak dan masuk ke dalam sirkulasi darah untuk menjadi substrat bagi otot skeletal, otot jantung, dan hati (Sakulat, tanpa tahun). Asam lemak akan dibentuk menjadi *Adenosina Trifosfat* (ATP) melalui proses beta oksidasi dan asam lemak

akan dibawa ke luar jaringan lemak melalui sirkulasi darah untuk kemudian menjadi sumber energi bagi jaringan yang membutuhkan.

Hormon insulin akan mengurangi mobilisasi asam lemak dari jaringan lemak dengan cara menghambat enzim trigliserid lipase. Mekanisme penghambatan ini terjadi melalui proses pengurangan *Adenosina Monofosfat Siklik* (siklik AMP) yang pada waktunya akan menghambat siklik *AMP dependent protein kinase* (Sakulat, tanpa tahun). Supresi lipolisis ini akan mengurangi jumlah asam lemak ke hati dan jaringan perifer. Berkurangnya asam lemak ke hati menjadikan asam keto berkurang. Insulin juga akan merangsang penggunaan asam keto ini oleh jaringan perifer sehingga tidak akan terjadi akumulasi asam ini di darah, sehingga gizi lebih dapat dicegah.

Gizi lebih dapat terjadi akibat tidak berjalannya mekanisme leptin, atau disebut dengan resisten leptin. Pada orang normal ketika asupan energi melebihi dari kebutuhan maka jaringan adiposa akan meningkat disertai dengan peningkatan leptin dalam darah kemudian merangsang *anorexigenic center* di hipotalamus supaya menurunkan produksi Neuropeptide Y (NPY) sehingga terjadilah penurunan nafsu makan dan asupan makanan. Demikian pula sebaliknya jika asupan energi kurang dari kebutuhan tubuh, maka jaringan adiposa berkurang dan terjadi rangsangan *orexigenic center* di hipotalamus menyebabkan peningkatan nafsu makan dan asupan makanan. Kedua kondisi inilah yang tidak terjadi pada orang dengan gizi lebih.

Intake kalori yang berlebihan pada masa bayi khususnya tahun pertama kehidupan akan disimpan dalam bentuk lemak. Penumpukan makanan bayi dapat

terjadi akibat dari pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini, terutama jika makanan tersebut memiliki kandungan karbohidrat, lemak, dan protein yang terlalu tinggi. Karbohidrat berlebih akan diabsorpsi menjadi glukosa, dimana glukosa merupakan sumber utama energi bagi tubuh dan disintesis menjadi glikogen. Lemak dan protein yang berlebihan akan disimpan sebagai lemak trigliserida dalam jaringan adiposa (Sherwood, 2011).

Soetjiningsih (2014) mengatakan, bahwa tingginya glukosa dalam darah dapat menyebabkan adanya resisten insulin, dimana insulin berfungsi sebagai lipolisis dan meingkatkan pembentukan jaringan lemak. Adanya glukosa darah yang tinggi akibat adanya resisten insuline menyebabkan tubuh mengirim sinyal kepada hipotalamus di hipofisis anterior untuk mensekresikan *growth hormone* dan *gonadotropin* (Sherwood, 2011). Sekresi kedua hormon tersebut akan memberikan dampak adanya percepatan pertumbuhan tulang dan pencapaian masa pubertas. Kondisi inilah yang menyebabkan terjadinya gizi lebih dan anak cenderung memiliki tubuh gemuk pendek.

2.4.5 Komplikasi Gizi Lebih

Soetjiningsih (2014) mengatakan bahwa komplikasi yang dapat ditimbulkan pada anak adalah sebagai berikut.

a. Terhadap Kesehatan

Gizi lebih tingkat ringan sampai sedang jarang menimbulkan permasalahan pada anak. Gizi lebih memiliki korelasi dengan berbagai penyakit diantaranya adalah penyakit infeksi.

b. Saluran Pernafasan

Bayi berisiko terjadi infeksi saluran pernafasan bawah, karena terbatasnya kapasitas paru-paru. Adanya hipertrofi tonsil dan adenoid akan mengakibatkan obstruksi saluran nafas bagian atas, sehingga mengakibatkan anoreksia dan saturasi oksigen rendah atau disebut dengan *Chubby Puffer Sindrom*. Permasalahan kesehatan yang bisa ditimbulkan seperti nafas pendek, *sleep apnea* (Chiningham *at al*, 2013).

c. Kulit

Permasalahan pada kulit adalah sering terjadinya gesekan sehingga menyebabkan kulit anak menjadi lecet, anak sering merasa gerah, miliaria, maupu jamur pada lipatan kulit.

d. Ortopedi

Anak dengan gizi lebih berisiko memiliki kelainan ortopedi seperti Legg-Perthee Disease, GenuValgum, Slipped Femoral Capital Epiphyses, dan Tibia Vera. Gangguan lainnya yang dapat muncul pada anak dengan obesitas adalah osteoarthritis, dan trombosis vena profunda (Chuningham *at al*, 2013).

Jika kondisi gizi lebih berlanjut pada masa dewasa, maka permasalahan yang dihadapi semakin kompleks, diantaranya adalah hipertensi masa adolesensi, hiperlipidemia, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, hipertensi maligna pada dewasa, diabetes tipe 2, maturitas seksual lebih awal, dan sindrom pickwickian yang merupakan komplikasi paling berat dari gizi lebih dewasa yaitu gangguan pada jantung dan pernafasan, hipoventilasi dengan manifestasi polisitemia,

hipoksemia, sianosis, pembesaran jantung, gagal jantung kongestif, dan somnolen. Penyakit lain yang dapat terjadi diantaranya kardiomiopati, dan stroke iskemik (Chunningham *at al*, 2013).

2.4.6 Penatalaksanaan Gizi Lebih

Penatalaksanaan gizi lebih dapat dilakukan dengan perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Kadarzi merupakan suatu perilaku yang dimiliki oleh keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya (Departemen Kesehatan RI, 2007). Perilaku yang dapat diterapkan menurut Departemen Kesehatan RI (2007) dan Hidayat *at al* (tanpa tahun) untuk penatalaksanaan gizi lebih, diantaranya sebagai berikut.

a. Menimbang berat badan secara teratur

Menimbang berat badan secara teratur dibutuhkan supaya ibu mampu mengenali masalah kesehatan gizi yang dialami balita, karena perubahan berat badan menggambarkan perubahan asupan nutrisi balita. Ibu yang secara teratur menimbang balita, akan mengetahui masalah yang dihadapi dan melakukan pencegahan ataupun mengatasi masalah baik secara mandiri ataupun dengan bantuan petugas kesehatan.

b. Memberikan ASI eksklusif pada bayi sejak lahir sampai usia enam bulan

ASI eksklusif merupakan makanan bagi bayi yang paling sempurna, bersih dan sehat. ASI eksklusif juga mampu mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya sampai usia minimal 6 bulan dan dapat dilakukan sampai bayi berusia 2 tahun.

c. Peran serta orang tua dan anggota keluarga

Orang tua sangat berpengaruh dalam memilih asupan nutrisi pada balita, karena anak dengan usia ini merupakan konsumen pasif yang hanya menerima makanan dan minuman dari ibu.

2.5 Penilaian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun

Pengukuran obesitas dapat dengan berbagai cara. Purnamawati (2009) mengatakan, bahwa teknik yang dapat digunakan untuk menentukan akumulasi lemak dalam tubuh seseorang, antara lain sebagai berikut:

2.5.1 mengukur dan menghubungkan berat badan dengan tinggi badan menggunakan *Body Mass Index* (BMI);

2.5.2 menghubungkan berat badan, umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit menggunakan analisis antropometri;

2.5.3 mengukur lemak subkutan dengan mengukur tebal lipatan kulit;

2.5.4 variasi lingkar badan, misalnya menggunakan rasio dari pinggang dan panggul.

2.5.5 Penilaian Gizi Lebih secara Anthropometri

Anthropometri berasal dari bahasa latin *Anthropos* yang berarti tubuh dan *metros* yang artinya ukuran (Supriasa, 2014). Anthropometri dapat diartikan sebagai pengukuran pada tubuh manusia. Anthropometri dapat digunakan untuk melihat adanya gangguan pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supriasa, 2014). Pengukuran

menggunakan anthropometri, biasanya digunakan apabila terdapat ketidakseimbangan antara protein dan energi. Pengukuran anthropometri memiliki beberapa keuntungan atau kelebihan, dimana kelebihanannya yaitu diantaranya adalah alatnya mudah didapat dan digunakan, pengukuran dapat dilakukan secara berulang, mudah dan obyektif, pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga latih, biayanya relatif murah, hasil mudah disimpulkan karena mempunyai ambang batas dan baku rujukannya jelas (Supriasa, 2014). Lee dan Nieman (2007) mengatakan, bahwa hasil yang diperoleh dari anthropometri dapat digunakan sebagai indikator sensitif dari kesehatan, perkembangan, pertumbuhan bayi dan anak, dan dapat digunakan untuk mengevaluasi status gizi apakah berupa obesitas yang disebabkan oleh gizi lebih atau kurus yang disebabkan oleh Kurang Energi Protein (KEP). Anthropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter, dimana parameter yang digunakan adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia antara lain, umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit. Parameter yang umum digunakan untuk mengetahui nilai gizi individu adalah umur, berat badan dan tinggi badan.

a. Umur

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan gizi lebih anak. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Kesalahan yang sering muncul adalah adanya kecenderungan untuk memilih angka yang mudah seperti 1 tahun, 1,5 tahun, 2 tahun. Penentuan umur anak perlu

dihitung dengan cermat. Buku Saku Antropometri (2010) menyebutkan, bahwa perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan.

b. Berat badan

Berat badan merupakan ukuran anthropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi. Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang (Supriasa, 2014). Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan paling banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, hanya saja tergantung pada ketetapan umur, tetapi kurang dapat menggambarkan kecenderungan perubahan situasi gizi dari waktu ke waktu.

c. Tinggi badan

Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu. Tinggi badan dapat digunakan untuk anak umur di atas 24 bulan dengan cara berdiri, sedangkan umur di atas 24 bulan yang diukur tertentang, hasilnya dikurangi 0,7 cm (Buku Saku Antropometri, 2010).

Parameter anthropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter disebut indeks antropometri. Indeks anthropometri yang sering digunakan untuk mengetahui status gizi adalah

menggunakan Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

a. Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan merupakan salah satu ukuran anthropometri yang menunjukkan gambaran massa tubuh (otot dan lemak). Berat badan merupakan ukuran yang sangat labil, karena massa tubuh sangat sensitif pada terjadinya penyakit infeksi dan nafsu makan. Indeks berat badan menurut umur (BB/U) dapat dijadikan sebagai salah satu indikator status gizi, karena indeks BB/U memiliki sifat pada keadaan normal keadaan kesehatan yang baik dapat berpengaruh pada zat gizi terjamin, dan berat badan tumbuh berdasarkan usia. Sifat kedua adalah pada keadaan abnormal, tubuh akan memiliki dua kompensasi yaitu tumbuh secara cepat atau tumbuh secara lambat dari keadaan yang semestinya. Indeks berat badan menurut usia (BB/U) memiliki kelebihan dan kekurangan untuk diterapkan.

Supriasa (2014) mengatakan bahwa kelebihan indeks BB/U, antara lain:

- 1) dapat lebih mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum;
- 2) baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis
- 3) sensitif untuk melihat perubahan status gizi jangka pendek;
- 4) dapat mendeteksi kegemukan (*overweight*).

Supriasa (2014) mengatakan, bahwa kekurangan indeks BB/U, antara lain:

- 1) interpretasi akan salah apabila terdapat oedema;
- 2) memerlukan data usia yang akurat;

- 3) sering terjadi salah pengukuran akibat pengaruh pakaian atau anak bergerak saat ditimbang;
- 4) memiliki hambatan sosial budaya, misalnya orang tua tidak bersedia menimbang anaknya karena seperti barang dagangan.

b. Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Indeks TB/U merupakan gambaran dari pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan akan sejalan dengan pertumbuhan usia. Tinggi badan merupakan indeks yang mampu menggambarkan status masa lalu. Kurangnya zat gizi akan berdampak pada tinggi badan. Tinggi badan massa balita sangat mempengaruhi tinggi badan pada masa dewasa.

Supriasa (2014) menyebutkan, bahwa keuntungan penggunaan indeks TB/U adalah sebagai berikut:

- 1) baik digunakan untuk menilai status gizi masa lampau;
- 2) ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.

Supriasa (2014) mengatakan, bahwa kekurangan penggunaan indeks TB/U adalah sebagai berikut:

- 1) tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun;
- 2) penggunaan relatif sulit karena anak harus berdiri tegak
- 3) ketepatan umur sulit ditebak.

c. Indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Pada keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB.TB merupakan indikator yang paling baik untuk menilai status gizi saat ini (Supriasa, 2014). Indeks BB/TB merupakan indeks yang independen terhadap umur.

Supriasa (2014) mengatakan, bahwa keuntungan indeks BB/TB adalah:

- 1) tidak memerlukan data umur;
- 2) dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, kurus).

Kelemahan indeks TB/BB menurut Supriasa (2014), adalah:

- 1) tidak dapat memberikan gambaran tinggi anak menurut umur;
- 2) dalam praktik kesulitan untuk mengukur tinggi maupun panjang badan;
- 3) membutuhkan dua alat ukur;
- 4) pengukuran lebih lama.

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

Penetapan intervensi perbaikan gizi tergantung pada cara menilai status gizi seseorang. Penetapan pengukuran penilaian status gizi dengan cara pengukuran anthropometri, karena lebih mudah dilakukan dibandingkan cara penilaian status gizi lain, terutama didaerah pedesaan (Supriasa, 2014).

Rumus IMT dapat digunakan menggunakan rumus berikut.

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (Kg)}}{\text{TB}^2(\text{m}^2)}$$

Keterangan:

BB : berat badan dalam kilogram (kg)

TB : tinggi badan dalam meter (m)

Tabel 2.2 Perbedaan Indeks Anthropometri

Indeks	Kelebihan	Kelemahan
BB/U	<ol style="list-style-type: none"> Baik digunakan untuk mengukur status gizi akut/kronis Berat badan berfluktuasi Sensitif terhadap perubahan kecil 	<ol style="list-style-type: none"> Umur sulit ditaksir secara tepat
TB/U	<ol style="list-style-type: none"> Baik digunakan menilai gizi masa lampau Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa 	<ol style="list-style-type: none"> Tinggi badan sulit naik dan tidak turun Pengukuran repetif sulit, anak harus berdiri tegak Ketepatan umur sulit
BB/TB	<ol style="list-style-type: none"> Tidak memerlukan data umur Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, kurus) 	<ol style="list-style-type: none"> Membutuhkan 2 macam alat ukur Pengukuran lebih lama Membutuhkan 2 orang untuk melakukannya

Sumber: Sri Hartini (1983) dalam Supriasa (2014).

2.5.6 Penggunaan Indeks Anthropometri

Indeks anthropometri perlu dilakukan interpretasi dengan menggunakan ambang batas. Penentuan ambang batas yang paling umum digunakan adalah dengan memakai Standar Deviasi (SD) atau disebut juga *Z-score* serta persen terhadap median.

a. Persen terhadap median

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi yang dinyatakan dalam 100%, dimana di dalam anthropometri gizi median sama dengan presentil 50 (Supriasa, 2014). Rumus penghitungan persen terhadap median adalah sebagai berikut.

$\text{Indeks BB/U} = \frac{\text{Berat badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median BB pada umur tertentu}} \times 100\%$
$\text{Indeks TB/U} = \frac{\text{Tinggi badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median TB pada umur tertentu}} \times 100\%$
$\text{Indeks BB/TB} = \frac{\text{Berat badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median BB pada TB tertentu}} \times 100\%$

b. Standar Deviasi Unit

Standar deviasi unit atau juga disebut *z-score* merupakan pengukuran yang menggambarkan pertumbuhan individu yang sesuai digunakan pada negara yang relatif gizinya kurang sebagai pengganti persen terhadap median baku rujukan (Supriasa, 2014). Pengukuran (*Z-score*) dapat diperoleh dengan mengurangi Nilai Individual Subjek (NIS) dengan Nilai Median Baku Rujukan (NMBR) pada umur yang bersangkutan, hasilnya dibagi dengan Nilai Simpang Baku Rujukan (NSBR). Rumus yang dapat digunakan adalah sebagai berikut.

$Z\text{-Score} = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$
--

Nilai simpang baku rujukan adalah selisih kasus dengan standar, yaitu $+1$ SD atau -1 SD. Apabila indikator pada kasus lebih besar dari pada nilai median baku rujukan, maka nilai simpang baku rujukannya di peroleh dengan mengurangi $+1$ SD dengan median. Tetapi jika indikator kasus lebih kecil dari pada nilai median baku rujukan, maka nilai simpang baku rujukannya menjadi median dikurangi dengan -1 SD.

2.5.7 Pengukuran Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun

Penentuan status gizi anak dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya yaitu pemeriksaan klinis, biokimia, biofisik dan anthropometri. Diantara keempat cara tersebut, metode anthropometri merupakan pengukuran status gizi yang sering digunakan. Indikator anthropometri yang dapat digunakan untuk menilai status gizi khususnya usia balita antara lain adalah BB/U, PB/U, dan BB/TB (Sunarti, 2004). BB/U lebih menggambarkan status gizi balita saat ini, karena berat badan mencerminkan kondisi *outcome* tentang status gizi pada masa sekarang. TB/U mencerminkan status gizi masa lalu, karena tinggi badan merupakan *outcome* kumulatif status gizi sejak dilahirkan hingga saat sekarang. Sedangkan BB/PB merupakan indikator global keadaan gizi.

Pengukuran status gizi tidak bisa dilakukan hanya dengan melihat indikator BB/U, TB/U. BB/TB. Untuk menyatakan bahwa indikator tersebut normal, lebih rendah atau lebih tinggi dapat dibandingkan dengan baku rujukan. Indonesia belum memiliki standar baku tersendiri, sehingga standar WHO/MGRS dapat digunakan untuk menilai status gizi balita. Standar *Multicentre Growth*

Reference Study (MGRS) merupakan standar terbaru yang dapat digunakan sebagai baku rujukan setelah baku rujukan *National Center for Health Statistics* (NCHS). Jaringan Informasi Pangan dan Gizi (2008) menyebutkan, bahwa kelebihan MGRS dibandingkan dengan NCHS, adalah sebagai berikut:

- a. WHO NCHS tidak mempertimbangkan faktor lingkungan, sedangkan MGRS memasukkan variabel lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan bayi, seperti kebiasaan menyusui eksklusif, tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol;
- b. WHO NCHS memberikan penjelasan pencapaian pertumbuhan anak-anak yang sehat (deskriptif), sedangkan WHO MGRS menggambarkan bagaimana anak-anak harus tumbuh (preskriptif);
- c. WHO NCHS multi ras, satu negara, sedangkan WHO MGRS multi ras, multi negara;
- d. pengukuran yang dilakukan pada WHO NCHS adalah setiap 3 bulan, 6 bulan, potong lintang. Sedangkan WHO MGRS, frekuensi pengukuran lebih sering, yaitu mingguan, bulanan (sesuai dilakukan pada untuk bayi usia 0-24 bulan) potong lintang pada anak 18-72 bulan.

Kriteria inklusi penggunaan standar anthropometri WHO MGRS menurut Jafar (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) kondisi sosial ekonomi, lingkungan;
- 2) cukup bulan, tunggal;
- 3) tidak sakit;
- 4) ibu tidak merokok, alkohol;

- 5) makanan bayi dan anak optimal;
- 6) eksklusif/predominantly sekurangnyanya 4 bulan;
- 7) diteruskan menyusui sampai sekurangnyanya 12 bulan;
- 8) dikenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan.

Indikator anthropometri tidak dapat dilakukan, tanpa menggunakan indeks anthropometri. Indeks anthropometri dapat dilakukan dengan persen terhadap median dan standar deviasi unit. Standar deviasi unit atau juga disebut *z-score* merupakan pengukuran yang menggambarkan pertumbuhan individu yang cocok digunakan pada negara yang relatif gizinya kurang sebagai pengganti persen terhadap median baku rujukan (Supriasa, 2014). Sehingga dapat disimpulkan, bahwa penggunaan pengukuran status gizi *Z-score* indeks BB/U, TB/U dan BB/TB menggunakan rujukan WHO/MGRS sesuai digunakan untuk menilai status gizi balita di Indonesia.

Rumus penggunaan *Z-score* dapat digunakan adalah sebagai berikut.

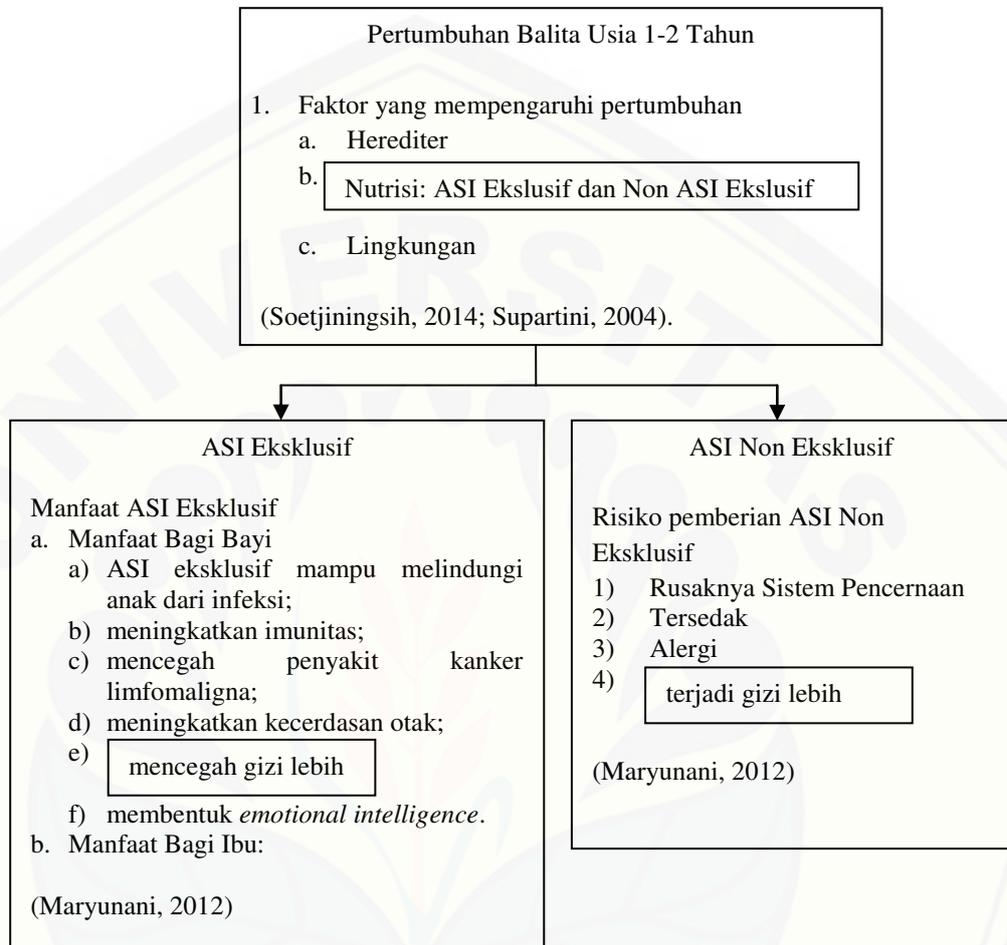
$$Z\text{-Score} = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Tabel 2.3 Penilaian Status Gizi berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, BB/TB Standart Baku Antropometri WHO-MGRS

Indikator	Status Gizi	Keterangan
Berat badan menurut umur (BB/U)	1) Status gizi baik	2 SD sampai 2 SD
	2) Status gizi kurang	3 SD sampai < -2 SD
	3) Status gizi sangat kurang	< - 3 SD
	4) Status gizi lebih	>+2 SD
Panjang Badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB)	1) Normal	2 SD sampai 2 SD
	2) Pendek	3 SD sampai <-2 SD
	3) Sangat Pendek	< - 3 SD
	4) Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut panjang badan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)	1) Sangat gemuk	> 3 SD
	2) Gemuk	> 2 SD sampai 3 SD
	3) Risiko gemuk	> 1 SD sampai 2 SD
	4) Normal	2 SD sampai 2 SD
	5) Kurus	3 SD sampai < -2 SD
	6) Sangat Kurus	< - 3 SD

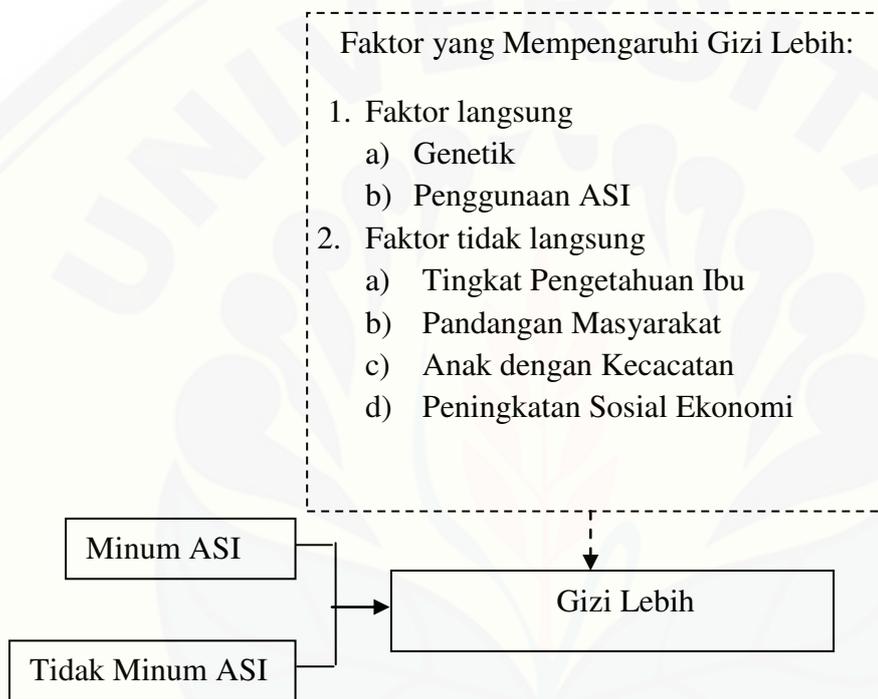
Sumber: Buku Saku Antropometri (2010).

