



**DETERMINAN KEJADIAN STATUS GIZI BAIK PADA BADUTA (12-24
BULAN) DENGAN RIWAYAT BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
(Studi di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

Oleh:
Nurul Oktafiya Indahwati
NIM 132110101187

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**DETERMINAN KEJADIAN STATUS GIZI BAIK PADA BADUTA (12-24 BULAN) DENGAN RIWAYAT BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
(Studi di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapai tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:
Nurul Oktafiya Indahwati
NIM 132110101187

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah SWT tuhan semesta alam karena karunia dan nikmat-Nya yang akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Bismillahirrohmaanirrohim, skripsi dengan judul Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 Bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) akan saya persembahkan kepada:

1. Bapak Mashudi dan Ibu Sriatun selaku orang tua saya. Kakak saya, Ghofar Romli dan Ardiyanti Ulyana. Terimakasih untuk semua hal yang telah diberikan kepada saya, membesarkan, membimbing, menasehati, menyemangati, dan memberikan kasih sayang, serta doa yang tiada tara.
2. Bapak dan Ibu guru/dosen mulai dari TK, SD, SMP, SMA, hingga Perguruan Tinggi. Terima kasih sebesar-besarnya karena telah mendidik dan membimbing saya sampai saat ini. Semoga ilmu yang diberikan menjadi ilmu yang bermanfaat dan barokah.
3. Almamater saya mulai dari TK Ittihadil Ikhwan, MI Roudlotun Nasyi'in, MTS Roudlotun Nasyi'in, MA Roudlotun Nasyi'in hingga Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada keringanan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain). Dan berharaplah kepada Tuhanmu”

(Terjemahan Q.S Al Insyirah ayat 6-8) *)



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. Al Quran dan Terjemahannya. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurul Oktafiya Indahwati

NIM : 132110101187

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul: *Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 Bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan.

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

Jember, 18 Mei 2018

Yang menyatakan,

(Nurul Oktafiya Indahwati)

NIM. 132110101187

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 Bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada;

Hari : Jumat

Tanggal : 22 Juni 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU: Sulistiyani, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 197606152002122002
2. DPA: Ninna Rohmawati., S.Gz., M.PH. (.....)
NIP. 198406052008122001

Penguji

1. Ketua : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 198010092005012002
2. Sekretaris: Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 197810162009122001
3. Anggota : Dina Ayusfi Manggarsari, S.Kep.Ns. (.....)
NIP. 198301292008012011

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember; Nurul Oktafiya Indahwati; 132110101187; 2018; 77 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan keadaan bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Laporan Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas (2013:182) prevalensi kasus BBLR mencapai 10,2% secara nasional, sedangkan Provinsi Jawa Timur berada di urutan ke-11 mencapai 11,2%. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2016), prevalensi BBLR mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu 1354 bayi (3,7%) pada tahun 2015 menjadi 1564 bayi (4,3%) pada tahun 2016. Hal ini menandakan bahwa BBLR adalah masalah yang perlu diperhatikan. Puskesmas Kalisat merupakan wilayah yang mengalami jumlah BBLR tertinggi dibandingkan dengan wilayah Puskesmas lainnya. Jumlah BBLR di wilayah Puskesmas Kalisat setiap tahunnya meningkat yaitu pada tahun 2015 berjumlah 62 bayi (5,2%) dan 88 bayi (7,4%) pada tahun 2016 (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2016). Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan bahwa jumlah anak BBLR adalah 63 baduta, sedangkan yang mempunyai status gizi baik berjumlah 48 baduta. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi determinan kejadian status gizi baik pada baduta (12-24 bulan) dengan riwayat BBLR di wilayah Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling* dengan jumlah 48 baduta. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner dan pengukuran antropometri mengenai karakteristik baduta, karakteristik keluarga, faktor pelayanan kesehatan dan faktor pola asuh yang dilakukan di wilayah Puskesmas Kalisat. Analisis yang digunakan yaitu analisis univariat untuk mendeskripsikan atau menggambarkan karakteristik baduta, karakteristik keluarga, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor pola asuh.

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada ibu baduta dengan riwayat BBLR di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember bahwa faktor Predisposisi yang meliputi karakteristik baduta adalah terdapat 52,1% baduta berusia (19-24 bulan) dan 58,3% berjenis kelamin perempuan. Sedangkan karakteristik keluarga terdapat 81,3% ibu baduta berusia muda (<35 tahun), dan 62,5% jumlah anggota keluarga yang dimiliki responden tergolong kecil (≤ 4 orang), pendidikan terakhir responden mayoritas 35,4% tamat SD, 62,5% responden tidak bekerja, keseluruhan responden tergolong status ekonomi rendah dan keseluruhan ibu memiliki tingkat pengetahuan baik tentang gizi. Faktor pemungkin diperoleh hasil bahwa terdapat sebagian besar responden lebih sering mengunjungi sarana pelayanan kesehatan (puskesmas/puskesmas pembantu) untuk memperoleh informasi dan pengobatan baduta, sedangkan akses yang ditempuh menuju tempat pelayanan kesehatan 77,1% mudah dijangkau oleh responden. Faktor Pola asuh meliputi pemberian kolostrum diperoleh hasil bahwa 91,7% responden memberikan kolostrum, 72,9% responden memberikan ASI eksklusif, dan 72,9% responden memberikan MP-ASI usia ≥ 6 bulan.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah diharapkan bagi Dinas Kesehatan dapat bekerja sama dengan Dinas Pemberdayaan Masyarakat khususnya pelatihan dan pembinaan masyarakat untuk meningkatkan status ekonomi keluarga baduta di wilayah Puskesmas Kalisat, serta memantau dan mengevaluasi program kesehatan di Puskesmas terkait pola asuh secara berkala. Saran bagi Puskesmas dapat bekerja sama dengan Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK) desa untuk menciptakan kegiatan yang dapat meningkatkan status ekonomi masyarakat, serta perlu mengaktifkan kelas ibu balita dan revitalisasi Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI). Bagi masyarakat dapat berpartisipasi dalam kegiatan yang diadakan oleh pihak terkait khususnya dalam meningkatkan status ekonomi masyarakat, serta meningkatkan kesadaran ibu akan pentingnya pola asuh yang benar tentang gizi seimbang pada anaknya. Perlu adanya penelitian lebih lanjut dengan menambah faktor pola asuh yang mempengaruhi status gizi baik serta meneliti perkembangan baduta BBLR yang gizinya baik dengan uji *Denver Development Screening Test* (DDST).

SUMMARY

The Determinant of Good Nutrition Status Event in Children Under Two Years (12-24 months) with The History of Low Birth Weight Baby (BBLR) at Kalisat Community Health Center, Jember District; Nurul Oktafiya Indahwati; 132110101187; 2018; 77 pages; Departement of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

Low birth weight babies (LBW) is a state of birth born with a weight less than 2500 grams. Riskesdas (2013: 182) the prevalence of LBW cases reaches 10.2% nationally, while East Java province is in 11th place reaching 11.2%. The Jember District Health Service report (2016), the prevalence of LBW has increased annually by 1354 infants (3.7%) in 2015 to 1564 (4.3%) by 2016. This indicates that LBW is a problem that needs attention. Kalisat Community Health Center is the region with the highest LBW compared to other Community Health Center. The number of LBW in the Kalisat Health Clinic is increasing every year by 2015 by 62 babies (5.2%) and 88 babies (7.4%) by 2016 (Jember District Health Office 2016). From the preliminary study that has been done that the number of children LBW is 63, while those with good nutritional status amounted to 48. This study aims to identify the determinants of the incidence of good nutritional status in children under two years (12-24 months) with the history of LBW in Kalisat community health center area of Jember Regency.

This study is a descriptive research. The sample in this study using total sampling with 48. The instruments used were questionnaires and anthropometric measurements on characteristics of children under two years, family characteristics, health care factors and parenting factors performed in Kalisat Health Center area. The analysis used in a univariate analysis to describe or describe characteristics of children under two years, family characteristics, health service factors, and parenting factors.

The result of the research that has been done on mother children under two years with the history of LBW in Kalisat Public Health Center of Jember Regency that Predisposisi factor covering children under two years characteristic is 52.1%

children under two years aged (19-24 months) and 58.3% female. While the characteristics of the family were 81.3% of young mothers (<35 years), and 62.5% of households owned by respondents were small (≤ 4 people), the last education was 35.4% primary school, 62, 5% of respondents did not work, all respondents were low economic status and overall mother had good knowledge level about nutrition. The probable factor was that most respondents visited health service facilities (community health center / auxiliary community health center) to obtain information and treatment children under two years, while access to health service 77.1% easy to reach by respondents. Foster Pattern factors include the provision of colostrum obtained results that 91.7% of respondents gave colostrum, 72.9% of respondents gave exclusive breastfeeding, and 72.9% of respondents gave MP-ASI age ≥ 6 months.

The suggestion given by result of this research is expected for Health Department can work together with Department of Community Empowerment especially training and community development to improve the economic status of the family of children under two years in Kalisat Health Center area, and monitor and evaluate health program in Community health center related to periodic parenting. Suggestions for Community health center can work together with the Village Family Welfare Development Team (TP-PKK) to create activities that can improve the economic status of the community, and need to activate the toddler and revitalization classes of Breastfeeding Support Group (KP-ASI). For the community can participate in activities held by related parties, especially in improving the economic status of the community, and raising awareness of the mother of the importance of proper parenting about balanced nutrition in children. There is a need for further research by adding parenting factors that affect good nutrition status as well as researching the development of children under two years LBW that good nutrition with Denver Development Screening Test (DDST) test.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikan skripsi dengan judul *Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 Bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata 1 atau S-1 Kesehatan Masyarakat, bagian Gizi Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini menjabarkan tentang determinan kejadian status gizi baik pada baduta dengan riwayat BBLR. Hal ini nantinya dapat menjadi pertimbangan dalam upaya peningkatan status gizi baik pada baduta dengan riwayat BBLR di Kabupaten Jember.

Skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya pembimbing dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, kami menyampaikan beribu-ribu terima kasih dan penghormatan yang tiada tara kepada Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH selaku dosen pembimbing anggota serta selaku ketua bagian gizi masyarakat yang telah memberikan petunjuk, koreksi, dan saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat yakni:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Christiyana Sandra, S.KM., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik. Terima kasih atas arahan dan nasihatnya selama penulis menjadi Maba hingga mencapai gelar SKM ini;
3. Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Penguji dan Sekretaris Penguji. Terima kasih atas masukan dan saran demi terselesainya skripsi ini;

4. Ibu Dina Ayusfi Manggarsari, S.Kep. Ns selaku Penguji Anggota dari Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember. Terima kasih atas masukan dan saran demi terselesainya skripsi ini;
5. Semua dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membagi pengalaman dan ilmu kepada kami;
6. Ibu Wahyu, selaku petugas kesehatan bagian gizi di Puskesmas Kalisat yang telah memberikan izin dan membantu dalam menyediakan data BBLR dan status gizi;
7. Seluruh mahasiswa peminatan Gizi, khususnya angkatan 2013 yang dibanggakan;
8. Teman-teman Kelompok PBL Desa Silo, Kecamatan Silo;
9. Teman-teman yang membantu penelitian ini, Chatarina, Fara, Yessi, Lisa, Tika, Endah, Ima, Eva, Iliia, Maya dan Karta;
10. Seluruh pihak lain yang terlibat dalam penelitian ini yang tidak bisa disebutkan satu-persatu.

Skripsi ini telah kami susun dengan semaksimal mungkin, akan tetapi tidak menutup kemungkinan adanya beberapa kekurangan, oleh sebab itu kami dengan tangan terbuka dapat menerima masukan-masukan yang membangun terkait skripsi ini. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 18 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Status Gizi	6
2.1.1 Pengertian Gizi.....	6
2.1.2 Penilaian Status Gizi berdasarkan Antropometri.....	7
2.1.3 Klasifikasi Status Gizi.....	14
2.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi pada Balita	15
2.2.1 Faktor Predisposisi.....	15

2.2.2 Faktor Pemungkin.....	20
2.2.3 Faktor Penguat	21
2.3 Pola Asuh.....	22
2.4 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).....	28
2.4.1 Pengertian BBLR.....	28
2.4.2 Hubungan BBLR dengan Pertumbuhan Anak.....	29
2.4.3 Pencegahan BBLR.....	29
2.5 Kerangka Teori.....	31
2.6 Kerangka Konsep.....	32
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	34
3.1 Jenis Penelitian.....	34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	34
3.2.1 Tempat Penelitian.....	34
3.2.2 Waktu Penelitian.....	34
3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian.....	35
3.3.1 Populasi Penelitian.....	35
3.3.2 Sampel Penelitian.....	35
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	35
3.4.1 Variabel Penelitian.....	35
3.4.2 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran.....	36
3.5 Data dan Sumber Data.....	39
3.5.1 Data Primer.....	40
3.5.2 Data Sekunder.....	40
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	40
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	40
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	41
3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	43
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	43
3.7.2 Teknik Penyajian data.....	44
3.7.3 Teknik Analisis Data.....	44
3.8 Alur Penelitian.....	46
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	47

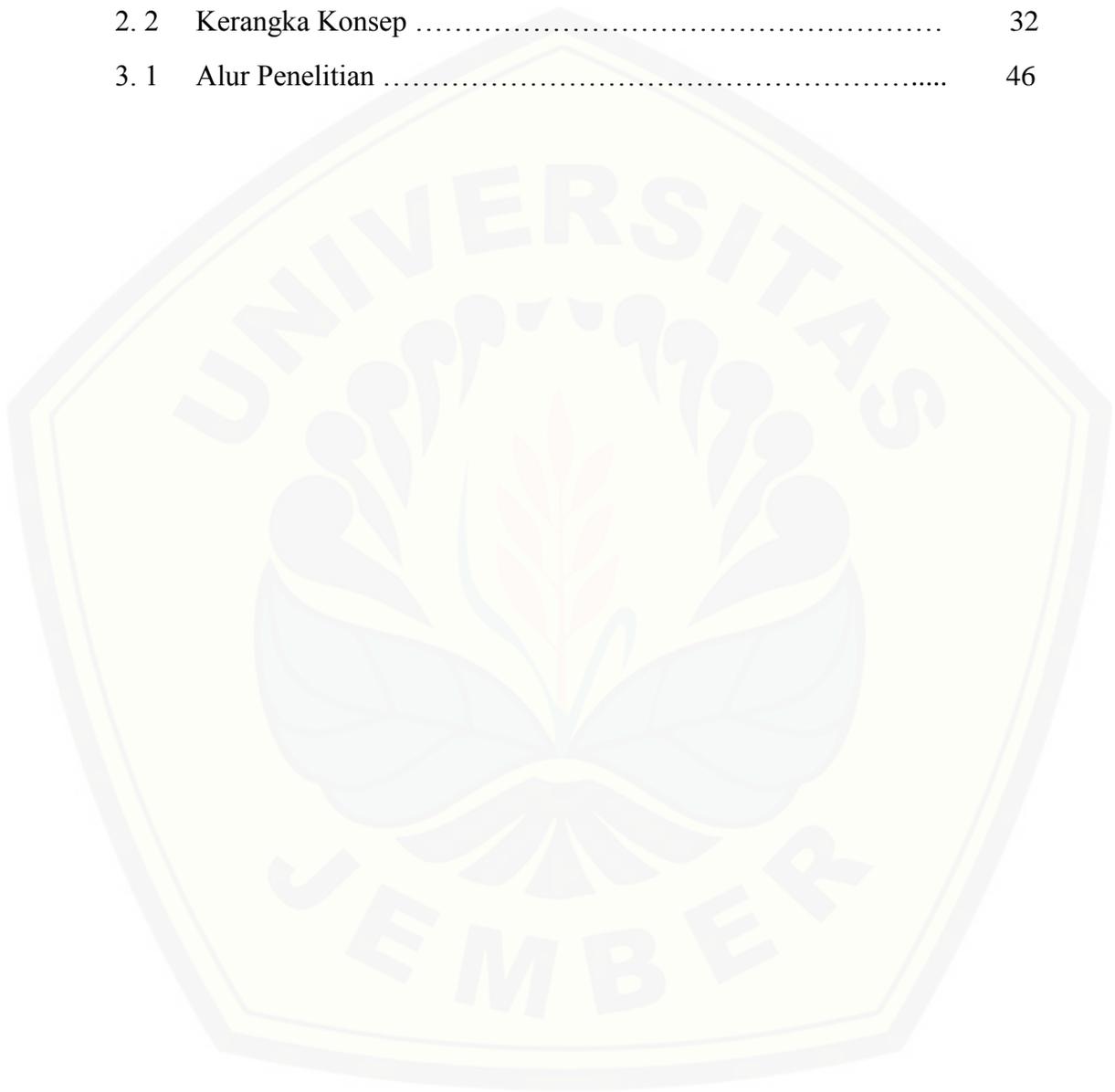
4.1 Hasil Penelitian	47
4.1.1 Gambaran Faktor Predisposisi (Karakteristik Baduta dan Karakteristik Keluarga).....	47
4.1.2 Gambaran Faktor Pemungkin	49
4.1.3 Gambaran Pola Asuh	50
4.2 Pembahasan	54
4.2.1 Faktor Predisposisi (Karakteristik Baduta dan Karakteristik Keluarga)	54
4.2.2 Faktor Pemungkin (Pelayanan Kesehatan)	61
4.2.3 Pola Asuh	62
4.3 Keterbatasan Penelitian	65
BAB 5. PENUTUP	66
5.1 Kesimpulan	66
5.2 Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	77