2.6 Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

-  = diteliti
-  = tidak diteliti
-  = berhubungan
-  = berpengaruh

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara sebuah penelitian. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau suatu asumsi tentang hubungan dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada perbedaan balita usia 1-2 tahun yang tidak minum ASI terhadap kejadian Gizi Lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Tingkat kepercayaan yang diinginkan pada penelitian ini adalah 95% ($\alpha = 0,05$).

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

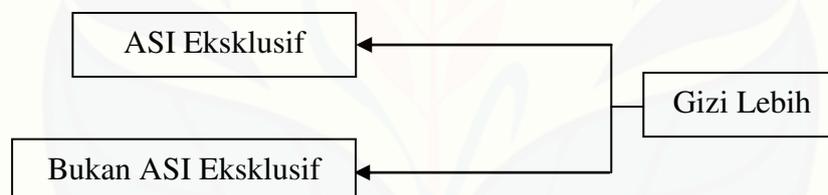
Nursalam (2011) mengatakan, bahwa desain penelitian adalah suatu tahapan yang sangat penting dalam penelitian. Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti yang erat kaitannya dengan kerangka konsep sebagai petunjuk perencanaan pelaksanaan suatu penelitian. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian diskriptif analitik, yaitu difokuskan pada pengkajian suatu fenomena berdasarkan fakta empiris yang terdapat di lapangan (Nursalam, 2011).

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian non-eksperimental. Jenis rancangan yang digunakan adalah komparatif *case control*. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa jenis rancangan penelitian komparatif termasuk dalam non-eksperimental yang sering digunakan pada penelitian klinis maupun komunitas.

Jenis penelitian *case control* merupakan pengukuran yang dilakukan secara retrospektif. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa pengukuran *case control* dilakukan pada variabel dependen terlebih dahulu, sedangkan variabel independen ditelusuri secara retrospektif untuk menentukan ada tidaknya faktor variabel independen yang berperan.

Penelitian ini menggunakan dua variabel, yakni variabel independen dan variabel dependen. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa variabel independen merupakan variabel yang nilainya menentukan variabel lain, dan biasanya dimanipulasi, diamati, serta diukur untuk mengetahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain.

Variabel independen pada penelitian ini adalah perbedaan pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif. Variabel kedua yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel dependen. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa variabel dependen merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain, yang akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian gizi lebih balita usia 1-2 tahun.



Gambar 4.1 Desain Penelitian Retrospektif

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misal, manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Nursalam (2011) mengatakan, bahwa dalam penentuan populasi harus mempertimbangkan biaya, praktik, kemampuan orang yang berpartisipasi dalam penelitian, serta

pertimbangan rancangan penelitian. Sastroasmoro dan Ismail (1995) dalam Nursalam (2011) mengatakan penentuan populasi meliputi populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling yang bersifat umum dan dibatasi oleh karakteristik demografi, sedangkan populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau dan mewakili populasi target. Populasi target dalam penelitian ini adalah balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember, sedangkan populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember yaitu sebanyak 39 balita.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2011). Sampel penting untuk diambil karena sampel dapat menghemat biaya, waktu, keterbatasan peneliti, lebih cepat, informasi yang mendalam serta dapat mewakili seluruh gambaran sampel karena sifatnya adalah homogen. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa terdapat syarat sampel yang harus diperhatikan oleh peneliti yaitu representatif dan sampel harus cukup banyak. Penelitian saat ini menggunakan jumlah sampel sebanyak 36 balita, dengan sisanya mengalami *drop out*. Sastroasmoro dan Ismael (2010) mengatakan, bahwa *drop out* dapat ditoleransi

dengan nilai sebesar 10%. Pada penelitian saat ini *drop out* masih dapat ditoleransi, yaitu 3 balita dengan jumlah *drop out* maksimal adalah 4 balita.

4.2.3 Teknik Sampling

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2011). Sampel penting untuk diambil karena sampel dapat menghemat biaya, waktu, keterbatasan peneliti, lebih cepat, informasi yang mendalam serta dapat mewaiki seluruh gambaran sampel karena sifatnya homogen. Jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan sampel jenuh. Sampel jenuh adalah cara pengambilan sampel dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel (Hidayat, 2007). Penggunaan sampel jenuh ini dipakai apabila jumlah populasi sedikit, atau peneliti ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 36 balita.

4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Kriteria sampel atau subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2011). Penentuan kriteria inklusi harus didasarkan pada pertimbangan ilmiah oleh peneliti.

Adapun kriteria inklusi penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) bersedia menjadi responden dengan menyetujui pernyataan sebagai responden;
- 2) merupakan penduduk Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember;
- 3) balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih;
- 4) pengisian kuesioner oleh ibu kandung;
- 5) kooperatif pada saat penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab lain (Nursalam, 2011). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) balita sedang menderita sakit yang dapat mengganggu jalannya penelitian, seperti diabetes mellitus, hipertensi, gangguan pernafasan;
- 2) tidak menetap tinggal di Desa Tanggul Kulon, sehingga sulit untuk ditindaklanjuti dalam penelitian;
- 3) menyatakan untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian diawali dengan pembuatan proposal yang dilakukan pada Bulan November 2014 sampai Februari 2015, dan dilanjutkan dengan penelitian pada Bulan Maret 2015.

4.5 Definisi Operasional

Definisi merupakan kata yang berasal dari bahasa Latin yaitu *definition*. Definisi operasional adalah suatu pernyataan dari suatu variabel dengan pernyataan yang dibuat sendiri tanpa menghilangkan makna yang sesungguhnya. Definisi perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya kekeliruan dalam mengartikan istilah (variabel), karena banyaknya perbedaan yang dikemukakan oleh beberapa ahli. Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi (Nursalam, 2011). Adapun definisi operasional penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel bebas: ASI Eksklusif	a. Riwayat bayi yang mendapatkan susu berasal dari kelenjar payudara ibu selama usia 0-6 bulan lamanya tanpa dicampur dengan pemberian makanan atau cairan lainnya. b. Riwayat bayi yang tidak mendapat susu berasal dari kelenjar payudara ibu selama usia 0-6 bulan lamanya atau mendapat air susu ibu dengan dicampur makanan atau cairan lainnya.	Hanya memberikan ASI saja sampai 6 bulan = memberikan ASI Eksklusif Tidak Menggunakan ASI sama sekali atau mencampurkan ASI dengan makanan dan minuman lain pada usia balita kurang dari 6 bulan = memberikan bukan ASI Eksklusif	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Ya ASI eksklusif = 1 Tidak ASI eksklusif = 0 b. Ya bukan ASI eksklusif = 0 Tidak bukan ASI eksklusif = 1
Variabel terikat: Kejadian Gizi Lebih	Hasil pengukuran nutrisi bayi yang menunjukkan nilai yang melebihi standar.	a. Kegemukan b. Obesitas	Timbangan, Rumus <i>Z-score</i> dengan indeks BB/U dan baku rujukan WHO/MGRS. >+2 = kegemukan >+3 = obesitas	Nominal	a. Kegemukan = 0 b. Obesitas = 1



4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain yang dilakukan sendiri oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan survei pada Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain (Setiadi, 2007). Data sekunder pada penelitian ini adalah data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 dan Puskesmas Tanggul Tahun 2015.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan pencatatan hasil wawancara dengan ibu balita dengan anak gizi lebih usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Langkah-langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Tahap pertama

Penelitian dilakukan setelah disetujui oleh dosen pembimbing dan penguji, maka peneliti mengajukan surat izin kepada Dinas kesehatan Kabupaten Jember untuk melakukan penelitian dan pengambilan data. Setelah

mendapatkan izin, kemudian dilakukan koordinasi dengan Puskesmas Tanggul. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penelitian di tempat tersebut. Peneliti melakukan pencarian data sekunder dari puskesmas mengenai jumlah anak dengan gizi lebih.

b. Tahap kedua

Peneliti melakukan bina hubungan saling percaya (BHSP) kepada responden dan menjelaskan tujuan dan maksud penelitian. Selanjutnya peneliti memberikan *informed consent* kepada orangtua sebagai tanda persetujuan bahwa responden bersedia menjadi responden penelitian sebelum dilakukan pengambilan data.

c. Tahap ketiga

Peneliti melakukan pengumpulan data pada responden dengan melakukan wawancara kepada ibu terkait variabel bebas, yaitu memberikan atau tidak memberikan ASI Eksklusif. Wawancara dilakukan dengan menanyakan beberapa pertanyaan yang tertera pada panduan kuesioner yang telah disediakan.

d. Tahap keempat

Tahap selanjutnya adalah peneliti mengolah data dengan menggunakan komputer setelah kuesioner terisi semua oleh responden. Data tersebut dimasukkan ke dalam program statistik komputer dan kemudian dilakukan *editing, coding, entry, dan cleaning*.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan indeks BB/U dengan melihat nilai *Z-score* dan baku rujukan WHO MGRS yang sebelumnya dilakukan pengukuran berat badan menggunakan timbangan, sedangkan pada variabel independen dilakukan wawancara berdasarkan panduan kuisisioner yang berisi pertanyaan terkait memberikan ASI Eksklusif atau bukan ASI Eksklusif. Wawancara dilakukan pada ibu yang memiliki balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih dan tentunya telah bersedia menjadi responden di Desa Tanggul Kulon.

Sistem penilaian pada lembar kuesioner pemberian ASI Eksklusif atau tidak memberikan ASI Eksklusif ditentukan dari jawaban responden. Jawaban tersebut dapat mengacu kepada pemberian ASI Eksklusif ataupun bukan ASI Eksklusif. Apabila respon memiliki jawaban yang sesuai dengan ciri-ciri penggunaan ASI Eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja selama balita berusia 6 bulan maka dapat dinyatakan bahwa responden menggunakan ASI Eksklusif. Jika responden memiliki jawaban tidak menggunakan ASI sama sekali atau mencampurkan makanan dan minuman lain sebelum usia balita 6 bulan, maka responden dinyatakan menggunakan bukan ASI Eksklusif.

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus

tertentu sehingga didapatkan informasi yang dibutuhkan (Setiadi, 2007). Berikut adalah kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dalam mengolah data, yaitu:

a. *Editing*

Editing merupakan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah disarankan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah kelengkapan jawaban, tulisan, relevansi jawaban (Setiadi, 2007).

b. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban penelitian yang akan diteliti oleh peneliti dengan pemberian kode pada setiap jawaban yang diberikan. *Coding* biasanya dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (Setiadi, 2007). Pemberian kode pada penelitian ini meliputi:

1) Variabel ASI Eksklusif

a) Tidak diberikan ASI Eksklusif = 0

b) Diberikan ASI Eksklusif = 1

2) Gizi Lebih

a) Kegemukan = 0

b) Obesitas = 1

c. *Entry*

Entry data adalah data variabel penelitian yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data. Memasukkan data dapat dengan cara manual atau melalui pengolahan komputer (Setiadi, 2007). Memasukkan data ke dalam program yang terdapat di komputer menggunakan *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS)

yaitu dengan menulis data yang sudah diberi kategori tersebut ke dalam tabel yang ada di SPSS.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, dengan melihat variable apakah data sudah benar atau belum. Data yang sudah dimasukkan diperiksa kembali sejumlah sampel dari kemungkinan data yang belum di *entry* (Notoatmodjo, 2010).

4.7.2 Teknik Analisa Data

Data yang telah diolah, selanjutnya dilakukan analisa data sehingga data dapat digunakan sebagai dalam pemngambilan keputusan (Setiadi, 2007).

Analisa yang dilakukan oleh pebeliti terdapat dua tahap, yaitu sebagai berikut.

a. Analisa deskriptif

Analisis deskriptif adalah sebuah analisis yang dilakukan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang akan diteliti oleh peneliti. Karakteristik yang paling umum yang terdapat pada penelitian ini dan sangat penting untuk diketahui adalah jenis kelamin, sedangkan karakteristik khusus pada penelitian ini adalah kedua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini adalah penggunaan ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif, sedangkan variabel dependen penelitian ini adalah balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih. Pada variabel independen dibedakan menjadi dua kategori, yaitu memberikan bukan ASI Eksklusif, dan memberikan ASI Eksklusif. Pada variabel

dependen gizi lebih balita usia 1-2 tahun dibedakan mejadi kategori kegemukan dan obesitas.

b. Analisa Inferensial

Jenis data pada analisa inferensial antara kedua variabel independen dan dependen adalah kategori dengan skala ukur nominal, maka analisis data yang dapat digunakan adalah dengan uji *Chi Square*. Analisis data menggunakan *Chi Square* digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan signifikan antara jumlah pengamatan suatu obyek tertentu pada tiap klasifikasi terhadap nilai hipotesisnya.

Chi Square merupakan uji non parametrik yang paling umum. Uji ini dapat dipakai untuk tingkatan skala ukur nominal. Pada dasarnya uji *Chi Square* digunakan untuk menentukan apakah frekuensi kejadian yang diobservasi pada kategori tertentu masuk ke dalam rentang frekuensi yang diharapkan pada kategori tersebut. Budiarto (2005) mengatakan, bahwa uji *Chi Square* dapat dilakukan apabila telah memenuhi syarat, yaitu memiliki ekspektasi > 5 . Nilai ekspektasi yang sangat kecil (< 5) akan menimbulkan taksiran yang berlebih (over estimae), sehingga banyak hipotesis yang akan di tolak. Menyiasati hal tersebut, jika terdapat nilai ekspektasi < 5 , maka uji yang dapat digunakan adalah dengan menggunakan uji *Fisher Exact Test*.

4.7 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu pedoman yang harus dipertimbangkan saat menggunakan manusia sebagai subjek penelitian. Etika penelitian harus dilakukan

supaya tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia sebagai klien. Nursalam (2011) mengatakan, bahwa prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak asasi manusia, dan prinsip keadilan.

4.8.1 Prinsip Manfaat

Etika penelitian yang termasuk prinsip manfaat adalah sebagai berikut.

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek khususnya jika menggunakan tindakan khusus. Pada penelitian ini tidak menggunakan intervensi, sehingga subjek penelitian akan bebas dari hal yang dapat mengakibatkan penderitaan yang merugikan pada subjek penelitian.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun. Partisipasi subjek dalam penelitian ini tidak dijadikan untuk kepentingan komersial, namun untuk sebagai wahana dalam menambah ilmu pengetahuan.

c. Risiko

Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan. Pada penelitian ini tidak

menggunakan tindakan baik invasif ataupun non-invasif, sehingga risiko dalam penelitian ini dapat diminimalkan sekecil mungkin.

4.8.2 Prinsip menghargai Hak-Hak Subjek

Etika penelitian terkait prinsip hak-hak subjek adalah sebagai berikut.

a. Hak untuk ikut atau tidak ikut menjadi responden

Subjek harus dilakukan secara manusiawi, dengan keputusan semua berada ditangan subjek tanpa ada paksaan untuk bersedia atau sangsi yang mempengaruhinya keputusannya. Pada penelitian ini terdapat *informed consent* yang dilakukan di awal sebelum subjek penelitian dijadikan responden, sehingga subjek dapat memilih atau menolak untuk dijadikan subjek penelitian. Pada *informen consent* perlu dicantumkan data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan

Peneliti harus memberikan penjelasan serta bertanggung jawab jika ada suatu yang terjadi kepada subjek. Pada penelitian ini dilakukan penjelasan mekanisme penelitian serta tanggung jawab peneliti saat terjadi hal yang tidak diinginkan.

4.8.3 Prinsip Keadilan

Subjek mempunyai hak untuk diperlakukan secara adil, tidak membedakan subjek satu dengan subjek lainnya. Subjek mempunyai hak untuk meminta data yang telah diberikan untuk dirahasiakan, maka perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Tanggul Kulon Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Desa Tanggul Kulon merupakan desa yang terletak bagian barat Kabupaten Jember. Desa Tanggul Kulon merupakan salah satu desa yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Tanggul kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Puskesmas Tanggul memiliki lima desa cakupan, yaitu Desa Tanggul Kulon, Desa Tanggul Wetan, Desa Kramat, Desa Manggis dan Desa Patemon.

Desa Tanggul Kulon merupakan desa yang berada pada pusat kecamatan. Di desa inilah seluruh kegiatan masyarakat dilakukan. Pusat kegiatan berada pada alun-alun kecamatan yang mayoritas pada sore hari sampai menjelang malam banyak pedagang yang menjajakan berbagai makanan. Desa Tanggul Kulon memiliki akses transportasi yang cukup mudah, demikian akses menuju pelayanan kesehatan, akses menuju kantor kecamatan, akses menuju beberapa sekolah, dan akses menuju pasar. Mudah nya akses menuju beberapa tempat tersebut memudahkan masyarakat memenuhi semua kebutuhannya.

Masyarakat Desa Tanggul Kulon mayoritas telah mengenyam pendidikan. Mayoritas masyarakat telah banyak yang menamatkan wajib belajar sembilan tahun. Masyarakat Desa Tanggul Kulon mayoritas bekerja sebagai supir, wiraswasta dan juga pegawai negeri sipil (PNS).

5.1.2 Data Umum

Data umum merupakan gambaran karakteristik dari responden penelitian. Karakteristik responden terdiri dari jenis kelamin, usia, penggunaan obat, keturunan gemuk, kekurangan anggota tubuh, IMD, usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga.

Tabel 5.1 Karakteristik balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

No	Karakteristik Responden Balita	Distribusi Penggunaan ASI					
		Bukan ASI Eksklusif		ASI Eksklusif		Total	
		F	%	F	%	F	%
1.	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	10	55,6	11	61,1	21	58,3
	b. Perempuan	8	44,4	7	38,9	15	41,7
	Total	18	100	18	100	36	100
2.	Usia						
	a. 12 bulan	0	0	3	16,7	2	5,6
	b. 13 bulan	0	0	1	5,6	1	2,8
	c. 14 bulan	1	5,6	0	0	1	2,8
	d. 17 bulan	0	0	2	11,1	2	5,6
	e. 18 bulan	1	5,6	3	16,7	4	11,2
	f. 19 bulan	1	5,6	0	0	1	2,8
	g. 20 bulan	2	11,1	1	5,6	3	8,3
	h. 21 bulan	4	22,2	2	11,1	6	16,7
	i. 22 bulan	7	38,9	3	16,7	10	27,8
	j. 23 bulan	2	11,1	2	11,1	4	11,2
	k. 24 bulan	0	0	1	5,6	1	2,8
	Total	18	100	18	100	36	100
3.	Obat-obatan						
	a. Menggunakan	1	5,6	0	0	1	2,8
	b. Tidak Menggunakan	17	94,4	18	100	35	97,2
	Total	18	100	18	100	36	100
4.	Keturunan Gemuk						
	a. Kedua orang tua memiliki tubuh gemuk	4	22,22	4	22,22	8	22,2
	b. Salah satu orangtua memiliki tubuh gemuk	2	11,11	4	22,22	6	33,3
	c. Kedua orangtua tidak memiliki tubuh gemuk	12	66,7	10	55,6	22	44,5
	Total	18	100	18	100	36	100
5.	Kecacatan						
	a. Terdapat kecacatan	0	0	0	0	0	0
	b. Tidak terdapat kecacatan	18	100	18	100	36	100
	Total	18	100	18	100	36	100

No	Karakteristik Responden Balita	Distribusi Penggunaan ASI					
		Bukan ASI Eksklusif		ASI Eksklusif		Total	
		F	%	F	%	F	%
6.	IMD						
	a. Melakukan IMD	6	33,3	13	72	19	53
	b. Tidak Melakukan IMD	12	66,7	5	28	17	47
	Total	18	100	18	100	36	100
7.	Usia Ibu						
	a. > 30 tahun	10	55,6	8	44,4	18	50
	b. ≤ 30 tahun	8	44,4	10	55,6	18	50
	Total	18	100	18	100	36	100
8.	Pendidikan Ibu						
	a. Tidak Sekolah	1	5,6	0	0	1	2,8
	b. Tamat SD/Sederajat	4	22,2	2	11,1	6	16,7
	c. Tamat SMP/Sederajat	5	27,8	4	22,2	9	25
	d. Tamat SMU/Sederajat	8	44,4	8	44,4	16	44,4
	e. Tamat Perguruan Tinggi/Akademik	0	0	4	22,2	4	11,1
	Total	18	100	18	100	36	100
9.	Pekerjaan Ibu						
	a. Tidak bekerja	10	55,6	7	38,9	17	47,2
	b. Swasta	2	11,1	3	16,7	5	13,8
	c. Wiraswasta	5	27,8	7	38,9	12	33,3
	d. PNS	1	5,6	1	5,6	2	5,55
	Total	18	100	18	100	36	100
10.	Pendapatan Keluarga						
	a. < 1.000.000	11	61,1	5	27,8	16	44,4
	b. 1.000.000-3.000.000	6	33,3	13	72,2	19	52,7
	c. > 3.000.000	1	5,6	0	0	1	2,7
	Total	18	100	18	100	36	100

Sumber: Data Primer (2015)

Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik balita berdasarkan jenis kelamin, usia balita, penggunaan obat, keturunan gemuk, kekurangan anggota tubuh, IMD, usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga. Kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif, mayoritas terjadi pada balita dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 10 balita (55,6%), dengan mayoritas terjadi pada usia balita 22 bulan yaitu sebanyak 7 balita (38,9%), dan tidak memiliki riwayat menggunakan obat-obatan sebanyak 17 balita (94,4%).

Mayoritas balita memiliki keturunan gemuk dari kedua orangtuanya sebanyak 12 balita (66,7%), dengan riwayat tidak memiliki kecacatan sebanyak 18 balita (100%). Mayoritas balita tidak diberikan IMD oleh ibunya sebanyak 12 balita (66,7%), dengan usia ibu mayoritas pada usia > 30 tahun sebanyak 10 orang (55,6%). Riwayat pendidikan ibu mayoritas terjadi pada ibu dengan tamat SMU/ sederajat yaitu sebanyak 8 orang (44,4%), mayoritas tidak bekerja sebanyak 10 orang (55,6%), dengan pendapatan < Rp 1.000.000,00 sebanyak 11 orang (61,1%)

Kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif, mayoritas terjadi pada balita dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 11 balita (61,6%), dengan usia balita mayoritas terjadi pada usia 12, 18, dan 22 bulan yaitu sebanyak 3 balita (16,7%). Mayoritas balita tidak memiliki riwayat menggunakan obat-obatan sebanyak 18 balita (100%), dengan memiliki keturunan gemuk dari kedua orangtuanya sebanyak 10 balita (55,6%).

Mayoritas balita tidak dilakukan IMD oleh ibunya sebanyak 10 balita (55,6%), dengan riwayat tidak memiliki kecacatan sebanyak 18 balita (100%). Usia ibu mayoritas memiliki usia \leq 30 tahun sebanyak 10 orang (55,6%). Riwayat pendidikan ibu mayoritas terjadi pada ibu dengan tamat SMU/ sederajat yaitu sebanyak 8 orang (44,4%), dan mayoritas tidak bekerja dan bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 7 orang (38,9%), dengan pendapatan Rp 1.000.000,00 – Rp 3.000.000,00 sebanyak 13 orang (72,2%).

5.1.3 Data Khusus

Data khusus menggambarkan variabel independen dan variabel dependen penelitian. Variabel independen pada penelitian ini adalah ASI Eksklusif, dan variabel dependen adalah kejadian gizi lebih. Data khusus pada penelitian ini meliputi penggunaan ASI Eksklusif, kejadian gizi lebih pada balita, dan perbedaan gizi lebih dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif di desa Tanggul Kulon wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggu Kabupaten Jember.

- 1) Penggunaan ASI Eksklusif balita usia 1-2 Tahun dengan kejadian gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi ASI eksklusif pada balita usia 1-2 tahun dengan kejadian gizi lebih di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

Penggunaan ASI	Jumlah	%
ASI Eksklusif	18	50
Bukan ASI Eksklusif	18	50
Total	36	100

Sumber: Data Primer (2015)

Data tabel 5.2 merupakan distribusi penggunaan ASI pada balita dengan kejadian gizi lebih usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Hasil analisis tersebut menunjukkan balita memiliki riwayat penggunaan ASI Eksklusif sebanyak 18 balita (50%), sedangkan balita dengan riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif sebanyak 18 balita (50%).

- 2) Kejadian gizi lebih balita balita usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi Gizi lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

Gizi Lebih Balita	Jumlah	%
Kegemukan	25	69,4
Obesitas	11	30,6
Total	36	100

Sumber: Data Primer (2015)

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi frekuensi gizi lebih balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Maypritas balita memiliki kegemukan dengan nilai standar deviasi $> +2SD$ sebanyak 25 balita (69,4%), sedangkan balita memiliki obesitas dengan nilai standar deviasi $\geq +3 SD$ sebanyak 11 balita (30,6%).

- 3) Perbedaan gizi lebih balita usia 1-2 Tahun dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif di desa Tanggul Kulon wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggu Kabupaten Jember.

Tabel 5.5 Hasil Uji *Fisher Exact Test* Perbedaan Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Penggunaan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

No	ASI Eksklusif	Gizi Lebih						P Value
		Kegemukan		Obesitas		Total		
		F	%	F	%	F	%	
1.	Bukan ASI Eksklusif	13	72,2	5	27,8	18	50	1,000
2.	ASI Eksklusif	12	66,7	6	33,2	18	50	
	Total	25	69,4	11	30,6	36	100	

Sumber: Data Primer (2015).

Hasil data pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif mayoritas memiliki nilai gizi lebih yaitu kegemukan sebanyak 13 balita (72,2%), sedangkan pada balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif memiliki gizi lebih kegemukan sebanyak 12 balita (66,7%). Uji pada penelitian saat ini menggunakan uji *Fisher Exact Test*. Uji ini dilakukan karena pada uji *Chi Square* yang sebelumnya telah dilakukan, terdapat nilai ekspektasi <5 sehingga uji *Fisher Exact Test* dilakukan.

Hasil analisa uji tersebut diperoleh nilai *p value* sebesar 1,000 dengan taraf signifikan sebesar 0,05. Nilai *p value* tersebut lebih besar dari nilai taraf signifikan ($\alpha=0,05$) ($1,000 > 0,05$), dengan demikian uji hipotesis H_a gagal di tolak. Kesimpulannya adalah tidak ada perbedaan kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Hasil penelitian terdahulu telah dilakukan oleh Pratiwi (2011), didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan antara balita yang diberikan ASI Eksklusif dan balita yang diberikan bukan ASI Eksklusif terhadap kejadian gizi lebih. Perbedaan tersebut dibuktikan dengan nilai *p value* = 0,217. Hasil penelitian tersebut memiliki persamaan dengan hasil penelitian saat ini. Pratiwi (2011) mengatakan, bahwa faktor berat badan ibu, MP-ASI dini, keturunan gemuk dari orang tua, dan penyakit medis merupakan faktor yang dapat mempengaruhi tidak adanya perbedaan tersebut.

Hail penelitian didapatkan bahwa nilai gizi lebih pada balita mayoritas disebabkan oleh penggunaan bukan ASI Eksklusif yaitu sebanyak 13 balita (72,2%). Penggunaan bukan ASI Eksklusif yang dilakukan secara terus menerus akan menyebabkan balita memiliki risiko pemasalahan gizi lebih. Balita dengan ASI Eksklusif lebih sedikit mengalami gizi lebih dibandingkan dengan balita yang mendapatkan bukan ASI Eksklusif (Pratiwi, 2011). Riwayat pemberian bukan ASI eksklusif berisiko 4,2 kali meningkatkan risiko kejadian gizi lebih pada balita (Saputri, 2013).

5.2 Pembahasan Penelitian

5.2.1 Karakteristik Balita Gizi Lebih dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Karakteristik balita terdiri dari jenis kelamin, penggunaan obat, keturunan gemuk, kekurangan anggota tubuh, pemberian ASI, dan IMD.

1) Jenis Kelamin

Distribusi jenis kelamin pada balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih yang memiliki riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif, mayoritas berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 10 balita (55,6%), sedangkan pada balita usia 1-2 tahun dengan gizi lebih yang memiliki riwayat pemberian ASI Eksklusif mayoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 11 balita (61,1%). Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Sartika (2011) mengenai jenis kelamin pada balita dengan gizi lebih, menunjukkan bahwa 8 balita (16,4%) berjenis kelamin laki-laki, dan 6

balita (12,3%) berjenis kelamin perempuan. Hayuningtyas (2013) mengatakan, bahwa jenis kelamin laki-laki mengalami gizi lebih sebanyak 18 balita (60%), dan balita dengan jenis kelamin perempuan mengalami gizi lebih sebanyak 12 balita (40%).

Hasil analisis bivariat yang dilakukan oleh Sartika (2011) menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki risiko mengalami gizi lebih sebesar 1,4 kali dibandingkan anak perempuan. Gizi lebih pada balita dapat dipengaruhi oleh kebutuhan asupan energi total. Hasil analisis antara jenis kelamin dengan asupan energi dan karbohidrat menunjukkan bahwa rata-rata asupan energi total dan karbohidrat pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan ($p < 0,05$) (Sartika, 2011). Perbedaan kebutuhan karbohidrat pada balita laki-laki maupun perempuan adalah sebesar 8% lebih banyak pada balita laki-laki. Pengaruh lain yang dapat menyebabkan gizi lebih adalah asupan MP-ASI. Balita dengan usia 1-2 tahun telah mengenal MP-ASI. Balita cenderung menyukai makanan barunya dengan memiliki satu atau dua makanan yang disukainya saja. Balita dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak makan dibandingkan dengan balita perempuan (Sakti, *at al*, 2013).

2) Usia

Distribusi frekuensi karakteristik usia dengan kejadian gizi lebih, mayoritas balita dengan riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif terjadi pada usia 22 bulan sebanyak 7 balita (38,9%), dan balita dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif sebanyak 3 balita (16,7%) berusia 12 bulan, 18 bulan, dan 22 bulan. Balita adalah anak yang berusia 0-4 tahun 11 bulan (Depkes RI, 2005). Gizi lebih cenderung

berisiko terjadi pada usia balita. Soetjningsih (2014) mengatakan bahwa, tahun pertama kehidupan anak merupakan usia rawan terjadinya masalah gizi lebih.

Usia erat kaitanya dengan proses pertumbuhan dan perkembangan balita. Normalnya anak memiliki pertumbuhan yang sejajar dengan usianya. Proses pertumbuhan sangat berpengaruh pada kejadian gizi lebih. Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan balita adalah genetik, nutrisi, dan lingkungan. Setiap anak memiliki perkembangan berbeda pada setiap usianya dan berdasarkan faktor yang mempengaruhinya.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Fitriani (2012) didapatkan hasil bahwa dari 1.126 balita pada usia 12-23 bulan sebanyak 753 balita (22,7%) mengalami gizi lebih. Penelitian ini memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Antolis (2012) yang mengatakan gizi lebih terjadi sebanyak 2,2% balita berusia 11-23 bulan. Anshori (2013) mengatakan bahwa, kejadian gizi lebih berisiko tinggi terjadi pada usia balita 12-24 bulan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya memiliki keterkaitan dengan penelitian yang dilakukan di Desa Tanggul Kulon wilayah kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Penelitian saat ini dilakukan pada balita usia 1-2 tahun yang merupakan usia dengan kejadian gizi lebih tertinggi di Kecamatan Tanggul. Desa Tanggul Kulon memiliki balita gizi lebih sebanyak 36 balita (Data Sekunder, 2014). Dibandingkan dengan empat desa yang terdapat dalam cakupan wilayah kerja Puskesmas Tanggul, prevalensi Desa Tanggul Kulon merupakan desa dengan prevalensi tertinggi kejadian gizi lebih. Prevalensi kejadian ini mencapai 19,2%. Departemen Kesehatan Republik

Indonesia (2008) mengatakan, bahwa jumlah tersebut telah melebihi prevalensi maksimal kejadian gizi lebih di masyarakat yaitu sebesar $>10\%$.

Usia 1-2 tahun adalah usia rawan dan juga merupakan usia emas dengan puncaknya pada usia 2 tahun. Balita dengan usia 1-2 tahun memiliki penambahan berat badan yaitu 4 kali lipat berat badan lahir. Balita cenderung telah mengenal MP-ASI, sehingga asupan kalori, protein, dan juga lemak tidak hanya diperoleh dari ASI saja namun telah dicampur dengan makanan dan minuman lain pendamping ASI. Pemberian MP-ASI yang tidak tepat pada usianya, yaitu < 6 bulan juga dapat menyebabkan balita memiliki gizi lebih. terutama balita dengan tidak diberikannya ASI Eksklusif yaitu selama 6 bulan.

3) Penggunaan Obat

Distribusi frekuensi balita dengan kejadian gizi lebih yang memiliki riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif mayoritas tidak menggunakan obat-obatan sebanyak 17 balita (94,6%), dan pada balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif mayoritas tidak menggunakan obat-obatan sebanyak 18 balita (100%).

Obat merupakan zat atau paduan bahan yang digunakan untuk mempengaruhi tubuh sebagai penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, maupun peningkatan kesehatan. Secara umum obat merupakan bahan untuk memperbaiki sistem tubuh, namun demikian hal tersebut akan memiliki efek baik jangka pendek maupun jangka panjang. Salah satu efek jangka panjang penggunaan obat-obatan adalah terjadinya gizi lebih pada seseorang.

Obat-obatan yang dikonsumsi secara terus menerus dapat menyebabkan berbagai masalah. Permasalahan yang dapat muncul diantaranya adalah gizi lebih,

mengecilnya tulang, terhambatnya pertumbuhan, dan menurunnya ketahanan terhadap infeksi (Zhang *at al*, 2003). Obat-obatan yang sering digunakan pada orang dengan gizi lebih diantaranya adalah obat golongan anfetamin, obat yang meningkatkan metabolisme misalnya preparat tiroid, obat pemacu keluarnya cairan tubuh misalnya diuretik, dan pencahar (Hermawan, 2005).

Balita dengan penggunaan obat di Desa Tanggul Kulon memiliki riwayat sakit yang mengonsumsi obat setiap hari. Obat yang sering digunakan pada balita tersebut adalah vitamin. Orang tua meyakini bahwa dengan mengonsumsi vitamin, tubuh anak akan menjadi lebih kebal terhadap agen penyakit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jannah (2011), didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pemberian vitamin dengan peningkatan status gizi pada balita. Balita dengan pemberian vitamin setiap hari akan memiliki peningkatan berat badan. Pada balita dengan usia 12-24 bulan memiliki kenaikan berat badan sebesar 0,6% dari berat badan sebelumnya. Almatsier (2009) mengatakan bahwa pemberian vitamin pada balita berperan penting terhadap reaksi metabolisme energi, pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh. Jannah (2011) mengatakan, bahwa faktor yang paling mempengaruhi terjadinya gizi lebih pada balita dengan penggunaan vitamin adalah kandungan yang terdapat dalam vitamin, diantaranya adalah Lysine 300 Mg, vitamin A 2000i.u, vitamin B1 3 mg, vitamin B2 1 mg, vitamin B6 1 mg, vitamin B12 5 mcg, vitamin C 50 mg, vitamin D 400 i.u, D-Panthenol 3 mg, dan Nasinamida 20 mg. Kandungan vitamin inilah yang dapat memberikan rangsangan nafsu makan pada balita.

4) Keturunan Gemuk

Distribusi frekuensi berdasarkan keturunan gemuk yang didapatkan dari orang tua balita dengan gizi lebih dengan menggunakan bukan ASI Eksklusif mayoritas terjadi pada balita dengan kedua orang tua memiliki badan gemuk sebanyak 12 balita (66,7%), sedangkan pada balita dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif sebanyak 10 balita (55,6%) memiliki orang tua yang keduanya gemuk. Gizi lebih berkaitan dengan pengaruh berbagai macam faktor diantaranya adalah faktor keturunan gemuk dari orang tua, faktor hormon, faktor gaya hidup yang meliputi pola makan dan aktifitas fisik dan faktor psikososial meliputi stress dan tingkat ekonomi yang mengarah pada pendapatan (Syafira, 2014).

Keturunan merupakan faktor yang sangat berpengaruh pada balita dengan kejadian gizi lebih. Farooqi (2005) mengatakan, bahwa faktor keturunan orang tua memiliki kontribusi terhadap gizi lebih balita sebesar 40-70%. Peningkatan risiko gizi lebih juga dipengaruhi oleh jumlah orangtua yang memiliki gizi lebih. Anggraini (2008) mengatakan, apabila kedua orang tua memiliki tubuh gemuk, maka akan berisiko balita juga memiliki gizi lebih yaitu sebesar 80%. Apabila salah satu orang tua memiliki gizi lebih akan memiliki risiko terjadi gizi lebih pada balita sebesar 40%, dan balita dengan kedua orangtua memiliki gizi lebih memiliki risiko terjadi gizi lebih sebanyak 20%.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mukhiharti *at al* (2010), terdapat hubungan antara keturunan orang tua dengan kejadian gizi lebih dengan nilai yang didapatkan $p\ value = 0,002 < 0,05$, dan nilai odd ratio (OR) diperoleh 6,571. Nilai ini memiliki arti bahwa riwayat genetik merupakan faktor resiko kejadian gizi lebih dengan peluang sebesar 6,571 kali. Hasil penelitian terdahulu yang

dilakukan oleh Damanik *at al* (2013), didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara genetik dengan kejadian gizi lebih, dengan nilai OR 2,006. Nilai ini menunjukkan bahwa orangtua dengan memiliki genetik gizi lebih akan menurunkan gen kepada anaknya dengan risiko sebesar 2 kali lebih besar dari pada orang tua dengan gizi normal.

5) Balita dengan Kecacatan

Distribusi frekuensi balita gizi lebih usia 1-2 tahun dengan riwayat bukan ASI Eksklusif dan ASI Eksklusif berdasarkan ada atau tidaknya kecacatan pada balita, mayoritas tidak memiliki kecacatan sebanyak 36 balita (100%). Balita dengan kecacatan tertentu, misalnya tuna daksa akan cenderung memiliki risiko gizi lebih karena kurangnya aktivitas fisik akibat dari permasalahan fisiknya. Salah satu masalah kesehatan anak dengan berkebutuhan khusus adalah penanganan mengenai gizi lebih. Soetjningsih (2014) mengatakan, bahwa gizi lebih dapat terjadi pada anak dengan kondisi kecacatan apabila salah dalam cara pengasuhan terkait asupan makanan yang diberikan tidak tepat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat kecacatan pada balita baik balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif maupun balita dengan riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif. Gizi lebih pada balita dengan kecacatan dapat dipengaruhi oleh adanya cara pengasuhan yang salah dari keluarga. Balita dengan kecacatan, misalnya balita tuna daksa yang tidak mampu memiliki aktivitas yang banyak, cenderung akan memiliki gizi lebih apabila balita tersebut mendapat asupan makanan dengan tinggi kalori. Balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon dengan kejadian gizi lebih, memiliki keterkaitan dengan faktor lain, selain

faktor kecacatan, yaitu faktor genetik, asupan makanan, dan budaya. Faktor tersebut dapat mempengaruhi anak sehingga memiliki gizi lebih.

6) Penggunaan ASI

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan ASI bukan Eksklusif memiliki riwayat tidak menggunakan ASI sama sekali sebanyak 13 balita (22,2%), sedangkan kejadian gizi lebih pada balita dengan ASI Eksklusif memiliki riwayat menggunakan murni hanya ASI saja sebanyak 18 balita (100%).

Pemberian ASI memberikan manfaat salah satunya untuk mencegah terjadinya gizi lebih pada balita. Pipes dalam Hayati (2009) mengatakan bahwa, pemberian susu formula dan makanan semi solid tidak pada masanya dapat menyebabkan gizi lebih. Penyebab gizi lebih yakni dapat dipengaruhi oleh kondisi masa kecil (*childhood conditioning*) yang salah satunya adalah *infancy eating* dan *maladjustment*, sehingga dapat diartikan bahwa bayi yang terlalu dini diberikan makanan pendamping ASI memiliki kalori didalam tubuh yang berlebih.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitriani (2012), didapatkan hasil bahwa proporsi gizi lebih pada balita memiliki riwayat menggunakan bukan ASI Eksklusif sebanyak 22,6%, dan menggunakan ASI Eksklusif sebanyak 19,9%.

Hasil penelitian yang dilakukann oleh Giri at all (2013), mengatakan bahwa pemberian ASI Eksklusif berhubungan dengan status gizi balita dengan nilai p value 0,000.

Hasil penelitian terdahulu memiliki keterkaitan dengan penelitian sekarang, yang menyebutkan bahwa penggunaan ASI Eksklusif memiliki dampak mengurangi kejadian gizi lebih. pemberian ASI Eksklusif dapat mencegah kejadian gizi lebih

berhubungan dengan kandungan yang terdapat dalam ASI Eksklusif. Kandungan yang dapat mencegah terjadinya gizi lebih diantaranya adalah adanya jumlah protein, lemak, karbohidrat, kalsium, dan hormon leptin (Proverawati dan Rahmawati, 2010; Aning dan Kristanto, 2014).

Kandungan tersebut dapat mencegah terjadinya gizi lebih dikarenakan jumlahnya yang seimbang. Selain itu kandungan tersebut dapat diserap dengan mudah oleh tubuh, dan disalurkan pada target dengan cepat. Kandungan yang seimbang, dan kemampuan penyerapan inilah yang dapat mencukupi kebutuhan balita, dan mencegah penumpukan kalori di dalam tubuh. Dengan demikian gizi lebih tidak terjadi pada balita dengan penggunaan ASI Eksklusif.

7) IMD

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan ASI bukan Eksklusif memiliki riwayat tidak dilakukan IMD sebanyak 12 balita (66,7%), dan pada balita dengan ASI Eksklusif memiliki riwayat dilakukan IMD sebanyak 13 balita (72%). IMD adalah pemberian ASI eksklusif pada saat beberapa menit setelah bayi dilahirkan di dunia dengan cara meletakkan bayi pada dada ibu. Ibu yang melakukan IMD setelah melahirkan, akan merangsang hormon prolaktin. Hormon ini akan menurun setelah satu jam persalinan. Apabila ibu tidak melakukan IMD dan bayi tidak melakukan isapan puting susu segera setelah kelahiran, maka hormon prolaktin akan turun sehingga ASI akan keluar pada hari ketiga atau lebih.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa sebanyak 2,36 kali ibu yang memberikan IMD kepada bayinya, juga melakukan pemberian ASI

eksklusif selama 6 bulan pada bayinya. Studi kualitatif yang dilakukan oleh Saleh (2012) diketahui bahwa ibu melakukan IMD dikarenakan ibu meyakini bahwa kolostrum memiliki manfaat yang tinggi bagi kesehatan bayinya. Pemberian perlakuan IMD pada bayi memiliki keterkaitan dengan tingkat pemahaman orang tua, atau dapat juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua. Penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2012), didapatkan hasil bahwa tingkat pengetahuan memiliki hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD dengan angka signifikansi sebesar $p=0.029$ dan OR sebesar 1,615 yang berarti bahwa ibu yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 1,6 kali akan melaksanakan IMD dibandingkan dengan kelompok yang berpengetahuan rendah.

8) Usia Ibu

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan karakteristik usia ibu, memiliki riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif terjadi pada ibu dengan usia > 30 tahun sebanyak 10 reponden (55,6%), sedangkan pada ibu dengan usia ≤ 30 tahun dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif sebanyak 10 responden (55,6%). Suratmaja (1997) dalam Pertiwi (2012) mengatakan bahwa usia ibu dikelompokkan menjadi ≤ 30 tahun dan > 30 tahun berdasarkan usia efektif dalam memproduksi ASI.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi (2012) diketahui pemberian ASI Eksklusif berusia ≤ 30 tahun sebesar 61,3%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa ibu yang berusia antara 20-35 tahun memberikan ASI Eksklusif sebanyak 86%. Pembesaran payudara terjadi pada setiap siklus ovulasi

dari awal menstruasi sampai usia 30 tahun, namun terjadi degenerasi payudara dan kelenjar penghasil ASI secara keseluruhan setelah usia 30 tahun.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Djuminah dan Astari (2012) mengatakan, bahwa ibu dengan pengeluaran ASI lebih banyak pada usia 21-25 tahun sebanyak 40%. Usia ibu berpengaruh pada fisiologi pengeluaran ASI, yang terdiri dari empat tahapan yaitu mammogenesis (persiapan payudara), laktogenesis (sintesis dan produksi dari alveolus dalam payudara), galaktokinesis (pengeluaran ASI dari puting), dan galaktopoiesis (pemeliharaan laktasi) (Ramaiah, 2007).

9) Pendidikan Ibu

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan karakteristik tingkat pendidikan ibu, mayoritas memiliki riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif memiliki tingkat pendidikan tamat SMU/ sederajat sebanyak 8 ibu (44,4%), dan pada balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif mayoritas memiliki tingkat pendidikan tamat SMU/ sederajat sebanyak 8 ibu (44,4%).

Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) diketahui bahwa tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI eksklusif adalah tingkat pendidikan menengah (SMP-SMA) yaitu sebesar 67,9%. Hasil penelitian oleh Ida (2012), diketahui bahwa pendidikan yang dapat mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif yaitu pendidikan SMA sebesar 49,4%.

Hasil penelitian sebelumnya memiliki keterikatan dengan penelitian saat ini. Kedua riwayat pemberian ASI Eksklusif maupun bukan ASI Eksklusif memiliki tingkat pendidikan SMU/ sederajat. Ibu dengan tingkat pendidikan yang cukup akan memiliki penyerapan informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan ibu

yang memiliki pendidikan rendah. Pendidikan tersebut sangat berpengaruh pada tingkat pengambilan keputusan yang diambil oleh ibu. Pengambilan keputusan tersebut erat kaitannya dengan beberapa informasi yang di terima oleh ibu balita.

10) Pekerjaan Ibu

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan pemberian bukan ASI Eksklusif mayoritas tidak bekerja sebanyak 10 ibu (55,6%), dan balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif mayoritas memiliki ibu tidak bekerja dan bekerja wiraswasta sebanyak 7 responden (38,9%).

Hasil penelitian oleh Pertiwi (2012) diketahui bahwa ibu yang tidak bekerja mayoritas melakukan pemberian ASI Eksklusif sebanyak 67%. Pekerjaan berkaitan dengan waktu yang ibu miliki untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ida (2012) diketahui bahwa pekerjaan yang sangat berpengaruh pada tidak terlaksananya ASI eksklusif adalah karyawan swasta yang menuntut ibu untuk selalu meninggalkan rumah.

11) Pendapatan Keluarga

Distribusi frekuensi kejadian gizi lebih pada balita dengan riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif, memiliki orangtua dengan pendapatan keluarga < Rp 1.000.000 sebanyak 11 balita (61,1%), sedangkan balita dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif mayoritas memiliki orang tua dengan pendapatan keluarga Rp 1.000.000- Rp 3.000.000 sebanyak 13 balita (72,2%)

Sotjningsih (2014) mengatakan, bahwa gizi lebih dapat ditentukan dari kondisi keadaan sosial ekonomi seseorang. Orang tua cenderung memberikan segala yang diinginkan anak terkait dengan makanan apabila keadaan sosial ekonomi

seseorang meningkat. Sebaliknya apabila orang tua dalam kondisi sosial ekonomi rendah, maka asupan makanan yang diberikan pada anak cenderung kurang dan terbatas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Parengkuan *at al* (2013) mengatakan, bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan kejadian gizi lebih dengan nilai *p value* = 0,000. Besarnya pengaruh pendapatan terhadap kejadian gizi lebih ditunjukkan dengan nilai OR = 3,8(95%) CI: 1,834-7,872). Nilai tersebut memiliki arti bahwa anak yang memiliki keluarga dengan pendapatan tinggi memiliki risiko sebesar 3 kali menjadi obesitas dibandingkan dengan anak yang memiliki keluarga dengan pendapatan rendah.

5.2.2 Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Kejadian gizi lebih pada usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul sebagian memiliki riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif. Hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif diketahui sebanyak 18 orang (50%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Sofyana (2011), bahwa balita dengan gizi lebih sebagian responden memiliki riwayat pemberian bukan ASI Eksklusif sebanyak 25 orang (40,3%).

Faktor yang dapat mempengaruhi pemberian bukan ASI Eksklusif dapat bermacam-macam. Faktor tersebut diantaranya adalah kondisi kesehatan ibu, persepsi ibu, dukungan petugas kesehatan, dukungan orang terdekat, promosi susu formula, dan budaya setempat (Pratiwi, 2012). Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu balita di Desa Tanggul Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul selalu memberikan bukan ASI Eksklusif pada saat ibu memiliki kondisi sehat maupun sakit sebanyak 8 ibu (44%). Kondisi kesehatan ibu yang kurang baik akan menyebabkan permasalahan pada kualitas dan kuantitas ASI (Ambarwati, at al, 2015).. Kondisi seperti misalnya stres, akan menyebabkan ASI mengalami suatu blokade dari reflek *let down*. Blokade ini dapat disebabkan oleh adanya pelepasan adrenalin (epinefrin) dan kortisol yang menyebabkan penyempitan (vasokonstriksi) dari pembuluh darah alveoli sehingga pengeluaran ASI tidak lancar.