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Klasifikasi dan Ambang Batas Status Gizi Anak.....	14
2.2 Pemberian Imunisasi pada Anak	24
2.3 Anjuran Pemberian Makanan	26
3.1 Definisi Operasional	36
4.1 Distribusi Karakteristik Anak Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	47
4.2 Distribusi Karakteristik Keluarga Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	48
4.3 Distribusi Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	49
4.4 Distribusi Pemberian Kolostrum di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	51
4.5 Distribusi Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	51
4.6 Distribusi Pemberian MP-ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.....	52

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	31
2.2 Kerangka Konsep	32
3.1 Alur Penelitian	46



BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan dambaan setiap keluarga. Selain itu, setiap keluarga juga mengharapkan anaknya kelak bertumbuh kembang secara optimal (sehat fisik, mental/kognitif, dan sosial), dapat dibanggakan serta bermanfaat untuk nusa dan bangsa. Oleh sebab itu, anak sebaiknya memperoleh perhatian mulai dari anak berada di dalam kandungan hingga anak menjadi dewasa (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:2). Hal tersebut sejalan dengan pendapat Fikawati *et al* (2015:149) bahwa seribu hari pertama kehidupan sangat menentukan kesehatan anak di usia selanjutnya. Seribu hari pertama kehidupan yang dimaksud adalah hari pertama yang mulai dari masa janin dalam kandungan sampai anak berusia dua tahun, proses pertumbuhan tersebut terjadi sangat cepat. Masa tersebut merupakan *windows of opportunity* yaitu periode emas pertumbuhan. Periode emas pertumbuhan memerlukan dukungan gizi yang tepat. Kerusakan pada periode ini bersifat *irreversible* artinya tidak dapat diperbaiki di fase kehidupan berikutnya dan akan mempengaruhi *outcome* kesehatan pada masa anak-anak dan dewasa. Menurut Depkes RI (2006:1), gizi memegang peranan yang penting dalam siklus hidup manusia.

Persentase status gizi normal di Indonesia dengan indeks BB/TB pada anak usia 0-23 bulan mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2015 (81,5%) dan tahun 2016 (83,1%) (Kemenkes RI, 2016c:168). Menurut Kemenkes RI (2016d:1) menyatakan, status gizi di Indonesia saat ini lebih baik. Hal ini dibuktikan dengan meningkatnya cakupan ASI Eksklusif dan menurunnya angka balita pendek (*stunting*) di Indonesia. Akan tetapi berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016, persentase status gizi kurang di Jawa Timur tercatat 7,8 % pada usia 0-23 bulan, sedangkan Jember berada di urutan ke-6 mencapai 22,8% (Kemenkes, 2016e:115).

Kekurangan gizi pada awal kehidupan berdampak serius terhadap kualitas sumberdaya manusia di masa depan. Hal ini dikarenakan kekurangan gizi akan

menyebabkan kegagalan pertumbuhan, bayi berat lahir rendah (BBLR), *stunting*, serta daya tahan tubuh yang rendah. Kurang gizi yang dialami saat awal kehidupan juga akan berdampak pada peningkatan risiko gangguan metabolik yang berujung pada kejadian penyakit yang tidak menular seperti diabetes, stroke, penyakit jantung, dan penyakit lainnya saat memasuki usia dewasa (Kemenkes RI, 2015b:1), selain itu kekurangan gizi juga dapat berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi. Gizi yang baik akan mempercepat pemulihan dan mengurangi intensitas (kegawatan) penyakit infeksi pada bayi (Fikawati *et al*, 2015:150). Apabila kekurangan gizi tidak ditangani dengan baik maka akan berkembang menjadi kekurangan gizi yang lebih serius sehingga dapat menyebabkan kematian pada anak (Helmi, 2013:234).

Menurut Kemenkes (2015b:108), BBLR termasuk penyebab kematian terbanyak. Apabila anak yang memiliki riwayat BBLR masih hidup, rata-rata akan memiliki kehidupan yang kurang membaik di masa depannya. BBLR adalah salah satu bentuk sederhana dari adanya gangguan pertumbuhan pada masa sebelum lahir atau pranatal yang akhirnya dapat berdampak kurang baik pada umur kedepannya. Gangguan pertumbuhan pada masa sebelum lahir, bisa disebabkan oleh status gizi ibu yang kurang baik, keadaan kesehatan ibu yang menurun, konsumsi makanan dan minuman yang tidak mencukupi kebutuhan gizinya, atau perilaku untuk mengasuh dan merawat anaknya yang rendah, dan terkena penyakit infeksi (Berek, 2008:7). BBLR memiliki kesempatan kecil untuk bertahan hidup dan ketika bertahan mereka mudah terkena penyakit, kelainan pertumbuhan dan gangguan perkembangan mental (Norton dalam Pratiwi, 2012:1). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya BBLR antara lain faktor dari ibu, janin, dan lingkungan. Faktor ibu meliputi usia, riwayat kehamilan, keadaan sosial dan status gizi kurang saat hamil. Faktor janin meliputi hidramnion, gemelli, dan kelainan kromosom. Faktor lingkungan meliputi tempat tinggal di dataran yang tinggi, radiasi dan zat-zat toksin (Muslihatun, 2010:174).

Proses pertumbuhan BBLR umumnya lambat apalagi bila tidak diberikan ASI eksklusif 6 bulan dan diikuti dengan adanya praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini, akibatnya bayi tersebut akan tumbuh menjadi

balita yang mengalami Kurang Energi Protein (KEP). Selanjutnya, dengan keterbatasan pola asuh dan akses terhadap makanan, balita tersebut akan berkembang menjadi anak usia sekolah dan remaja dengan gangguan pertumbuhan yang ditandai dengan kurang gizi dan produktivitas fisik rendah. Pada saat remaja tersebut menikah dan kemudian hamil dalam kondisi kurang gizi maka remaja tersebut akan menjadi ibu yang KEK dan siklus ini akan berlanjut kembali (Fikawati *et al*, 2015:2). Menurut hasil penelitian Setyawan (2017:87) bahwa keseluruhan anak dengan riwayat BBLR mengalami tumbuh kembang normal. Hal ini sejalan dengan penelitian Ningrum dan Utami (2017:50) bahwa dari 30 responden dengan riwayat BBLR sebanyak 27 responden mengalami perkembangan dan pertumbuhan normal.

Menurut Ningrum dan Utami (2017:50), penyebab pertumbuhan dan perkembangan baik pada anak yang memiliki riwayat BBLR adalah karena faktor dari luar yang mempengaruhi perkembangan anak, antara lain lingkungan pengasuhan dan stimulus. Banyak faktor yang menyebabkan timbulnya masalah gizi pada anak. Salah satunya dari perilaku/pola asuh. Menurut LIPI 2000, tanda – tanda yang sangat penting terkait perilaku untuk mengasuh dan merawat dalam hal gizi yaitu mengurus anak dan melindunginya, pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, kebersihan diri dan peralatan makan serta waktu pengasuhan. Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu faktor Predisposisi (*Predisposisi Factors*), Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*) dan Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*) (Luthviatin *et al*, 2012:92). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2012:1) bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi status gizi anak balita, yaitu berdasarkan karakteristik balita seperti jenis kelamin, berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian kolostrum, dan infeksi (diare/ispa), sedangkan berdasarkan karakteristik ibu antara lain tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi, status pekerjaan ibu, dan jumlah anak dalam keluarga.

Laporan Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas (2013:182) prevalensi kasus BBLR mencapai 10,2%, sedangkan Provinsi Jawa Timur berada di urutan ke-11 mencapai 11,2%. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2016), prevalensi

BBLR mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu 1354 bayi (3,7%) pada tahun 2015 dan 1564 bayi (4,3%) pada tahun 2016 . Hal ini menandakan bahwa BBLR adalah masalah yang perlu diperhatikan.

Puskesmas Kalisat merupakan wilayah yang mengalami jumlah BBLR tertinggi dari wilayah Puskesmas lainnya, namun secara persentase Puskesmas Kalisat termasuk 5 besar dari Puskesmas lainnya. Jumlah BBLR di wilayah Puskesmas Kalisat setiap tahunnya meningkat yaitu pada tahun 2015 berjumlah 62 bayi (5,2%) dan 88 bayi (7,4%) pada tahun 2016 (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2016). Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan bahwa dari 88 BBLR terdapat anak yang meninggal dan keluar dari wilayah kerja Puskesmas Kalisat, sehingga jumlah BBLR menjadi 63. Dari 63 baduta yang mempunyai status gizi baik berjumlah jumlah 48. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ningrum dan Utami (2017:1) bahwa anak yang memiliki riwayat BBLR dapat mengalami status gizi baik. Berdasarkan fenomena tersebut, penulis tertarik untuk meneliti terkait “determinan kejadian status gizi baik pada baduta (12-24 bulan) dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana determinan kejadian status gizi baik pada baduta (12-24 bulan) dengan riwayat BBLR di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi determinan kejadian status gizi baik pada baduta (12-24 bulan) dengan riwayat BBLR di Wilayah Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan faktor predisposisi yang meliputi karakteristik baduta (usia dan jenis kelamin) dan karakteristik keluarga (usia ibu, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status ekonomi dan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi) pada status gizi baik baduta (12-24 bulan) yang memiliki riwayat BBLR di Wilayah Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember
- b. Menggambarkan faktor pemungkin yang meliputi pelayanan kesehatan pada status gizi baik baduta (12-24 bulan) yang memiliki riwayat BBLR di Wilayah Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember
- c. Menggambarkan pola asuh baduta meliputi: pemberian kolostrum, pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP-ASI pada status gizi baik baduta (12-24 bulan) yang memiliki riwayat BBLR di Wilayah Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini semoga bisa menjadi salah satu sarana untuk menambah pengetahuan, wawasan serta menambah khasanah ilmu pengetahuan di bidang gizi kesehatan masyarakat terutama mengenai determinan kejadian status gizi baik pada baduta dengan riwayat BBLR.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu saran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada umumnya serta Puskesmas Kalisat sebagai unit pelayanan kesehatan masyarakat pada khususnya dalam proses pengembangan program dan intervensi yang tepat dan berkualitas untuk peningkatan status gizi baduta sehingga masalah gizi di tingkat masyarakat dapat teratasi sejak dini serta sebagai sumber untuk pengembangan penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

2.1.1 Pengertian Gizi

Status Gizi merupakan hasil wujud dari adanya kondisi keseimbangan antara pemasukan makanan dan kebutuhan tubuh dalam bentuk variabel tertentu, atau dapat diartikan ekspresi dari keadaan gizi dalam bentuk variabel tertentu. Contoh: Gondok endemik merupakan keadaan tidak seimbang pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh (Supariasa et al, 2013:18). Sedangkan menurut Sutomo dan Anggraini (2010:271) Status Gizi merupakan suatu kondisi kesehatan tubuh yang disebabkan karena asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhan melalui makanan dan minuman. Selanjutnya Suhardjo 2003 mengatakan bahwa status gizi merupakan kondisi tubuh dari efek penggunaan makanan dan penyerapannya.

Usia baduta merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Terdapat periode/masa tertentu yang disebut sebagai masa kritis, yang merupakan kesempatan yang baik bila masa tersebut dimanfaatkan atau menjadi risiko yang besar kalau masa tersebut terlewatkan (Soetjiningsih dan Ranuh 2013:204). Seribu hari pertama kehidupan sangat menentukan kesehatan anak di usia selanjutnya. . Seribu hari pertama kehidupan yang dimaksud adalah hari pertama yang mulai dari masa janin dalam kandungan sampai anak berusia dua tahun, proses pertumbuhan tersebut terjadi sangat cepat. Masa ini merupakan *windows of opportunity* yaitu periode emas pertumbuhan. Periode emas pertumbuhan memerlukan dukungan gizi yang tepat (Fikawati et al, 2015:149). Menurut Soetjiningsih dan Ranuh (2013:204) masa batita (bawah tiga tahun) harus mendapatkan perhatian yang khusus, selain gizi yang baik, dorongan yang memadai, juga faktor-faktor yang dapat mengganggu perkembangan anak harus dieliminasi. Kerusakan pada periode ini bersifat *irreversible* artinya tidak dapat diperbaiki di fase kehidupan berikutnya dan akan mempengaruhi *outcome* kesehatan pada masa anak-anak dan dewasa (Fikawati et al, 2015:1).

2.1.2 Penilaian Status Gizi berdasarkan Antropometri

Penilaian status gizi anak dengan menggunakan jenis pengukuran antropometri merupakan pengukuran yang tingkat kesulitannya rendah dan bisa digunakan dalam sampel yang cukup banyak. Definisi antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Antropometri memiliki maksud, yakni pengukuran ukuran badan dan susunan badan yang dapat dilihat dari segi usia dan gizinya serta bisa digabung dengan Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB) dan lingkaran bagian-bagian tubuh serta tebal lemak dibawah kulit (Supariasa *et al*, 2013:36-37).

- a. Kelebihan dan Kekurangan
 - 1) Kelebihan antropometri antara lain:
 - a) Caranya sederhana dan aman serta bisa digunakan dalam jumlah sampel yang cukup besar.
 - b) Rata-rata tidak perlu adanya tenaga yang ahli untuk melakukan pengukuran antropometri, akan tetapi bisa dilakukan oleh tenaga pengukur yang sudah dilatih oleh tenaga yang ahli.
 - c) Alat yang digunakan untuk mengukur termasuk harganya relatif terjangkau, tahan lama, dapat dibawa kemanapun, dapat memesan alatnya dengan mudah, dan dapat membuat alatnya sendiri di daerah masing-masing.
 - d) Cara pengukuran ini benar dan teliti karena bisa dibakukan.
 - e) Dapat mengetahui status gizi pada waktu masa lalunya.
 - f) Umumnya dapat menentukan status gizi dalam kategori sedang, kurang, dan buruk karena terdapat ambang batasan yang tepat.
 - g) Dapat menilai perubahan-perubahan status gizi di waktu tertentu.
 - h) Dapat berfungsi sebagai penyaringan golongan yang mudah mengalami gangguan terkait status gizi.
 - 2) Kekurangan antropometri antara lain:
 - a) Kurang sensitif. Pengukuran ini tidak bisa mengetahui terkait status gizi pada kurun waktu yang cukup cepat. Pengukuran ini juga tidak bisa menentukan beberapa kekurangan gizi contohnya Zn (seng), Fe (zat besi).
 - b) Faktor dari luar gizi juga dapat mempengaruhi hasil pengukuran antropometri seperti keturunan dan penyakit.

c) Apabila terjadi kesalahan ketika dilakukan pengukuran maka dapat berpengaruh pada ketelitian, keakuratan, dan keabsahan pengukuran antropometri gizi. Terjadinya suatu kesalahan dalam pengukuran berarti adanya perubahan hasil baik dari segi fisik maupun komposisi jaringan, serta analisis dan asumsi yang keliru. Pokok permasalahan biasanya terjadi karena ketidakpahaman petugas terkait pengukuran, sehingga hasil yang didapat tidak valid.

b. Jenis parameter

Antropometri termasuk pengukuran yang dapat menentukan status gizi. Hal tersebut bisa dilakukan pengukuran dengan menggunakan berbagai parameter tertentu. Definisi parameter menurut Supriasa (2013:38) adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia seperti: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas (LILA), lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak bawah kulit.

1) Umur

Faktor umur sangat penting untuk menentukan status gizi. Apabila terjadi kefatalan dalam menentukan usia bisa mengakibatkan penentuan status gizi menjadi salah. Meskipun diperoleh pengukuran berat badan dan tinggi badan tepat tapi akan tidak ada gunanya apabila dalam menentukan usia tidak akurat. Menurut Puslitbang Gizi Bogor (1980) dalam Supriasa *et al* (2013:38), batasan umur untuk anak usia 0-2 tahun adalah bulan usia penuh (*completed month*).

2) Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang banyak digunakan terutama untuk bayi yang baru terlahir. Ukuran antropometri berat badan juga berfungsi sebagai penentu apakah bayi tersebut normal atau mengalami BBLR. Usia bayi sampai usia balita, parameter berat badan digunakan untuk mengetahui laju pertumbuhannya kecuali jika anak tersebut mengalami gangguan atau kelainan secara klinis contohnya kehilangan cairan dan sebagainya (Supriasa *et al*, 2013:39).

Berat badan merupakan jenis parameter menjadi prioritas. Hal ini disebabkan karena berbagai macam pertimbangan, antara lain:

- a) Termasuk jenis parameter yang baik, hasil dari jenis parameter ini dapat dilihat dengan mudah karena dapat melihat perubahan asupan makanan dan keadaan fisik dalam waktu yang relatif pendek.
- b) Dapat menggambarkan status gizi saat ini dan apabila melakukan pengukurannya secara berkala, maka dapat mengetahui kondisi terkait pertumbuhan secara berkala pula.
- c) Merupakan parameter yang sering digunakan oleh masyarakat secara umum dan luas di Indonesia.
- d) Akurasi hasilnya, rata-rata tidak dipengaruhi dari faktor keterampilan pengukur.
- e) Alat yang digunakan untuk memberi informasi dan memantau pertumbuhan anak juga menggunakan parameter berat badan. Alat tersebut adalah KMS (Kartu Menuju Sehat).
- f) Tidak membutuhkan parameter umur untuk menentukan status gizi, cukup menggunakan berat badan menurut tinggi badan untuk menentukannya.
- g) Pengukuran parameter ini dibutuhkan alatnya, dan alat tersebut dapat ditemukan di pedesaan dengan akurasi yang memenuhi standart. Mayoritas masyarakat melakukan penimbangan berat badan menggunakan alat timbang yang disebut dacin.

Parameter berat badan ini dapat menentukan status gizi anak, untuk mendapatkan hasil tersebut diperlukan penimbangan. Salah satu alat yang terpilih dan dianjurkan untuk menimbang berat badan anak adalah dacin karena sudah memenuhi persyaratan alat yang seharusnya digunakan. Beberapa persyaratan tersebut adalah sebagai berikut:

- (1) Kegunaanya oleh pengukur termasuk mudah dan dapat dibawa kemanapun.
- (2) Alatnya mudah didapatkan dan rata-rata harga alat tersebut termasuk dapat dijangkau oleh masyarakat.
- (3) Ketelitian penimbangan sebaiknya maksimum 0,1 kg.
- (4) Cukup aman ketika digunakan untuk menimbang anak.

3) Panjang Badan/Tinggi Badan

Tinggi badan termasuk parameter yang berarti karena parameter ini dapat mengetahui kondisi masa lalu dan saat ini, apabila usia tidak diketahui dengan jelas maka faktor umur dapat digantikan dengan menghubungkan tinggi badan terhadap berat badan. Alat ukur tinggi badan, khususnya untuk anak yang bisa berdiri dapat menggunakan alat pengukur tinggi “*microtoice*” (mikrotoa) dengan akurasi 0,1 cm (Supariasa *et al*, 2013:42-43). Langkah-langkah mengukur tinggi badan dengan *microtoice* sebagai berikut:

- a) Menempelkan alat tersebut dengan menggunakan paku pada dinding seperti tembok, dinding yang ditempelkan harus datar dan lurus setinggi 2 meter. Untuk menentukan ketinggian 2 meter menggunakan alat *microtoice* dan angka 0 terdapat diujung paling bawah pada permukaan yang rata.
- b) Alas kaki seperti sandal, sepatu dapat dilepaskan.
- c) Anak dapat diperintahkan untuk berdiri dengan posisi siap tegap yang baik seperti ketika berbaris. Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan seperti kaki dalam posisi lurus, tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding dan wajahnya menghadap ke depan.
- d) Setelah itu, menggerakkan kebawah alat *microtoice* hingga pada ujung kepala anak dengan rapat, serta siku-siku dapat merapat pada tembok yang lurus dan rata.
- e) Cara terakhir adalah membaca angka yang muncul dari lubang alat gulungan *microtoice*. Dari angka tersebut dapat diketahui tinggi anak tersebut.

Untuk anak dalam kondisi belum bisa berdiri, dapat menggunakan alat ukur panjang bayi. Cara untuk mengukurnya antara lain:

- (1) Alat yang digunakan untuk mengukur dapat diletakkan di meja bagian atas atau di tempat yang datar.
- (2) Anak dapat diletakkan di dalam alat pengukur tersebut. Beberapa hal yang butuh diperhatikan dalam pengukuran ini yaitu kepala diletakkan sampai menyentuh ujung alat pengukur.
- (3) Pada ujung bawah alat tersebut dapat digeser sampai terkena telapak kaki anak. Skala yang terdapat pada alat bisa dibaca.

c. Indeks Antropometri

1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Karakteristik berat badan termasuk bagian parameter yang dapat menggambarkan masa badan. Jumlah keseluruhan zat dan sebagainya yang terdapat dalam tubuh termasuk amat peka pada adanya perubahan yang mendadak dalam tubuh, seperti karena sakit, nafsu makan yang menurun. Berat badan termasuk karakteristik antropometri yang mudah gerak atau tidak konsisten. Dalam kondisi normal, kondisi tubuh yang sehat, terdapat asupan dan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh sesuai kebutuhan, maka berat badan dapat berkembang mengikuti alur pertambahan usia. Berbeda dengan kondisi yang tidak normal, dimana hal ini memiliki 2 kemungkinan perkembangan, yakni bisa berkembang dengan pesat atau tidak pesat. Menurut segi antropometri yang berat badan bahwa indeks berat badan menurut umur bisa dipakai untuk pengukuran dalam menentukan status gizi. Dapat diketahui bahwa berat badan termasuk tidak dapat konsisten, maka indeks BB/U mengungkapkan kondisi status gizi yang sekarang (Supariasa *et al*, 2013: 56-57).

Indeks berat badan menurut umur (BB/U) dalam menentukan status gizi individu juga memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihannya adalah sebagai berikut:

- a) Tidak memerlukan banyak tenaga dan pikiran sehingga mudah dipahami.
- b) Berguna untuk melakukan pengukuran status gizi yang parah.
- c) Karakteristik antropometri yang berat badan bisa meningkat dan menurun atau disebut fluktuasi.
- d) Lebih peka pada tidak tetapnya hal-hal yang sedikit.
- e) Dapat mengetahui kondisi gemuk (*over weight*) pada seseorang.

Sedangkan kekurangannya adalah sebagai berikut:

- (1) Dapat berdampak pada hasil status gizi yang salah apabila adanya edema ataupun asites.
- (2) Pencatatan usia yang belum baik, khususnya di daerah-daerah yang masih terasing, tradisional, dan usia susah juga diperkirakan secara benar.

- (3) Membutuhkan data usia yang benar, khususnya pada anak yang berusia balita.
- (4) Masih adanya kesalahan pada saat dilakukan pengukuran, contohnya akibat baju yang digunakan atau Bergeraknya anak ketika dilakukan penimbangan.
- (5) Hambatan pengukuran salah satunya adalah masalah budaya setempat contohnya, keluarga terutama orang tua tidak menginginkan anaknya ditimbang karena mereka beranggapan bahwa anak mereka bukan barang dagangan.

2) Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan termasuk indeks antropometri yang dapat menentukan kondisi pertumbuhan tulang. Pada saat kondisi normal, tinggi badan dapat tumbuh searah dengan penambahan usia. Pertumbuhan tinggi badan berbeda dengan berat badan karena pertumbuhan tinggi badan rata-rata kurang peka pada masalah kekurangan gizi dalam waktu yang rendah. Hal ini disebabkan karena pengaruh kekurangan zat gizi pada tinggi badan bisa terwujud dalam waktu yang lebih lambat dibandingkan dengan berat badan. Berdasarkan ciri-ciri diatas, maka dapat diketahui bahwa indeks antropometri TB/U dapat menentukan status gizi di masa lampau. Hal tersebut didukung oleh Beaton dan Bengoa (1973) yang mengungkapkan, indeks ini dapat memberikan informasi yang terkait status sosial-ekonomi, bahkan dapat mengetahui status gizi di masa lalu (Supriasa *et al*, 2013:57-58)

Indeks berat badan menurut umur (TB/U) untuk menentukan status gizi seseorang juga memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan indeks TB/U adalah sebagai berikut:

- a) Dapat digunakan untuk menentukan status gizi di masa lalu.
- b) Alat pengukuran yang panjang dapat dibuat sendiri, serta murah dan mudah dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain.

Sedangkan kelemahan indeks TB/U sebagai berikut:

- (1) Karakteristik antropometri tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun.

(2) Rata-rata sulit pada saat dilakukan pengukuran karena anak diharuskan untuk berdiri, oleh sebab itu diperlukan beberapa orang untuk membantu dalam pengukuran.

(3) Ketepatan usia sulit diperoleh.

3) Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Karakteristik antropometri berat badan mempunyai keterkaitan yang searah dengan tinggi badan. Pada saat kondisi normal, perkembangan berat badan dengan pertumbuhan tinggi badan dapat searah dengan kecepatan tertentu. Jelliffe pada tahun 1966 telah mengenalkan indeks antropometri BB/TB dengan kegunaan untuk menilai status gizi saat ini (sekarang) (Supriasa *et al*, 2013:58). Menurut Suhardjo (2003:43) mengungkapkan bahwa indikator BB sangat baik untuk menentukan status gizi khususnya untuk anak yang berumur di bawah lima tahun.

Indeks BB/TB memiliki berbagai macam keuntungan dan kelemahan. Keuntungan indeks BB/TB sebagai berikut:

- a) Tidak membutuhkan data usia.
- b) Dapat membedakan proporsi badan seperti (gemuk, normal dan kurus).

Sedangkan kelemahan indeks BB/TB sebagai berikut:

- (1) Tidak menentukan ukuran tubuh seperti, pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umurnya, karena faktor usia tidak dipertimbangkan.
- (2) Pada saat dilakukan pengukuran tinggi badan/panjang badan terkadang terdapat kesulitan karena anak usia balita sering bergerak.
- (3) Membutuhkan dua macam alat ukur yaitu alat untuk tinggi badan dan alat untuk berat badan.
- (4) Pengukuran lebih lama karena mengukur BB dan TB.
- (5) Membutuhkan dua orang untuk melakukannya agar mendapatkan hasil yang tepat.
- (6) Sering terjadinya kesalahan dari segi membacakan hasil pengukuran yang telah dilakukan, khususnya pada golongan yang kurang memahami terkait pengukuran.

2.1.3 Klasifikasi Status Gizi

Berdasarkan indeks antropometri BB/U dan BB/PB, status gizi anak umur 0-60 bulan diklasifikasikan antara lain:

Tabel 2. 1 Klasifikasi dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Klasifikasi Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
BB/U	Gizi buruk	<-3 SD
Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	>2 SD
PB/U atau BB/PB	Sangat pendek	< -3 SD
Anak Umur 0-60 Bulan	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
BB/PB atau BB/TB	Sangat kurus	< -3 SD
Anak Umur 0-60 Bulan	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
IMT/U	Sangat kurus	< -3 SD
Anak Umur 0-60 Bulan	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
IMT/U	Sangat kurus	< -3 SD
Anak Umur 5-18 Tahun	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

Sumber: Kemenkes RI (2011)

Penjelasan:

- Usia dapat dihitung dalam bulan penuh. Contoh: usia 4 bulan 28 hari dihitung sebagai usia 4 bulan.
- Pada anak yang berusia 0-24 bulan menggunakan ukuran Panjang Badan (PB), bisa dilakukan pengukuran dengan posisi anak telentang. Jika pada usia tersebut anak sudah dapat berdiri, maka pengukurannya menggunakan posisi berdiri dan hasil dari pengukuran dapat ditambah 0,7 cm.
- Pada anak yang berusia diatas 24 bulan menggunakan ukuran Tinggi Badan (TB) dapat dilakukan pengukuran dengan posisi berdiri. Jika pada usia tersebut anak diukur dengan posisi telentang, maka hasil dari pengukuran dapat dikurangi 0,7 cm.

- d. Indeks antropometri Berat Badan menurut Umur (BB/U) dapat mengetahui status gizi kurang dan gizi buruk atau persamaan dengan istilah *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk).
- e. Indeks antropometri Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) bisa menggambarkan kondisi yang pendek dan sangat pendek atau dengan persamaan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).
- f. Sedangkan indeks antropometri Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dapat mengetahui keadaan yang kurus dan sangat kurus atau dengan persamaan istilah *wasted* (kurus) dan *severely wasted* (sangat kurus).

2.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi pada Balita

Teori Lawrence Green adalah teori yang menjelaskan terkait perilaku manusia dari segi kesehatan. Perlu diketahui bahwa kesehatan individu dapat dipengaruhi dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*) perilaku tersebut ditentukan oleh 3 faktor. Menurut Green (dalam Notoatmodjo, 2010:59-60) menjelaskan bahwa perilaku individu bisa dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

2.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*) merupakan faktor yang mempermudah terjadinya suatu perilaku individu atau merupakan faktor peristiwa lingkungan pada perilaku yang sudah dijadikan motivasi perilaku. Faktor Predisposisi dalam penelitian ini adalah:

- a. Karakteristik baduta

- 1) Umur

Umur baduta merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Seribu hari pertama kehidupan yang dimaksud adalah hari pertama yang mulai dari masa janin dalam kandungan

sampai anak berusia dua tahun, proses pertumbuhan tersebut terjadi sangat cepat. Masa tersebut merupakan *windows of opportunity* yaitu periode emas pertumbuhan. Periode emas pertumbuhan memerlukan dukungan gizi yang tepat. Kerusakan pada periode ini bersifat *irreversible* artinya tidak dapat diperbaiki di fase kehidupan berikutnya dan akan mempengaruhi *outcome* kesehatan pada masa anak-anak dan dewasa (Fikawati *et al*, 2015:149). Usia rentan dalam kehidupan manusia adalah usia balita karena sistem imun (kekebalan) pada usia tersebut relatif rendah dibandingkan usia-usia selanjutnya (Khomsan dan Anwar, 2008:120).

2) Jenis Kelamin

Menurut WHO (1996) bahwa dari beberapa penelitian ditemukan bahwa jenis kelamin bayi berpengaruh terhadap kejadian BBLR, seperti di Srilanka perbedaan berat badan bayi sebesar 58 gr antara bayi laki-laki dan perempuan dimana berat badan bayi laki-laki lebih berat dibandingkan dengan bayi perempuan (Mulyawan, 2009:10). Proses pertumbuhan BBLR umumnya lambat apalagi bila tidak diberikan ASI eksklusif 6 bulan dan diikuti dengan adanya praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini, akibatnya bayi tersebut akan tumbuh menjadi balita yang mengalami Kurang Energi Protein (KEP). Selanjutnya, dengan keterbatasan pola asuh dan akses terhadap makanan, balita tersebut akan berkembang menjadi anak usia sekolah dan remaja dengan gangguan pertumbuhan yang ditandai dengan kurang gizi dan produktivitas fisik rendah. Pada saat remaja tersebut menikah dan kemudian hamil dalam kondisi kurang gizi maka remaja tersebut akan menjadi ibu yang KEK dan siklus ini akan berlanjut kembali (Fikawati *et al*, 2015:2). Berdasarkan penelitian Devi menunjukkan bahwa status gizi buruk lebih banyak dialami pada jenis kelamin perempuan (Devi, 2010:186). Namun pada hasil penelitian Suhendri (2009:1) menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi anak.

b. Karakteristik keluarga

1) Umur Ibu

Umur merupakan indikator penting dalam menentukan produktifitas seseorang. Pada usia lebih tua biasanya kondisi produktifitasnya lebih rendah dari pada usia seseorang yang lebih mudah. Hal tersebut disebabkan keadaan kesehatan tubuh pada seseorang yang berusia muda relatif masih baik (Khomsan dalam Khotimah dan Kuswandi, 2014:156). Sedangkan menurut Rahardjo, 2011 dalam Khotimah dan Kuswandi (2014: 157) menyatakan bahwa umur juga dapat menjadi gambaran kematangan pada seseorang, yang dimaksud kematangan tersebut adalah pembentukan perilaku konsumsi makanan, dimana perilaku tersebut dapat berdampak pada status gizinya. Hal tersebut searah dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khotimah dan Kuswandi (2014:156) menyatakan bahwa ibu yang berusia muda dapat mencegah terjadinya gizi buruk pada balitanya. Dengan kata lain bahwa ibu yang berumur tua beresiko hampir 11 kali lebih banyak memiliki balita dengan gizi buruk.

2) Jumlah Anggota Keluarga

Menurut Soetjiningsih 1995 dalam Khayati (2011:28). Keluarga dengan jumlah anak banyak dan kondisi sosial ekonomi cukup dapat mengakibatkan berkurangnya kasih sayang dan perhatian terhadap anak terlebih lagi jika jarak kelahiran yang rapat antara anak satu dengan anak yang lain. Sedangkan pada keluarga dengan jumlah banyak anak dan status sosialnya kurang mengakibatkan rendahnya kasih sayang dan perhatian terhadap anak. Hal ini juga berdampak pada kebutuhan pokok, contohnya makan. Berdasarkan hasil penelitian Devi, (2010:187) menunjukkan bahwa keluarga dengan jumlah anggota keluarga kurang dari 4 orang, memiliki anak dengan status gizi baik. Sedangkan keluarga yang memiliki dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang, memiliki anak dengan status gizi kurang. Namun menurut Purnamasari *et al*, (2016:48) mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak.

3) Tingkat Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan proses berjalan secara terus menerus, mulai dari usia anak sampai usia dewasa. Dengan adanya pendidikan, manusia dapat meningkatkan kualitas hidupnya karena mendapatkan informasi (Wawan dan Dewi, 2010:34). Pendidikan ibu termasuk bagian yang berarti. Hal tersebut disebabkan karena dengan pendidikan, orang tua bisa mendapatkan informasi-informasi dari luar terkait pengasuhan anak, merawat anak serta cara mendidik anak yang baik (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:66). Berdasarkan hasil penelitian Kuswandi dan Khotimah, (2014:157) menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan rendah beresiko hampir 3 kali lebih besar untuk memiliki balita dengan status gizi buruk.

4) Pekerjaan Ibu

Menurut Suhardjo (2003:82) bahwa pekerjaan bisa berpengaruh terhadap pola makan anaknya, khususnya untuk ibu yang bekerja bekerja di luar rumah. Hal tersebut disebabkan karena perhatian terhadap anak dan keluarga berkurang seperti menyiapkan makanan dan memberikan makanan. Selain itu, peranan ibu yang seharusnya menyiapkan dan memberikan makan kepada keluarga dan anak diganti oleh orang lain. Oleh sebab itu, apabila ibu bekerja di luar rumah hendaknya bisa membagi waktunya dengan baik antara penyelenggaraan makan keluarga terutama anak dengan waktu bekerja. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khotimah dan Kuswandi 2014 mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian gizi buruk. Namun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Liswati 2016 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita.

5) Status Ekonomi

Ekonomi merupakan salah satu ilmu sosial yang mempelajari aktivitas manusia yang berkaitan dengan produksi, distribusi, pertukaran, dan konsumsi barang jasa (Andriani dan Wirjatmadi, 2016:312). Faktor sosial ekonomi keluarga secara tidak langsung berkaitan dengan status gizi anak. Jika status sosial ekonomi keluarga tersebut rendah, maka kebutuhan pokok keluarga tersebut mengalami kekurangan sehingga anak dapat mengalami status gizi

buruk (Sebataraja *et al*, 2014:182). Kejadian terkait masalah gizi rata-rata terkait dengan adanya kebutuhan pangan yang rendah. Solusi terkait kekurangan pangan tidak serta merta meningkatkan cakupan produksi pangan dan pengadaannya. Masalah gizi muncul juga bisa karena dampak dari adanya permasalahan terkait ketahanan pangan, yang dimaksud masalah ketahanan pangan yakni, kesanggupan masyarakat di tingkat rumah tangga untuk memperoleh makanan dengan tujuan mencukupi kebutuhan pangan anggota keluarganya. Dari hal tersebut, dapat diketahui bahwa masalah gizi bukan saja dari masalah kesehatan saja, namun terkait dengan kemiskinan, pemerataan, dan masalah kesempatan kerja (Andriani dan Wirjatmadi, 2016:323).

Pendapatan keluarga yang cukup dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak dengan baik, karena orang tua dapat memberikan seluruh kebutuhan dasar untuk anak (Soetjningsih dan Ranuh, 2013:66). Salah satu variabel ekonomi yang berhubungan dengan asupan pangan adalah pendapatan keluarga. Pendapatan keluarga dapat menentukan kuantitas dan kualitas pangan yang dikonsumsi keluarga. Pendapatan yang tinggi juga akan berpengaruh dengan tingginya peluang untuk daya beli pangan dari segi jumlah dan mutunya, sedangkan jika pendapatan menurun juga akan dapat mempengaruhi daya beli masyarakat terkait kebutuhan pangan (Sulistyoningsih, 2011:52). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Handini (2013:12) bahwa terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

Selain pendapatan rumah tangga, pengeluaran untuk makan juga menjadi indikator status ekonomi. Dalam Hukum Engel mengungkapkan bahwa semakin besar pendapatan keluarga maka akan semakin kecil pengeluaran untuk makan, meskipun jumlah absolut untuk makan lebih besar. Jika di suatu daerah persentase untuk makan tinggi, maka status ekonomi dan sosial masih rendah bila kebutuhan untuk makan 50-60% (Andriani dan Wirjatmadi, 2016:327). Apabila pengeluaran sejumlah keluarga digolongkan menjadi beberapa kelompok, kemudian dibandingkan pengeluaran keluarga yang berpenghasilan rendah dengan pengeluaran keluarga yang tergolong cukup kaya. Maka terlihat bahwa terjadi suatu pergeseran dalam pengeluaran untuk konsumsi. Dalam

keluarga yang miskin hampir seluruh penghasilan akan habis untuk kebutuhan primer makan. Jika tingkat penghasilan suatu keluarga naik (orang menjadi lebih kaya), jumlah pengeluaran uang untuk kebutuhan pokok (khususnya makan) juga akan bertambah banyak (Gilarso, 2004:63).

6) Pengetahuan Ibu tentang Gizi.

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia. Hal tersebut terjadi ketika seseorang telah melakukan pengindraan pada objek yang dituju. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Mayoritas pengetahuan diperoleh dari pancaindra mata dan telinga. Pengetahuan termasuk ranah yang berarti, terutama pembentukan perilaku seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2007:139-140). Pengetahuan ibu berpengaruh terhadap status gizi anaknya. Jika ibu memiliki pengetahuan yang baik, maka ibu menyiapkan nutrisi sesuai kebutuhan gizi, jenis dan jumlah yang diperlukan anak. Sebaliknya jika ibu tersebut pengetahuannya kurang maka dalam menyiapkan makan untuk anaknya cenderung asal, bahkan cenderung menyiapkan makanan siap saji dan praktis (Ningrum dan Utami, 2017:53). Berdasarkan penelitian Munthofiah (2008:13) bahwa ada hubungan antara gizi anak balita dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu.

2.2.2 Faktor Pemungkin

Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*) merupakan berbagai faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik tersedia atau tidak tersedia fasilitas kesehatan.

a. Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan fasilitas yang berfungsi mengadakan usaha pelayanan kesehatan. Usaha untuk memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat berupa promosi terkait kesehatan, pencegahan terkait penyakit, pengobatan maupun rehabilitasi (Kemenkes RI, 2016b:2). Upaya tersebut dapat dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat sekitar. Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui

adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Artinya, ketika orang tua mengetahui anaknya tidak naik berat badannya, maka akan dapat melakukan upaya penanganan secara cepat, sehingga tidak sempat menyebabkan gizi kurang. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan berat badan balita bisa dilaksanakan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes, Puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain (Febry, 2012:166).

Kesanggupan masyarakat di tingkat rumah tangga dalam melakukan akses pelayanan kesehatan, rata-rata berhubungan dengan tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kesanggupan masyarakat dalam membayar terkait dari segi ekonomi. Pelayanan kesehatan juga peka pada berubahnya kondisi ekonomi. Masalah kondisi ekonomi bisa mengganggu masyarakat dan keluarga terkait akses pelayanan kesehatan, seperti halnya waktu yang ditempuh ke pelayanan kesehatan jauh serta membutuhkan biaya untuk mencapai tempat tersebut. Waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan dan jarak rumah seseorang ke pelayanan kesehatan termasuk penghalang terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan (Sartika, 2010:80).

2.2.3 Faktor Penguat

Faktor Pendorong (*Reinforcing Factors*), terjadi dari sikap dan perilaku petugas kesehatan. Petugas kesehatan termasuk kelompok yang dijadikan acuan dari perilaku masyarakat.

a. Kebijakan Pemerintah

Untuk mewujudkan status gizi baik pada balita diperlukan kebijakan pemerintah untuk masyarakat, terutama keluarga. Keberhasilan keluarga sadar gizi (Kadarzi) akan sangat bergantung pada kerjasama lintas sektor di berbagai tingkat administrasi. Pada tingkat nasional kegiatan Kadarzi dikoordinasikan oleh Departemen Kesehatan, dan pada tingkat provinsi, kabupaten/kota dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan yang dalam pelaksanaannya dilakukan bersama dengan kelembagaan yang ada dan terkait: Pokjanel Posyandu, Dewan

Ketahanan Pangan, Tim Penggerak PKK. Jika diperlukan dapat dibentuk kelompok kerja pada setaip tingkatan (Depkes, 2007a: 22).

b. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi)

Menurut Depkes 2007b, Strategi KIE terkait Kadarzi termasuk usaha peningkatan kesanggupan masyarakat terutama keluarga terkait belajar dari, oleh, untuk masyarakat. Tujuan kadarzi yaitu setiap anggota bisa mengetahui, mencegah, dan menyelesaikan masalah gizi. Kadarzi juga dapat memberdayakan masyarakat di lingkungan sekitar dengan melibatkan kebijakan yang mendukung kadarzi. Kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) memiliki tujuan yaitu mengubah perilaku, tindakan seseorang sesuai dalam pesan yang diberi (Kemenkes RI, 2012:44). Kegiatan KIE biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan.

2.3 Pola Asuh

Perilaku merupakan wujud dari adanya respon dari rangsangan. Rangsangan tersebut dari seseorang, akan tetapi dalam memberi respon itu bergantung pada sifat atau faktor lain yang berkaitan. Dari hal tersebut dapat diketahui bahwa walaupun rangsangan yang diberikan sama, belum tentu respon yang didapat sama pula. Faktor-faktor lain yang dapat membedakan respon antara individu satu dengan individu lain terhadap ransangan disebut determinan perilaku (Luthviatin *et al*, 2012:72). Pola asuh merupakan kesanggupan anggota keluarga dan masyarakat dalam memberikan perhatian pada anaknya, sehingga anak tersebut bisa tumbuh kembang secara baik (fisik, mental, sosial). Pola asuh yang diberikan pada anak dapat terwujud dari sikap dan perilaku ibu terhadap anaknya, seperti menyiapkan makanannya, menjaga dan melindungi anaknya, dan pola asuh lainnya. Hal tersebut sangat erat kaitanya dengan kondisi ibu dari segi kesehatan, status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Sulistiyani, 2011:11).

Pengasuhan tidak hanya sekedar memberikan rasa aman, kasih sayang, dan makanan saja, melainkan harus lebih luas dari itu, termasuk kuantitas interaksi antara anak dengan orang tua atau pengasuhnya. Mengingat jumlah balita di Indonesia adalah sekitar 10% dari seluruh penduduk dan status gizi serta derajat kesehatan golongan ini masih belum memuaskan, kelompok ini memerlukan perhatian yang lebih serius (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:235). Berdasarkan penelitian Putri *et al*, 2015 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh ibu dengan status gizi anak balita. Menurut LIPI, 2000 aspek kunci pola asuh gizi:

a. Perawatan dan Perlindungan bagi Anak

Praktik perawatan kesehatan termasuk salah satu yang berpengaruh terhadap status gizi anak. Terutama perilaku tersebut dilakukan pada anak yang kondisinya sakit. Orang tua harus memperhatikan kondisi kesehatan anaknya, apabila anaknya sakit dapat segera memeriksakan anaknya ke tempat pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau (Soetjiningsih, 2009:123). Perawatan kesehatan yang baik, tidak harus dilakukan ketika anak mengalami sakit saja, namun mencakup pemeriksaan kesehatan, seperti memberikan imunisasi, melakukan deteksi dini pada anak agar terhindar dari penyakit, merangsang dan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak dengan melakukan penimbangan secara rutin (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:63). Menurut Kemenkes (2013b:4), Imunisasi adalah salah satu cara untuk meningkatkan proses kekebalan tubuh individu secara aktif terhadap penyakit yang datang, sehingga jika sewaktu-waktu terkena gangguan kesehatan, seseorang tidak sampai mengalami kesakitan yang parah mungkin hanya mengalami sakit ringan saja. Pemberian imunisasi memiliki tujuan adalah untuk melindungi dari penyakit dan mencegah kematian bayi dan anak-anak (Kemenkes RI, 2016a:49). Pemberian imunisasi harus sedini mungkin dan lengkap. BCG diberikan pada usia 1 bulan, DPT 1-3 diberikan pada usia 2-5 tahun, HB 1-3 diberikan pada usia 2-5 bulan dan campak diberikan pada usia 9 bulan seperti yang tertuang pada tabel 2.2

Tabel 2. 2 Pemberian Imunisasi pada Anak

Umur (Bulan)	Jenis Imunisasi
0	Hepatitis B (HB) 0
1	BCG, Polio 1
2	DPT-HB 1, Polio 2
3	DPT-HB 2, Polio 3
4	DPT-HB 3, Polio 4, IPV
9	Campak

Sumber: Kemenkes RI (2016a)

Memberikan kapsul vitamin A yang berwarna biru pada anak yang berumur 6-11 bulan dengan 1 kali dalam setahun pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 1-5 tahun dengan 2 kali dalam setahun pada bulan Februari dan Agustus. Manfaat vitamin A untuk meningkatkan kesehatan mata dan pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2016:49). Menurut Almatsier (2009:153), vitamin A adalah vitamin larut lemak yang pertama ditemukan. Dapat diketahui bahwa vitamin A juga bisa berdampak terkait kekebalan. Unsur dari kekebalan tubuh dapat memerangi infeksi penyakit dengan menghasilkan sel darah putih. Sel darah putih tersebut bisa menghancurkan berbagai macam infeksi, viru dan bakteri yang membahayakan. Leukosit berperan sebagai kekebalan yang humoral. Hal tersebut disebabkan karena retinol dapat mempengaruhi pertumbuhan dan proses limfosit B (Nadimin, 2010). Vitamin A berperan dalam banyak proses biologis, seperti penglihatan, imunitas, reproduksi, pertumbuhan, dan perkembangan. Bentuk aktif vitamin A utama adalah asam retinoik (RA). Retinol berperan utama dalam reproduksi, sementara retinal terutama untuk penglihatan (Soetjningsih dan Ranuh, 2013:573).

b. Pemberian Kolostrum

Kolostrum adalah cairan pertama yang dihasilkan oleh kelenjar mammae (Supariasa, *et al*, 2013:109). Kolostrum adalah ASI berwarna kekuningan yang mengandung zat kekebalan tubuh, sebaiknya kolostrum dapat diberikan pada bayi seawal mungkin setelah bayi lahir (Kemenkes, 2016a:33). Kolostrum memiliki kandungan terkait zat kekebalan yakni 10 sampai 17 kali lipat lebih besar dari pada susu. Fungsi zat kekebalan tersebut adalah dapat menghindarkan

penyakit diare, flu, infeksi telinga dan alergi (Kemenkes RI, 2014:1). Susunan yang terdapat dalam kandungan kolostrum yaitu protein (85%), lemak (2,5%), karbohidrat (3,5%), vitamin (A,B,C,D,E dan K), garam mineral, air (85%), leukosit, zat anti virus dan bakteri (Widjaja dalam Rumiyaniti:2011:31).

c. Pemberian ASI Eksklusif

United Nation Children Found (UNICEF) dan World Health Organization (WHO) memberikan saran bahwa ASI eksklusif diberikan pada bayi sampai berusia enam bulan. Pada usia setelah enam bulan anak dapat diberikan makanan dalam bentuk semi padat dan padat, dimana makanan tersebut sebagai tambahan selain dari ASI. ASI eksklusif disarankan diberi pada bayi pada beberapa bulan pertama saja karena ASI tersebut masih murni atau tidak tercampur dari ha lasing serta ASI memiliki banyak manfaat yang diperlukan terkait gizi bayi tersebut. Keputusan menteri kesehatan nomor 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang pemberian ASI secara Eksklusif di Indonesia bahwa menetapkan ASI eksklusif selama 6 bulan dan disarankan sampai dengan anak berusia 2 tahun dengan pemberian makanan tambahan yang sesuai (Kemenkes RI, 2014:1). ASI harus sering diberikan kepada anak atau saat anak menginginkan dengan frekuensi minimal 8 kali dalam sehari. Apabila bayi tertidur lebih dari 3 jam, maka dapat dibangunkan untuk diberi ASI (Kemenkes RI, 2016a:50).

ASI (Air Susu Ibu) dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian pada anak. Hal tersebut disebabkan karena ASI memiliki tingkat gizi yang sangat tinggi dan memiliki zat kekebalan tubuh untuk melindungi anak dari berbagai macam penyakit. ASI juga memiliki manfaat terkait perkembangan kejiwaan anak dengan ibu karena dengan menyusui anak dapat semakin dekat dengan ibunya mulai dari anak tersebut dilahirkan. Karena itu, inisiasi dini serta perawatan gabungan antara ibu dan bayi sangat menguntungkan (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:262-263).

Adanya faktor perlindungan dan zat gizi yang sesuai dalam ASI dapat memastikan status gizi anak menjadi baik serta angka morbiditas dan mortalitas

anak juga menurun. Beberapa penelitian epidemiologis mengungkapkan bahwa ternyata ASI dapat bersifat protektif pada bayi dan anak dari penyakit infeksi, misalnya diare, otitis media, dan infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah. (Kemenkes RI, 2014:1). Berdasarkan penelitian Oktavianis 2016 menunjukkan adanya hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi.

d. Pemberian MP-ASI

Menurut Depkes (2006:4), Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan makanan atau minuman yang memiliki kandungan zat gizi, dan MP-ASI diberikan kepada bayi atau anak yang berumur 6-24 bulan. Hal tersebut berfungsi untuk memenuhi kebutuhan zat gizi pada anak selain dari ASI. Hal ini dikarenakan ASI hanya mampu memenuhi dua pertiga kebutuhan bayi pada usia 6-9 bulan, dan pada usia 9-12 bulan memenuhi setengah dari kebutuhan bayi (Medise 2011 dalam Lestari *et al*, 2012:188). Menurut Depkes (2006:4) kandungan gizi merupakan total zat gizi khususnya energi dan protein yang harus ada di dalam MP-ASI lokal setiap hari yaitu sebesar 250 Kkal, 6-8 gram protein untuk bayi usia 6-12 bulan dan 450 Kkal, 12-15 gram protein untuk anak usia 12 -24 bulan. Berdasarkan penelitian Sari 2014 mengungkapkan adanya hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi balita.

Menurut Kemenkes RI (2016a:53-59), anjuran pemberian makanan pada anak adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Anjuran Pemberian Makanan

Umur	Bentuk Makanan	Berapa Kali Sehari	Berapa Banyak Setiap Kali Makan
6 - 9 bulan	- ASI	- Teruskan pemberian ASI sesering mungkin	2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, tingkatkan perlahan sampai ½ mangkuk berukuran 250 ml
	- Makanan lumat (bubur dan makanan keluarga yang dilumatkan)	- Makanan lumat 2-3 kali sehari	
		- Makanan selingan 1-2 kali sehari (buah, biskuit)	

Umur	Bentuk Makanan	Berapa Kali Sehari	Berapa Banyak Setiap Kali Makan
9 – 12 bulan	- ASI	- Teruskan pemberian ASI	
	- Makanan lembek atau dicincang yang mudah ditelan anak.	- Makanan lembek 3-4 kali sehari	½ sampai dengan ¾ mangkuk berukuran 250 ml
12 – 24 bulan	- Makanan selingan yang dapat dipegang anak diberikan di antara waktu makan lengkap	- Makanan selingan 1-2 kali sehari	
	- Makanan keluarga	- Makanan keluarga 3-4 kali sehari	- ¾ sampai dengan 1 mangkuk ukuran 250 ml
12 – 24 bulan	- Makanan yang dicincang atau dihaluskan jika diperlukan	- Makanan selingan 1-2 kali sehari	- 1 potong kecil ikan/daging/ayam/telur
	- ASI	- Teruskan pemberian ASI	- 1 potong kecil tempe/tahu atau 1 sdm kacang-kacangan
			- ¼ gelas sayur
			- 1 potong buah
			- ½ gelas bubur/ 1 potong kue/ 1 potong buah

Sumber: Kemenkes RI (2016a)

e. Kebersihan diri dan peralatan makan

Kebersihan diri (*Personal hygiene*) merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi seseorang. Rendahnya *personal hygiene* seseorang dapat menyebabkan diare, *typhoid*, *disentry*, gastroenteritis, hepatitis A, infeksi kecacingan yang akhirnya dapat menyebabkan malnutrisi pada anak (Risa *et al*, 2017:327). Praktik kebersihan perorangan harus diterapkan baik oleh ibu atau pengasuh maupun pada anak. Praktik kebersihan harus selalu dilakukan dalam merawat anak baik dalam memberikan makan ataupun kegiatan lainnya. Selain jenis dan jumlah makanan yang disesuaikan dengan sistem pencernaan dan usia, makanan yang disiapkan untuk balita harus diperhatikan kebersihannya. Peranan ibu dalam masalah kesehatan anak sangat penting. Jika anak mulai diberikan makanan tambahan maka mereka memiliki risiko terkena infeksi dan

kekurangan gizi. Jika anak mulai mengonsumsi makanan pelengkap atau makanan buatan maka penyimpanan dan higienitasnya perlu diperhatikan (Istiany dan Rusilanti, 2013:135).

f. Waktu pengasuhan ibu

Menurut Girma dan Genebo dalam penelitian Octaviani dan Margawati (2012:51) anak balita termasuk dalam masa peralihan dari makanan bayi ke makanan dewasa dan juga belum bisa merawat dirinya sendiri khususnya terkait pemilihan makanan, sehingga orang tua sangat diperlukan untuk mengurusnya. Akan tetapi apabila orang tua tersebut khususnya ibu memiliki pekerjaan atau bekerja di luar rumah bisa mengakibatkan waktu untuk mengasuh anak berkurang. Hal tersebut menyebabkan peran ibu berkurang terkait untuk menyiapkan makanan yang bergizi dan pada akhirnya berpengaruh terhadap status gizi anaknya. Menurut penelitian Merieta *et al* (2000:26) terdapat korelasi positif antara kualitas waktu pengasuhan untuk makan dengan umur ibu, yang artinya semakin bertambah umur ibu makin baik pola asuh makan, diduga karena ibu belajar dari pengalamannya dalam memberi makan kepada anaknya.

2.4 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.4.1 Pengertian BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan keadaan bayi yang baru lahir dengan berat badan kurang dari 2,5 Kg. Terdapat perbedaan macam-macam bayi baru lahir berdasarkan usia kehamilan:

- a. Bayi yang baru lahir pada usia kehamilan yang tidak sampai 37 minggu disebut *Preterm infant* atau bayi prematur.
- b. Bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan lebih 37 minggu sampai 42 minggu disebut *Term infant* atau bayi cukup bulan (*mature/aterm*).
- c. Bayi yang lahir pada kehamilan lebih dari 42 minggu disebut *Post term infant* atau bayi lebih bulan (*posterm/postmature*).

Keadaan ini ditentukan oleh keadaan gizi ibu yang kurang baik sebelum hamil dan pada waktu hamil. Kondisi ini dapat mengganggu perkembangan mental

dan kemampuan motorik. Anak yang mengalami BBLR dan status gizi kurang pada usia balita akan meningkatkan risiko terkena penyakit non-infeksi atau penyakit degeneratif di usia dewasa (Sulistiyani, 2011:4). BBLR termasuk bayi dengan risiko tinggi, karena angka kesakitan dan kematiannya tinggi. Oleh karena itu, peran terkait pencegahan sangat diperlukan, seperti pemeriksaan sebelum melahirkan yang baik dan memperhatikan gizi ibu. Angka kesakitan dan kematian BBLR dapat ditekan dengan penanganan yang baik atas dasar pengetahuan yang memadai tentang seluk beluk BBLR (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013:262).

2.4.2 Hubungan BBLR dengan Pertumbuhan Anak

Proses pertumbuhan BBLR umumnya lambat apalagi bila tidak diberikan ASI eksklusif 6 bulan dan diikuti dengan praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini, akibatnya bayi tersebut akan tumbuh menjadi balita yang mengalami Kurang Energi Protein (KEP). Selanjutnya, dengan keterbatasan pola asuh dan akses terhadap makanan, balita tersebut akan berkembang menjadi anak usia sekolah dan remaja dengan gangguan pertumbuhan yang ditandai dengan kurang gizi dan produktivitas fisik rendah. Pada saat remaja tersebut menikah dan kemudian hamil dalam kondisi kurang gizi maka remaja tersebut akan menjadi ibu yang KEK dan siklus ini akan berlanjut kembali (Fikawati *et al*, 2015:2). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Ningrum dan Utami (2017:50) bahwa anak yang memiliki riwayat BBLR bisa mengikuti pertumbuhan dan perkembangan normal. Hal ini disebabkan karena faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan anak, antara lain lingkungan pengasuhan dan stimulus.

2.4.3 Pencegahan BBLR

Upaya mencegah kejadian bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) adalah:

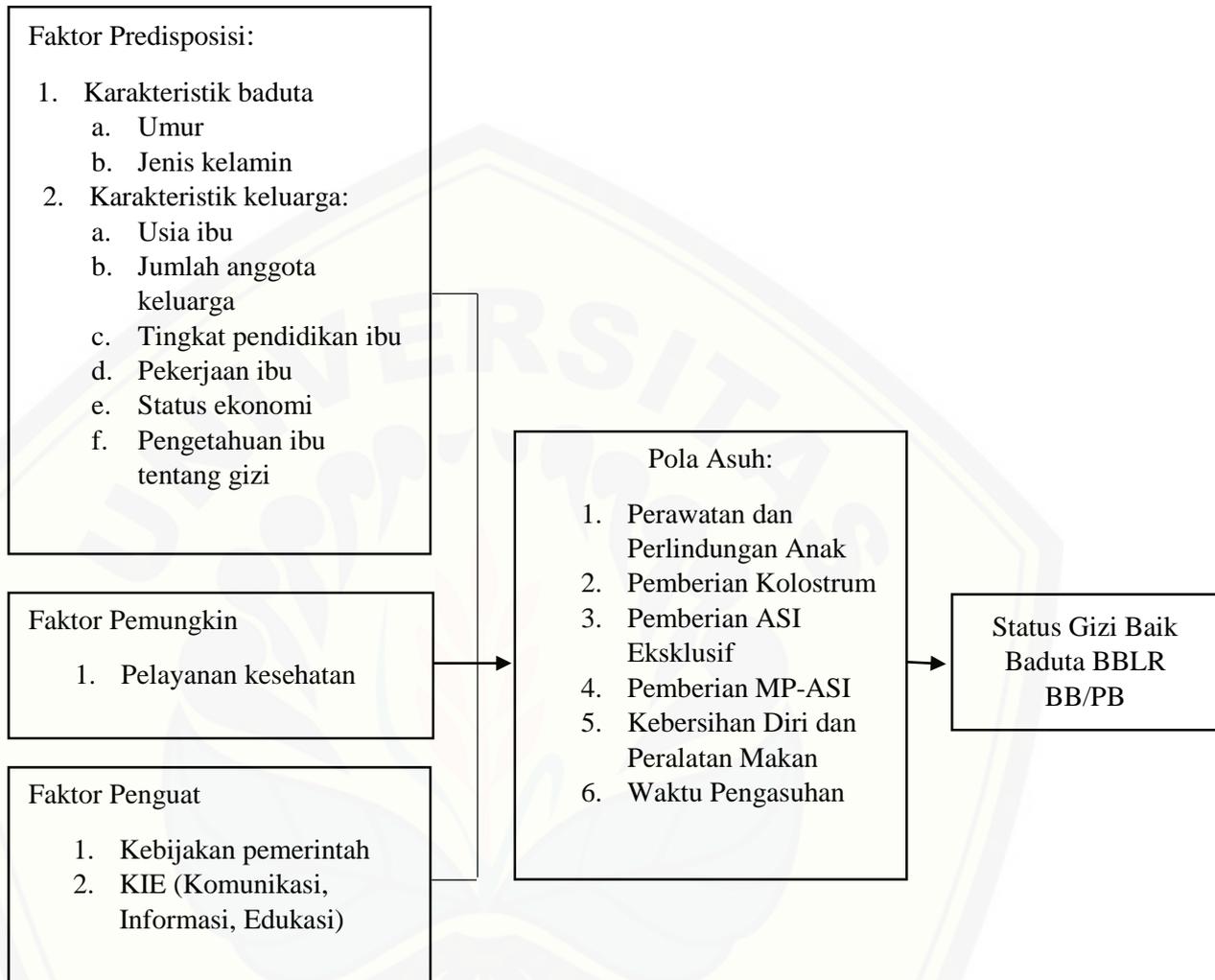
- a. Menjaga agar ibu hamil makan lebih banyak atau 1 kali lebih sering dari pada sebelum hamil.
- b. Memeriksa kehamilan secara teratur, minimal 4 kali selama hamil, yaitu 3 bulan pertama kehamilan minimal 1 kali; 3 bulan kedua kehamilan

minimal 1 kali; dan 3 bulan ketiga kehamilan minimal 2 kali. Bila berat badan ibu naik di bawah 1 kg per bulan, ibu perlu segera ke Puskesmas.

- c. Menghindari kerja berat yang melelahkan dan istirahat yang cukup selama hamil (Hayati, 2009:12).