Persepsi ibu mengenai ASI Eksklusif juga dapat berpengaruh pada pemberian ASI bukan Eksklusif. Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu selalu meyakini bahwa ASI Eksklusif memiliki manfaat bagi balita sebanyak 14 ibu (78%). Hasil penelitian saat ini memiliki perbedaan dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Hidayanti dan Lina (2012), yaitu ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif dikarenakan ibu tidak menyakini akan manfaat ASI Eksklusif sebanyak 18 orang (64,3%). Persepsi diartikan sebagai tindakan menyusun, mengenali, dan menafsirkan informasi yang diperoleh guna memberikan informasi baru sebagai pemahaman untuk mengambil sebuah keputusan (Albab, 2013). Persepsi yang tidak baik mengenai manfaat ASI Eksklusif akan

mempengaruhi ibu untuk tidak memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya (Albab, 2013).

Dukungan petugas kesehatan juga dapat mempengaruhi pemberian bukan ASI Eksklusif oleh ibu kepada bayinya. Dukungan tersebut dapat berupa pemberian informasi oleh petugas kesehatan kepada ibu terkait dengan pentingnya pemberian ASI Eksklusif. Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu selalu mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebanyak 15 ibu (83%). Hasil penelitian saat ini mengalami perbedaan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ransum at al (2013), bahwa responden yang memberikan ASI Eksklusif mayoritas mendapatkan dukungan petugas kesehatan yaitu sebesar 76%. Dukungan petugas kesehatan diartikan sebagai bentuk pemberian informasi, perhatian, dan dukungan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Kurangnya dukungan tersebut akan memberikan dampak kepada pemberian bukan ASI Eksklusif oleh ibu kepada bayinya dikarenakan kurangnya informasi dan rasa percaya diri. Pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta merupakan faktor pendukung (*enabling factors*) yang sangat penting (Ransum, at al, 2013).

Dukungan orang terdekat juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pemberian bukan ASI Eksklusif. Dukungan orang terdekat diartikan sebagai dukungan dari keluarga seperti orang tua, suami, dan kerabat lainnya. Hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan data bahwa pemberian ASI Eksklusif oleh ibu kepada bayinya selalu mendapat dukungan dari suami yaitu sebanyak 14 ibu (78%). Hasil penelitian saat ini memiliki kesenjangan dengan penelitian

sebelumnya yang telah dilakukan oleh Ramadani dan Hadi (2010), bahwa sebanyak 57% ibu yang mendapatkan dukungan dari suami juga melakukan pemberian ASI secara Eksklusif. Dukungan suami dapat memberikan motivasi kepada ibu untuk melakukan pemberian ASI Eksklusif. Dukungan suami yang diberikan dalam bentuk apapun dapat mempengaruhi kondisi emosional ibu yang berdampak terhadap pemberian ASI (Ramadani dan Hadi, 2010). Dukungan penuh suami kepada ibu berpeluang memberikan kesempatan untuk melakukan ASI Eksklusif sebanyak 2 kali lipat dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari suami (Ramadani dan Hadi, 2010).

Promosi susu formula dapat mempengaruhi pemberian bukan ASI Eksklusif pada bayinya. Hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan data bahwa ibu memilih memberikan bukan ASI Eksklusif dikarenakan selalu tertarik kepada promosi susu formula yaitu sebanyak 6 ibu (33%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Albab (2013), bahwa ibu yang terpapar susu formula memiliki keputusan untuk memberikan bukan ASI Eksklusif yaitu sebanyak 15 ibu (78,9%). Promosi susu formula saat ini dapat melalui berbagai media, baik elektronik maupun cetak. Ibu lebih sering terpapar promosi susu formula di televisi dari pada promosi ASI Eksklusif. Promosi susu formula merupakan penyebab ibu tidak memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya, sehingga hal ini menyebabkan meningkatnya promosi susu formula sebagai pengganti ASI dan menyebabkan menurunnya jumlah bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif (Siregar, 2004).

Budaya merupakan faktor yang dapat mempengaruhi ibu memberikan bukan ASI Eksklusif kepada bayinya. Budaya diartikan sebagai kebiasaan ibu dilingkungan tempat tinggal yang memberikan MP-ASI dini pada usia balita kurang dari 6 bulan (Suradi at al, 2005). Hasil penelitian didapatkan bahwa lingkungan disekitar tempat tinggal kadang-kadang memberikan MP-ASI sebelum usia 6 bulan sebanyak 15 ibu (83%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Risma (2014), bahwa ibu mengikuti budaya negatif lingkungan sekitar seperti memberikan MP-ASI sebelum usia 6 bulan sehingga bayi tidak diberikan ASI Eksklusif sebanyak 31 balita (91,2%). Budaya pemberiam MP-ASI dini cukup berpengaruh dalam pengambilan keputusan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif. Pengalaman dalam keluarga ibu mengenai manfaat ASI, sikap suami dan keluarga terhadap pemberian ASI, dan sikap tenaga kesehatan yang membantu ibu, dapat berpengaruh besar terhadap pengambilan keputusan untuk menyusui atau tidak (Suradi at al, 2005).

Pemberian bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember memiliki faktor penyebab, diantaranya adalah kondisi kesehatan ibu, persepsi ibu, dukungan petugas kesehatan, dukungan orang terdekat, promosi susu formula, dan pengaruh budaya MP-ASI dini. Hasil penelitian yang didapatkan dan sesuai dengan faktor penyebab pemberian bukan ASI Eksklusif, serta didukung oleh hasil penelitian sebelumnya, maka didapatkan kesimpulan bahwa faktor promosi susu formula dan faktor budaya pemberian MP-ASI dini menyebabkan ibu tidak memberikan

ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

5.2.3 Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Kejadian gizi lebih pada usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul sebagian memiliki riwayat penggunaan ASI Eksklusif. Hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian ASI Eksklusif didapatkan sebanyak 18 orang (50%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sofyana (2011), bahwa kejadian gizi lebih pada balita memiliki riwayat penggunaan ASI Eksklusif sebanyak 37 balita (59,7%).

Ibu balita di Desa Tanggul Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember tidak pernah memperhatikan asupan makanan yang diberikan kepada bayinya yaitu sebanyak 17 ibu (94%). Hasil penelitian saat ini memiliki perbedaan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Cahyanto dan Roosita (2013), bahwa terdapat hubungan asupan makanan ibu dengan produksi ASI sehingga ibu memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Asupan makanan ibu diartikan bahwa ibu selalu memperhatikan makanan yang dapat memperlancar ASI yaitu konsumsi daun katuk. Semakin ibu memperhatikan asupan makanan yang di konsumsi maka produksi ASI semakin lancar. Asupan makanan tersebut terutama adalah vitamin A, seperti bayam (93%), wortel (93%),

daun katuk (83%), daging ayam (87%), telur ayam (77%) memiliki dampak positif terhadap produksi ASI yang semakin banyak (Cahyanto dan Roosita, 2013). Hal ini karena vitamin A berfungsi dalam membantu produksi steroid. Steroid dan vitamin A berperan merangsang proliferasi epitel alveolus sehingga akan terbentuk alveolus yang baru dan terjadi peningkatan jumlah alveolus dalam kelenjar payudara (Almatsier 2006). Peningkatan jumlah alveolus tersebut dapat meningkatkan jumlah pengeluaran ASI.

Hasil penelitian didapatkan bahwa balita selalu memiliki isapan mulut yang kuat pada saat menyusu yaitu sebanyak 18 balita (100%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lestari, *at al* (2013), bahwa isapan mulut bayi berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif oleh ibu kepada bayinya. Gerakan isapan mulut bayi dapat merangsang kelenjar pituitary anterior untuk memproduksi sejumlah prolaktin, yaitu hormon utama yang mengendalikan pengeluaran air susu. Proses pengeluaran ASI juga tergantung pada *let down reflek*, dimana isapan mulut bayi dapat merangsang serabut otot halus di dalam dinding saluran ASI, sehingga ASI dapat mengalir secara lancar (Lestari, *at al*, 2013).

IMD dapat mempengaruhi ibu dalam memberikan ASI Eksklusif. Hasil penelitian didapatkan bahwa seluruh ibu balita di Desa Tanggul Kulon selalu melakukan IMD pada bayinya setelah beberapa detik bayi dilahirkan di dunia yaitu sebanyak 18 ibu (100%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Lestari *at al* (2013), bahwa ibu yang melakukan IMD juga memberikan ASI Eksklusif untuk banyinya yaitu sebanyak 28 balita (85%). IMD sangat penting

untuk merangsang ASI. Ibu yang melakukan IMD dengan benar akan merangsang ASI keluar pada waktunya secara normal (Lestari, et al, 2013).

Perawatan payudara dapat mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif. Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa ibu selalu melakukan perawatan payudara sebanyak 14 ibu (78%). Hasil penelitian saat ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Syamsinar (2013), bahwa perawatan payudara berpengaruh pada produksi dan kelancaran pengeluaran ASI. Ibu melakukan perawatan pada payudaranya dan dapat memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya sebanyak 76,7%. Perawatan payudara bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi (Anggraini, 2010).

Pemberian ASI Eksklusif pada balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember memiliki beberapa faktor penyebab, diantaranya adalah asupan makanan ibu, isapan mulut bayi, IMD, dan perawatan payudara. Hasil penelitian yang didapatkan dan sesuai dengan faktor penyebab pemberian ASI Eksklusif, serta didukung oleh hasil penelitian sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa faktor isapan mulut bayi, IMD, dan perawatan payudara dapat mempengaruhi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Wilayah Kerja Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

5.2.4 Perbedaan Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian Bukan ASI Eksklusif dan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

Analisa data yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *Fisher Exact Test* pada penelitian ini didapatkan nilai $p\text{ value} > \alpha$ yaitu ($1,000 > 0,05$), dengan demikian tidak ada perbedaan kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian ASI eksklusif dan bukan ASI eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Hasil penelitian saat ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rambitan (2014), bahwa tidak terdapat perbedaan antara penggunaan bukan ASI Eksklusif dan ASI Eksklusif.

Hasil penelitian diketahui bahwa jumlah kejadian gizi lebih pada balita dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif memiliki nilai persentase yang sama. Hasil yang didapatkan tidak menunjukkan adanya perbedaan. Beberapa faktor dapat mempengaruhi hasil penelitian tersebut. Budaya pemberian MP-ASI dini, promosi susu formula, isapan mulut bayi, IMD, dan perawatan payudara merupakan faktor yang mempengaruhi hasil penelitian di Desa Tanggul Kulon pada balita usia 1-2 tahun.

WHO menetapkan standar emas makanan bayi dimulai dari pemberian IMD. IMD perlu dilakukan oleh ibu sesaat ketika bayi dilahirkan. Kandungan kolostrum sangat baik untuk pertumbuhan dan perkembangan balita. Kolostrum akan memberikan kekebalan tubuh yang baik serta perlindungan terhadap beberapa permasalahan kesehatan kepada balita.

Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu yang melakukan IMD dengan ibu yang tidak melakukan IMD memiliki peluang yang sama untuk berstatus gizi lebih. Tidak adanya perbedaan antara status IMD dengan riwayat pemberian ASI dapat disebabkan karena kandungan yang terdapat pada kolostrum, yaitu lemak dan protein. Kolostrum mengandung hormon protein yang dikenal sebagai *adiponectin* (Rusilanti, 2010). Hormon tersebut merupakan hormon yang dapat mencegah dan mengurangi risiko terjadinya gizi lebih dan serangan jantung. Semakin rendah hormon tersebut di dalam darah, maka balita lebih berisiko terkena penyakit jantung dan gizi lebih (Rusilanti, 2010).

Lemak yang terdapat pada kolostrum juga dapat mencegah dan mengurangi risiko terjadinya gizi lebih, dikarenakan lemak mudah untuk di cerna (Rusilanti, 2010). Lemak tersebut dibantu oleh hormon leptin yang terdapat didalam kolostrum untuk peningkatan metabolisme lemak didalam tubuh. Peningkatan metabolisme tersebut dapat mencegah lemak tertimbun didalam tubuh balita. Hormon leptin membantu penyampaian pesan kepada otak tentang terdapatnya lemak di dalam tubuh. Otak merepon bahwa lemak didalam tubuh balita cukup, sehingga terjadinya gizi lebih pada balita memiliki peluang yang kecil. Semakin rendah hormon tersebut di dalam darah, maka balita lebih berisiko terkena penyakit jantung dan gizi lebih (Rusilanti, 2010).

Faktor lain yang dapat menyebabkan balita memiliki gizi lebih adalah adanya pemberian MP-ASI. Balita usia 1-2 tahun telah mendapatkan MP-ASI sejak usia 6 bulan keatas. Balita akan mengenal berbagai macam makanan baru. Pengenalan

makanan baru tersebut memberikan dampak pada status gizi balita, dikarenakan balita mulai menyukai makan disamping pemberian ASI sampai 2 tahun.

Usia ibu dapat mempengaruhi balita memiliki gizi lebih. Hasil penelitian didapatkan bahwa usia ibu ≤ 30 tahun dan > 30 tahun memiliki peluang yang sama terhadap balita berstatus gizi lebih. Tidak adanya perbedaan antara usia dengan riwayat pemberian ASI dapat disebabkan karena produksi ASI oleh payudara. Ibu yang memiliki usia ≤ 30 memiliki produksi ASI yang lebih banyak dibandingkan dengan usia ibu yang > 30 tahun. Ibu primipara dengan usia > 30 tahun memiliki permasalahan ASI, yaitu ASI akan keluar pada hari ketiga dengan jumlah selama 3 hari pertama hanya 50 ml ASI atau kira-kira 3 sendok makan (Lubis, 2000).

Faktor lain yang dapat menyebabkan gizi lebih balita usia 1-2 tahun, yaitu adanya pemberian ASI yang dicampurkan dengan makanan atau minuman selain ASI. Usia ≤ 30 merupakan usia produktif dimana ibu cenderung bekerja dan memiliki aktivitas di luar rumah. Ibu yang memiliki pekerjaan dan tidak dapat ditinggalkan cenderung akan mencampurkan ASI dengan minuman lain misalnya susu formula.

Pemberian susu formula dapat menyebabkan gizi lebih, dikarenakan kandungan yang dimiliki oleh susu formula melebihi kebutuhan balita. Pada susu formula kandungan kalsium 1,5 kali lebih tinggi, namun bayi hanya mampu menyerap seperempat dari kandungannya. Jumlah karbohidrat pada susu formula sebanyak 8,2 g/100ml lebih banyak dibandingkan dengan ASI yaitu 6,0 g/per 100 ml. Susu formula tidak memiliki hormon leptin yang dapat membantu metabolisme lemak

didalam tubuh. Kandungan tersebut yang dapat menyebabkan balita memiliki gizi lebih.

Pendidikan dapat berpengaruh terhadap gizi lebih balita usia 1-2 tahun di Desa Tanggul Kulon. Hasil penelitian didapatkan bahwa pendidikan SMU/ sederajat dengan pendidikan SD/ sederajat dan SMP/ sederajat memiliki peluang yang sama terhadap status gizi lebih pada balita. Tidak adanya perbedaan antara tingkat pendidikan dengan riwayat pemberian ASI dapat disebabkan karena perbedaan tingkat pemahaman mengenai ASI. Pendidikan ibu berpengaruh kepada kemampuan ibu dalam memilih keputusan pemberian ASI. Seseorang dengan tingkat pendidikan SMU/ sederajat telah memiliki pengetahuan yang lebih, namun demikian tidak menjamin bahwa ibu jua memiliki pengetahuan baik mengenai ASI. Secara umum semakin tinggi pendidikan seseorang, akan semakin tinggi kemampuannya untuk menyerap informasi, namun demikian pendidikan tinggi tanpa pengetahuan pemberian ASI yang benar dan memadai tidak menjamin terlaksananya pemberian ASI sebagaimana mestinya (Sofyana, 2011).

Tidak adanya perbedaan gizi lebih balita usia 1-2 tahun berdasarkan riwayat penggunaan ASI Eksklusif maupun bukan ASI Eksklusif dapat disebabkan karena pemberian IMD, usia ibu, dan pendidikan ibu. Tidak adanya perbedaan pemberian ASI Eksklusif maupun bukan ASI Eksklusif terhadap kejadian gizi lebih usia 1-2 tahun, lantas bukan berarti bahwa pemberian bukan ASI Eksklusif dapat dilakukan pada balita. Pemberian bukan ASI Eksklusif pada balita dapat menyebabkan berbagai masalah. Maryunani (2012) mengatakan, bahwa pemberian bukan ASI Eksklusif dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan

diantaranya adalah rusaknya sistem pencernaan, tersedak, alergi, dan gizi lebih. Rusaknya sistem pencernaan dikarenakan perkembangan usus bayi dalam pembentukan enzim dibutuhkan waktu selama 6 bulan. Enzim yang dibutuhkan dalam pencernaan diantaranya adalah asam lambung, pepsin, lipase, amilase. Pembentukan enzim ini berfungsi sebagai enzim yang membantu pencernaan balita.

Pemberian bukan ASI Eksklusif dapat juga berpengaruh pada infeksi pencernaan balita. Infeksi pencernaan merupakan penyebab kematian ke tiga terbesar pada anak di Indonesia (Candra, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Candra (2010), didapatkan hasil bahwa penyebab infeksi pencernaan mayoritas terjadi pada balita dengan penggunaan bukan ASI Eksklusif sebanyak 28 balita (60,5%). Bukan ASI Eksklusif dapat menginfeksi pencernaan balita, dikarenakan kandungan makanan dan enzim yang diproduksi oleh tubuh belum cukup kuat..

Tersedak merupakan dampak kedua dari penggunaan bukan ASI Eksklusif. Koordinasi syaraf otot (neuromuscular) yang masih belum berkembang secara maksimal, serta belum maksimalnya pengendalian gerak kepala dan leher bayi, dapat menyebabkan bayi tersedak. Bayi masih sulit menelan makanan dengan menggerakkan makanan dari bagian depan ke bagian belakang mulutnya, karena gerakan ini melibatkan susunan refleks yang berbeda dengan minum susu.

Dampak selanjutnya bagi balita yang diberikan bukan ASI Eksklusif adalah alergi. Kondisi sistem pencernaan bayi yang belum matur (pada bayi 0-6 bulan) menyebabkan balita mengalami alergi (Wijayanti, 2010). Saat bayi berusia kurang dari enam bulan, sel disekitar usus belum siap untuk menerima makanan,

sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi. Bayi belum mampu memproduksi IgE, laktoferik dan lisozim secara mandiri (Newman, 2001). IgE merupakan immunoglobulin yang berperan dalam mencegah infeksi. Kandungan IgE yang dimiliki oleh makanan atau minuman selain ASI hanya sedikit, yaitu $\frac{1}{4}$ dari kandungan yang dimiliki oleh ASI (Wijayanti, 2010).

Dampak yang selanjutnya adalah gizi lebih. Gizi lebih dapat terjadi akibat asupan makanan yang melebihi jumlah kebutuhan bayi. Penggunaan bukan ASI Eksklusif akan meningkatkan risiko terjadinya gizi lebih pada balita. Balita yang mengalami gizi lebih masa anak-anak akan memiliki risiko sebesar 1,8 kali memiliki gizi lebih pada masa dewasa Saputri (2013). Dampak yang harus diwaspadai kejadian gizi lebih adalah penyakit degeneratif seperti jantung koroner, dan hipertensi. Gangguan lain seperti diabetes mellitus, asma bronkhiale, dan *sleep apnea* dapat terjadi pada balita dengan gizi lebih apabila kondisi tersebut terjadi secara terus menerus (Wahyu, 2009).

Penelitian unit kerja koordinasi endokrinologi anak di seluruh wilayah Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa komplikasi gizi lebih balita seperti diabetes mellitus pada usia anak dan remaja dengan gizi lebih di bawah usia 20 tahun tercatat sebanyak 731 orang (Linda, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto (2009) diketahui, bahwa pada remaja usia 15-19 tahun dengan gizi lebih didapatkan sebanyak 21 orang (49%) dari 64 responden mengalami hipertensi, sedangkan komplikasi lainnya seperti risiko jantung koroner, terjadi sebanyak 46 orang dari 64 responden yang memiliki HDL > 40.

Pemberian bukan ASI Eksklusif dapat memberikan dampak negatif pada saat balita maupun pada masa dewasa. Pemberian bukan ASI Eksklusif sangat tidak dianjurkan, karena memiliki banyak manfaat negatif bagi kesehatan balita. Dampak negatif yang ditimbulkan patut diwaspadai oleh ibu balita. Pemberian IMD sangat perlu dilakukan pada beberapa menit bayi setelah dilahirkan, ibu diharapkan memiliki rencana untuk memiliki anak pada saat usia ≤ 30 tahun supaya memiliki produksi ASI yang baik, serta pentingnya pendidikan dan pemberian informasi mengenai ASI sangat dibutuhkan untuk ibu dalam mengambil keputusan untuk memilih memberikan asupan terbaik bagi balitanya.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan peneliti dalam melaksanakan penelitian ini adalah sebagai berikut.

a. Rancangan Penelitian

Keterbatasan rancangan penelitian ini terkait dengan instrumen pengumpulan data. Kuesioner yang digunakan diadaptasi dan dimodifikasi dari penelitian yang dilakukan oleh Hasmini Nurdin Tahun 2012. Kuesioner tersebut kemudian dilakukan uji validitas dan realabilitas di wilayah kerja Puskesmas Jombang Kecamatan Jombang Kabupaten Jember. Pada kuesioner tersebut terdapat 20 item pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. Setelah dilakukan uji validitas, didapatkan sebanyak 17 pertanyaan yang valid dengan r tabel sebesar 0.413. kekurangan pengumpulan data dengan kuesioner adalah jawaban yang diberikan oleh responden bersifat subjektif, sehingga tidak bisa mewakili dari kejujuran responden tersebut.

b. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian yang dilakukan memiliki sebuah keterbatasan dalam pelaksanaannya, sehingga saat keterbatasan itu terjadi peneliti harus mempunyai solusi supaya tidak berpengaruh terhadap hasil penelitian yang telah dilakukan. Adapun keterbatasan dalam penelitian ini yaitu terkait dengan lokasi pengumpulan data. Di Desa Tanggul Kulon terdapat 15 posyandu, yang diantaranya sebanyak 14 posyandu memiliki sasaran dengan balita gizi lebih. Peneliti dalam melakukan proses pengambilan data harus melakukan *door to door* dari rumah satu ke rumah responden lainnya dengan memakan waktu selama 7 hari untuk mendapatkan 36 responden. Peneliti mengatasi masalah tersebut dengan cara meminta bantuan bidan desa untuk diantarkan ke rumah ketua kader setiap posyandu yang memiliki sasaran balita gizi lebih. Peneliti bertemu dengan kader, setelah itu peneliti meminta bantuan untuk diantarkan kepada ibu yang memiliki balita gizi lebih. Apabila pada saat ibu balita tidak berada dirumah, maka kader mencoba untuk mencari di rumah tetangga. Apabila ibu dalam keadaan sedang berada diluar rumah, maka peneliti datang kembali keesokan harinya.

Kendala lainnya adalah pada saat pengisian kuesioner, terdapat beberapa ibu yang enggan mengisi sendiri dikarenakan keterbatasannya dalam membaca. Mengatasi masalah tersebut peneliti harus menanyakan langsung dan menjelaskan satu persatu isi kuesioner dengan sangat hati-hati, supaya responden mengetahui maksud pertanyaan dan bisa dijawab sesuai dengan kondisi responden.

5.4 Implikasi Keperawatan

Perawat merupakan salah satu tonggak pelayanan kesehatan. Peningkatan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara. Khususnya pada keperawatan anak, perawat harus mampu meningkatkan kesehatan anak melalui upaya peningkatan dan pencegahan kesakitan. Implikasi yang dapat dilakukan adalah dengan menekan angka kejadian gizi lebih di Indonesia, khususnya di Jember dengan melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat khususnya orang tua tentang pentingnya memilih asupan gizi pada balita khususnya usia 1-2 tahun dengan menggunakan ASI Eksklusif.

Fenomena yang banyak terjadi di lingkungan masyarakat adalah adanya anggapan bahwa ketika anak menangis setelah diberikan ASI oleh ibunya, pertanda anak tersebut masih merasa kelaparan. Kondisi tersebut membuat ibu memilih untuk memberikan makanan atau minuman selain ASI untuk menambah asupan makanan balita sehingga tidak menangis lagi. Kurang terpaparnya informasi membuat ibu salah dalam mengambil keputusan dalam memberikan asupan gizi pada balita. Fenomena lain yang sering terjadi pada ibu dengan balita gizi lebih, adalah anak yang memiliki tubuh gemuk merupakan kebanggan tersendiri bagi orang tua. Ibu menganggap bahwa dengan kondisi anak yang memiliki tubuh gemuk merupakan pertanda bahwa balitanya memiliki tubuh yang sehat.

Peran perawat dalam mengatasi hal tersebut adalah memberikan informasi mengenai gizi lebih, ciri-ciri gizi lebih, penatalaksanaan gizi lebih serta bahaya apabila tidak dilakukan pencegahan dini pada balita. Penatalaksanaan gizi lebih dapat dilakukan dengan perilaku keluarga sadar gizi. Kadarzi merupakan suatu perilaku yang dimiliki oleh keluarga yang mampu mengenal, mencegah da

mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Tiga hal yang dapat dilakukan adalah dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI eksklusif pada bayi sejak lahir sampai usia enam bulan, dan peran serta orang tua dan anggota keluarga.

Peran perawat lainnya yang dapat dilakukan adalah kerjasama lintas sektor. Kerjasama tersebut dapat dilakukan dengan bidan desa, kader, serta perangkat desa yang berpengaruh. Kerjasama tersebut dalam dilakukan oleh bidan desa dengan cara terus melakukan posyandu secara rutin yang dibantu oleh kader dengan penekanan pada meja 4 sehingga ibu balita mendapatkan informasi dan dukungan mengenai pemberian ASI Eksklusif yang dapat mencegah terjadinya gizi lebih.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian yang dilkakukan di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a) karakteristik responden dengan pemberian bukan ASI Eksklusif, terjadi pada balita dengan jenis kelamin laki-laki, dengan balita mayoritas berusia 22 bulan. Mayoritas balita tidak menggunakan obat-obatan, dan memiliki keturunan gemuk dari kedua orangtuanya. Balita tidak memiliki kecacatan, dan tidak dilakukan IMD. Mayoritas ibu beusia ibu > 30 tahun, dengan pendidikan tamat SMU/ sederajat. Ibu balita tidak bekerja, dan berpenghasilan sebesar $< \text{Rp } 1.000.000,00$. Karakteristik responden dengan riwayat penggunaan ASI Eksklusif mayoritas terjadi pada balita laki-laki, berusia 12, 18, dan 22 bulan. Balita tidak memiliki riwayat menggunakan obat, namun memiliki keturunan gemuk dari kedua orangtuanya. Balita juga tidak memiliki kecacatan serta dilakukan IMD oleh ibunya. Ibu balita mayoritas berusia ≤ 30 tahun, dengan pendidikan terakhir tamat SMU/ sederajat. Mayoritas ibu tidak bekerja dan bekerja sebagai wiraswasta, dengan penghasilan sebesar $\text{Rp } 1.000.000,00 - \text{Rp } 3.000.000,00$;
- b) kejadian gizi lebih balita sebagian memiliki riwayat penggunaan ASI Eksklusif;
- c) kejadian gizi lebih balita sebagian memiliki riwayat penggunaan bukan ASI Eksklusif;
- d) hasil analisa uji *Fisher Excat Test* diperoleh nilai *p value* sebesar 1,000 dengan taraf signifikan sebesar 0,05. Nilai *p value* tersebut lebih besar dari

nilai taraf signifikan ($1,000 > 0,05$), yang berarti tidak ada perbedaan kejadian gizi lebih pada balita usia 1-2 tahun dengan riwayat pemberian asi eksklusif dan bukan asi eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

6.2 Saran

Saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut.

a) Bagi Peneliti

Pengambilan data mengenai pengukuran berat badan anak dilakukan oleh kader posyandu, sehingga peneliti tidak melakukan secara langsung sehingga menyebabkan risiko adanya kesalahan pengukuran. Harapan ke depan bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan penimbangan secara langsung. Timbangan yang digunakan juga harus memenuhi standar yang telah dikalibrasi supaya hasil yang didapatkan valid. Hasil penelitian yang diperoleh oleh peneliti dapat dijadikan bahan acuan untuk mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian gizi lebih pada balita.

b) Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember menjadikan Desa Tanggul Kulon sebagai desa binaan bagi institusi apabila melakukan PBL dengan fokus pada keperawatan maternitas yaitu masalah gizi lebih.

c) Bagi Profesi Keperawatan Anak

Hasil peneitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk terus melakukan dukungan baik motivasi maupun pemberian pendidikan kesehatan bagi Ibu, supaya memiliki kesadaran bahwa penggunaan ASI Eksklusif sangat penting dilakukan.

d) Bagi Responden

Resoponden diharapkan mampu memilih asupan gizi yang tepat bagi balita. Responden diharapkan dapat mengubah cara pandang mengenai balita dengan gizi lebih. Balita gemuk bukan lagi balita lucu, namun balita gemuk adalah balita dengan risiko tinggi terjadinya permasalahan kesehatan dimasa mendatang, serta tetap menjadi keluarga yang sadar gizi dengan menerapkan tiga panduan untuk penatalaksanaan balita dengan gizi lebih.

e) Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan ibu memiliki rencana kehamilan sebelum usia > 30 tahun supaya memiliki produksi ASI yang baik. Diharapkan masyarakat mampu melakukan deteksi dini terhadap kejadian gizi lebih. Masyarakat diharapkan melakukan apa saja yang dapat mencegah terjadinya gizi lebih, dengan salah satunya selalu menggunakan ASI Eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

Albab, FU. 2013. *Hubungan Promosi Susu Formula Dengan Pengambilan Keputusan Keluarga Dalam Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja*

Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember. <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/3215/Fikri%20Uil%20Albab%20-%20092310101007.PDF?sequence=1> [10 Mei 2015].

Allo, Barre at all. 2013. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Kebiasaan Konsumsi Fast Food dengan Kejadian Gizi Lebih Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Sudirman I Makassar*. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5547/JURNAL.pdf?sequence=1> [26 April 2015].

Almatsier, Sunita. (2009) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

Ambarawati, Dhian at al. 2015. *Superbook for Supermom*. Jakarta: FM Media.

Anggraini, Suciani. 2008. *Faktor Risiko Obesitas pada Anak Taman Kanak-Kanak di Kota Bogor*. <http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/2828/A08san2.pdf;jsessionid=FE0A04194B6901008AB25451CB433E06?sequence=5> [5 Mei 2015].

Angraini, Suci. 2008. *Faktor Risiko Obesitas pada Anak Taman Kanak-Kanak di Kota Bogor*. <http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/2828/A08san2.pdf;jsessionid=FE0A04194B6901008AB25451CB433E06?sequence=5> [1 April 2015].

Aning, Ika Prasetya dan Kristanto, Yohanes. 2014. *146 Resep Mpasi Untuk Superbaby*. Surabaya: Genta Group.

Anshori, Husein Al. 2013. *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 12-24 Bulan (Studi di Kecamatan Semarang Timur)*. http://eprints.undip.ac.id/41855/1/571_Husein_Al_Anshori_G2C009029.pdf [5 April 2015].

Antolis, Patricia Vanessa. 2012. *Proporsi dan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan yang Mengalami Kesulitan Makan Di Semarang (Studi Kasus di Kelurahan Tandang dan Sendangguwo)*. http://eprints.undip.ac.id/37731/1/Patricia_Vannesa_A_G2A008141_Lap.KTI.pdf [2 April 2015].

Azwar, Saifudin. 2009. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Jakarta: Pustaka Pelajar.

BAPPENAS. 2011. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/IDN%202011%20Rencana%20Aksi%20Nasional%20Pangan%20dan%20Gizi.pdf> [20 September 2014].

Budiarto, Eko. 2002. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Buku Saku Antropometri. 2010. <http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2011/11/buku-sk-antropometri-2010.pdf> [12 Desember 2014].
Cahyanto, Bibi Ahmad dan Roosita, Katrin. 2013. *Kaitan Asupan Vitamin A dengan Produksi Air Susu Ibu (Asi) pada Ibu Nifas* <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=149063&val=199&title=KAITAN%20ASUPAN%20VITAMIN%20A%20DENGAN%20PRODUKSI%20AIR%20SUSU%20IBU%20%28ASI%29%20PADA%20IBU%20NIFAS> [10 Mei 2015].

Cunningham, F. Gary *at al.* 2013. *Obstetri William*. Terjemahan Yoavita, *at all.* Jakarta: EGC.

Damanik, Tresa Kristi *al al.* 2014. *Faktor Resiko yang Menyebabkan Kejadian Gizi Lebih pada Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Usu Tahun 2014*. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=299203&val=4108&title=FAKTOR%20RESIKO%20YANG%20MENYEBABKAN%20KEJADIAN%20GIZI%20LEBIH%20PADA%20MAHASISWA%20FAKULTAS%20KESEHATAN%20MASYARAKAT%20USU%20TAHUN%202014> [1 Mei 2015].

Departemen Kesehatan R.I. (2005). *Rencana Strategi Departemen Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf> [8 April 2015].

Departemen Kesehatan RI. 2007. *Kadarzi*. <http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2012/05/strategi-KIE-Kadarzi.pdf> [22 Februari 2015].

Departemen Kesehatan RI. 2008. [file:///c:/users/user/downloads/63-99z_book%20manuscript-240-1-10-20140108%20\(1\).pdf](file:///c:/users/user/downloads/63-99z_book%20manuscript-240-1-10-20140108%20(1).pdf) [30 Januari 2015].

Eriyanto. 2007. *Teknik Sampling Analisis Opini Publik*. Yogyakarta: LKiS Yogyakarta.

Farooqi, Sadaf. 2005. *Genetic and Hereditary Aspect of Childred Obesity*. Practice and Research Clinical Endocrinologi dan Metabolism.

Fitriani. 2012. *Hubungan Konsumsi ASI Eksklusif dan Faktor Lainnya dengan Kejadian Kegemukan pada Anak Usia 6-23 bulan di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010)*. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20297831...%20Hubungan%20konsumsi.pdf.

Friedman, M.M, Bowden, V.R., Joner E.G. 2003. *Famili Nursing: Research, Theory, and Practice. 5th Edition*. New Jersey: Pearson Education.

Gibney, M.J. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Giri, M. Kurnia Widiatuti. 2013. *Hubungan Pemberian Asi Eks Klusif Dengan Status Gizi Balita Usia 6 24 Bulan di Kampung Kajanan, Buleleng*. download.portalgaruda.org/article.php?article=106789&val=5110 [1 Mei 2015].

Greenstein, Ben dan Wood, Diana. 2010. *At a Glance: Sistem Endokrin Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga.

Hariyanto, Didik *at al.* 2009. Hubungan Ketebalan Tunika Intima Media Arteri Carotis dengan Obesitas pada Remaja. saripediatri.idai.or.id/pdf/11-3-3.pdf.
Hasdianah, *at all.* 2013. *Gizi Pemanfaatan Gizi, Diet dan Obesitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Hayati, Aslis W. 2009. *Gizi Bayi: Buku Saku*. Jakarta: EGC.

Hayuningtyas, Kinesthi Astuti. Faktor Risiko Kejadian Overweight pada Anak Stunting Usia Sekolah Dasar di Semarang Timur. eprints.undip.ac.id/42679/1/592_KINANTHI_MESTUTI_HAYUNINGTYAS_G2C009063.pdf [18 Maret 2015].

Hermawan, A. Guntur. 2005. *Komplikasi Obesitas dan Usaha Penanggulangannya*.
http://si.uns.ac.id/profil/uploadpublikasi/Jurnal/194905061973101001ag_03.pdf [7 April 2015].

Hidayanti. Lilik dan Lina, Nur. 2014. *Kontribusi Persepsi Dan Motivasi Ibu Dalam Meningkatkan Keberhasilan Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Pedesaan*. <http://lppm.unsil.ac.id/files/2014/10/07.-Lilik-Hidayanti.pdf> [1 Mei 2015].

Hidayat, Boerhan *at all.* (Tanpa tahun). *Obesitas pada Anak*. old.pediatrik.com/buletin/06224113652-048qwc.doc [5 Desember 2014].

Hidayat, Karindra. *Perbandingan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini berdasar Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil*.
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=73710&val=4695> [1 Mei 2015].
https://books.google.co.id/books?id=n7W5Zo_Og48C&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false [2 April 2015].

Hustrada, H. J. S., dan Kusmaedi, N. 2010. *Pertumbuhan dan Perkembangan Peserta Didik: Olahraga dan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.

Ida. 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif 6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kemiri Muka Kota Depok Tahun 2012*. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20297960-T30146-Ida.pdf>.

Jafar, Nurhaedar. 2010. *Status Gizi Balita*. <https://id.scribd.com/doc/137840062/b30-Status-Gizi-Balita-Mgrs> [15 Januari 2015].

Jannah, Roudhatul. 2011. *Pengaruh Pemberian Suplemen Vitamin Terhadap Perubahan Status Gizi (BB/U) Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Wilayah Kerja Puskesmas Kambat Utara Kabupaten Hulu Sungai Tengah (Hst) Tahun 2010*. <https://perpustakaanhb.files.wordpress.com/2011/11/skripsi-raudhatul-jannah.pdf> [20 April 2015].

Jaringan Informasi Pangan dan Gizi. 2008. <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2012/06/lb-2-2008.pdf> [10 Februari 2014].

Kompas. 21 Maret 2009. *Ribuan Balita Jember Terancam Kegemukan*. <http://regional.kompas.com/read/2009/03/21/15543348/ribuan.balita.jember.terancam.kegemukan> [30 Januari 2015].

Lee, D.R., Nieman, C.D. 2003. *Anthropometry Nutritional Assessment*. New York: Mc Graw Hill.

Lestari, Widya at al. 2013. *Hubungan inisiasi menyusu dini (IMD) dengan waktu keluarnya ASI pada ibu Post partum di Puskemas Lubuk Buaya Padang*. journal.mercubaktijaya.ac.id/downloadfile.php?file=9e.pdf [10 Mei 2015].

Linda. 2013. *Gambaran Diabetes Mellitus pada Anak di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Periode 2010 – 2012*. repository.maranatha.edu/3415/1/0910085_Abstract_TOC.pdf.

Lissau I, Overpeck M, Ruan J, Holstein B, Hedlger M, Group atHBISaCOW. 2004. *Body mass index and overweight in adolescent in 13 European countries, Israel, and the United States*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.

Marie, at al. 2014. *Global, Regional, And National Prevalence Of Overweight And Obesity In Children And Adults During 1980–2013: A Systematic Analysis For The Global Burden of Disease Study 2013*. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/piis0140-6736\(14\)60460-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/piis0140-6736(14)60460-8.pdf) [30 Januari 2015].

Maryunani, Anik. 2012. *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif, dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Misnadierly. 2007. *Obesitas sebagai Faktor Resiko Berbagai Penyakit*. Jakarta: Pustaka Obor Populer.

Mukhiharti, Susi at al. 2010. *Faktor Risiko Kejadian Obesitas pada Remaja SMA Negeri 2 dan SMA Negeri 3 di Kota Pekalongan Tahun 2010*. journal.unikal.ac.id/index.php/kesehatan/article/download/28/15 [1 Mei 2015].

Muwakhidah dan Diah, Tri. 2008. *Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Obesitas pada Remaja*. <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/1464/jurnal%20kes%20vol%201%20no%202%20f%20133-140.pdf?sequence=1> [30 Januari 2015].

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurdin, Hasmini. 2012. *Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan di Puskesmas Perawatan MKB Lompoe Kota Parepare Tahun 2012*. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20315010-S-Hasmini%20Nurdin.pdf> [30 Januari 2015].

Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Persagi. 2009. *Kamus Gizi: Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Kompas Media Nusantara.

Pertiwi, Putri. 2012. *Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Kunciran Indah Tangerang*. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20312381-S%2043138...full%20text.pdf [15 Mei 2015].

Potter, Patricia A. & Perry, Anne Griffin. 2005. *Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: ECG.

Proverawati, Atikah dan Rahmawati, Eni. 2010. *Kapita Selekta ASI dan Menyusui*. Yogyakarta: Nuha Media.

Purnamawati, Irene. 2009. *Prevalensi Obesitas pada Anak Taman Kanak-Kanak di Kelurahan Cikini. Kecamatan Menteng, DKI Jakarta dan Hubungannya dengan Melewatkan Makan Pagi*. [digital.122846-S09039fk-Prevalensi obesitas-Abstrak.pdf](http://digital.122846-S09039fk-Prevalensi%20obesitas-Abstrak.pdf) [17 Oktober 2014].

Ramadani, Mery dan Hadi, Ella N. 2013. *Dukungan Suami dalam Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Air Tawar Kota Padang, Sumatera Barat*. jurnalkesmas.ui.ac.id/index.php/kesmas/article/download/166/167 [1 Mei 2015].

Ramaiah, Savitri. 2007. *Manfaat ASI dan Menyusui*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.

Rambitan, W. At al. 2014. Hubungan Antara Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak Batita Diwilayah Kerja Puskesmas Kawangkoan Kabupaten Minahasa. <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2014/11/Winny-Artikel.pdf> [10 Mei 2015].

Ransum, Ullya P. at al. 2013. *Hubungan Sikap Ibu, Pendidikan Dan Dukungan Petugas Kesehatan Dengan Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Umur 6 -11 Bulan Di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar*. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5587/ULLYA%20PRASTIKA%20%28K21109294%29.pdf?sequence=1> [10 Mei 2015].

Riset Kesehatan Dasar. 2007. <https://www.k4health.org/sites/default/files/laporannasional%20riskesdas%202007.pdf> [30 Januari 2015].

Riset Kesehatan Dasar. 2010. http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/buku_laporan/lapnas_riskesdas2010/Laporan_riskesdas_2010.pdf [30 Januari 2015].

Riset Kesehatan Dasar. 2013. http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.PDF [30 Januari 2015].

Sakti, Risky Eka, at al. 2013. *Hubungan Pola Pemberian Mp-Asi dengan Status Gizi Anak Usia 6-23 Bulan di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013*. http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5480/JURNAL_MKMI_%20RISKY%20EKA%20SAKTI%20%28K21109274%29.pdf?sequence=1 [8 April 2015].

Sakulat, Wisnu. tanpa tahun. *Obeistas*. <http://rumahsakit.unair.ac.id/website/obesitas/?print=print> [14 Januari 2014].

Saleh, La Ode Amal. 2012. *Faktor-Faktor yang Menghambat Praktik ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan: Studi Kualitatif di Desa Tridana Mulya, Kec. Landonu Kb. Konawe Selatan, Sulawesi Tenggara*. http://eprints.undip.ac.id/35946/1/424_La_Ode_Amal_Saleh_G2C309009.pdf [24 Februari 2015].

Saputri, Ermy Liesma. 2013. *Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Obesitas pada Anak usia 4-5 Tahun*. Semarang: Universitas Diponegoro.

http://eprints.undip.ac.id/41876/1/574_Ermy_Liesma_Saputri_G2C009054.pdf
[11 September 2014].

Sartika, Ratu Ayu Dewi. 2011. Faktor Risiko Obesitas Pada Anak 5-15 Tahun di Indonesia. journal.ui.ac.id/health/article/download/796/758 [21 Maret 2015].

Septiani, Winnie. 2009. *Pendekatan Kombinasi Metode AHP dan Metode Cut Off Point pada Tahap Analisis Keputusan Perancangan Sistem Informasi Penjualan PT.X*. <http://eprints.undip.ac.id/8134/> [10 Februari 2015].

Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sherwood, L. 2011. *Fisiologi Manusia: dari Sel ke Sistem*. Edisi 6. Jakarta: EGC.

Siregar Arifin. 2004. Pemberian ASI Eksklusif Dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3726/1/fkm-arifin4.pdf>. [25 Februari 2015].

Soetjiningsih. 2014. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: ECG.

Sofyana, Haris. 2011. *Perbedaan Dampak Pemberian Nutrisi ASI Eksklusif dan Non Eksklusif terhadap Perubahan Ukuran Antrophometri dan Status Imunitas pada Neonatus di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Al Ihsan Provensi Jawa Barat*. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20281070-T%20Haris%20Sofyana.pdf [10 Mei 2015].

Sunarti, Euis. 2004. *Mengasuh dengan Hati*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.

Supriasa, I Made Nyoman. 2014. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

Suradi, R dan Hesti. 2004. *Manajemen Laktasi*. Jakarta: Program Manajemen Laktasi Perkumpulan Perinatologi Indonesia.

Syafira, Miranda Dwi. 2014. *Perbedaan Aktivitas Fisik dan Konsumsi Serat Pada Siswa Overweight dan Tidak Overweight di Smp Muhammadiyah 1 Kartasura*. http://eprints.ums.ac.id/30699/12/NASKAH_PUBLIKASI.pdf [27 April 2015].

Syamsinar. 2013. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelancaran Pengeluaran Asi Pada Ibu Post Partum Di Ruang Nifas Rumah Sakit Tk.Ii Pelamonia Makassar*. <http://library.stikesnh.ac.id/files/disk1/6/e-library%20stikes%20nani%20hasanuddin--syamsinars-276-1-25131351-1.pdf>.

Triharto, Juli. 2010. *The Secret of Slimming HypnoLangsing*. Jakarta: Pustaka Abadi.

Umar, Husein. 2003. *Metode Riset Bisnis: Panduan Mahasiswa untuk Melaksanakan Riset Dilengkapi Contoh Proposal dan Hasil Riset Bidang Manajemen dan Akuntansi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

UNICEF. 2012. *Ringkasan Kajian Gizi Ibu dan Anak*. http://www.unicef.org/indonesia/id/A6_-_B_Ringkasan_Kajian_Gizi.pdf [9 September 2014].

Wahyu, Denis Ginanjar. 2009. *Obesitas pada Anak*. Yogyakarta: B First.

Widuri, Hesti. 2013. *Cara Mengelola ASI Eksklusif Bagi Ibu Bekerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Wong, Donna, L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.

Yahya, H. 2007. *Cairan Ajaib: ASI*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Yatim, Faisal. (tanpa tahun). *Gangguan Kesehatan pada Anak Usia Sekolah*. ____: Pustaka Populer Obor.

Yussac, Muhammad A. A. at all. 2007. *Prevalensi Obesitas pada Anak Usia 4-6 Tahun dan Hubungannya dengan Asupan Serta Pola Makan*. file:///C:/Users/user/Downloads/PrevalensiObesitaspadaAnakUsia4-6TahundanHubungannyadenganAsupanSertaPolaMakan.pdf [8 Januari 2015].

Zhang, Louise at al. 2003. *Apa yang Ingin Anda Ketahui tentang Merawat Balita: Satu Sampai Lima Tahun*. Jakarta: Gramedia.



LAMPIRAN

A. Lembar *Informed*

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ely Rahmatika Nugrahani

NIM : 112310101038

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perumahan Bumi Ambulu Permai BB 06 Ambulu, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “*Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember*” yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan pemberian ASI Eksklusif dan bukan ASI Eksklusif pada kejadian gizi lebih balita usia 1-2 tahun. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai orang tua responden dan balita anda. Kerahasiaan semua informasi akan di jaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadikan balita anda sebagai responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadikan balita anda sebagai responden, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, Februari 2015

Hormat saya,

Ely Rahmatika Nugrahani

NIM 112310101038

B. Lembar Consent

SURAT PERSETUJUAN

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya sebagai orang tua responden bersedia turut berpartisipasi menjadikan balita saya sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

Nama : Ely Rahmatika Nugrahani

NIM : 112310101038

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perumahan Bumi Ambulu Permai BB 06 Ambulu, Jember

Judul : Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember
Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk menjadikan balita saya sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar, tanpa paksaan dan sebenar-benarnya.

Jember, 2015

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

C. Lampiran Kuesioner



PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

**Alamat: Jalan Kalimantan 37 Kampus tegal Boto
Telp/Fax (0331) 323450 Jember**

IDENTITAS RESPONDEN

Kode Responden:

Identitas Ibu

- Nama Ibu :
Umur Ibu : tahun
Pendidikan Ibu : Tidak sekolah
 Tidak Tamat SD
 Tamat SD/Sederajat
 Tamat SMP/Sederajat
 Tamat SMU/Sederajat
 Tamat Perguruan Tinggi/Akademik
Pekerjaan orangtua : PNS Wiraswasta Swasta Tidak bekerja
Pendapatan keluarga : < 1.000.000 1.000.000-3.000.000 >3.000.000

Identitas Balita

- Nama :
Jenis kelamin : perempuan laki-laki
Tanggal lahir :
Umur balita :
Berat badan sekarang :
Bayi menggunakan obat-obatan : iya tidak
Terdapat keturunan gemuk : iya tidak
Terdapat kekurangan
anggota tubuh : iya tidak
Bayi di beri ASI : iya tidak
Bayi diberi ASI pertama pada
beberapa menit setelah melahirkan: iya tida

D. Standar Baku Rujukan WHO/MGRS

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

**Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Laki-laki
Umur 0-60 Bulan**

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
12	6,9	7,7	8,6	9,6	10,8	12,0	13,3
13	7,1	7,9	8,8	9,9	11,6	12,3	13,7
14	7,2	8,1	9,0	10,1	11,3	12,6	14,0
15	7,4	8,3	9,2	10,3	11,5	12,8	14,3
16	7,5	8,4	9,4	10,5	11,7	13,1	14,5
17	7,7	8,6	9,6	10,7	12,0	13,4	14,9
18	7,8	8,8	9,8	10,9	12,2	13,7	15,3
19	8,0	8,9	10,0	11,1	12,5	13,9	15,6
20	8,1	9,1	10,1	11,3	12,7	14,2	15,9
21	8,2	9,2	10,3	11,5	12,9	14,5	16,2
22	8,4	9,4	10,5	11,8	13,2	14,7	16,5
23	8,5	9,5	10,7	12,0	13,4	15,0	16,8
24	8,8	9,7	10,8	12,2	13,6	15,3	17,1

**Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Perempuan
Umur 0-60 Bulan**

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
12	6,3	7,0	7,9	8,9	10,1	11,5	13,1
13	6,4	7,2	8,1	9,2	10,4	11,8	13,5
14	6,6	7,4	8,3	9,4	10,6	12,1	13,8
15	6,7	7,6	8,5	9,6	10,9	12,4	14,1
16	6,9	7,7	8,7	9,8	11,1	12,6	14,5
17	7,0	7,9	8,9	10,0	11,4	12,9	14,8
18	7,2	8,1	9,1	10,2	11,6	13,2	15,1
19	7,3	8,2	9,2	10,4	11,8	13,6	15,4
20	7,5	8,4	9,4	10,6	12,1	13,7	15,7
21	7,6	8,6	9,6	10,9	12,3	14,0	16,0
22	7,8	8,7	9,8	11,1	12,5	14,3	16,4
23	7,9	8,9	10,0	11,3	12,8	14,6	16,7
24	8,1	9,0	10,2	11,5	13,0	14,8	17,0

E. Distribusi Data Responden

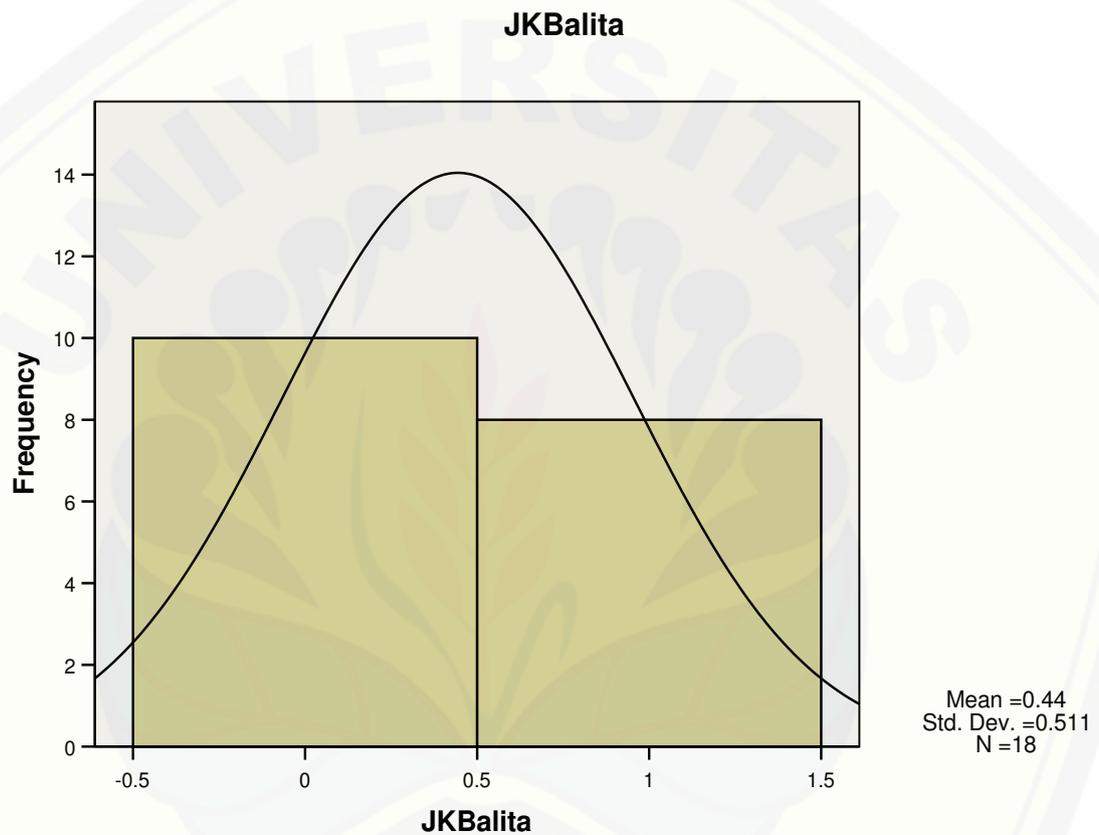
E. 1 Hasil Distribusi Data Karakteristik Balita Usia 1-2 Tahun berdsarkan Riwayat Penggunaan Bukan ASI Eksklusif dan ASI Eksklusif

- a. Karakteristik Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Penggunaan Bukan ASI Eksklusif

Statistics

		Umur Ibu	Pendidikan Ibu	Pendapatan Keluarga	JK Balita	BB Balita	Obat Obatan	Keturunan	Kekurangan Anggota Tubuh	Penggunaan ASI	IMD	pekerjaan Ibu
N	Valid	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		,44	3,06	,44	,44	1,28	,06	1,39	,00	,28	,67	,83
Median		,00	3,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
Mode		0	4	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Std. Deviation		,511	1,110	,616	,511	,461	,236	,502	,000	,461	,485	1,043
Minimum		0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Maximum		1	4	2	1	2	1	2	0	1	1	3
Sum		8	55	8	8	23	1	25	0	5	12	15

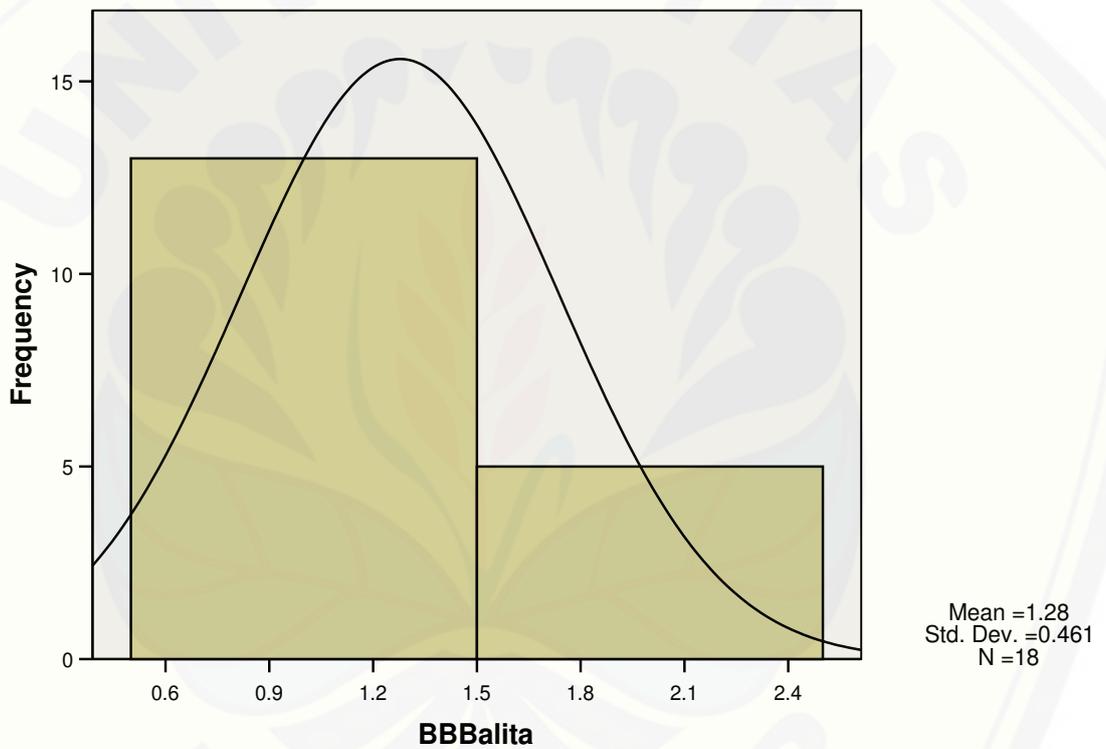
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	10	55,6	55,6	55,6
	perempuan	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	



BBBalita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>+2 SD	13	72,2	72,2	72,2
	>+3SD	5	27,8	27,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

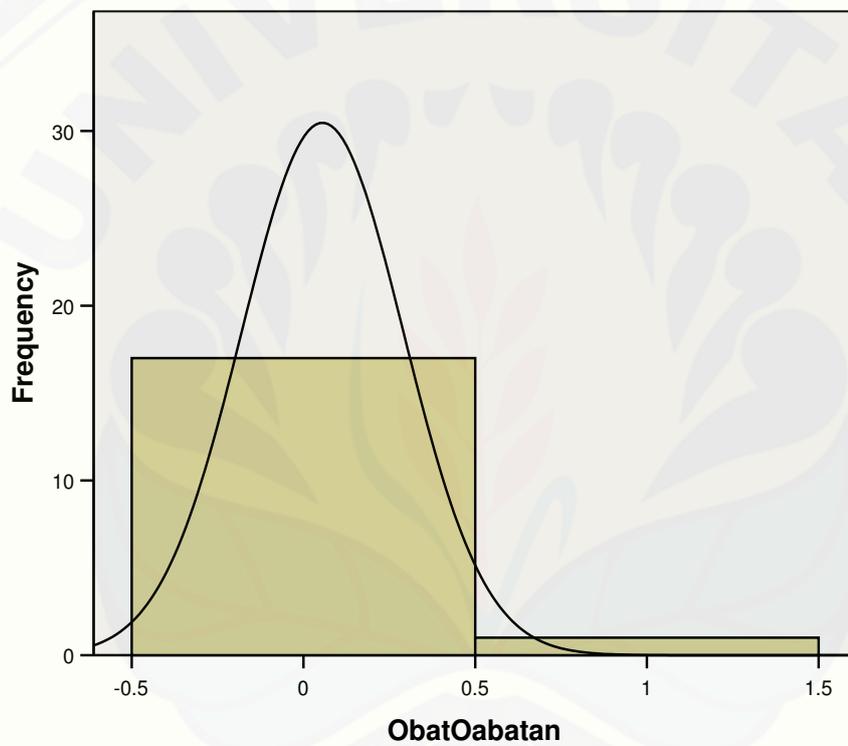
BBBalita



ObatOabatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Menggunakan	17	94,4	94,4	94,4
	Menggunakan	1	5,6	5,6	100,0
Total		18	100,0	100,0	

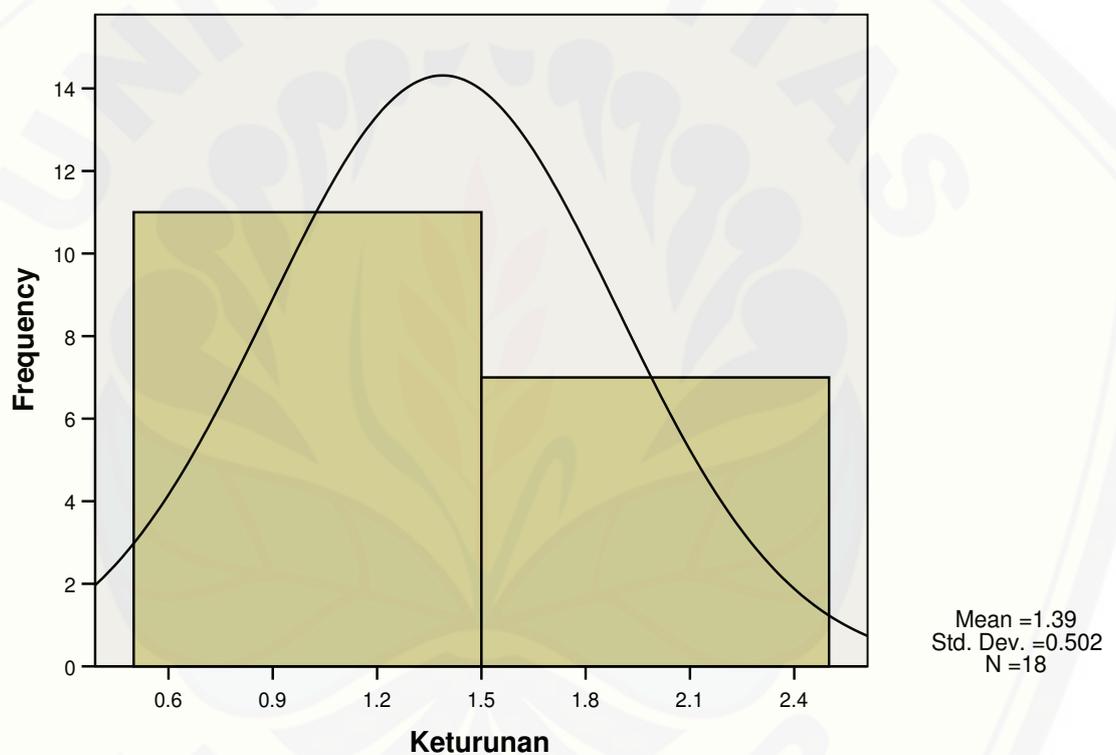
ObatOabatan



Keturunan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terdapat satu orangtua gemuk	11	61,1	61,1	61,1
kedua orangtua gemuk	7	38,9	38,9	100,0
Total	18	100,0	100,0	

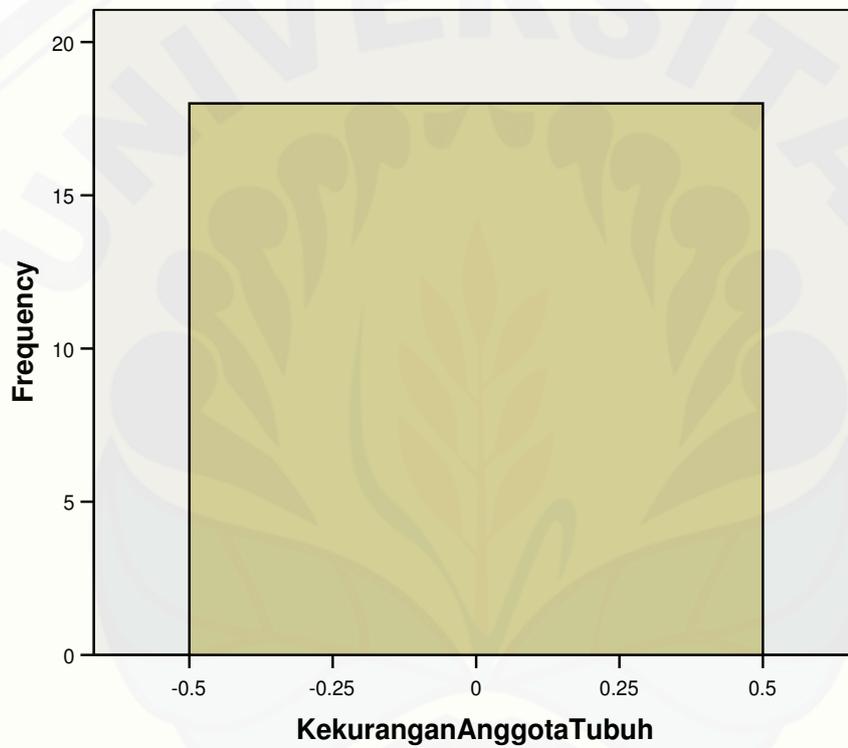
Keturunan



KekuranganAnggotaTubuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Terdapat kekurangan	18	100,0	100,0	100,0

KekuranganAnggotaTubuh

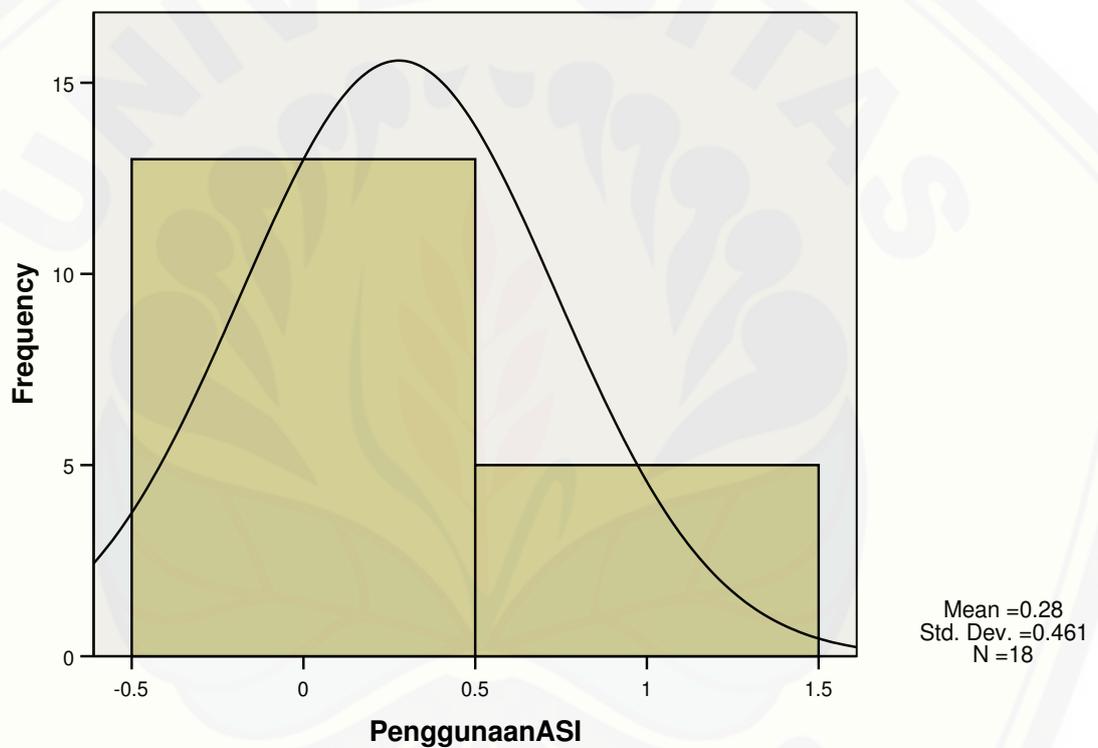


Mean =0
Std. Dev. =0
N =18

PenggunaanASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menggunakan	13	72,2	72,2	72,2
	tidak menggunakan	5	27,8	27,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

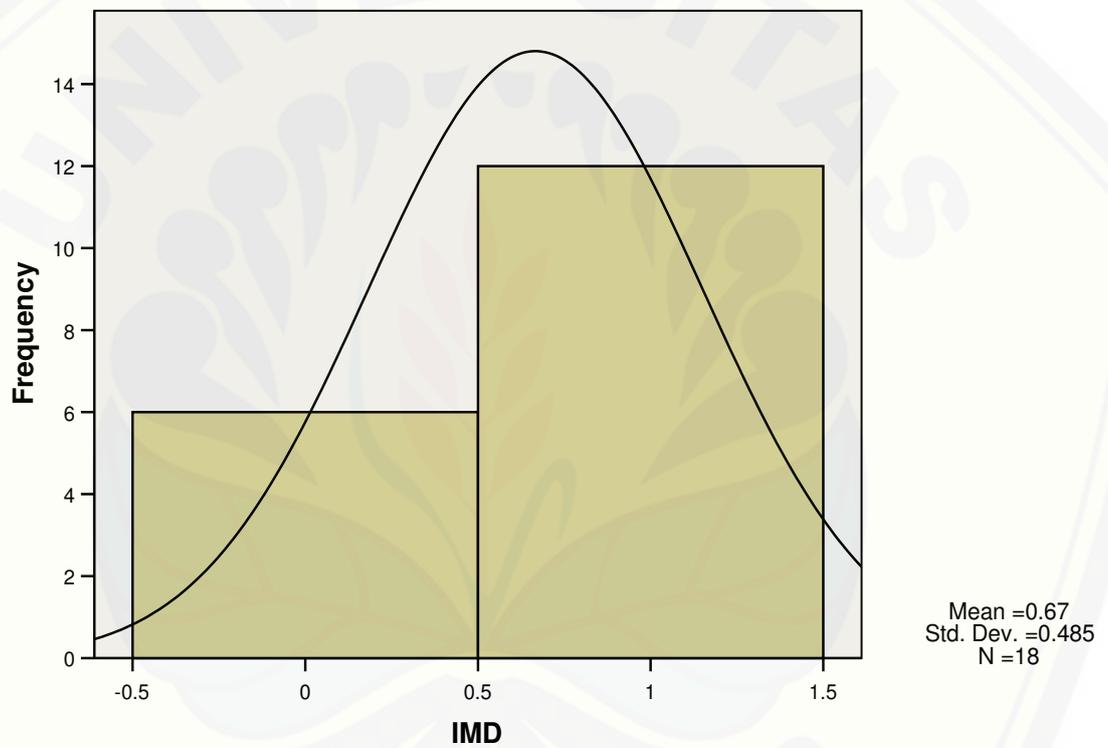
PenggunaanASI



IMD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menggunakan	6	33,3	33,3	33,3
	tidak menggunakan	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

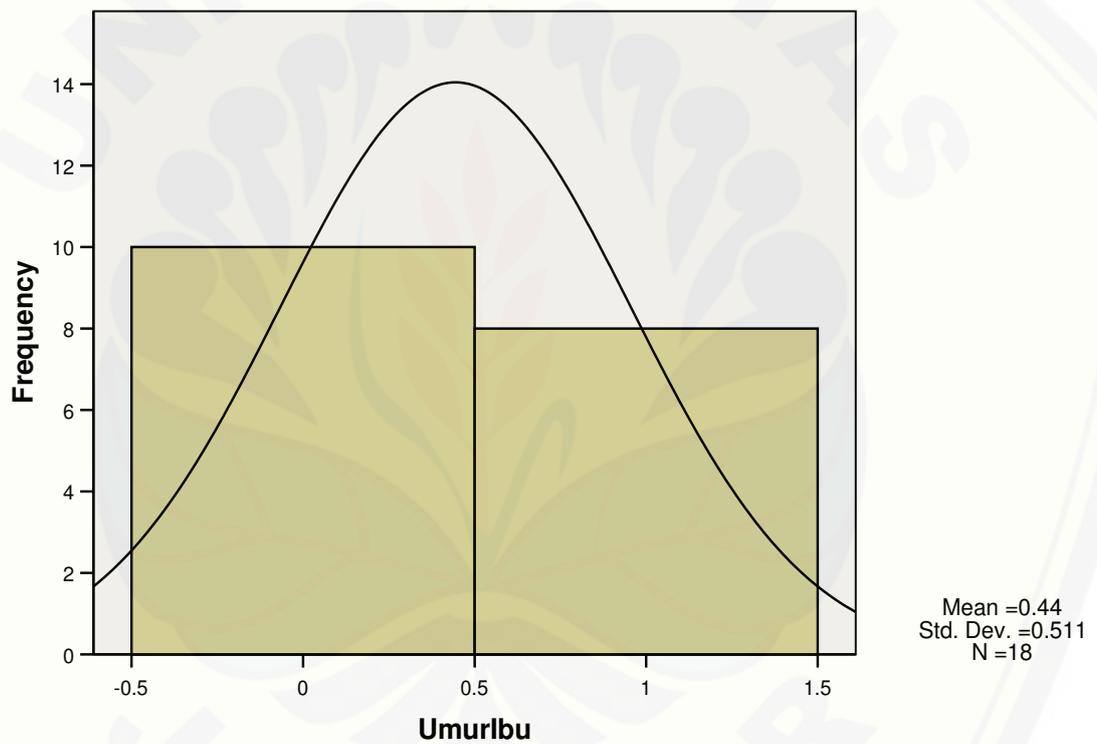
IMD



Umurlbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 30	10	55,6	55,6	55,6
	<= 30	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

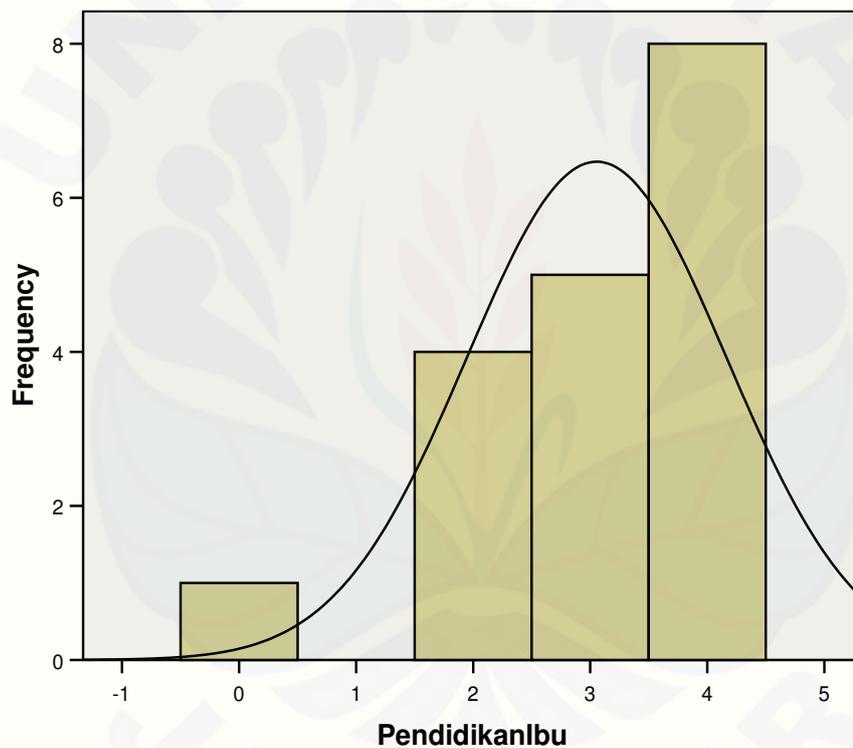
Umurlbu



Pendidikanbu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	1	5,6	5,6	5,6
Tamat SD/ sederajat	4	22,2	22,2	27,8
Tamat SMP/ sederajat	5	27,8	27,8	55,6
Tamat SMU/ sederajat	8	44,4	44,4	100,0
Total	18	100,0	100,0	

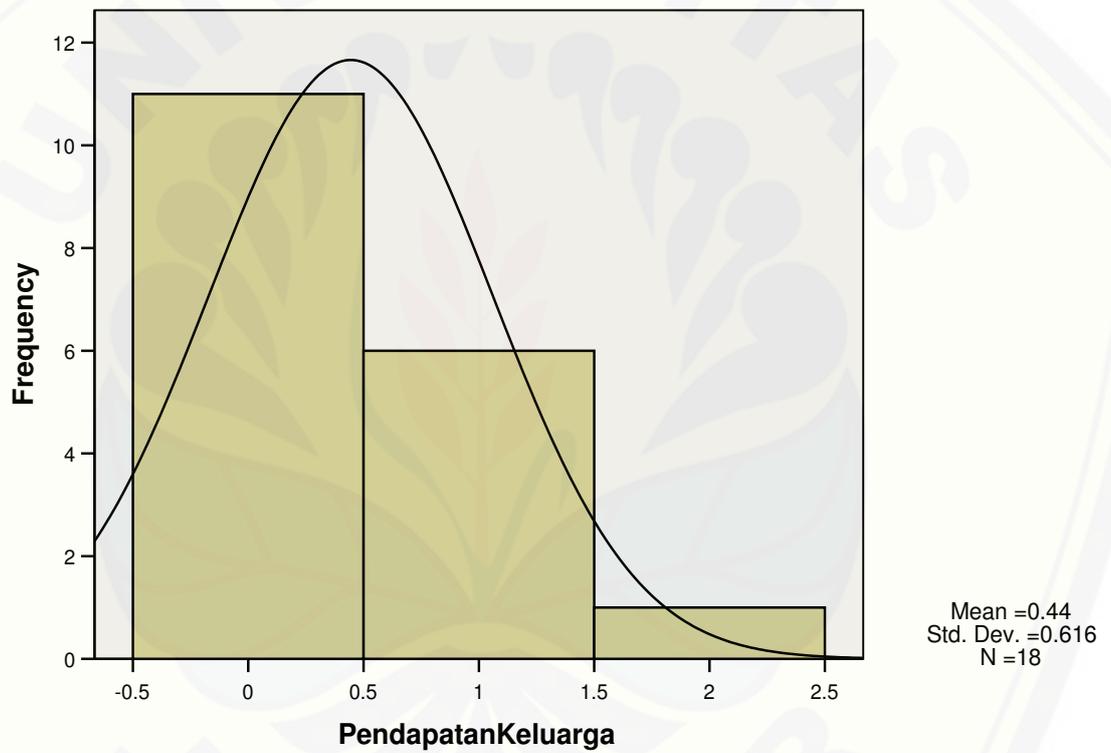
Pendidikanbu



PendapatanKeluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid <1.000.000	11	61,1	61,1	61,1
1.000.000-3.000.000	6	33,3	33,3	94,4
>3.000.000	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

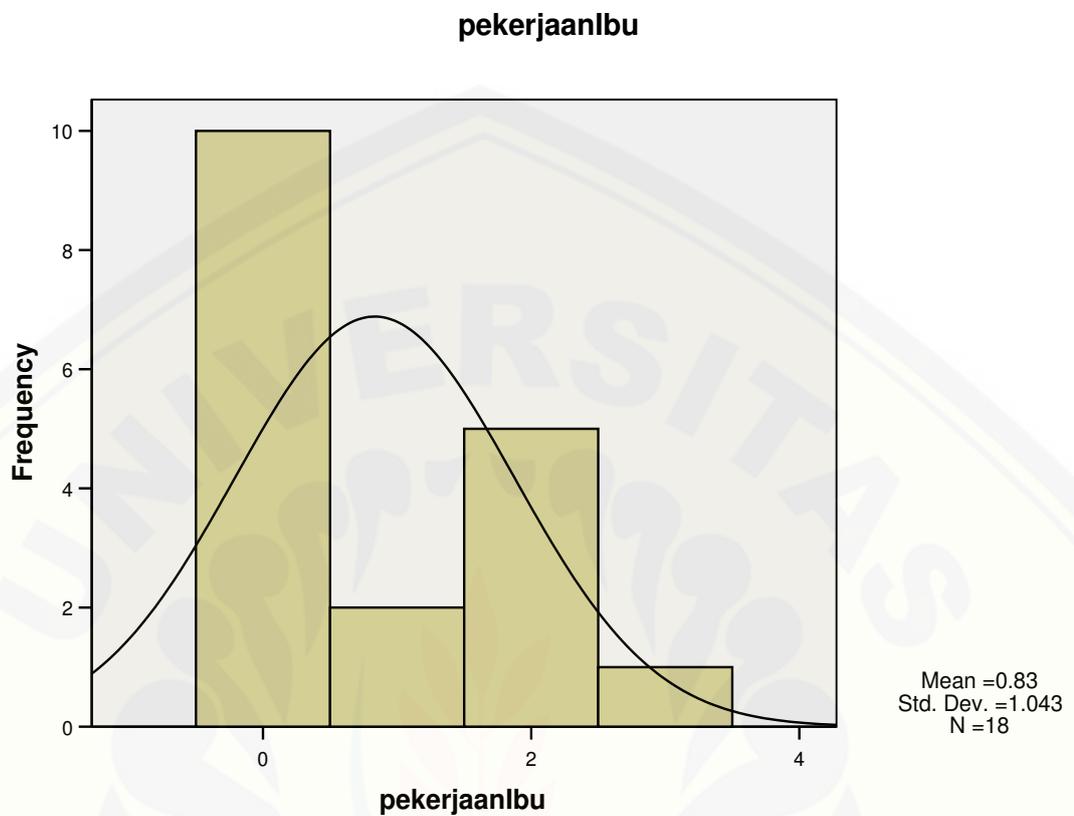
PendapatanKeluarga



pekerjaanIbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	tidak bekerja	10	55,6	55,6	55,6
	swasta	2	11,1	11,1	66,7
	wiraswasta	5	27,8	27,8	94,4
	PNS	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	





- b. Karakteristik Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Penggunaan ASI Eksklusif

Statistics

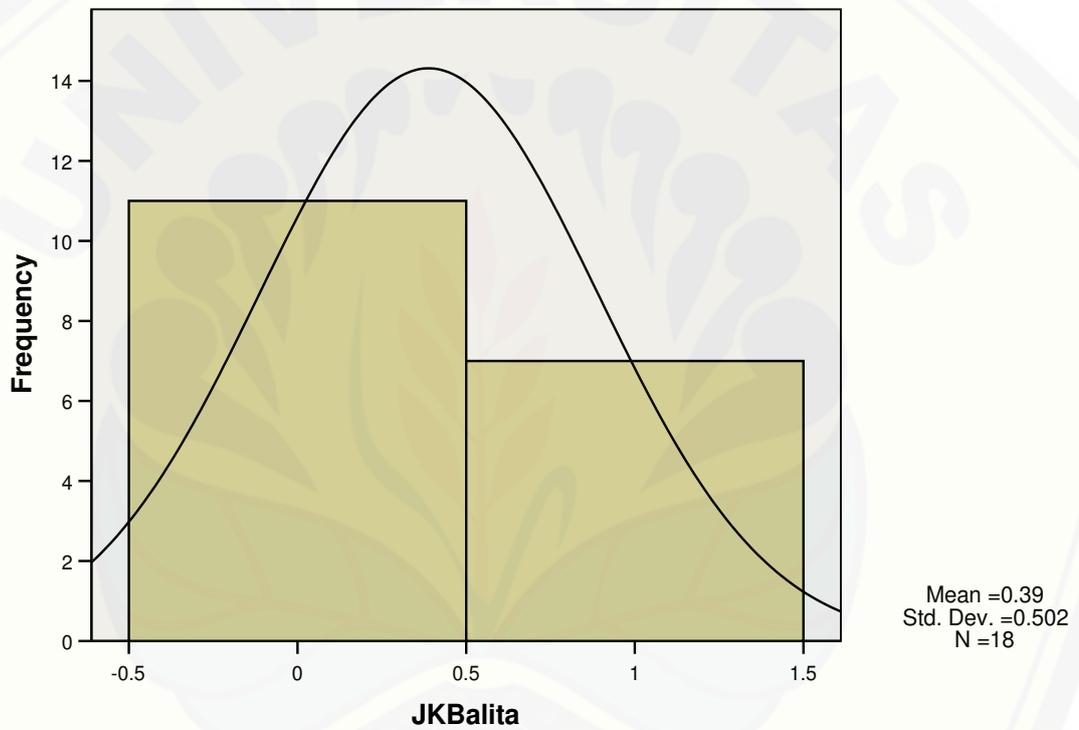
		UmurIbu	PendidikanIbu	PekerjaanIbu	Pendapatan Keluarga	JKBalita	UmurBalita	BBBalita	ObatObatan	Keturunan	Kekurangan Anggota Tubuh	Penggunaan ASI	IMD
N	Valid	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		,56	3,78	1,11	,72	,39	18,61	1,28	,00	1,89	,00	,00	,56
Median		1,00	4,00	1,00	1,00	,00	19,00	1,00	,00	2,00	,00	,00	1,00
Mode		1	4	0 ^a	1	0	12 ^a	1	0	2	0	0	1
Std. Deviation		,511	,943	1,023	,461	,502	4,089	,461	,000	,323	,000	,000	,511
Minimum		0	2	0	0	0	12	1	0	1	0	0	0
Maximum		1	5	3	1	1	24	2	0	2	0	0	1



JKBalita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	11	61,1	61,1	61,1
	Perempuan	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

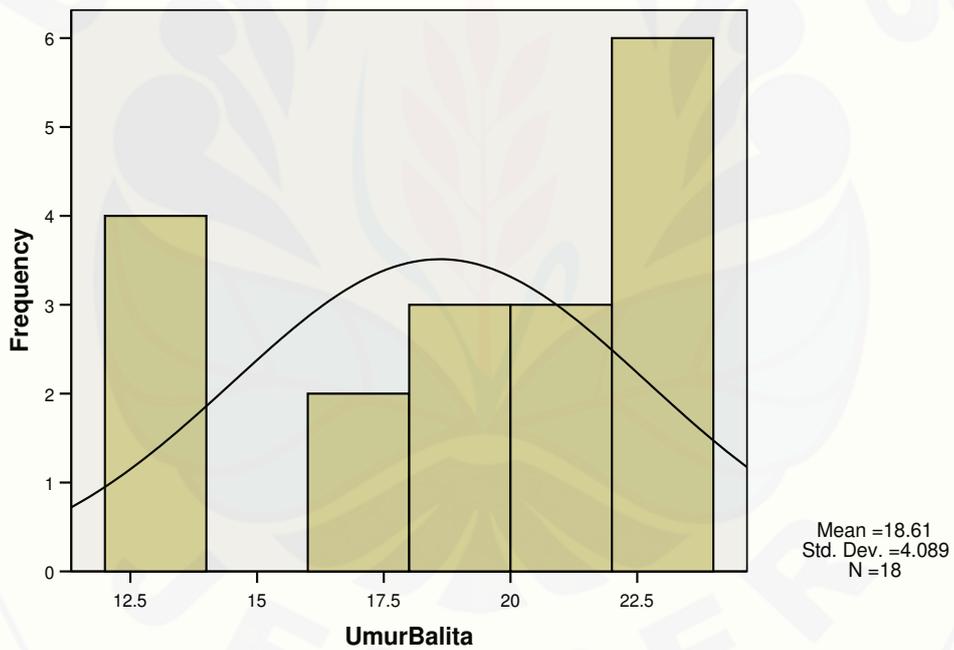
JKBalita



UmurBalita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	3	16,7	16,7	16,7
	13	1	5,6	5,6	22,2
	17	2	11,1	11,1	33,3
	18	3	16,7	16,7	50,0
	20	1	5,6	5,6	55,6
	21	2	11,1	11,1	66,7
	22	3	16,7	16,7	83,3
	23	2	11,1	11,1	94,4
	24	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

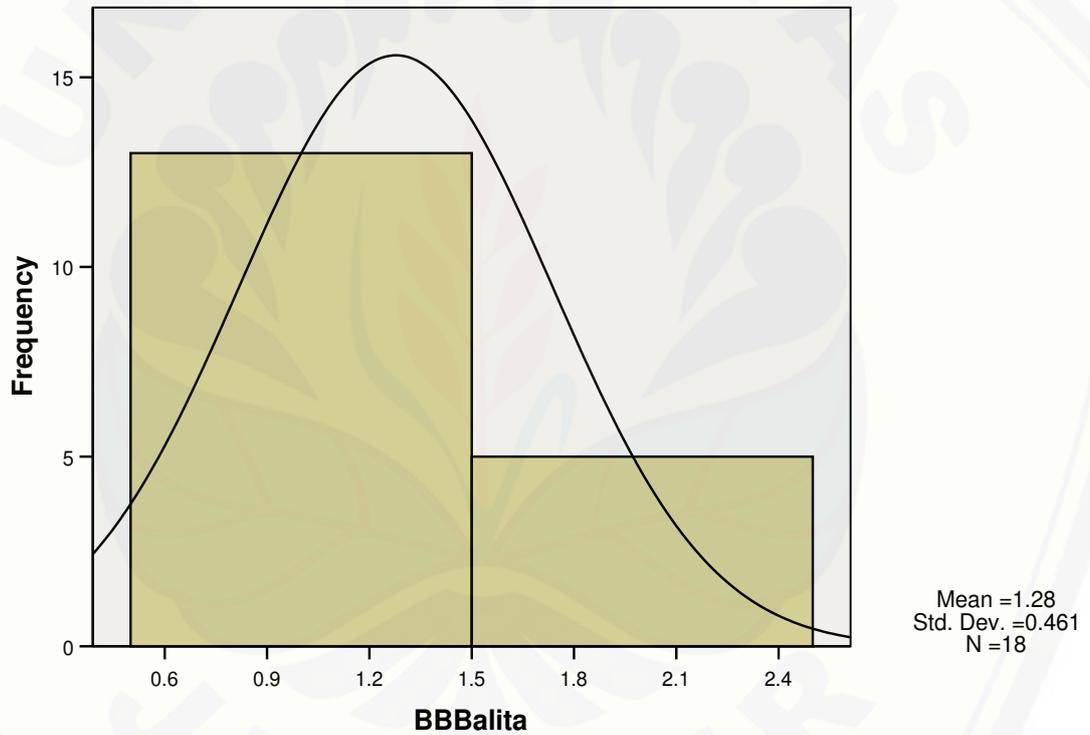
UmurBalita



BBBalita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid > +2 SD	13	72,2	72,2	72,2
> +3SD	5	27,8	27,8	100,0
Total	18	100,0	100,0	

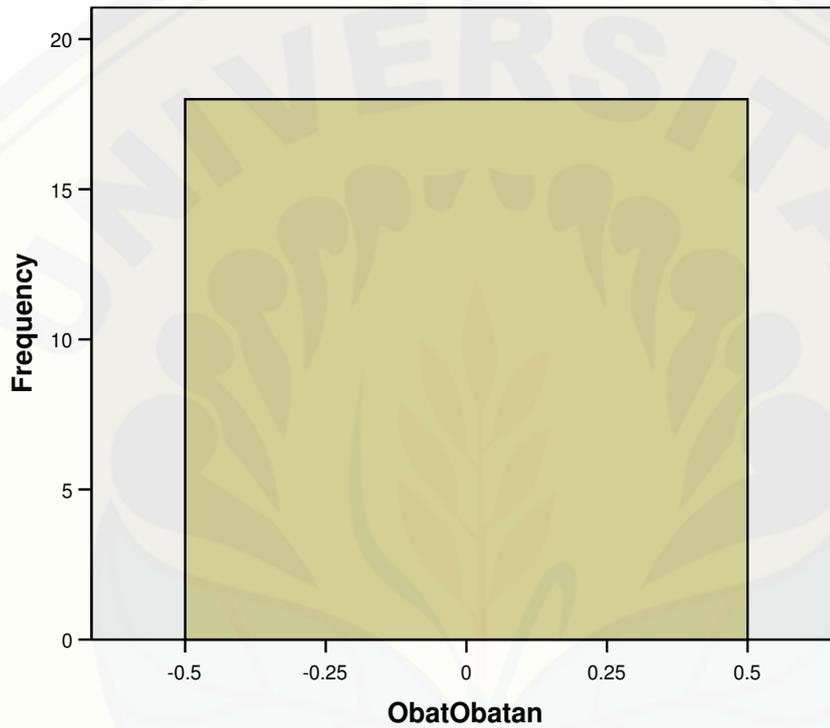
BBBalita



ObatObatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak menggunakan	18	100,0	100,0	100,0

ObatObatan

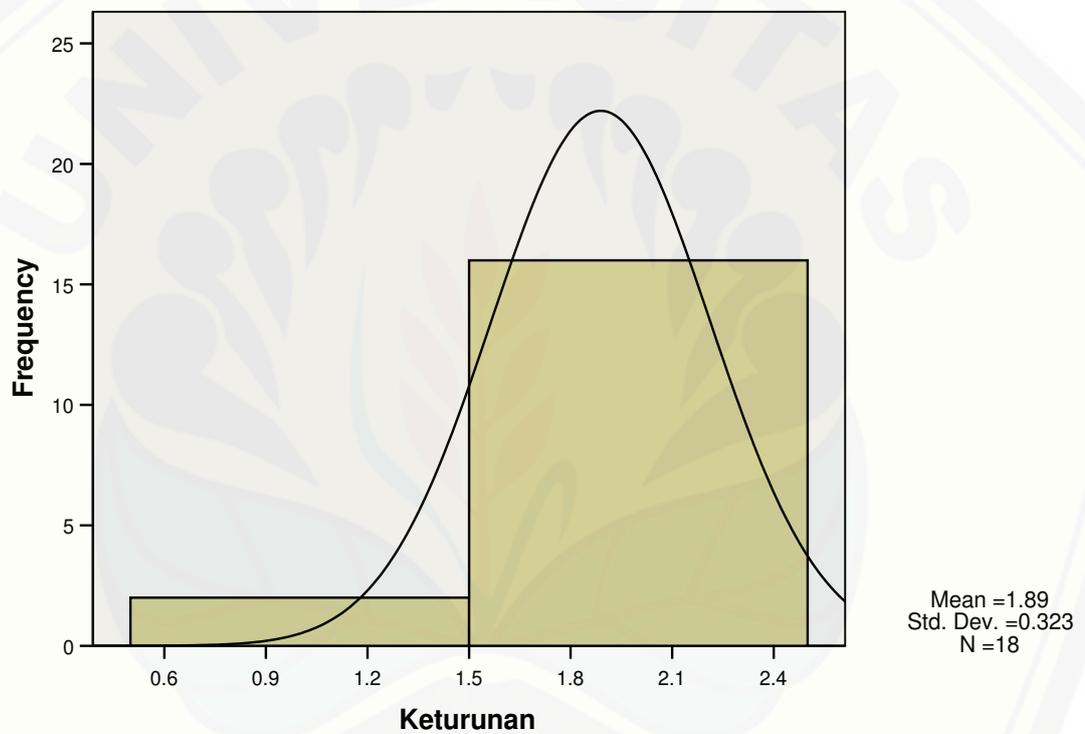


Mean =0
Std. Dev. =0
N =18

Keturunan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terdapat satu orangtua gemuk	2	11,1	11,1	11,1
Kedua orangtua gemuk	16	88,9	88,9	100,0
Total	18	100,0	100,0	

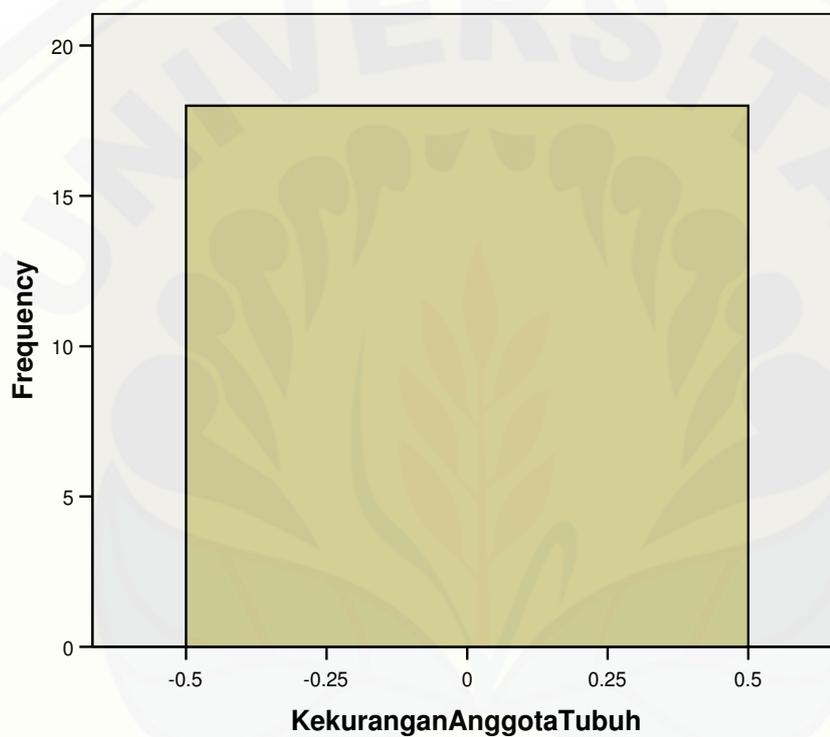
Keturunan



KekuranganAnggotaTubuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Terdapat Kecacatan	18	100,0	100,0	100,0

KekuranganAnggotaTubuh

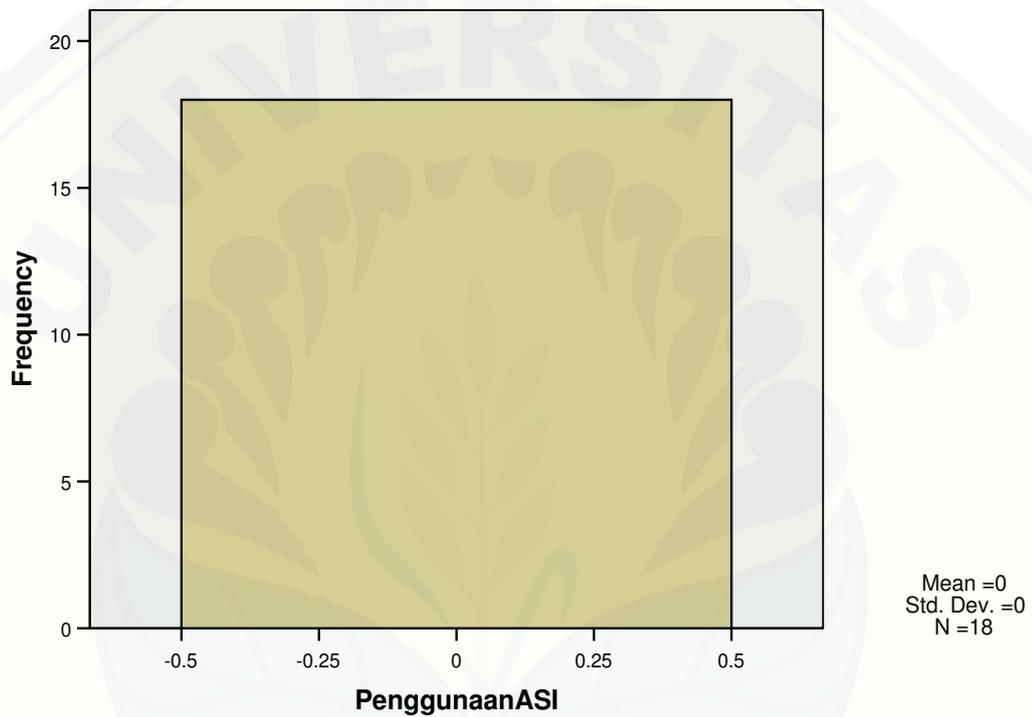


Mean =0
Std. Dev. =0
N =18

PenggunaanASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menggunakan ASI	18	100,0	100,0	100,0

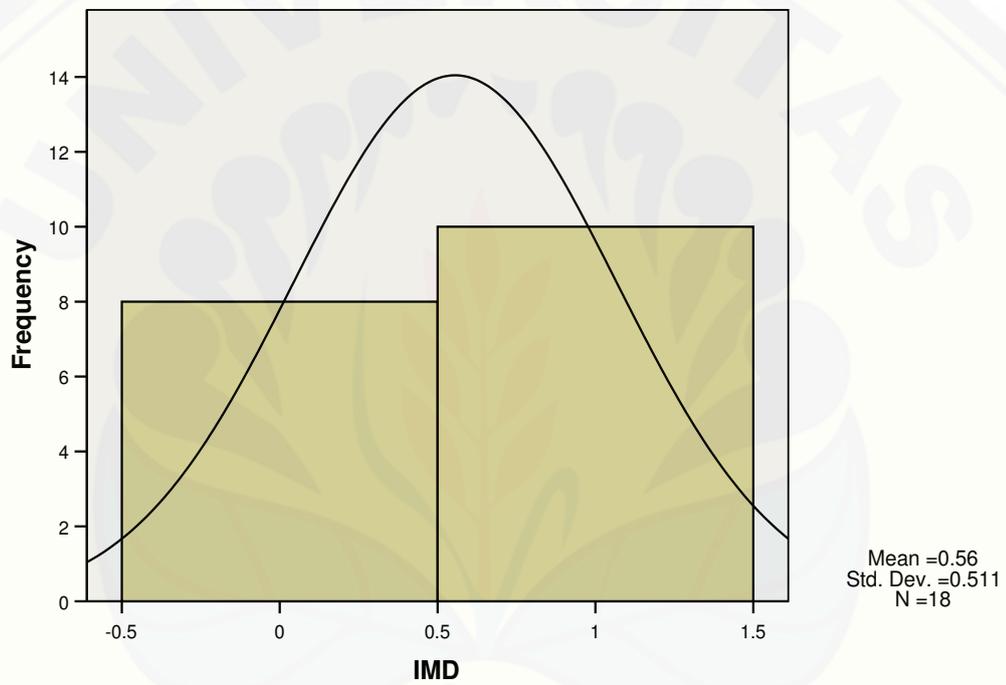
PenggunaanASI



IMD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan IMD	8	44,4	44,4	44,4
	Tidak Melakukan IMD	10	55,6	55,6	100,0
Total		18	100,0	100,0	

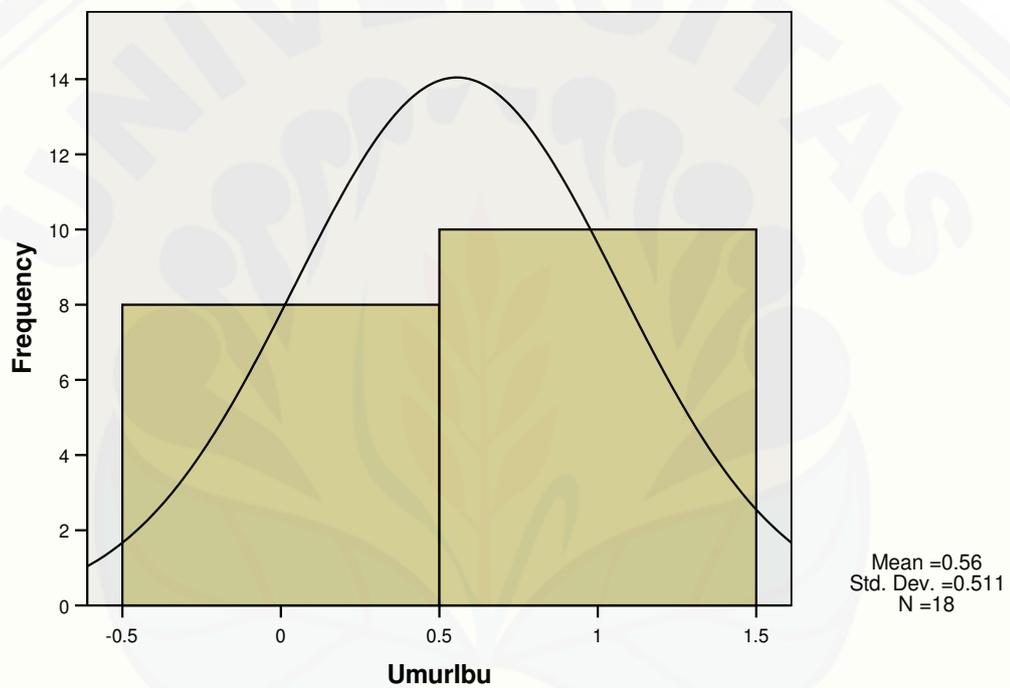
IMD



Umurlbu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >30	8	44,4	44,4	44,4
<=30	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

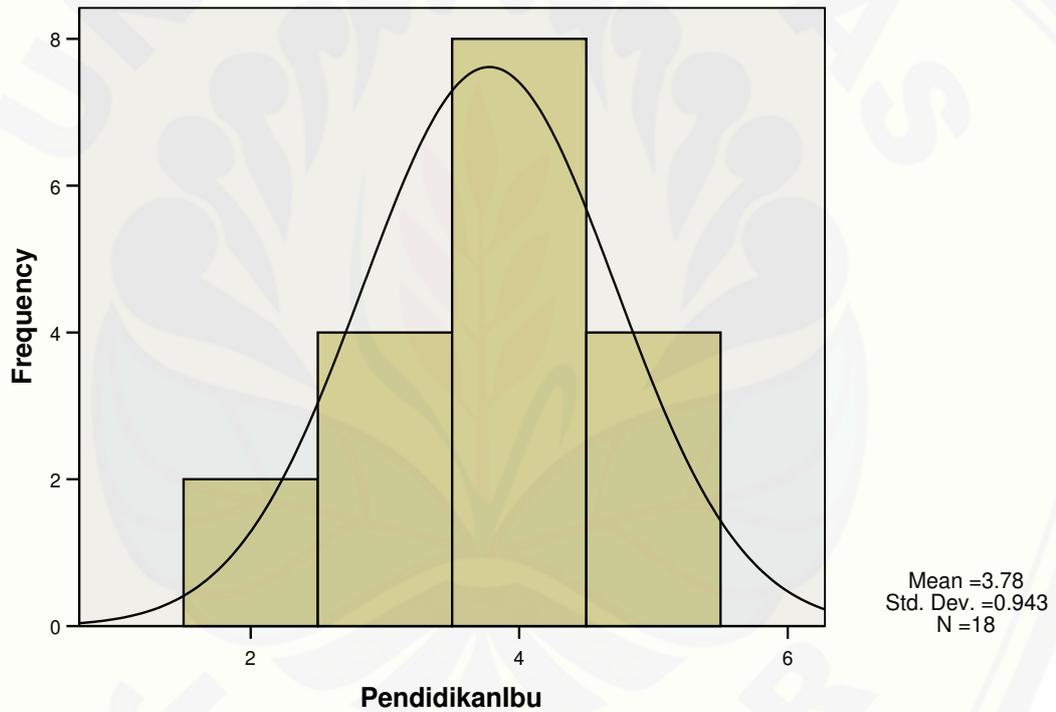
Umurlbu



PendidikanIbu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tamat SD/ sederajat	2	11,1	11,1	11,1
Tamat SMP/ sederajat	4	22,2	22,2	33,3
Tamat SMU/ sederajat	8	44,4	44,4	77,8
Tamat Perguruan Tinggi/ akademik	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

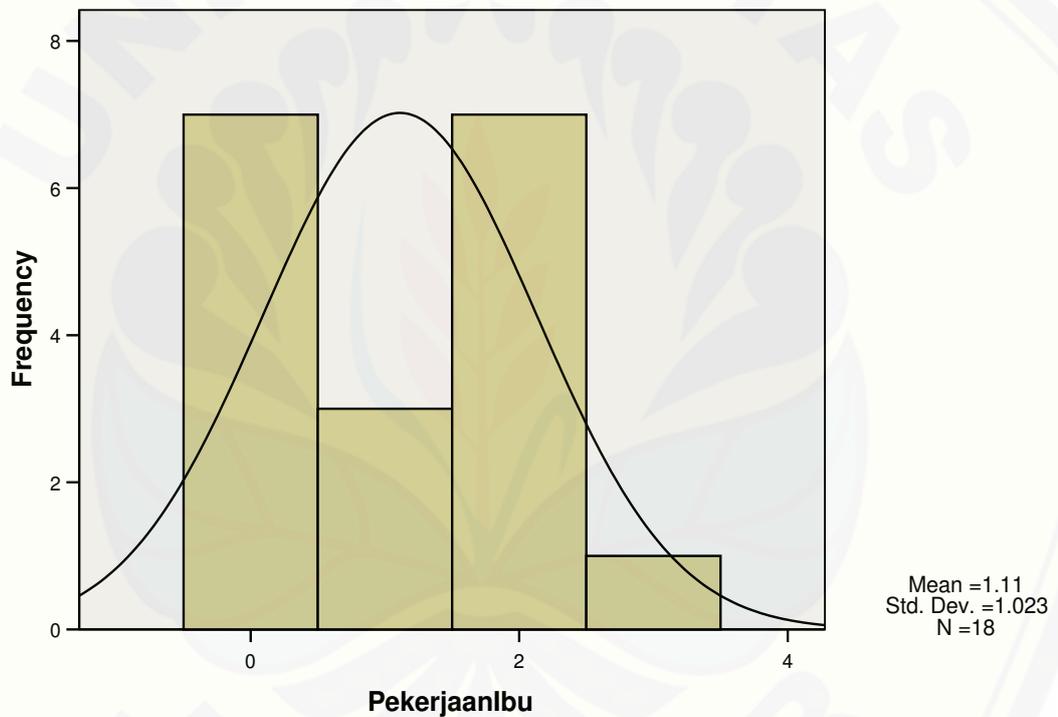
PendidikanIbu



PekerjaanIbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Tidak Bekerja	7	38,9	38,9	38,9
	Swasta	3	16,7	16,7	55,6
	Wiraswasta	7	38,9	38,9	94,4
	PNS	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

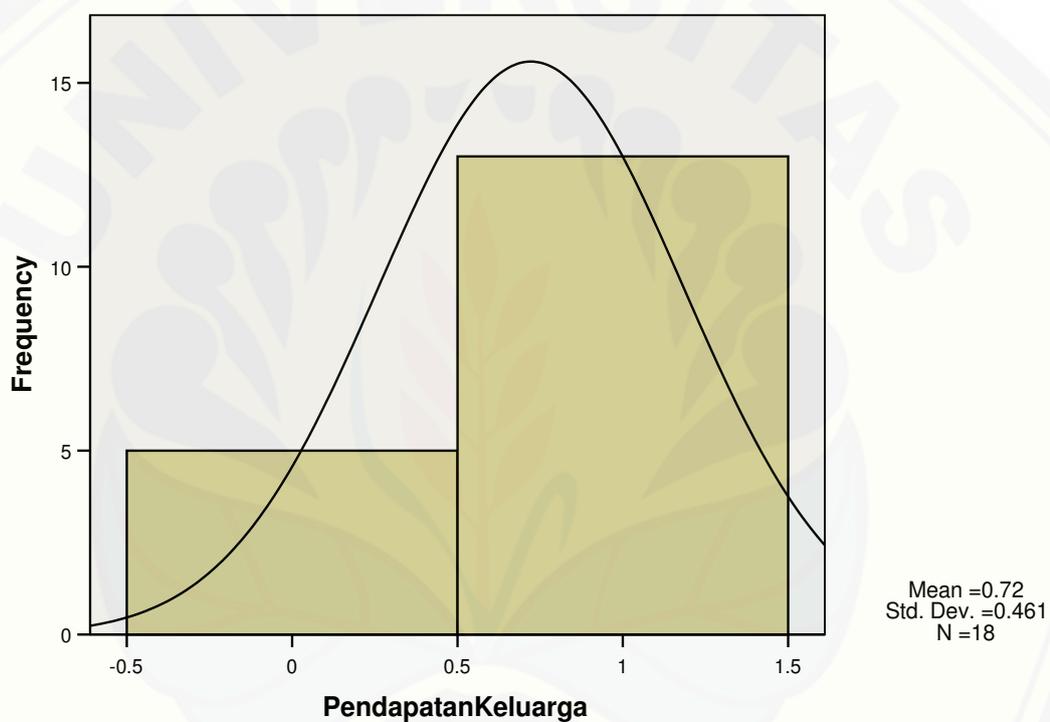
PekerjaanIbu



PendapatanKeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	<1.000.000	5	27,8	27,8	27,8
	1.000.000-3.000.000	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

PendapatanKeluarga



E.2 Hasil Distribusi Kejadian Gizi Lebih dengan Riwayat Penggunaan ASI Bukan Eksklusif

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BBBalita * PenggunaanJenisASI	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

BBBalita * PenggunaanJenisASI Crosstabulation

Count

	Penggunaan JenisASI		
		Bukan ASI Eksklusif	Total
BBBalita >+2 SD		13	13
>+3SD		5	5
Total		18	18

E.3 Hasil Distribusi Kejadian Gizi Lebih dengan Riwayat Penggunaan ASI Eksklusif

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BBBalita * PenggunaanJenisASI	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

BBBalita * Penggunaan Jenis ASI Crosstabulation

Count

	Penggunaan Jenis ASI	Total
	ASI Eksklusif	
BBBalita > +2 SD	13	13
> +3SD	5	5
Total	18	18

F. Hasil Uji Fisher Exact Test

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,131(b)	1	,717	1,000	,500
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,131	1	,717		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,127	1	,721		
N of Valid Cases	36				

a Computed only for a 2x2 table

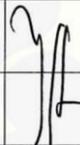
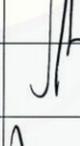
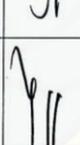
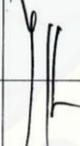
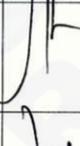
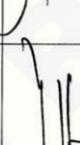
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,50.

G. Lembar Bimbingan Skripsi

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

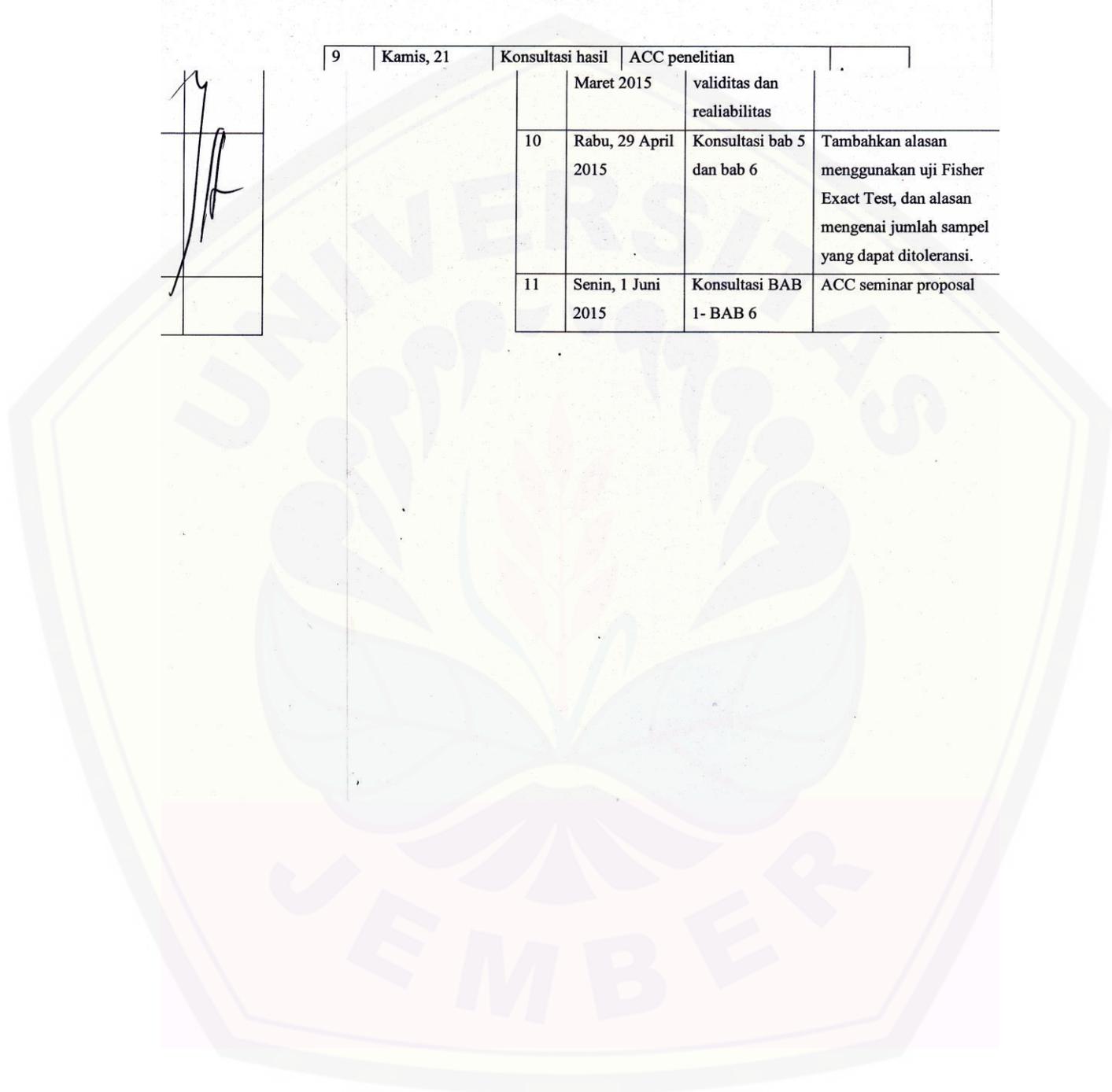
DPU : Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes

NIP : 19780323 200501 2 002

No	Hari, Tanggal	Materi	Saran	Tanda Tangan
1	Rabu, 15 Oktober 2014	Pengajuan judul skripsi	Segera lakukan studi pendahuluan	
2	Rabu, 7 Januari 2015	Konsultasi BAB 1	Fokus pada BAB 2 balita usia 0-1 tahun	
3	Kamis, 23 Januari 2015	Konsultasi hasil studi pendahuluan	Cek dilapangan cara penilaian status gizi	
4	Senin, 2 Februari 2015	Konsultasi BAB 1-BAB 3	Perbaiki BAB 1	
5	Rabu, 4 Februari 2015	Konsultasi BAB 1-3 dan instrumentasi	Intrumen fokus pada perilaku	
6	Jumat, 4 Februari 2015	Konsultasi instrumen	Pakai skala likert dan cut off point, ACC seminar proposal	
7	Senin, 24 Februari 2015	Konsultasi revisi hasil seminar proposal	Masukkan kandungan ASI dapat mencegah gizi lebih.	
8	Jumat, 27 Februari 2015	Konsultasi Bab 1-4 dan lampiran kuesioner	ACC validitas dan realibilitas	

☐

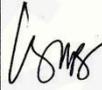
	9	Kamis, 21	Konsultasi hasil	ACC penelitian	
			Maret 2015	validitas dan reliabilitas	
	10	Rabu, 29 April 2015	Konsultasi bab 5 dan bab 6	Tambahkan alasan menggunakan uji Fisher Exact Test, dan alasan mengenai jumlah sampel yang dapat ditoleransi.	
	11	Senin, 1 Juni 2015	Konsultasi BAB 1- BAB 6	ACC seminar proposal	



**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

DPU : Iis Rahmawati, M.Kes

NIP : 19780323 200501 2 002

No	Hari, Tanggal	Materi	Saran	Tanda Tangan
1	Jumat, 17 Oktober 2014	Pengajuan judul	Pertimbangkan jika ingin menggunakan judul retrospektif	
2	Jumat, 21 November 2014	Persiapan studi pendahuluan	Lanjutkan BAB selanjutnya sambil menunggu surat studi pendahuluan	
3	Selasa, 3 Februari 2015	Konsultasi BAB 1- BAB 4	Perbaiki cara penulisan	
4	Senin, 9 Februari 2015	BAB 1-BAB 4 dan instrumentasi	Perbaiki penulisan sebelum proposal di cetak dan diperbanyak, ACC Seminar proposal	
5	Selasa, 25 Februari 2015	Konsultasi revisi hasil seminar proposal	Masukkan semua faktor-faktor untuk dijadikan kuesioner	
6	Jumat, 27 Februari 2015	Konsultasi kuesioner	Kuesioner sebaiknya dipisah antara yang menggunakan ASI Eksklusif dan tidak menggunakan ASI Eksklusif, dan ACC validitas reliabilitas	

7	Jumat, 22 Maret 2015	Konsultasi hasil validitas dan realiabilitas	ACC penelitian	
8	Kamis, 7 Mei 2015	Konsultasi bab 5 dan bab 6	Sebaiknya penyebutan jumlah ditaruh dibelakang kalimat, disamakan semua dalam bab 5.	
9	Jumat, 8 Mei 2015	Konsultasi bab 5 dan 6	Sebaiknya kesimpulan dibuat sesingkat mungkin, intinya saja dan menjawab tujuan khusus di bab 1.	
10	Jumat, 5 Juni 2015	BAB 1-BAB 6	Perbaiki BAB 5 terkait pembahasan	
11	Senin, 8 Juni 2015	BAB 1-BAB 6	ACC Sidang Skripsi	

H. Lembar Surat Ijin Penelitian

 KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 21234/UN25.1.14/SP/2014 Jember, 03 Desember 2014
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

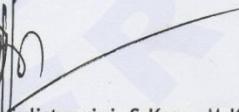
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ely Rahmatika Nugrahani
N I M : 112310101038
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul : Perbedaan Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif pada Kejadian Obesitas
lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


Ranti Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Letjen S. Parman No. 89 Telp. 337853 Jember



Kepada
Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
Di
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/2135/314/2014

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 03 Desember 2014 Nomor : 4234/UN25.1.14/SP/2014 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.

MEREKOMENDASIKAN

Nama / No. Induk : Ely Rahmatika Nugrahani 112310101038
Instansi / Fak : Prodi Ilmu Kesehatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dalam rangka penyusunan tugas akhir/skripsi berjudul : "Perbedaan Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif pada Kejadian Obesitas".
Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
Tanggal : 05-12-2014 s/d 05-01-2015

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 05-12-2014

KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER


Drs. WIDI PRASETYO, M.Pd
Pembina Tingkat 1
NIP. 196110081982011005

Tembusan : -
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 11 Desember 2014

Nomor : 440 / 33268 / 414 / 2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Puskesmas
se-Kabupaten Jember
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2135/314/2014, Tanggal 05 Desember 2014, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : ELY RAHMATIKA NUGRAHANI
NIM : 112310101038
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi pendahuluan untuk penyusunan skripsi yang berjudul "Perbedaan Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif pada Kejadian Obesitas"
Waktu Pelaksanaan : 11 Desember 2014 s/d 05 Februari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pemimpin Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TANGGUL

Alamat : JL. PB. SUDIRMAN 291 TELP. 0336-441048 TANGGUL

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bandot Wisowarno, S.ST
Jabatan : Koordinator Gizi Puskesmas Tanggul Jember

MENYATAKAN BAHWA

Nama : Ely Rahmatika Nugrahani
NIM : 112310101038
Jabatan : Mahasiswa
Keterangan : Telah benar-benar melakukan pengambilan data penelitian dengan judul "Perbedaan Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif pada Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember"

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember
Tanggal: Februari 2015

Koordinator Gizi
Puskesmas Tanggul Jember



Bandot Bisowarno, S.ST
NIP. 19700325 199303 1 003



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : **SSI** /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 02 Maret 2015
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Kepala Puskesmas Jombang
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ely Rahmatika Nugrahani
N I M : 112310101038
keperluan : permohonan ijin melaksanakan uji validitas dan Reliabilitas
judul penelitian : Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember
lokasi : Puskesmas Jombang Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Pratiwi Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/300/314/2015

Tentang

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember tanggal 02Maret 2015 Nomor : 551/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Ely Rahmatika Nugrahani 112310101038
Instansi : Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Validitas dan Reliabilitas dengan judul :
"Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember".
Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Jombang Kabupaten Jember".
Tanggal : 03-03-2015 s/d 03-04-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 03-03-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris



- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 05 Maret 2015

Nomor : 440 / 408 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Validitas dan Reliabilitas

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Puskesmas Jombang
di -
J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/300/314/2015, Tanggal 03 Maret 2015, Perihal Ijin Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : ELY RAHMATIKA NUGRAHANI
NIM : 112310101038
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan validitas dan reliabilitas dengan judul "Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 05 Maret 2015 s/d 05 April 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Validitas dan Reliabilitas ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 550 /UN25.1.14/LT/2015

Jember, 02 Maret 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ely Rahmatika Nugrahani

N I M : 112310101038

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Perbedaan Kejadian Gizi Lebih Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

lokasi : Puskesmas Tanggul Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua
N. Santini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember

di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/314/314/2015

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 03 Maret 2015 Nomor : 243/UN25.3.1/LT/2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Elly Rahmatika Nugrahani 112310101038
Instansi : Jurusan Ilmu Keperawatan / PSIK / Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian tentang :
"Perbedaan Kejadian Gizi Lebih Pada Gizi Usia 1-2 Tahun Dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kec. Tanggul Kab. Jember".
Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kab. Jember
Tanggal : 05-03-2015 s/d 05-05-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 05-03-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris



- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember
2. Yhc



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl.Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 10 Maret 2015

Nomor : 440 / 906 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Puskesmas Tanggul
di - **JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/314/314/2015, Tanggal 05 Maret 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : ELLY RAHMATIKA NUGRAHANI
NIM : 112310101038
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan penelitian tentang "Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Gizi Usia 1-2 Tahun Dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 10 Maret 2015 s/d 10 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP :19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TANGGUL**

Alamat : Jl. PB. Sudirman No. 291 Tanggul- Telp. 0336 (441048)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bandot Wisowarno, S.ST
Jabatan : Koordinator Gizi Puskesmas Tanggul Jember

MENYATAKAN BAHWA

Nama : Ely Rahmatika Nugrahani
NIM : 112310101038
Jabatan : Mahasiswa
Keterangan : Telah benar-benar melakukan penelitian dengan judul "Perbedaan Kejadian Gizi Lebih pada Balita Usia 1-2 Tahun dengan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Bukan ASI Eksklusif di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember".

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember

Tanggal: Mei 2015

Koordinator Gizi
Puskesmas Tanggul Jember

Bandot Bisowarno, S.ST
NIP. 19760525 199303 1 003

I. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Kegiatan Pengisian Kuesioner Pemberian ASI Eksklusif pada bulan April 2015 di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember



Gambar 2. Kegiatan Pengisian Kuesioner Pemberian ASI Eksklusif pada bulan April 2015 di Desa Tanggul Kulon Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember