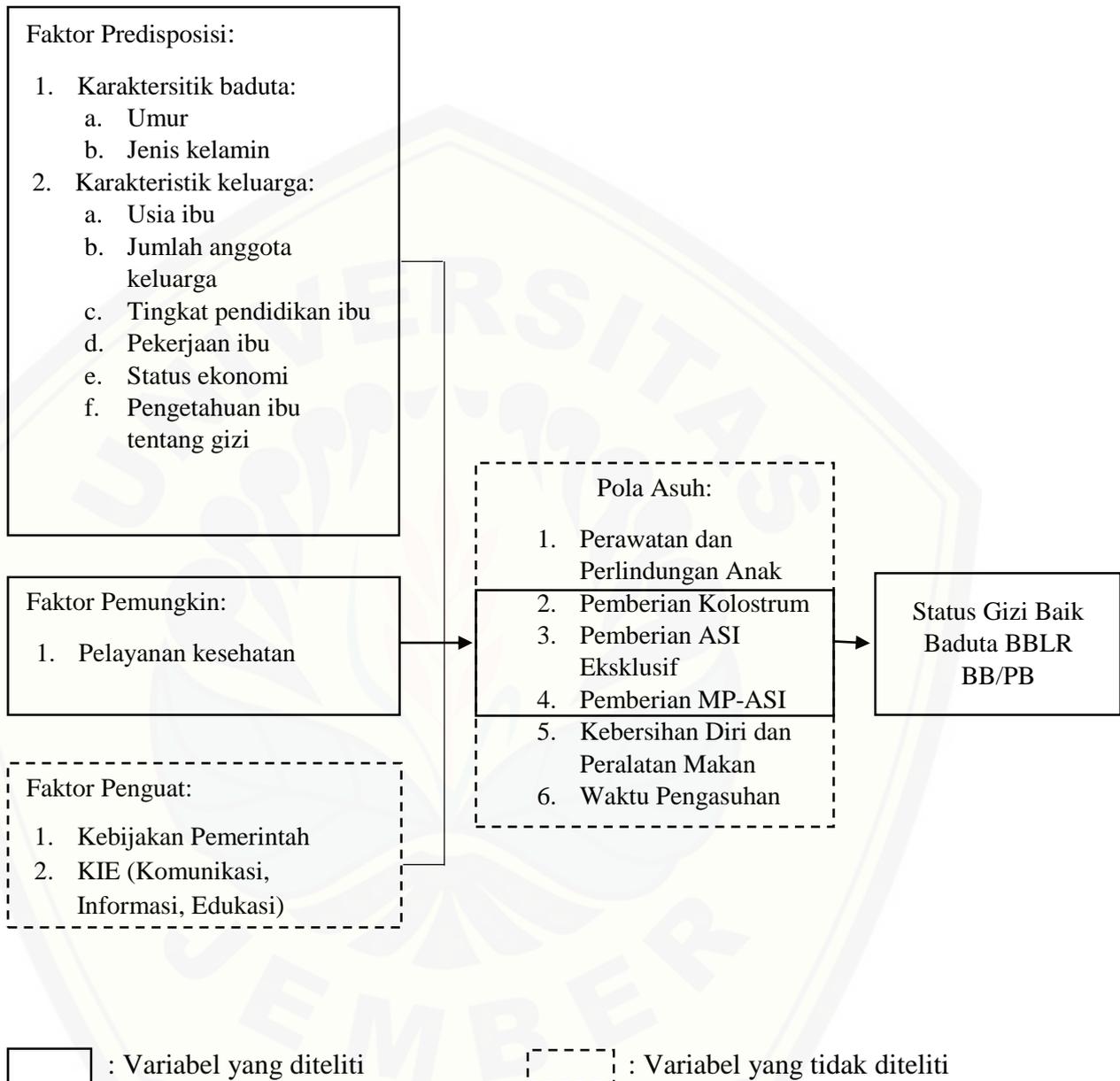
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Dasar Teori dari Teori Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2010b) dan LIPI 2000.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual dalam penelitian bersumber dari modifikasi teori Lawrence green. Teori tersebut menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku tersebut ditentukan 3 faktor yaitu faktor Predisposisi (*Predisposisi Factors*) yang meliputi karakteristik keluarga (usia ibu, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status ekonomi dan pengetahuan ibu tentang gizi), karakteristik baduta (umur dan jenis kelamin). Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*) yang meliputi pelayanan kesehatan. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*) pada penelitian ini adalah kebijakan pemerintah dan KIE (komunikasi, edukasi dan informasi) dari petugas kesehatan, akan tetapi faktor Penguat tidak diteliti karena keterbatasan peneliti. Dari ketiga faktor tersebut akan mempengaruhi perilaku sehingga akan memunculkan status gizi baduta baik.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif yaitu jenis penelitian dengan tujuan membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, serta digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah (Sugiyono, 2011:118). Pada penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran determinan atau faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi baik pada baduta di wilayah Puskesmas Kalisat. Faktor-faktor yang akan diteliti meliputi faktor predisposisi (karakteristik baduta, karakteristik anggota keluarga), faktor pemungkin, dan pola asuhnya.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember. Puskesmas Kalisat merupakan wilayah yang mengalami jumlah BBLR tertinggi dari wilayah Puskesmas lainnya. Jumlah BBLR di wilayah Puskesmas Kalisat setiap tahunnya meningkat yaitu pada tahun 2015 berjumlah 62 bayi (5,2%) dan 88 bayi (7,4%) pada tahun 2016 (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2016). Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan bahwa dari 63 baduta BBLR terdapat 48 anak baduta yang mempunyai status gizi baik.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2017 sampai Maret 2018. Kegiatan dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian sampai penyusunan laporan.

3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010a:115). Dalam penelitian ini populasinya yaitu semua baduta BBLR yang lahir hidup dengan status gizi baik dan tercatat dalam rekam medik di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember pada bulan Januari 2016. Responden pada penelitian ini adalah ibu baduta yang memiliki riwayat BBLR.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek penelitian yang dapat mewakili keseluruhan populasi (Notoadmojo, 2010a:115). Sampel pada penelitian ini adalah total sampling yaitu 48.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

a. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas merupakan variabel yang memberi pengaruh atau penyebab dari variabel dependent (Notoatmodjo, 2012:51). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Faktor Predisposisi: karakteristik baduta dan keluarga, Faktor Pemungkin: pelayanan kesehatan (sarana pelayanan kesehatan dan akses pelayanan kesehatan) dan Pola Asuh (pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI).

b. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang dapat dipengaruhi oleh variabel bebas atau variabel yang menjadi akibat dari variabel bebas (Sugiyono, 2015:39). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi baik.

3.4.2 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

Definisi operasional merupakan rangkaian terkait batasan variabel-variabel yang diteliti, atau tolak ukur variabel penelitian yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010a:85). Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran
Variabel Bebas			
1.	Faktor Predisposisi		
a.	Karakteristik Baduta		
	Umur	Lamanya waktu hidup sejak lahir yang dihitung berdasarkan selisih tanggal, bulan dan tahun dengan tanggal, bulan dan tahun sampai saat dilakukan wawancara	Wawancara dengan kuesioner. Kategori: 1. 12-18 bulan 2. 19-24 bulan (Septaningsih, 2012)
	Jenis Kelamin	Ciri baduta yang dilihat dari segi fisik dan biologis yang digunakan untuk membedakan jenis kelamin	Wawancara dengan kuesioner. Pengelompokan jenis kelamin baduta Kategori: 1. Laki-laki 2. Perempuan
b.	Karakteristik Keluarga		
	Usia Responden	Lama waktu hidup responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir saat dilakukan wawancara.	Wawancara menggunakan kuesioner Kategori: 1. Muda (<35) 2. Tua (≥35) (Khotimah dan Kuswandi, 2014)
	Jumlah Anggota Keluarga	Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah.	Penentuan jumlah anggota keluarga dilakukan dengan bertanya kepada responden, kategori: 1. Besar (>4 orang) 2. Kecil (≤4 orang) (Ni'mah dan Nadhiroh, 2015)
	Tingkat Pendidikan Responden	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh responden	Wawancara menggunakan kuesioner Kategori pendidikan: 1. Tidak/belum pernah sekolah

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran
			2. Tidak tamat SD 3. Tamat SD/ sederajat 4. Tamat SMP/ sederajat 5. Tamat SMA/ sederajat 6. Tamat Perguruan tinggi/ sederajat (Kemenkes RI, 2015a)
	Pekerjaan Responden	Segala aktivitas yang dilakukan oleh responden, baik didalam ataupun diluar rumah untuk mendapatkan penghasilan atau pendapatan keluarga, baik terikat jam kerja ataupun tidak	Wawancara menggunakan kuesioner Kategori: 1. Buruh 2. Guru/Dosen 3. Pengusaha 4. PNS 5. Tidak bekerja 6. Lain-lain..... (Putri <i>et al</i> , 2017)
	Status Ekonomi	Suatu keadaan yang menunjukkan pada kemampuan finansial keluarga yang dibandingkan antara pengeluaran untuk makan dengan pendapatan keluarga dalam satu bulan (rupiah) berdasarkan hukum engel.	Wawancara menggunakan kuesioner. 1. Rendah ($\geq 50 - 60\%$) 2. Tinggi ($< 50\%$) (Andriani dan Wirjatmadi, 2016)
	Pengetahuan responden tentang Gizi	Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami oleh responden tentang gizi	Tes dengan lembaran tes tingkat pengetahuan responden diukur dengan 20 pertanyaan. Soal diberikan dalam bentuk jawaban <i>multiple choice</i> atau 1 jawaban benar. Penilaian dilakukan dengan skor 1 jika jawaban benar dan skor 0 jika salah. Jadi kategori penilaiannya adalah: 1. Kurang, apabila jawaban benar ≤ 10 pertanyaan 2. Baik, apabila jawaban benar > 10 pertanyaan
2.	Faktor Pemungkin		
a.	Pelayanan Kesehatan		
	Sarana Pelayanan Kesehatan	Sarana pelayanan kesehatan yang sering dikunjungi responden untuk memperoleh informasi dan pengobatan baduta	Wawancara dengan menggunakan kuesioner Jenis : 1. Rumah sakit pemerintah 2. Rumah sakit swasta

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran
			3. Puskesmas/puskesmas pembantu 4. Praktek dokter/klinik 5. Praktek bidan/rumah bersalin 6. Poskesdes/poskestren 7. Polindes 8. Ponkesdes
	Akses Pelayanan Kesehatan	Kemudahan responden dalam menjangkau atau mencapai fasilitas kesehatan	Wawancara menggunakan kuesioner Kategori: 1. Sulit menjangkau, jika jaraknya >5 Km dan waktu tempuh >30 menit. 2. Cukup mudah menjangkau, jika jaraknya 1-5 Km dan waktu tempuh 16-30 menit. 3. Mudah menjangkau, jika jaraknya <1 Km dan waktu tempuh ≤ 15 menit. (Depkes RI, 2008)
3.	Perilaku/Pola Asuh		
a.	Pemberian Kolostrum	Bayi diberikan cairan berwarna kekuningan yang pertama kali keluar dari payudara responden.	Wawancara menggunakan kuesioner. a. Ya b. Tidak
b.	Pemberian ASI Eksklusif	Bayi diberikan Air Susu Ibu selama 6 bulan pertama tanpa pemberian makanan dan minuman lainnya.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner dan dikelompokkan berdasarkan: a. ASI eksklusif b. ASI non eksklusif (Fikawati <i>et al</i> , 2015)
	Frekuensi Pemberian ASI	Frekuensi pemberian ASI sesering mungkin minimal 8x sehari yang dilakukan oleh responden pada bayi (0-6 bulan)	Wawancara dengan menggunakan kuesioner: a. ya b. tidak (Kemenkes RI, 2016a)
c.	Pemberian MP-ASI	Bayi diberikan makanan tambahan selain ASI kepada anak usia 6- 24 bulan sebagai pendamping ASI.	Wawancara menggunakan kuesioner: a. Ya b. Tidak

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran
	Usia Pemberian MP-ASI	Usia anak pada saat diberikan makanan atau minuman yang pertama kali selain ASI	Wawancara menggunakan kuesioner: a. < 6 bulan b. \geq 6 bulan (Kemenkes RI, 2016a)
	Frekuensi Pemberian MP-ASI	Frekuensi pemberian MP-ASI (makanan keluarga) pada baduta (12-24 bulan)	Wawancara menggunakan kuesioner: a. 3-4 kali sehari (makanan pokok) b. 1-2 kali sehari (makanan selingan) (Kemenkes RI, 2016a)
	Bentuk MP-ASI	Bentuk makanan yang diberikan kepada anak	Wawancara menggunakan kuesioner: a. Makanan yang dilumatkan (anak usia 9-12 bulan) b. Makanan yang dicincang dan dihaluskan jika perlu (anak usia 12-24 bulan) (Kemenkes RI, 2016a)
Variabel Terikat			
1.	Status Gizi	Dimensi fisik tubuh baduta yang diperoleh dari BB/PB atau BB/TB berdasarkan nilai Z score	Pengukuran berat badan dan tinggi badan secara langsung. Kategori : 1. Sangat kurus: Z score < -3 SD 2. Kurus: Z score -3 SD s/d < -2 SD 3. Normal: Z score -2 SD s/d 2 SD 4. Gemuk: >2 SD (Kemenkes RI, 2011)

3.5 Data dan Sumber Data

Secara umum data terbagi menjadi dua yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah pengumpul data memperoleh data secara langsung dari sumbernya. Sedangkan data sekunder adalah pengumpul data memperoleh data secara tidak langsung dari sumbernya (Sugiyono, 2015:137).

3.5.1 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini yaitu karakteristik baduta yang meliputi umur, jenis kelamin dan karakteristik keluarga yang meliputi umur ibu, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, pengeluaran pangan, pengetahuan ibu tentang gizi. Selain itu juga pelayanan kesehatan dan perilaku/pola asuh yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah baduta BBLR di Kabupaten Jember tahun 2016 yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Jember dan data baduta BBLR dengan status gizi baik tahun 2016 Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Tahapan pengumpulan data merupakan tahapan yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2011:174). Teknik pengumpulan data juga termasuk cara yang paling penting dalam suatu penelitian karena suatu penelitian memiliki tujuan yaitu mendapatkan suatu data. Tahapan pengumpulan data ini bisa dilaksanakan dengan berbagai cara, seperti dari beberapa sumber. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan, antara lain:

a. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar info dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrument penelitian berupa pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan (Sugiyono, 2015:138). Wawancara dilakukan kepada responden yaitu ibu yang memiliki baduta status gizi baik dengan riwayat bayi berat badan lahir rendah. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman kuesioner dalam

bentuk pertanyaan tertutup yang terkait dengan jenis kelamin baduta, usia baduta, umur ibu, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, pengeluaran pangan, pengetahuan ibu tentang gizi. Selain itu juga pelayanan kesehatan dan perilaku/pola asuh yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI. Apabila terdapat responden yang menolak terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian, maka responden tersebut dinyatakan keluar atau dieksklusi dari subjek penelitian.

b. Studi Dokumentasi

Metode dokumentasi memiliki maksud yaitu berusaha mendapatkan data terkait variabel atau hal-hal seperti catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat dan sebagainya (Arikunto, 2011:274). Pada penelitian ini, metode dokumentasinya adalah KMS (Kartu Menuju Sehat) baduta status gizi baik dengan riwayat BBLR di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti dalam kegiatan pengumpulan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Afifudin dan Saebani, 2009:141). Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

a. Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Kuesioner yang digunakan yaitu panduan wawancara yang berupa kuesioner informasi mengenai karakteristik baduta, karakteristik keluarga, pelayanan kesehatan dan pola asuh.

b. Pengukuran antropometri

Pengukuran dalam penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan data terkait status gizi baduta dengan menggunakan alat pengukur tinggi badan dan berat

badan baduta. Pengukuran tersebut dilaksanakan di tempat Posyandu. Alat yang dibutuhkan untuk pengukuran adalah:

1) Pengukuran tinggi badan

Alat yang digunakan adalah “*microtoice*” (mikrotoa) jika anak berusia 0-24 bulan bisa dilakukan pengukuran dengan posisi berdiri, akan tetapi hasilnya ditambah 0,7 cm. Langkah-langkah mengukur tinggi badan dengan *microtoice* sebagai berikut:

- a) Menempelkan alat tersebut dengan menggunakan paku pada dinding seperti tembok, dinding yang ditempelkan harus datar dan lurus setinggi 2 meter. Untuk menentukan ketinggian 2 meter menggunakan alat *microtoice* dan angka 0 terdapat diujung paling bawah pada permukaan yang rata.
- b) Alas kaki seperti sandal, sepatu dapat dilepaskan.
- c) Anak dapat diperintahkan untuk berdiri dengan posisi siap tegap yang baik seperti ketika baris. Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan seperti kaki dalam posisi lurus, tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding dan wajahnya menghadap ke depan.
- d) Setelah itu, menggerakkan kebawah alat *microtoice* hingga pada ujung kepala anak dengan rapat, serta siku-siku dapat merapat pada tembok yang lurus dan rata.
- e) Cara terakhir adalah membaca angka yang muncul dari lubang alat gulungan *microtoice*. Dari angka tersebut dapat diketahui tinggi anak tersebut.

2) Pengukuran berat badan

Langkah-langkah yang harus dilakukan saat menimbang berat badan anak dengan menggunakan dacin adalah sebagai berikut:

- a) Memasang dacin dengan cara menggantungkan pada bagian batang pohon, penyangga rumah.
- b) Setelah menggantungkan, jangan lupa memeriksa atau mengecek dacin agar dacin bisa digunakan dengan aman dan kuat. Cara pemeriksaan dacin apakah itu kuat, dengan cara menarik batang dacin kearah bawah sekuat mungkin.

- c) Meletakkan bandul yang bisa digeser pada ujung batang atau pada angka 0. Kaitkan tali pengaman pada batang dacin yang telah dipasang.
- d) Menaruh celana, sarung atau kotak yang digunakan untuk menimbang anak pada dacin yang telah disediakan. Perhatikan bahwa bandul yg bisa digeser terletak pada angka 0.
- e) Siapkan kantong plastik dan berikan pasir dalam kantong tersebut. Fungsi kantong plastik yang berisi pasir adalah untuk menyeimbangkan dacin.
- f) Dacin siap digunakan sehingga anak dapat ditimbang. Setelah anak diletakkan pada celana, sarung atau kotak timbang, penimbang dapat menyeimbangkan dacin.
- g) Setelah menentukan berat badan anak, penimbang dapat membacakan angka yang terletak diujung bandul geser.
- h) Menulis hasil penimbangannya.
- i) Menggeser bandul sampai ujung atau pada angka 0, selanjutnya batang dacin dapat diletakkan dalam tali pengaman, langkah terakhir yaitu anak dapat diturunkan dari dacin tersebut. (Supariasa *et al*, 2013:40-41).

3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data termasuk metode yang strategis pada sebuah penelitian. Pengolahan data memiliki maksud, yaitu suatu aktivitas yang berkelanjutan setelah kegiatan pengumpulan data. Pengolahan data diperlukan untuk dapat menyajikan suatu data agar dapat menghasilkan kesimpulan data yang bermakna dan baik (Notoatmodjo, 2012:171). Pengolahan data dalam penelitian ini memiliki langkah-langkah berikut ini:

- a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah pemeriksaan dan pembetulan pengisian kuesioner terkait jawaban lengkap (Notoatmodjo, 2012:176). *Editing* dapat dilakukan pada saat pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. Pemberian kode (*Coding*)

Coding merupakan suatu perlakuan klarifikasi terkait data yang telah dilakukan pemeriksaan data atau editing. Maksudnya adalah dari data yang sudah diproses, diberikan identitas sehingga ketika dianalisis mempunyai maksud tertentu.

c. Pemberian skor (*Scoring*)

Pemberian skor dapat dilaksanakan untuk memberikan nilai pada jawaban. Nilai tersebut diberikan dari nilai maksimal sampai nilai minimal dari sebuah kertas kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti untuk responden.

3.7.2 Teknik Penyajian data

Penyajian data memiliki tujuan, yakni membuat laporan terkait hasil penelitian, agar peneliti dengan mudah menganalisis dan menarik gambaran kesimpulan dari hasil laporan. Penyajian data secara umum dibagi menjadi 3 kelompok, yakni penyajian data dalam bentuk teks (*textular*), tabel, dan grafik (Notoatmodjo, 2010a:188). Penelitian ini, teknik penyajian data yang digunakan dalam bentuk teks, tabel, dan deskriptif tertulis dari analisis yang didapatkan dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini hasil penelitian disajikan secara verbal dan matematis. Penyajian variabel merupakan penyajian dengan menggunakan kata-kata dan penyajian matematis dengan menggunakan tabel.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data adalah mengelompokkan, membuat suatu urutan, manipulasi, serta menyingkatkan data sehingga mudah untuk dibaca. Analisis data yang digunakan adalah:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat memiliki tujuan yakni menguraikan atau mendeskripsikan tiap variabel yang diteliti (Notoadmodjo, 2010a:182). Untuk mendeskripsikan variabel, perlu adanya analisis distribusi pada variabel penelitian. Hal tersebut menggunakan statistik deskriptif dan penyajian datanya

dapat berupa tabel ataupun grafik. Penyajian datanya diperlukan untuk mengetahui proporsi setiap variabel yang diteliti.



BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan determinan kejadian status gizi baik pada baduta (12-24 bulan) dengan riwayat BBLR di wilayah kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember) dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Faktor Predisposisi yang meliputi karakteristik baduta bahwa sebagian besar baduta berusia (19-24 bulan) dan mayoritas berjenis kelamin perempuan. Sedangkan karakteristik responden sebagian besar ibu baduta berusia muda (<35 tahun), dan mayoritas jumlah anggota keluarga yang dimiliki responden tergolong kecil (≤ 4 orang), pendidikan terakhir responden mayoritas tamat SD, sebagian besar responden tidak bekerja, keseluruhan responden tergolong status ekonomi rendah dan keseluruhan ibu memiliki tingkat pengetahuan baik tentang gizi.
- b. Faktor pemungkin diperoleh hasil bahwa terdapat sebagian besar responden lebih sering mengunjungi sarana pelayanan kesehatan (puskesmas/puskesmas pembantu) untuk memperoleh informasi dan pengobatan baduta, sedangkan akses yang ditempuh menuju tempat pelayanan kesehatan mayoritas mudah dijangkau oleh responden.
- c. Faktor pola asuh diperoleh hasil bahwa mayoritas responden memberikan kolostrum, memberikan ASI eksklusif, dan memberikan MP-ASI usia ≥ 6 bulan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, dapat diambil beberapa saran antara lain adalah:

- a. Bagi Dinas Kesehatan
 - 1) Dinas Kesehatan dapat bekerja sama dengan Dinas Pemberdayaan Masyarakat khususnya pelatihan dan pembinaan masyarakat untuk

meningkatkan status ekonomi keluarga baduta di wilayah Puskesmas Kalisat.

- 2) Memantau dan mengevaluasi program kesehatan di Puskesmas terkait pola asuh seperti 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) terutama pada usia baduta secara berkala.

b. Bagi Puskesmas

- 1) Puskesmas dapat bekerja sama dengan Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK) desa untuk menciptakan kegiatan yang dapat meningkatkan status ekonomi masyarakat seperti kerajinan tangan.
- 2) Perlu mengaktifkan kelas ibu balita dan revitalisasi Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI).

c. Bagi Masyarakat khususnya ibu yang memiliki anak baduta

- 1) Berpartisipasi dalam kegiatan yang diadakan oleh pihak terkait khususnya dalam meningkatkan status ekonomi masyarakat dan kesehatan baduta.
- 2) Meningkatkan kesadaran ibu akan pentingnya pola asuh yang benar tentang gizi seimbang pada anaknya, dengan harapan anak dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, mental dan sosial dengan sebaik mungkin.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut dengan:

- 1) Menambah faktor pola asuh lainnya seperti perawatan dan perlindungan anak, kebersihan diri dan peralatan makan, serta waktu pengasuhan yang mempengaruhi status gizi baik.
- 2) Meneliti perkembangan baduta BBLR yang gizinya baik dengan uji *Denver Development Screening Test* (DDST).

DAFTAR PUSTAKA

- Afifudin dan Saebani, B. A. 2009. Penelitian Kualitatif. Bandung: CV. Pustaka Setia.
- Agustina, S., dan Listiowati, E. 2012. Hubungan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan Berat Badan Anak Usia di Bawah Dua Tahun. *Jurnal Mutiara Medika*, 12(2): 102-108.
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Amaliyah, H. 2011. Analisis Hubungan Proporsi Pengeluaran dan Konsumsi Pangan dengan Ketahanan Tangga Petani Padi di Kabupaten Klaten. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Pertanian Universitas Sebelas Maret. Pangan Rumah
- Andriani, M., dan Wirjatmadi, B. 2016. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Fajar Interpratama Mandiri
- Arikunto, S. 2011. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Astuti, F., dan Sulistyowati, T. 2011. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Anak Prasekolah dan Sekolah Dasar di Kecamatan Godean. *Jurnal KESMAS*, 7(1): 15-20.
- Berek, T. 2008. Hubungan Pola Asuh Ibu dan Kejadian Diare dengan Pertumbuhan Bayi yang Mengalami Hambatan Pertumbuhan dalam Rahim sampai Umur 4 Bulan. *Tesis*. Semarang: Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
- Devi, M. 2010. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. *Jurnal Teknologi Dan Kejuruan*, 3(2): 183-192.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Lokal*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007a. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007b. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007c. *Riset Kesehatan Dasar tentang Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Dewi, R. A. 2012. Pengaruh Kurang Energi Kronis (KEK) dan Status Anemia Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada Ibu Hamil Usia Dini. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. *Data Kesehatan BBLR Kabupaten Jember tahun 2015-2016*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Febry, F. 2012. Pemantauan Pertumbuhan Balita di Posyandu. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 3(3): 166-171.
- Fikawati, S., Syafiq, A dan Khaula, K. 2015. *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Gilarso, T. 2004. *Pengantar Ilmu Ekonomi Makro*. Yogyakarta: Kanisius
- Giri, M., Muliarta, I., dan Wahyuni. 2013. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan di Kampong Kajanan, Buleleng. *Jurnal Sains dan Teknologi*, 2 (1): 24-37.
- Handini, D. 2013. Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijambe. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hayati, A, W. 2009. *Buku Saku Gizi Bayi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Helmi, R. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Margoroto Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur. *Jurnal Kesehatan*, 4(1): 233-242.
- Istiany, A dan Rusilanti. 2013. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Kardina, N. 2015. Hubungan antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi pada Keluarga Anak Balita. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standart Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013a. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015a. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015b. *Status Gizi Pengaruhi Kualitas Bangsa*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016a. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta. Kementerian Kesehatan dan JICA (Japan Internasional Cooperation Agency) 1997.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016b. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016c. *Data dan Informasi Profil Kesehatan 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016d. *Status Gizi Indonesia Membaik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016e. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan penjelasannya Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khayati, S. 2011. Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita pada Keluarga Buruh Tani di Desa Situwangi Kecamatan Rakit Kabupaten Banjarnegara Tahun 2010. *Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Khomsan, A., Anwar, F. 2008. *Sehat itu Mudah, Wujudkan Hidup Sehat dengan Makanan Tepat*. Jakarta: Penerbit Hikmah.
- Khotimah, H dan Kuswandi, K. 2014. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita di Desa Sumur Bandung Kecamatan Cikukur Kabupaten Lebak Tahun 2013. *Jurnal Obstetika Scientia*, 2(1): 146-162.
- Labada, A., Ismanto, A., Kundre, R. 2016. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita yang Berkunjung di Puskesmas Bahu Manado. *eJurnal Keperawatan (eKp)*, 4(1): 1-8.
- Lestari, M. U., Lubis, G., Pertiwi, D. 2012. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2): 188-190.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). 2000. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*. Jakarta: CV. Golden Huki Dragon.
- Liswati, E. M. 2016. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Anak Balita yang Memiliki Jamkesmas di Desa Tegal Gizi Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Luthviatin, N., Zulkarnain, E., Istiaji, E dan Rokhimah, D. 2012. *Dasar-Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jember: Jember University Press.
- Ma'arif. 2010. Analisis Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Status Gizi Anak Batita. *Tesis*. Bogor: Program Pasca Sarjana Institut Pertanian Bogor
- Merieta, Martianto, dan Sunarti. 2000. Hubungan Kuantitas dan Kualitas Pengasuhan dengan Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun di Desa Rancamaya Kota Bogor. *Jurnal Media Gizi dan Keluarga*, 24(2): 23-27.
- Mufidah, L., Widyaningsih, T., dan Maligan, J. 2015. Prinsip Dasar Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk Bayi 6-24 Bulan: Kajian Pustaka. *Jurnal Pangan dan Agroindustri*, 3(4): 1646-1651.
- Mulyawan, H. 2009. Gambaran Kejadian BBLR, Karakteristik Ibu, dan Karakteristik Bayi pada Bayi dari Ibu Vegetarian di 17 Kota di Indonesia. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia.
- Munthofiah, S. 2008. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu dengan Status Gizi Anak Balita. *Tesis*. Surakarta: Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Muslihatun, W. N. 2010. Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita. Yogyakarta: Fitria Maya.
- Nadimin. 2010. Gambaran Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Status Gizi Anak Balita di Kabupaten Bulukumba: Studi Analisis Data Survey Kadarzi dan PSG Sulsel 2009. *Jurnal Media Gizi Pangan*, 9(1): 69-75.
- Nazir. 2011. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Nilakesuma, A., Dianne, Y., dan Rusidi, S. 2015. Hubungan Status Gizi Bayi dengan Pemberian ASI Eksklusif, Tingkat Pendidikan Ibu dan Status Ekonomi Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Pasir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1): 37-44.
- Ni'mal, K., Nadhiroh, S. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 10(1): 13-19.

- Ningrum, W dan Utami, T. 2017. Perbedaan Status Gizi Stunting dan Perkembangan antara Balita Riwayat BBLR dengan Balita Berat Lahir Normal. *Jurnal Kesehatan Alirsyad*, 10(2): 46-56.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010a. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010b. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Octaviani dan Margawati. 2012. Pengetahuan dan Perilaku Ibu Buruh Pabrik tentang Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Status Gizi Anak Balita. *Journal of Nutrition College*, 1(1): 46-54.
- Oktavianis. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Balita di Puskesmas Lubuk Kilangan. *Jurnal Human Care*, 1(3): 1-12.
- Oktavianti, D. 2012. Hubungan antara Tingkat Konsumsi dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Anak Balita pada Ibu yang Bekerja di PT Perkebunan Nusantara X (PERSERO) Unit Industry Bobbin Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Prasetyo, W, E. 2013. Hubungan antara Tingkat Pendapatan dan Pengeluaran Pangan-Non Pangan Keluarga dengan Status Gizi Anak Prasekolah di Kelurahan Semanggi dan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, Surakarta. *Karya Tulis Ilmiah*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Pratiwi, A. H. 2012. Pengaruh Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan Anemia Saat Kehamilan Terhadap Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Nilai Apgar. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

- Pratiwi, M. 2014. Hubungan Pengetahuan Ibu dan Status Sosial Ekonomi dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun (Batita). *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Purnamasari, U. D., Darjito, E., dan Kusnandar. 2016. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga, Pengetahuan Gizi Ibu dan Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Kesmasindo*, 8(2): 49-56.
- Putri, R. M., Sulastri, D dan Lestari, Y. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1): 254-261.
- Risa, H., Rachmawati, E., dan Mutiara, H. 2017. Hubungan Antara Personal Hygiene dan Status Gizi dengan Infeksi Kecacingan pada Siswa Sekolah Dasar Negeri di Natar. *Jurnal Agromedicin Unila*, 4(2): 326-332.
- Rozali, N. 2016. Peranan Pendidikan, Pekerjaan Ibu dan Pendapatan Keluarga terhadap Status Gizi Balita di Posyandu Rw 24 dan 08 Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan Kota Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Rumiyati, E. 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI Pertama (Kolostrum) di Rumah Bersalin An-Nisaa Surakarta. *Jurnal Kesmadaska*, 2(2): 30-36.
- Sari, E. 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Posyandu Wijaya Kusuma Rt 04 Geblangan Taman Tirto Kasihan Bantul Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Sari, D. N. I. 2014. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 1-2 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir Sleman Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Sartika, R. A, D. 2010. Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita. *Jurnal Kesmas Nasional*, 5(2): 76-83.
- Sebataraja, L., Oenzil, F., dan Asterina. 2014. Hubungan Status Gizi dengan Status Sosial Ekonomi Keluarga Murid Sekolah Dasar di Daerah Pusat dan Pinggiran Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2): 182-187.

- Setyawan, A. 2017. Hubungan Berat Bayi Lahir Rendah dengan Tumbuh Kembang Anak Usia Dini. *Jurnal Pendidikan Anak*, 3(2): 83-91.
- Soetjiningsih. 2009. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih dan Ranuh. 2013. *Tumbuh Kembang Anak (edisi 2)*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Suhendri, U. 2009. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak dibawah Lima Tahun (Balita) di Puskesmas Sepatan Kecamatan Sepatan Kabupaten Tangerang Tahun 2009. *Skripsi*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
- Sulistiyani. 2011. *Gizi Masyarakat 1 Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember: Jember University Press.
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2013. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Susanti, R., Indriati, G., dan Utomo, W. 2014. Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun. *Jurnal JOM PSIK*, 1(2): 1-7.
- Sutomo, B., dan Anggraini, D. P. 2010. *Menu Sehat Alami Untuk Batita dan Balita*. Jakarta: Demedia.
- Waani, D., dan Pusmaika, R. 2015. Pengetahuan Ibu tentang Tumbuh Kembang Bayi Usia 0-1 Tahun di Kampung Sabi Kabupaten Tangerang. *Jurnal Bina Cendekia Kebidanan*, 1(1): 39-46.

Wardani, S, M. 2012. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di RW 06 Kelurahan Pancoran Mas Kecamatan Pancoran Mas-Depok. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Waryana. 2010. *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Wawan dan Dewi. 2010 *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Widjaja, M. C. 2008. *Gizi tepat untuk perkembangan otak & kesehatan balita*. Jakarta: Kawan Pustaka.

Yafelli, D., dan Muqsith, A. 2015. Hubungan Riwayat Pemberian Kolostrum dengan Perkembangan Bayi di Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe. *Jurnal Lentera*, 15(13): 12-15.

LAMPIRAN**Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)****LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Usia :

No. Telepon:

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

Nama : Nurul Oktafiya Indahwati

Judul : Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

prosedur ini tidak memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan tarkait hal-hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan tentang hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut serta sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....2018
Responden

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian**KUESIONER PENELITIAN**

Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember

KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
Nama :		Tanda Tangan Pengumpul Data	
NIM :			
KARAKTERISTIK BALITA			
Nama Balita :			
Jenis Kelamin :			
Usia :			
Berat Badan :		kg	
Tinggi Badan :		cm	
Status Gizi :			
KARAKTEISTIK KELUARGA			
No. Responden :			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
Umur :			
No	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Tingkat Pendidikan	1. Tidak pernah sekolah/tidak tamat SD/ sederajat 2. Tamat SD/ sederajat 3. Tamat SMP/ sederajat 4. Tamat SMA/ sederajat 5. Tamat Perguruan tinggi/ sederajat	
2.	Pekerjaan	1. Buruh 2. Guru/Dosen 3. Pengusaha 4. PNS 5. Tidak bekerja	
3.	Besar keluarga	1. Besar (>4 orang) 2. Kecil (\leq 4 orang)	
4.	Pendapatan keluarga perbulan	
5.	Pengeluaran pangan perbulan	

6.	Pengetahuan ibu tentang gizi (dinilai berdasarkan hasil tes pengetahuan pada lampiran C)	<ol style="list-style-type: none">1. Kurang, apabila jawaban benar ≤ 10 pertanyaan2. Baik, apabila jawaban benar > 10 pertanyaan	
----	--	---	--



Lampiran C. Kuesioner Pengetahuan**LEMBAR TES TINGKAT PENGETAHUAN**

Judul : Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 bulan) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember.

PETUNJUK PENGISIAN:

- a. Membacakan pertanyaan kepada responden dengan baik, benar dan sesuai dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh responden;
 - b. Memberi tanda (X) pada opsi jawaban yang diberikan oleh responden;
1. Apa yang dimaksud dengan kolostrum?
 - a. Air susu yang pertama kali keluar dari payudara ibu dan berwarna putih
 - b. Air susu yang pertama kali keluar dari payudara ibu dan berwarna kekuningan
 - c. Air susu ibu yang pertama kali keluar dari payudara ibu dan tidak berwarna
 2. Apa manfaat kolostrum untuk bayi yang baru lahir?
 - a. Memberikan kekebalan pada tubuh bayi
 - b. Membuat tubuh bayi menjadi kurus
 - c. Membahayakan kesehatan pada bayi
 3. Apa yang dimaksud dengan ASI eksklusif?
 - a. Pemberian ASI dengan selingan susu formula
 - b. Pemberian ASI tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya selama 6 bulan
 - c. Pemberian ASI dengan tambahan makanan dan minuman lainnya selama 6 bulan

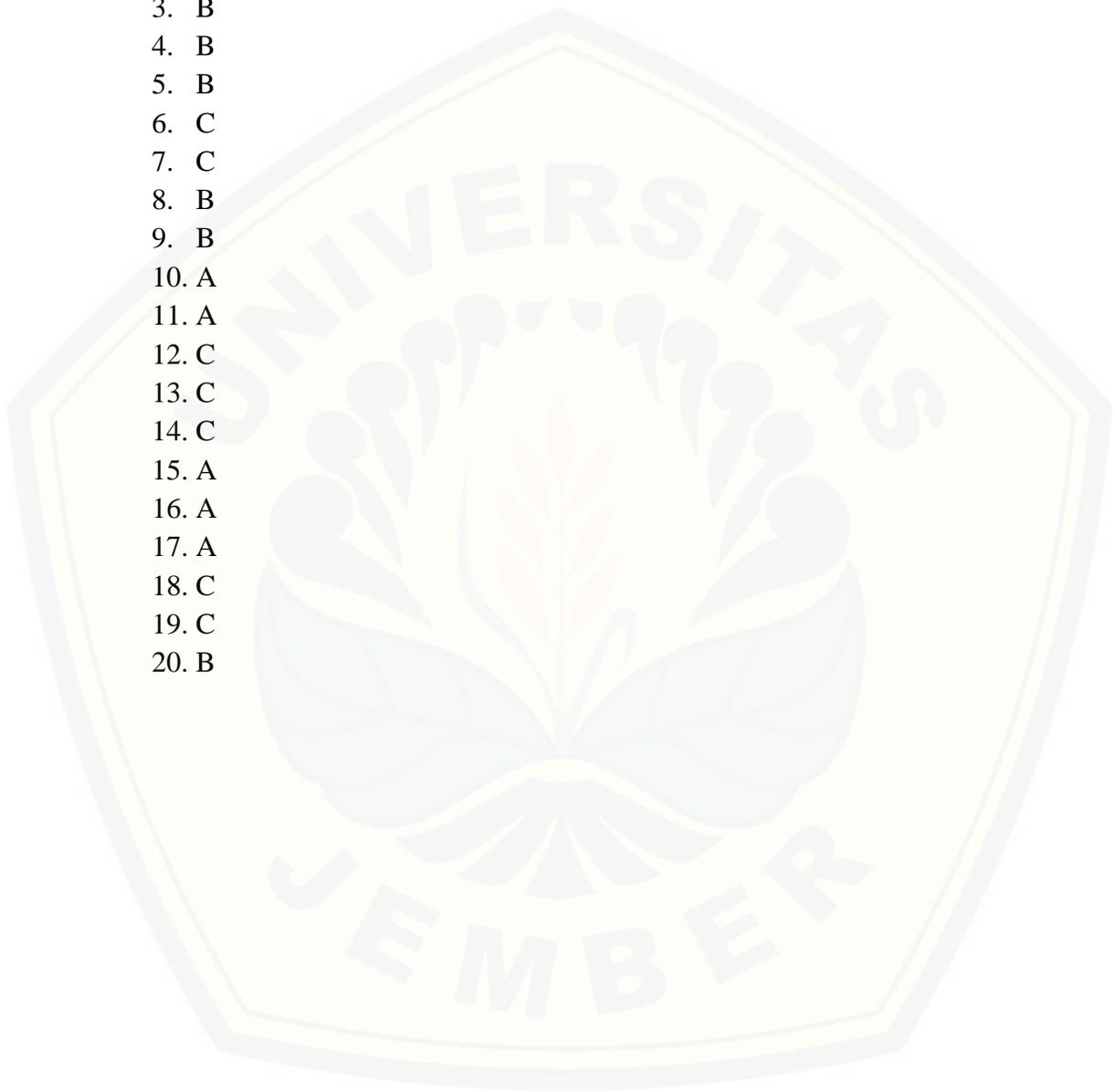
4. Sampai umur berapakah sebaiknya anak mendapat ASI eksklusif saja tanpa makanan atau minuman lain?
 - a. 2 bulan
 - b. 6 bulan
 - c. 4 bulan
5. Berapa kali ibu memberikan ASI pada anak usia 0-6 bulan?
 - a. Sesering mungkin, minimal 3x sehari
 - b. Sesering mungkin, minimal 8x sehari
 - c. Sesering mungkin, minimal 2x sehari
6. Jenis makanan yang ideal (makanan yang baik) bagi anak pada enam bulan pertama adalah...
 - a. Air Susu Ibu (ASI)
 - b. Susu formula
 - c. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)
7. Apa yang dimaksud dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI)?
 - a. Makanan atau minuman pendamping ASI yang diberikan pada bayi atau anak pada usia kurang 6 – 24 bulan
 - b. Makanan atau minuman pendamping ASI yang diberikan pada bayi atau anak pada usia 0 – 6 bulan.
 - c. Makanan atau minuman pendamping ASI yang diberikan pada bayi atau anak pada usia 6 – 24 bulan.
8. Umur berapakah anak harus mulai dikenalkan dan diberi MP-ASI (Makanan Pendamping ASI)?
 - a. < 6 bulan
 - b. \geq 6 bulan
 - c. 4 bulan

9. MP-ASI (makanan pendamping ASI) yang baik untuk anak adalah...
 - a. Tidak berbumbu tajam, menggunakan gula, garam, penyedap rasa, pewarna dan pengawet.
 - b. Tidak berbumbu tajam, tidak menggunakan gula, garam, penyedap rasa, pewarna dan pengawet.
 - c. Berbumbu tajam, menggunakan gula, garam, penyedap rasa, pewarna dan pengawet
10. Bentuk MP-ASI (makanan keluarga) yang tepat diberikan pada baduta (12-24 bulan)?
 - a. Makanan yang dicincang dan dihaluskan jika perlu
 - b. Makanan yang dilumatkan dan disaring jika perlu
 - c. Makanan yang tanpa dilumatkan dan dicincang
11. Apakah manfaat MP-ASI?
 - a. Memenuhi kebutuhan gizi anak selain dari ASI
 - b. Membahayakan kesehatan anak
 - c. Agar anak tidak rewel
12. Sampai umur berapa ASI diberikan pada bayi?
 - a. 1 tahun
 - b. 6 bulan
 - c. 2 tahun
13. Status gizi anak akan berpengaruh terhadap?
 - a. Kulit
 - b. Rambut
 - c. Tumbuh kembang anak
14. Pangan yang termasuk sumber tenaga adalah...
 - a. Sayuran
 - b. Ikan
 - c. Nasi

15. Pangan dibawah ini yang mengandung protein adalah...
 - a. Tahu, tempe, ikan, daging
 - b. Mangga, jeruk, apel, manggis
 - c. Sawi, bayam, wortel, kacang
16. Zat gizi energi dan protein sangat dibutuhkan oleh anak agar anak tidak mengalami...
 - a. Gizi buruk
 - b. Kegemukan
 - c. Penyakit kurang darah
17. Frekuensi pemberian MP-ASI yang tepat untuk baduta (12-24 bulan) adalah...
 - a. 3-4 kali sehari
 - b. 2-3 kali sehari
 - c. 1-2 kali sehari
18. Contoh makanan selingan pisang yang baik untuk anak usia 6-9 bulan adalah...
 - a. Tanpa dilumatkan/ langsung makan
 - b. Dipotong dadu
 - c. Dilumatkan terlebih dahulu
19. Kenapa balita tidak boleh diberikan makanan manis 1 jam sebelum waktu makan?
 - a. Menambah berat badan
 - b. Menambah nafsu makan
 - c. Mengurangi nafsu makan
20. Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh terdiri dari...
 - a. Karbohidrat dan protein
 - b. Karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral
 - c. Protein dan vitamin

LEMBAR JAWABAN TES PENGETAHUAN

1. B
2. A
3. B
4. B
5. B
6. C
7. C
8. B
9. B
10. A
11. A
12. C
13. C
14. C
15. A
16. A
17. A
18. C
19. C
20. B



Lampiran D. Kuesioner Pelayanan Kesehatan

PELAYANAN KESEHATAN			
A. Sarana Pelayanan Kesehatan			
No	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Sarana kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh ibu dan balita	1. Rumah sakit pemerintah 2. Rumah sakit swasta 3. Puskesmas/puskesmas pembantu 4. Praktek dokter/klinik 5. Praktek bidan/rumah bersalin 6. Poskesdes/poskestren 7. Polindes 8. Ponkesdes	
B. Akses Pelayanan Kesehatan			
1.	Kemudahan responden dalam menjangkau atau mencapai fasilitas kesehatan	1. Sulit menjangkau, jika jaraknya >5 Km dan waktu tempuh >30 menit. 2. Cukup mudah menjangkau, jika jaraknya 1-5 Km dan waktu tempuh 16-30 menit. 3. Mudah menjangkau, jika jaraknya <1 Km dan waktu tempuh ≤ 15 menit. (Depkes RI, 2008)	

Lampiran E. Kuesioner Pola Asuh

POLA ASUH GIZI

No	Pertanyaan Pola Asuh Gizi	Kode
1	Kolostrum	
	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian kolostrum (air susu ibu pertama kali keluar, kental dan berwarna kekuningan) pada balita? <ul style="list-style-type: none"> a. Ya b. Tidak - Jika tidak, kenapa? 	
2	ASI Eksklusif	
	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan ASI Eksklusif pada anak? <ul style="list-style-type: none"> a. Ya b. Tidak - Jika tidak, apakah ibu memberikan minuman dan makanan lain selain ASI yang diberikan pada anak usia kurang dari 6 bulan? Sebutkan 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Berapa kali ibu memberikan ASI pada anak usia (0-6 bulan)? <ul style="list-style-type: none"> a. Sesering mungkin, minimal 3x sehari b. Sesering mungkin, minimal 8x sehari 	
3	Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada anak? <ul style="list-style-type: none"> a. Ya b. Tidak 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Umur berapakah anak anda mulai dikenalkan dan diberi MP-ASI (Makanan Pendamping ASI)? <ul style="list-style-type: none"> a. < 6 bulan 	

No	Pertanyaan Pola Asuh Gizi	Kode
	b. ≥ 6 bulan	
	- Berapa kali ibu memberikan MP-ASI (makanan keluarga) pada anak usia 12-24 bulan? a. 3-4 kali dalam sehari b. 1-2 kali dalam sehari	
	- Bentuk makanan seperti apa yang tepat untuk anak (12-24 bulan) anda? a. Makanan yang dicincang dan dihaluskan jika perlu b. Makanan yang dilumatkan dan disaring.	

Lampiran F. Uji Statistik

Frequency Table

Usia Anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 12-18	23	47,9	47,9	47,9
19-24	25	52,1	52,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Jenis Kelamin Anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki – Laki	20	41,7	41,7	41,7
Perempuan	28	58,3	58,3	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Usia Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muda	39	81,3	81,3	81,3
Tua	9	18,8	18,8	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Jumlah Anggota Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Besar	18	37,5	37,5	37,5
Kecil	30	62,5	62,5	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tamat SD/ sederajat	17	35,4	35,4	35,4
Tamat SMP/ sederajat	7	14,6	14,6	50,0

Tamat SMA/ sederajat	12	25,0	25,0	75,0
Tamat Perguruan tinggi/ sederajat	12	25,0	25,0	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Pekerjaan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh	2	4,2	4,2	4,2
Guru/Dosen	5	10,4	10,4	14,6
Pengusaha	3	6,3	6,3	20,8
PNS	2	4,2	4,2	25,0
Tidak Bekerja	30	62,5	62,5	87,5
lain-lain	6	12,5	12,5	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Status Ekonomi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	48	100,0	100,0	100,0

Pengetahuan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	48	100,0	100,0	100,0

Sarana Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rumah Sakit Swasta	5	10,4	10,4	10,4
Puskesmas/Puskesmas Pembantu	19	39,6	39,6	50,0
Praktek dokter/klinik	8	16,7	16,7	66,7
Praktek bidan	7	14,6	14,6	81,3
Poskesdes	1	2,1	2,1	83,3
Polindes	2	4,2	4,2	87,5

Ponkesdes	6	12,5	12,5	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Akses Pelayanan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sulit Menjangkau	9	18,8	18,8	18,8
Cukup Mudah	2	4,2	4,2	22,9
Mudah Menjangkau	37	77,1	77,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Pemberian Kolostrum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	44	91,7	91,7	91,7
Tidak	4	8,3	8,3	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Pemberian ASI Eksklusif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asi Eksklusif	35	72,9	72,9	72,9
Asi Non Eksklusif	13	27,1	27,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Frekuensi Pemberian ASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Minimal 8x Sehari	48	100,0	100,0	100,0

Pemberian MP-ASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	48	100,0	100,0	100,0

Usia Pemberian MP-ASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang dari 6 bulan	13	27,1	27,1	27,1
lebih/sama dengan 6 bulan	35	72,9	72,9	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Frekuensi Pemberian MP-ASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-4 kali sehari	48	100,0	100,0	100,0

Bentuk MP-ASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dicincang dan dihaluskan jika perlu	48	100,0	100,0	100,0

Lampiran G. Dokumentasi



Pengambilan Data



Pengambilan Data



Wawancara dengan Responden



Wawancara dengan Responden



Pengukuran Tinggi Badan dengan Pengukur Tinggi Badan



Penimbangan Berat Badan dengan Dacin



Foto bersama Responden



Wawancara dengan Responden

Lampiran H. Surat Rekomendasi Penelitian



**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, 20 Desember 2017

Nomor : 440 / 56128 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Kesmas Dinas
Kesehatan Kab. Jember
2. Pht. Puskesmas Kalisat

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4616/314/2016, Tanggal 18 Desember 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Nurul Oktaviya Indahwati
NIM : 132110101187
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
➢ Determinan Kejadian Status Gizi Baik pada Baduta (12-24 Bulan) Dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 20 Desember 2017 s/d 31 Januari 2018

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.



dr. SIFENURU OMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat