



**PERBEDAAN STATUS GIZI ANAK USIA BALITA YANG DIASUH  
ORANG TUA DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI  
KELURAHAN KEPATIHAN KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Reny Dwi Nurmasari**  
**NIM 122310101032**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**PERBEDAAN STATUS GIZI ANAK USIA BALITA YANG DIASUH  
ORANG TUA DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI  
KELURAHAN KEPATIHAN KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

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

Oleh  
**Reny Dwi Nurmasari**  
**NIM 122310101032**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

**SKRIPSI**

**PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA YANG DIASUH ORANG TUA DAN  
PEMBANTU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN KEPATIHAN  
KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Reny Dwi Nurmasari**  
**NIM 122310101032**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep.

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda (Alm.) Jhoeny Heri Suryono dan bunda Nursiyah tercinta yang selalu memberi dukungan dan semangat tiada henti disetiap jalan yang saya lalui dan menjadi alasan saya untuk terus berjuang demi menjadi putri yang mampu membanggakan beliau;
2. Dosen pembimbing skripsi saya Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes dan Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep yang senantiasa memberikan bimbingan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini;
3. Dosen wali saya Ns. Wantiyah, M. Kep yang selalu memberi dukungan tiada henti untuk saya agar terus semangat dalam mengerjakan skripsi;
4. Dosen penguji skripsi saya Ns. Dini Kurniawati, M. Psi., M. Kep., Sp. Kep. Mat dan Ns. Kholid Rosyidi M. N., MNS yang senantiasa memberikan saran dan solusi demi perbaikan skripsi ini;
5. Sahabat-sahabat saya dari *Little Family* Retno Puji Astuti, Lina Nur Khumairoh, Ria Novitasari, Sofiatul Ma'fiah, Fakhrun Nisa' Fiddaroini serta sahabat saya sejak SMP dan SMA Shinta Wedari dan Andik Sukadharma yang selalu setia menemani dan menjadi pengingat ketika saya mulai lelah;
6. Keluarga besar angkatan 2012 "Florence Nightingale" Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang selalu fenomenal;

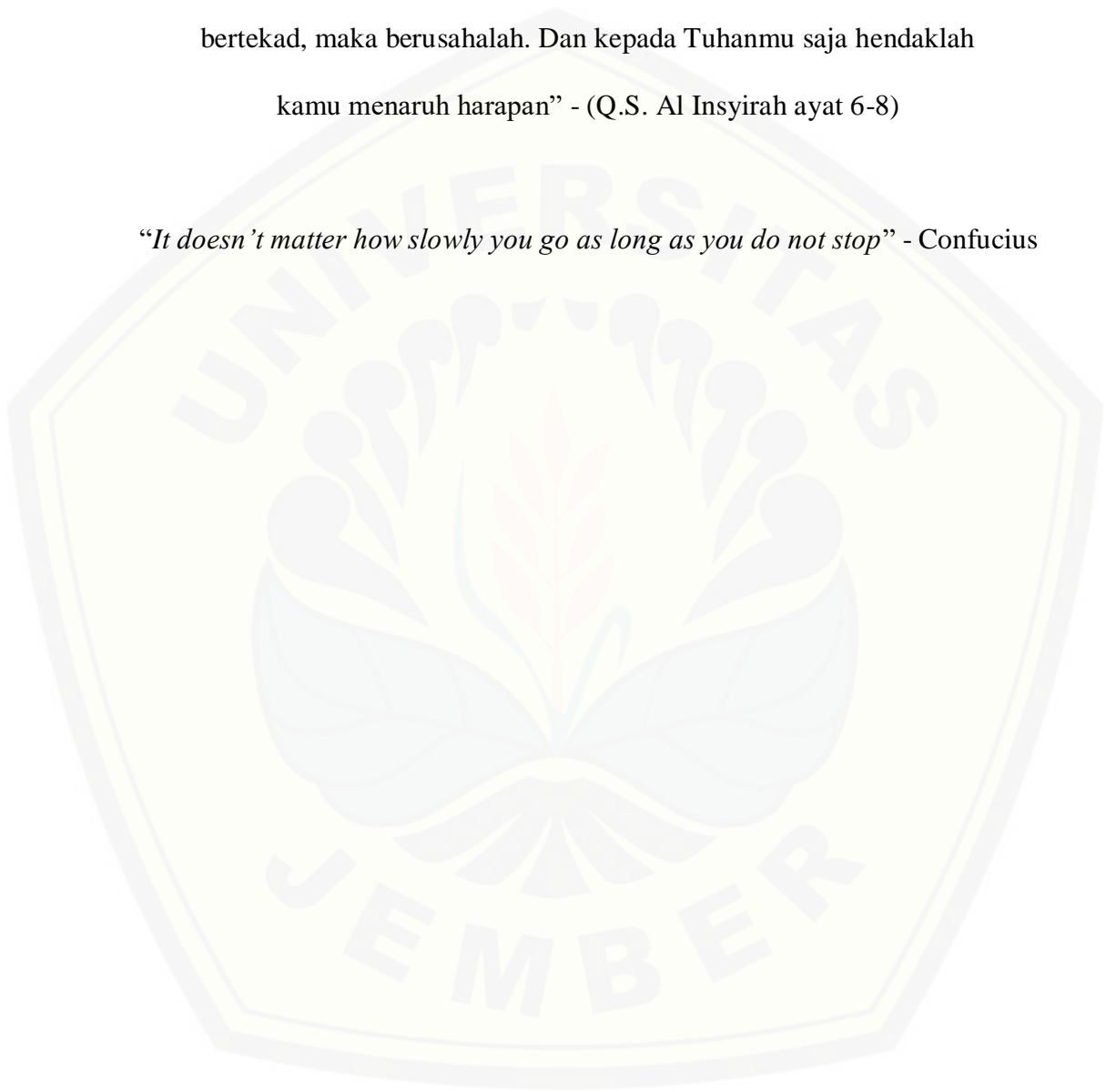
7. Almamater serta bapak ibu guru tercinta di TK Pertiwi IV Sarongan, SDN 1 Sarongan, SMPN 1 Siliragung, SMAN 1 Pesanggaran, Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan banyak ilmu dan pelajaran dalam mencapai kesuksesan dan masa depan yang cemerlang.



**MOTTO**

“Sesungguhnya di setiap masalah disertai jalan keluar. Kemudian apabila engkau bertekad, maka berusahalah. Dan kepada Tuhanmu saja hendaklah kamu menaruh harapan” - (Q.S. Al Insyirah ayat 6-8)

*“It doesn't matter how slowly you go as long as you do not stop” - Confucius*



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Reny Dwi Nurmasari

TTL : Banyuwangi, 17 April 1994

NIM : 122310101032

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan, saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika di kemudian hari tidak benar.

Jember, Juli 2019

Yang menyatakan,

Reny Dwi Nurmasari

NIM 122310101032



**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Perbedaan Status Gizi Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember” karya Reny Dwi Nurmasari telah diuji dan disahkan pada:

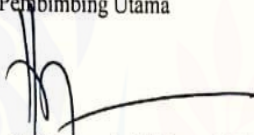
hari, tanggal : Selasa, 16 April 2019


tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama


Dosen Pembimbing Anggota

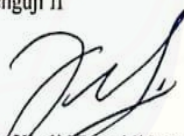
  
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP 19780323 200501 2 002

  
Ns. Peni Perdani Juniningrum, M.Kep.  
NIP 19870719 201504 2 002


Penguji I

Penguji II

  
Ns. Dini Kurniawati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.  
NIP 19820128 200801 2 012

  
Ns. Kholid Rosyidi M N, S.Kep., MNS  
NRP 760016843

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Keperawatan,

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



**Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember** (*Differences in Nutritional Status of Toddlers Who are Mothered by Parents and Housemaids in Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember*)

**Reny Dwi Nurmasari**

*Faculty of Nursing University of Jember*

**ABSTRACT**

*Toddlers are children who are in the age range of 1-5 years and are in a unique growth and development process. Toddlers are one of the vulnerable groups of nutrition. Nutritionally vulnerable groups are defined as a group in the community that is most easily suffering from health problems or vulnerable due to malnutrition. Nutritional intake obtained by toddlers is one of the important factors that can affect the development of them. To support normal physical growth and development, optimal nutritional intake is also needed, because individual health can be determined from its nutritional status. This research was analytic survey with cross sectional method. The sampel for this research was 94 child elderly collected by quota sampling technique. This research used chi square test which obtain p value = 0,276 ( $\alpha = 0,05$ ). The results of the data analysis showed that the nutritional status of children who mothered by parents was 59.6% (28 toddlers) with good nutritional status and the remaining 40.4% (19 toddlers) had problems with malnutrition, less and more. While the nutritional status of children who mothered by the housemaid was 42.6% (20 toddlers) with good nutritional status and the remaining 57.4% (27 toddlers) had problems with malnutrition, less and more ( $p$  value =  $0.276 > \alpha = 0,05$ ).*

*Keywords: nutritional status, mothered*

## RINGKASAN

**Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember;**  
Reny Dwi Nurmasari, 122310101032; 139 halaman; Fakultas Keperawatan Jember.

Balita merupakan anak yang berada pada rentang usia 1-5 tahun dan sedang berada pada proses tumbuh kembang yang bersifat unik. Balita merupakan salah satu kelompok rentan gizi. Kelompok rentan gizi didefinisikan sebagai suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatan atau rentan karena kekurangan gizi. Kelompok umur tersebut berada pada suatu siklus pertumbuhan atau perkembangan yang memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Anak pada usia ini memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya dimana terjadi koordinasi yang baik antara motorik kasar, motorik halus, dan kecerdasannya, sehingga pada usia ini anak cenderung sangat peka terhadap lingkungannya. Asupan gizi yang diperoleh balita merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang balita. Untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik yang normal, diperlukan pula asupan gizi yang optimal, karena kesehatan individu dapat ditentukan dari status gizinya.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan status gizi balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember. Penelitian ini merupakan jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional* serta menggunakan teknik *quota sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 94 balita. Pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan lembar karakteristik responden dan tabel *Z Score*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square*.

Hasil analisis data yang didapatkan menunjukkan status gizi balita yang diasuh orang tua 59,6% (28 balita) berstatus gizi baik dan sisanya sebanyak 40,4% (19 balita) mengalami masalah gizi buruk, kurang dan lebih. Sedangkan status

gizi balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga 42,6% (20 balita) berstatus gizi baik dan sisanya sebanyak 57,4% (27 balita) mengalami masalah gizi buruk, kurang dan lebih ( $p \text{ value} = 0,276 > \alpha = 0,05$ ).

Tidak adanya perbedaan yang signifikan dari hasil penelitian bukan berarti perkembangan balita dapat dikatakan baik-baik saja, akan tetapi perlu adanya pengkajian dan penelitian ulang mengenai faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Selain itu, indikator status gizi bukan merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita, seperti aspek bahasa, sosial dan lain sebagainya yang juga memerlukan peran orang tua dalam pengembangannya.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi berjudul berjudul “Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

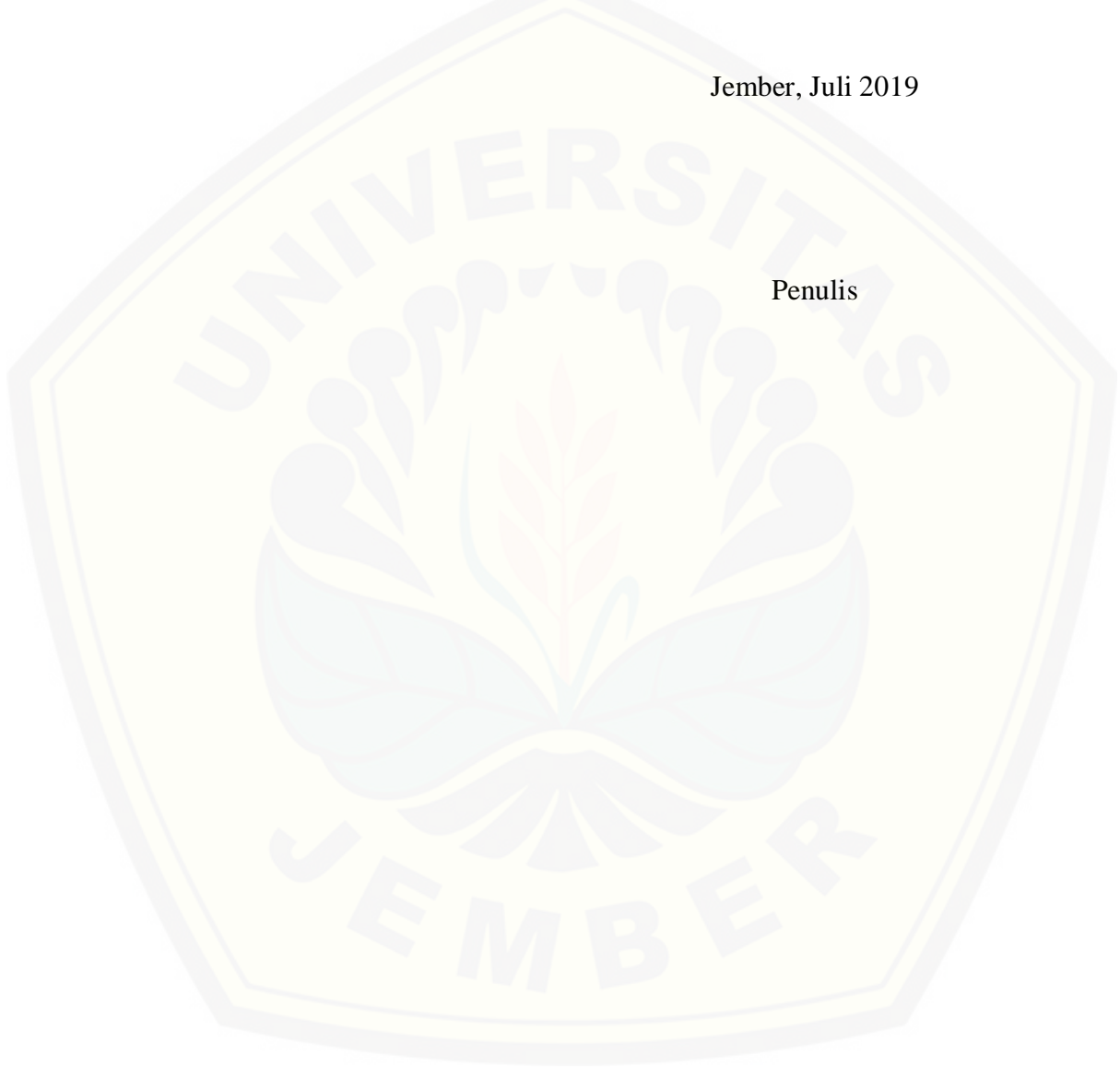
Penulis menyadari penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan proposal skripsi ini;
3. Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberi bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan proposal skripsi ini;
4. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Jember yang telah memberi dukungan;
5. Ibu dan keluarga besar saya yang telah turut memberikan do’a dan semangat dalam penyusunan proposal skripsi ini;
6. Teman-teman PSIK, teman-teman Banyuwangi yang ada di Jember, dan teman-teman kos saya yang telah memberikan motivasi dan dukungan dalam penyusunan proposal skripsi ini;
7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih belum sempurna dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan proposal skripsi ini. Akhir kata, besar harapan penulis semoga proposal skripsi ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juli 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PEMBIMBING .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
HALAMAN MOTTO .....	vi
HALAMAN PERNYATAAN .....	vii
HALAMAN PENGESAHAN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
RINGKASAN .....	x
PRAKATA .....	xii
DAFTAR ISI .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xix
DAFTAR GAMBAR .....	xxi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	9
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.3.1 Tujuan Umum .....	9
1.3.2 Tujuan Khusus .....	9
1.4 Manfaat Penelitian .....	10



1.4.1 BagiPeneliti .....	10
1.4.2BagiMasyarakat .....	10
1.4.4 BagiInstitusi Pendidikan .....	10
1.4.4 BagiKeperawatan.....	11
1.5 KeaslianPenelitian .....	12
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Konsep Tumbuh Kembang Anak .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Definisi Anak .....	13
2.1.2 Definisi Tumbuh Kembang.....	15
2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak.....	16
<b>2.2 Konsep Status Gizi .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Pengertian Status Gizi .....	21
2.2.2 Klasifikasi Status Gizi .....	22
2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi .....	29
2.2.4 Penilaian Status Gizi .....	40
2.2.5 Indeks Antropometri .....	43
<b>2.3 Konsep Pengasuhan Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga</b>	<b>48</b>
2.3.1 Definisi Orang Tua .....	48
2.3.2 Definisi Pembantu Rumah Tangga.....	49
2.3.3 Definisi Pengasuhan .....	50
<b>2.4 Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga .....</b>	<b>52</b>
<b>2.5 Kerangka Teori .....</b>	<b>55</b>



<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP</b> .....	56
<b>3.1 Kerangka Konsep</b> .....	56
<b>3.2 Hipotesis Penelitian</b> .....	57
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b> .....	58
<b>4.1 Desain Penelitian</b> .....	58
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian</b> .....	58
4.2.1 Populasi Penelitian .....	58
4.2.2 Sampel Penelitian .....	59
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	60
4.2.4 Kriteria Sampel .....	60
<b>4.3 Lokasi Penelitian</b> .....	61
<b>4.4 Waktu Penelitian</b> .....	61
<b>4.5 Definisi Operasional</b> .....	62
<b>4.6 Pengumpulan Data</b> .....	64
4.6.1 Sumber Data.....	64
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	64
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	66
<b>4.7 Rencana Pengolahan Data</b> .....	66
4.7.1 <i>Editing</i> .....	66
4.7.2 <i>Coding</i> .....	67
4.7.3 <i>Entry</i> .....	67
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	68

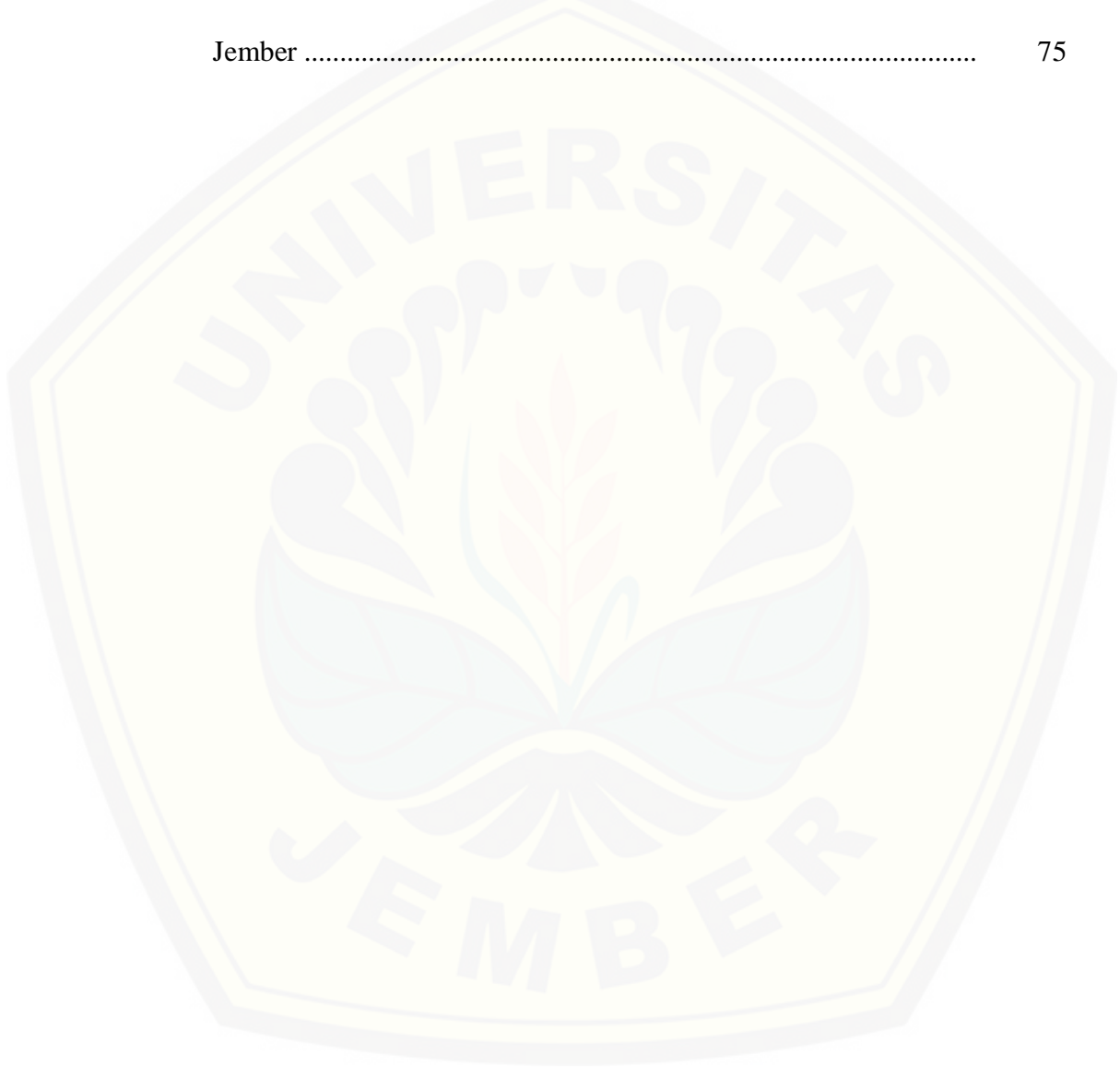
<b>4.8 Analisis Data</b> .....	68
4.8.1 Analisis Univariat.....	68
4.8.2 Analisis Bivariat.....	68
<b>4.9 Etika Penelitian</b> .....	69
4.9.1 Lembar Persetujuan.....	69
4.9.2 Tanpa Nama.....	69
4.9.3 Kerahasiaan.....	70
4.9.4 Asas Kemanfaatan.....	70
4.9.5 Keadilan.....	70
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	71
<b>5.1 Hasil Penelitian</b> .....	71
5.1.1 Analisis Deskriptif.....	71
5.1.2 Analisis Statistik.....	76
<b>5.2 Pembahasan</b> .....	77
5.2.1 Karakteristik Responden.....	77
5.2.1.1 Usia Balita.....	77
5.2.1.2 Jenis Kelamin Balita.....	78
5.2.1.3 Tingkat Pendidikan Pengasuh.....	80
5.2.2 Status Gizi Balita yang Diasuh Orang Tua.....	81
5.2.3 Status Gizi Balita yang Diasuh Pembantu Rumah Tangga.....	82
5.2.4 Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga.....	83

<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	85
<b>5.4 Implikasi Keperawatan</b> .....	86
<b>BAB 6. PENUTUP</b> .....	87
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	87
<b>6.2 Saran</b> .....	88
6.2.1 Bagi Peneliti .....	88
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	89
6.2.3 Bagi Masyarakat .....	89
6.2.4 Bagi Institusi Keperawatan .....	90
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	91
<b>LAMPIRAN</b> .....	97

DAFTAR TABEL

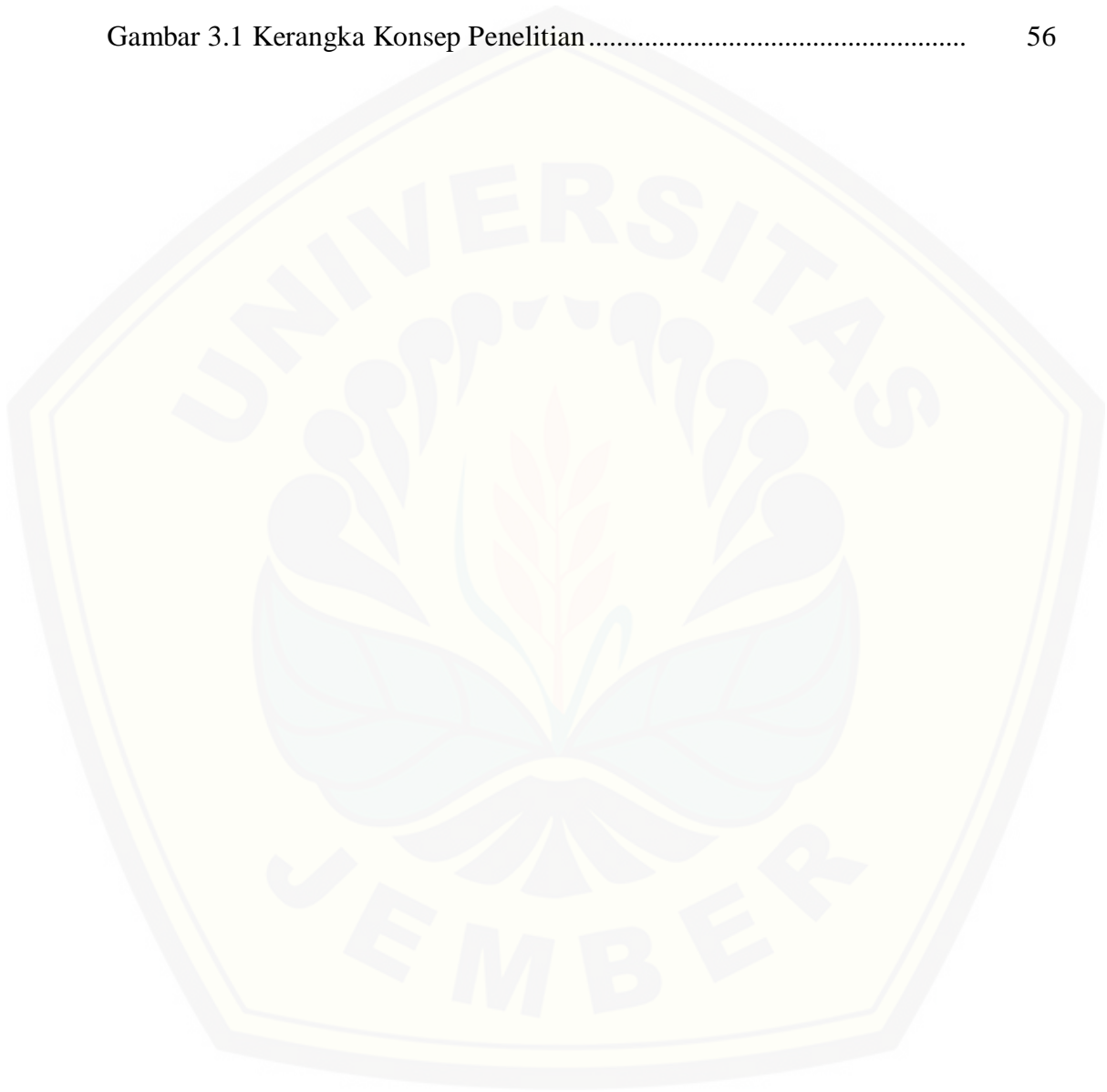
	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi menurut Gomez (1956).....	22
Tabel 2.2 Klasifikasi Kualitatif menurut <i>Welcome Trust</i> .....	22
Tabel 2.3 Klasifikasi Status Gizi menurut <i>Waterlow</i> .....	23
Tabel 2.4 Klasifikasi Status Gizi menurut <i>Jelliffe</i> .....	23
Tabel 2.5 Klasifikasi Status Gizi menurut Bengoa .....	24
Tabel 2.6 Klasifikasi Status Gizi menurut Rekomendasi Antropometri (1975) dan Puslitbang Gizi (1978) .....	24
Tabel 2.7 Klasifikasi Status Gizi menurut WHO .....	24
Tabel 2.8 Ambang Batas IMT untuk Indonesia .....	48
Tabel 2.9 Kategori IMT dari WHO .....	48
Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Desain Operasional.....	63
Tabel 5.1 Karakteristik Balita Berdasarkan Usia Balita di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember (n=94 balita).....	71
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin Balita di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember .....	72
Tabel 5.3 Distribusi Pengasuh Balita dan Tingkat Pendidikan Pengasuh Balita di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember .....	72
Tabel 5.4 Distribusi Balita menurut Frekuensi Bersama Pengasuh dalam Sehari, Frekuensi Balita Makan Makanan Pokok dalam Sehari, dan Frekuensi Balita Sakit dalam Satu Bulan Terakhir di kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember .....	73

Tabel 5.5 Distribusi Status Gizi Balita di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember .....	74
Tabel 5.6 Perbedaan Status Gizi Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember .....	75



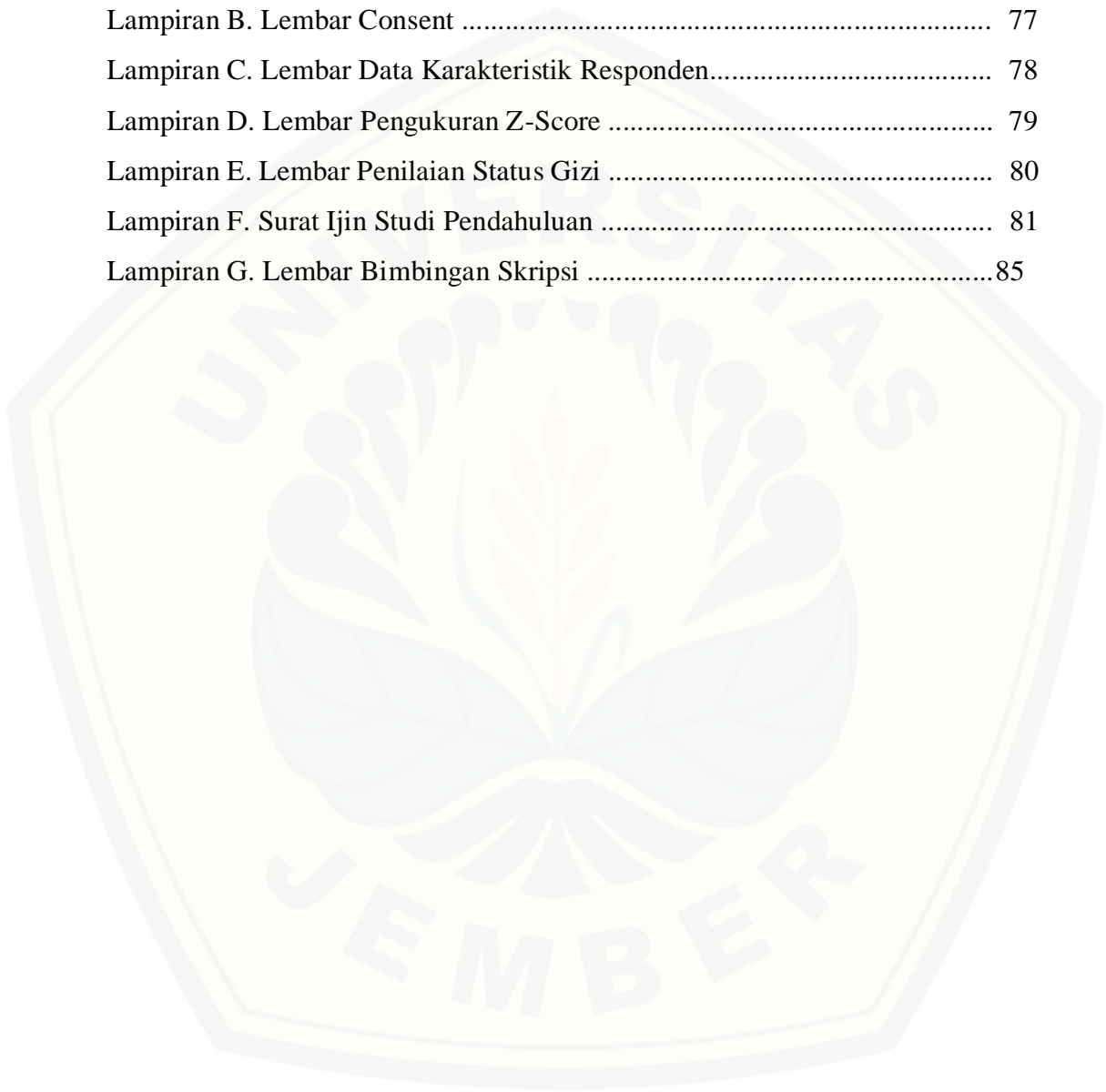
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	55
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	56



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar Informed .....	76
Lampiran B. Lembar Consent .....	77
Lampiran C. Lembar Data Karakteristik Responden.....	78
Lampiran D. Lembar Pengukuran Z-Score .....	79
Lampiran E. Lembar Penilaian Status Gizi .....	80
Lampiran F. Surat Ijin Studi Pendahuluan .....	81
Lampiran G. Lembar Bimbingan Skripsi .....	85





## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tumbuh kembang merupakan dua peristiwa berbeda yang memiliki keterkaitan, yaitu berasal dari kata pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan memiliki dampak pada aspek fisik, sedangkan perkembangan berhubungan dengan pematangan fungsi organ/manusia (Soetjiningsih, 2004). Menurut Wong (2009), pertumbuhan merupakan perubahan kuantitatif yaitu peningkatan jumlah dan ukuran sel yang akan menghasilkan peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian bagian sel sedangkan perkembangan merupakan perubahan kualitatif yaitu perubahan fungsi tubuh yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi melalui proses kematangan dan belajar. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan ukuran sel yang berdampak pada aspek fisik, sedangkan perkembangan merupakan perubahan fungsi tubuh yang berpengaruh terhadap pematangan fungsi organ.

Perkembangan anak tidak lepas dari peran penting orangtua, yang mana orangtua bertanggung jawab dalam segala hal terutama mengasuh dan mendidik anak-anaknya. Yani, dkk (2011) berpendapat bahwa perkembangan anak harus menjadi perhatian khusus bagi orangtua, sebab proses tumbuh kembang anak akan mempengaruhi kehidupan mereka pada masa mendatang.

Selama proses mengasuh dan mendidik anak, muncullah suatu kelekatan antara orangtua dan anak. Membahas mengenai pengasuhan dan hubungannya dengan kelekatan antara anak dengan orangtuanya, tidak semua orangtua menerapkan pola pengasuhan atau memberikan kualitas pengasuhan yang sama terhadap anak-anak mereka. Hal ini menimbulkan pola kelekatan yang berbeda pula diantara mereka. Kelekatan menurut Papalia, Olds, & Feldman (2009) adalah suatu ikatan timbal balik yang bertahan antara dua orang, terutama bayi dan pengasuh, yang masing-masing berkontribusi kepada kualitas hubungan. Proses pembentukan kelekatan orangtua diharuskan mampu untuk menimbulkan rasa kepercayaan pada anak sejak bayi.

Balita merupakan anak yang berada pada rentang usia 1-5 tahun dan sedang berada pada proses tumbuh kembang yang bersifat unik. Anak pada usia ini memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya dimana terjadi koordinasi yang baik antara motorik kasar, motorik halus, dan kecerdasannya, sehingga pada usia ini anak cenderung sangat peka terhadap lingkungannya (Kemenkes RI, 2010). Balita dibagi menjadi dua kelompok umur, yaitu usia 1-3 tahun (*toddler*) dan usia 4-5 tahun (prasekolah). Balita dengan usia 1-3 tahun atau yang biasa disebut batita adalah konsumen pasif, dimana anak hanya menerima makanan apapun yang disediakan oleh orang tua dan orang-orang disekitarnya. Pertumbuhan yang terjadi di masa batita lebih besar dari usia prasekolah (4-5 tahun), sehingga asupan nutrisi yang seimbang sangat diperlukan pada masa ini. Selain untuk tahap perkembangan dan kecerdasan balita, asupan zat gizi yang seimbang juga dapat meningkatkan daya tahan tubuh balita dan

sebagai pencegahan terhadap berbagai macam penyakit (Fairus dan Prasetyowati, 2009).

Asupan gizi yang diperoleh balita merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang balita (Wong, 2008). Asupan nutrisi yang tidak terpenuhi dengan baik dapat menyebabkan terganggunya proses pertumbuhan balita, selain itu juga dapat mempengaruhi kecerdasan dan produktivitasnya pada masa dewasa (Kemenkes, 2006). Untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik yang normal, diperlukan pula asupan gizi yang optimal, karena kesehatan individu dapat ditentukan dari status gizinya (Kemenkes RI, 2014).

Status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat dari konsumsi makanan dan berbagai zat gizi. Status gizi anak merupakan hal yang harus diketahui dengan baik oleh orang tua terutama pada anak di masa keemasannya karena faktanya bahwa kurang gizi yang terjadi juga bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih) (Marimbi, 2010). Masalah gizi dapat terjadi pada semua kelompok umur, akan tetapi kelompok usia balita menempati angka tertinggi kejadian masalah gizi (Soekirman, 2000). Menurut Notoatmodjo (2003), kelompok umur yang paling rentan terhadap penyakit kekurangan gizi adalah kelompok balita. Oleh sebab itu, indikator yang paling baik untuk mengukur status gizi masyarakat adalah melalui status gizi balita.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, secara nasional prevalensi balita dengan berat kurang pada tahun 2013 adalah 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan dengan

angka prevalensi nasional pada tahun 2007 (sebesar 18,4%) dan tahun 2010 (sebesar 17,9%), angka ini terlihat meningkat. Perubahan terutama terlihat pada angka prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4% pada tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan 5,7% pada tahun 2013, sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9% dari tahun 2007 dan 2013. Sasaran SDG's tahun 2016 hingga 2019 untuk prevalensi status gizi balita adalah sebesar 17%, sehingga prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 2,6% dalam periode 2016 sampai 2019.

Prevalensi sangat kurus secara nasional pada tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu sebesar 5,3%, akan tetapi angka ini mengalami penurunan di tahun 2007 (6,2%) dan tahun 2010 (6,0%). Demikian pula halnya dengan prevalensi kurus pada tahun 2013 (6,8%) yang juga menunjukkan adanya penurunan dari tahun 2007 (7,4%) dan tahun 2010 (7,3%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa prevalensi balita kurus dan sangat kurus mengalami penurunan dari 13,6% di tahun 2007 menjadi 12,1% di tahun 2013. Selanjutnya prevalensi gemuk di Indonesia pada tahun 2013 adalah sebanyak 11,9% dimana hal ini menunjukkan adanya penurunan dari tahun 2010 yaitu sebesar 14,0%. Menurut WHO, masalah kesehatan masyarakat dianggap serius apabila prevalensi kurus berada pada angka 10,0%-14,0%, sedangkan kritis apabila prevalensinya menunjukkan angka  $\geq 15,0\%$  (Risikesdas, 2013).

Negara Indonesia terdiri dari beberapa provinsi dimana masing-masing provinsi memiliki masalah gizi terutama yang terjadi pada balita. Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki masalah gizi

balita yang cukup mengkhawatirkan. Tahun 2007 terdapat 4,8% balita dengan gizi buruk, 12,6% gizi kurang, 78% gizi baik, dan 4,5% gizi lebih (Riskesdas, 2007). Kemudian pada tahun 2010, status gizi balita di Jawa Timur yaitu gizi buruk yang tidak mengalami peningkatan maupun penurunan dari 2007 sebesar 4,8%, gizi kurang yang menurun mencapai angka 12,3%, gizi baik yang juga mengalami penurunan menjadi 75,3%, dan gizi lebih yang mengalami peningkatan menjadi 7,6% (Riskesdas, 2010).

Jember merupakan salah satu kabupaten yang terdapat di provinsi Jawa Timur yang menyumbangkan angka permasalahan gizi yang cukup tinggi, yakni balita dengan gizi buruk (9,3%), balita dengan gizi kurang (21,1%), balita dengan gizi baik (66%), dan balita dengan gizi lebih (3,6%). Prevalensi masalah gizi yang ditunjukkan oleh kabupaten Jember masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan kabupaten lainnya di provinsi Jawa Timur sehingga hal ini masih menjadi sorotan bagi pemerintah Jawa Timur (Riskesdas, 2007). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Jember pada bulan Mei 2016 didapatkan data bahwa pada tahun 2015, wilayah yang memiliki permasalahan status gizi balita terbanyak adalah di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul yaitu sebanyak 1377 balita, dimana sebanyak 1051 balita (43,85%) dengan gizi sangat kurang, sebanyak 206 balita (8,59%) dengan gizi kurang, 2043 balita (85,23%) dengan gizi baik, dan 120 balita (5,01%) dengan gizi lebih. Permasalahan status gizi balita terbanyak kedua di Kabupaten Jember adalah Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat sebanyak 791 balita dan Wilayah Kerja Puskesmas Sumberbaru sebanyak 729 balita yang menempati urutan ketiga



(Dinkes Jember, 2015). Puskesmas Jember Kidul memiliki dua wilayah kerja yaitu Desa Jember Kidul dan Kepatihan. Dari wilayah tersebut jumlah balita dengan permasalahan gizi terbanyak pada tahun 2016 adalah desa Kepatihan (Puskesmas Jember Kidul, 2016).

Masalah gizi telah dimulai dari siklus awal kehidupan, yaitu sejak dalam kandungan (janin), hingga seseorang berada pada usia lanjut. Salah satu masalah kesehatan di masyarakat adalah masalah gizi dan penyebab timbulnya masalah gizi merupakan masalah multifaktorial, sehingga penanggulangan masalah gizi tersebut dapat melibatkan berbagai sektor terkait (Supariasa, 2002). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan status gizi pada anak menurut Wulandari (2016) meliputi faktor eksternal dan internal, dimana faktor eksternal yaitu pendapatan keluarga pendidikan dan pengetahuan orang tua tentang gizi, pekerjaan orang tua, dan budaya, sedangkan faktor internal meliputi usia orang tua, kondisi fisik, dan penyakit infeksi. Sedangkan menurut Hamdani (2014), faktor yang mempengaruhi status gizi balita meliputi pendapatan keluarga, pengetahuan orang tua, pekerjaan orang tua, konsumsi makanan, pola asuh, penyakit infeksi, dan jumlah anak dalam keluarga.

Pola pengasuhan merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan masalah gizi dan mempengaruhi status gizi balita karena pola asuh erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak. Pola asuh dalam konteks ini, mencakup beberapa hal yaitu makanan yang merupakan sumber gizi, vaksinasi, ASI eksklusif, pengobatan saat sakit, tempat tinggal balita, kebersihan lingkungan, pakaian dan lain - lain (Soetjiningsih, 2004).

Situasi pada era saat ini mengharuskan orang tua untuk bekerja, ketika mereka meninggalkan rumah, maka tanggung jawab mengasuh dan mendidik anak secara tidak langsung berpindah kepada orangtua pengganti. Peran orangtua pengganti ini dapat diserahkan kepada keluarga terdekat seperti kakek-nenek, baby sitter, TPA (Tempat Penitipan Anak), atau kepada siapapun yang dapat dipercaya oleh orangtua untuk mengasuh anak-anak mereka. Hal ini menurut Yani, dkk. (2011) menyebabkan anak kurang dekat dengan ibu sehingga anak lebih menuruti orang lain. Peran PRT sangat besar dalam menunjang stabilitas kehidupan rumah tangga dan tanpa disadari turut membentuk kepribadian anak yang diasuhnya. Tanpa PRT para ibu tidak akan leluasa meninggalkan urusan rumah tangga untuk bekerja di luar rumah (Gunanti, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Fristi, dkk (2014) menunjukkan bahwa hasil wawancara yang dilakukan bersama para orang tua diketahui bahwa orang tua sangat mengerti dengan kondisi anak, jika anak tidak mau makan maka orang tua akan melakukan berbagai cara agar anak mau makan dan selalu mengajak anak berbicara dan bermain. Hasil wawancara dengan pengasuh anak selain orang tua diketahui bahwa para pengasuh jarang memberikan stimulasi perkembangan pada anak, khususnya anak toddler. Mereka berpendapat bahwa anak toddler masih kecil dan pasif, sehingga selama periode tersebut anak dirawat dan diberi makan dengan sedikit komunikasi. Jika anak tidak mau makan, pengasuh memberikan makanan-makanan lain yang disukai anak, seperti jajanan luar. Para pengasuh mengatakan bahwa mereka lebih sibuk mengurus pekerjaan rumah tangga dan mengatakan



bahwa selama anak tidak sakit berarti anak tidak mengalami masalah tumbuh kembang.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Kelurahan Kepatihan tercatat hasil penimbangan bayi dan balita pada tahun 2016 yaitu, sebanyak 105 anak memiliki berat badan sangat kurang, 79 anak memiliki berat badan kurang, dan sebanyak 160 anak mengalami kelebihan berat badan.

Berdasarkan wawancara dan penimbangan balita pada saat studi pendahuluan dan dilakukan penghitungan menggunakan rumus z score berdasarkan berat badan per umur pada 10 orang balita dimana 5 orang diantaranya dirawat oleh ibu kandungnya dan 5 sisanya dirawat oleh asisten rumah tangga, diperoleh data bahwa 5 orang balita yang dirawat ibu memiliki status gizi baik (4 orang) dan status gizi kurang (1 orang), sedangkan 5 balita yang dirawat asisten rumah tangga memiliki status gizi baik (4 orang) dan status gizi buruk (1 orang).

Untuk mengurangi permasalahan status gizi balita, diperlukan upaya pencegahan yang dapat dilakukan dengan pemberian edukasi dan konseling. Puskesmas Jember Kidul telah memberikan konseling, penyuluhan dan hal-hal lain yang dapat menunjang peningkatan status gizi balita pada ibu, dan juga asisten rumah tangga, akan tetapi hal ini belum dapat mencegah munculnya kasus baru pada permasalahan gizi balita karena pelaksanaan kegiatan tersebut masih belum optimal. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perbedaan status gizi anak usia balita yang

diasuh orang tua dengan yang diasuh pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang dapat dimunculkan dalam penelitian ini adalah apakah ada perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember.?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik ibu dan balita yang ada di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember;
- b. mengetahui status gizi balita yang diasuh orang tua di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember;
- c. mengetahui status gizi balita yang diasuh pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember;

- d. mengetahui perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti mengenai teori dan praktik keperawatan perihial ada atau tidaknya perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh orang tua dengan yang diasuh pembantu rumah tangga serta merupakan bentuk aplikasi keperawatan maternitas, anak dan komunitas yang telah diperoleh selama perkuliahan.

### **1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada orang tua, keluarga dan masyarakat untuk mendukung terlaksananya pengasuhan pada anak dan peningkatan status gizi pada anak.

### **1.4.3 Manfaat bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi dan studi pustaka tambahan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang nantinya dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk penelitian sejenis yang lebih khusus selanjutnya di dalam institusi pendidikan.

#### 1.4.4 Manfaat bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi tambahan bagi perawat untuk lebih berperan aktif dalam upaya peningkatan gizi masyarakat terutama pada usia balita. Upaya ini dapat diwujudkan dengan menyusun intervensi keperawatan dengan tidak hanya melibatkan ibu-ibu yang memiliki anak usia balita akan tetapi juga melibatkan keluarga dan masyarakat.



### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian sejenis mengenai pengasuhan anak yaitu berjudul “Perbandingan Tumbuh Kembang Anak Toddler yang Diasuh Orang Tua dengan Diasuh Selain Orang Tua” yang dilakukan oleh Widya Fristi, dkk pada tahun 2015. Desain penelitian dalam penelitian ini menggunakan analitik komparatif dan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik *cluster sampling*. Variabel independen dalam penelitian tersebut adalah pengasuh, dalam hal ini adalah orang tua atau selain orang tua, sedangkan variabel dependennya adalah tumbuh kembang anak. Hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa anak yang diasuh oleh orang tuanya sendiri cenderung memiliki pertumbuhan yang normal dibandingkan dengan anak yang diasuh selain orang tuanya.

Penelitian tersebut berbeda dengan penelitian saat ini yang berjudul “Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan, Puskesmas Jember Kidul, Kabupaten Jember”. Jenis penelitian yang digunakan peneliti adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Tempat penelitian adalah di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *quota sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 94 balita dari total 124 balita. Analisa data yang digunakan adalah uji *Chi square*.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Konsep Tumbuh Kembang Anak**

#### **2.1.1 Definisi Anak**

Anak merupakan individu yang dipandang unik, berusia 0-18 tahun dan memiliki potensi untuk tumbuh dan berkembang. Anak bukanlah miniatur orang dewasa akan tetapi seorang individu yang memiliki kebutuhan yang spesifik dan sedang berada dalam proses tumbuh kembang (Supartini, 2004). Anak memiliki rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Bayi merupakan tahapan awal kehidupan manusia setelah lahir sampai dengan usia 12 bulan. Sedangkan balita merupakan anak usia di bawah lima tahun atau anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun (Muaris, dalam Mustikasari, 2014).

Balita merupakan salah satu kelompok rentan gizi. Kelompok rentan gizi didefinisikan sebagai suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatan atau rentan karena kekurangan gizi. Kelompok umur tersebut berada pada suatu siklus pertumbuhan atau perkembangan yang memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Oleh sebab itu, apabila kekurangan zat gizi maka akan terjadi gangguan gizi atau kesehatannya (Notoatmodjo, 2003). Menurut Proverawati (2009), anak pada usia balita merupakan kelompok anak yang menunjukkan pertumbuhan yang pesat akan tetapi mereka juga rentan atau sering menderita kekurangan gizi.



Periode prasekolah, yaitu antara usia 3-5 tahun, merupakan periode dimana anak mengalami perkembangan kognitif dan psikososial yang cenderung lebih cepat, akan tetapi perkembangan fisiknya terus berlangsung menjadi lambat. Umumnya anak yang berada pada usia ini mengalami gangguan nutrisi berupa kekurangan vitamin A dan C serta zat besi (Potter & Perry, 2005). Selain rentan mengalami gangguan nutrisi, anak juga dapat menderita obesitas atau kegemukan pada usia ini apabila konsumsi karbohidrat dan lemak diberikan dalam jumlah yang berlebihan. Untuk itu orang tua dan pemberi pelayanan kesehatan dapat bersama-sama membantu anak usia prasekolah untuk mengembangkan kebiasaan makan yang sehat, sehingga tidak terjadi defisiensi maupun kelebihan nutrisi (Potter & Perry, 2010).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa anak merupakan individu dengan rentang usia 0-18 tahun dimana pada usia tersebut anak akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Anak usia balita, yaitu anak diatas usia satu tahun dan di bawah lima tahun, cenderung rentan terhadap permasalahan gizi terutama permasalahan gizi kurang karena pada usia ini anak membutuhkan asupan gizi yang jauh lebih besar dibanding usia setelahnya, sehingga kegagalan orang tua dalam memenuhi kebutuhan gizi anak dapat berdampak buruk bagi status gizi anak.



### 2.1.2 Definisi Tumbuh Kembang

Pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan ukuran sel tubuh, pertumbuhan berhubungan dengan perubahan kuantitas yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran dari lingkungannya, perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas (Supartini, 2004). Perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif. Perubahan kualitatif merupakan peningkatan kapasitas fungsional penguasaan terhadap beberapa keterampilan yang lebih kecil (Potter & Perry, 2005).

Menurut Wong (2008), tumbuh kembang merupakan suatu proses yang dinamis dan mencerminkan perubahan yang terjadi dalam diri seseorang selama masa hidupnya. Proses pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan proses yang terjadi secara kontinu atau berkesinambungan sejak dari konsepsi sampai maturitas atau dewasa. Proses ini dapat dipengaruhi oleh faktor bawaan (genetik) dan faktor lingkungan, baik lingkungan sebelum anak dilahirkan maupun setelah dilahirkan (Sulistiyawati, 2014). Perbedaan faktor bawaan dan faktor lingkungan tersebut membuat pencapaian kemampuan perkembangan dan pertumbuhan setiap anak berbeda, tetapi tetap akan menuruti patokan umum atau standar normal tumbuh kembang anak. Anak dikatakan normal dalam arti medis apabila pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun intelektual berlangsung secara harmonis (Soetjiningsih, dalam Mustikasari, 2014).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa tumbuh kembang merupakan suatu proses perubahan yang terjadi pada anak dan bersifat kontinu sejak anak berada pada fase konsepsi sampai dewasa serta dapat dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungannya.

### 2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Masing-masing individu memiliki perbedaan dalam proses tumbuh kembangnya karena pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor baik herediter maupun lingkungannya (Wong, 2008).

#### a. Faktor herediter

Faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan (herediter) adalah jenis kelamin, ras, dan kebangsaan (Maslow, dalam Wulandari 2016). Sejak berada pada fase konsepsi (di dalam kandungan) anak telah ditentukan jenis kelaminnya, kemudian setelah lahir sampai usia tertentu anak laki-laki cenderung akan lebih tinggi dan lebih besar daripada anak perempuan. Fase prapubertas pada anak perempuan cenderung lebih cepat (awal) terjadi dibanding anak laki-laki sehingga pada usia tersebut kebanyakan anak perempuan akan tumbuh lebih tinggi dan lebih besar (Supartini, 2004).

Selain itu, ras dan suku bangsa juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Misalnya, suku bangsa Asia cenderung memiliki ukuran tubuh yang lebih pendek jika dibandingkan dengan suku bangsa Eropa (Marmi & Raharjo, dalam Wulandari, 2016).

b. Faktor lingkungan/eksternal

1) Lingkungan Pra-natal

Lingkungan pranatal yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin adalah kondisi lingkungan fetus dalam uterus seperti, diabetes militus pada ibu, gangguan gizi, ibu yang mendapat terapi sitostatika, ibu dengan infeksi rubela, toxoplasmosis, sifilism, dan herpes, serta paparan radiasi yang dapat menyebabkan kerusakan pada otak janin (Wulandari, 2016).

2) Lingkungan Pos-natal

a) Gizi atau nutrisi

Proses pertumbuhan dan perkembangan seseorang tidak akan lepas dari satu komponen penting yaitu gizi atau nutrisi. Beberapa zat gizi yang diperlukan selama proses pertumbuhan dan perkembangan adalah protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin dan air yang kebutuhannya disesuaikan dengan tahapan usianya (Wulandari, 2016). Selama periode pertumbuhan yang cepat seperti masa pranatal, usia bayi dan remaja, anak cenderung akan membutuhkan asupan kalori dan protein yang lebih banyak (Supartini, 2004). Kebutuhan akan gizi sangat penting bagi proses tumbuh kembang anak, akan tetapi apabila kebutuhan ini tidak atau kurang dapat dipenuhi dengan baik maka hal ini akan dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Sebaliknya apabila kebutuhan akan gizi diberikan secara berlebihan maka akan

terjadi penumpukan lemak yang berlebih dalam sel atau jaringan bahkan pada pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan dampak buruk bagi kesehatan anak (Wulandari, 2016).

b) Budaya lingkungan

Budaya keluarga atau masyarakat sekitar dapat mempengaruhi bagaimana seseorang dapat mempersepsikan dan memahami arti kesehatan serta dalam berperilaku hidup sehat. Misalkan pola perilaku ibu hamil dalam suatu budaya tertentu dilarang memakan jenis makanan yang sebenarnya memiliki nilai gizi yang tinggi dan diperlukan dalam proses pertumbuhan janin, keyakinan untuk memilih melahirkan di dukun daripada tenaga kesehatan, dan setelah anak lahir, anak akan dibesarkan di lingkungan yang memiliki pola asuh sesuai dengan budaya setempat (Wulandari, 2016).

c) Status sosial dan ekonomi keluarga

Anak yang dibesarkan dalam lingkungan status ekonomi rendah cenderung akan mengalami kesulitan dalam mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan sesuai tahapan usianya, sedangkan anak dengan status sosial ekonomi yang lebih baik cenderung akan mencapai tahapan tumbuh kembang dengan baik. Demikian pula dengan status pendidikan orang tua, keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mampu menerima masukan dari petugas kesehatan dalam peningkatan status

pertumbuhan dan perkembangan anak jika dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan rendah (Supartini, 2004).

d) Iklim atau cuaca

Iklim atau cuaca tertentu dapat mempengaruhi status kesehatan anak. Status kesehatan anak tentunya juga akan mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangannya. Usia anak merupakan usia yang rentan terjadinya penyakit tertentu sesuai dengan iklim atau cuaca yang sedang terjadi, sehingga masyarakat harus dapat melakukan antisipasi terjadinya hal tersebut dan melakukan tindakan pencegahan (Supartini, 2004).

e) Olahraga atau latihan fisik

Olahraga atau latihan fisik dapat berdampak pada pertumbuhan fisik dan perkembangan psikososial anak. Olahraga atau latihan fisik yang dilakukan secara teratur dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah sehingga dapat meningkatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh, meningkatkan aktivitas fisik dan menstimulasi perkembangan otot jaringan sel (Supartini, 2004).

f) Posisi anak dalam keluarga

Pola perkembangan seorang anak dapat dipengaruhi oleh pola asuh dan pendidikan orang tua atau keluarga yang didasari posisi anak dalam keluarga misalnya, sebagai anak tunggal, anak sulung, anak tengah, atau anak bungsu (Wulandari, 2016).

g) Status kesehatan

Pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh status kesehatannya. Apabila anak dalam kondisi sehat dan sejahtera maka anak akan mengalami percepatan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik jika dibandingkan dengan anak yang sedang dalam kondisi sakit (Wulandari, 2016).

Masa lima tahun pertama kehidupan anak merupakan periode penting dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Hal ini biasa disebut dengan masa keemasan atau *The Golden Periode* (Kemenkes RI, 2011). Periode emas ini merupakan masa dimana perkembangan otak meningkat sekitar 80% dan kemampuannya dalam menyerap berbagai bentuk informasi menjadi sangat tinggi (Ambarawati & Handoko, 2011). Aspek lingkungan pada periode ini dapat menjadi ancaman yang dapat mengakibatkan dampak yang besar terhadap perkembangan anak, khususnya lingkungan yang tidak mendukung keadekuatan asupan gizi, tidak adanya pelayanan kesehatan yang memadai, serta kurangnya stimulasi (Kemenkes RI, 2011).



## 2.2 Konsep Status Gizi

### 2.2.1 Pengertian Status Gizi

Gizi berasal dari bahasa Mesir yang memiliki arti makanan. Zat gizi atau *nutrient* merupakan substansi yang diperoleh dari makanan yang digunakan untuk pertumbuhan, pemeliharaan, dan perbaikan jaringan tubuh. zat gizi meliputi karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air. Zat gizi tersebut dibagi lagi menjadi zat gizi organik dan anorganik. Zat gizi organik meliputi karbohidrat, lemak, protein, dan vitamin. zat gizi anorganik meliputi mineral dan air (Devi, 2010). Definisi dari gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Sulistyoningsih, dalam Maulana, 2013). Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah asupan (*intake*) zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis (Suyatno, 2009). Definisi status gizi berasal dari zat gizi dan gizi, maka definisi status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Sulistyoningsih, dalam Maulana, 2013).

Berdasarkan pemaparan tersebut dapat disimpulkan bahwa status gizi adalah keadaan seimbang antara zat gizi yang dikonsumsi oleh tubuh dan jumlah zat gizi yang digunakan untuk kegiatan sehari-hari.

### 2.2.2 Klasifikasi Status Gizi

Status gizi merupakan suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Klasifikasi status gizi dalam Supriasa (2002) akan diuraikan lebih lanjut sebagai berikut:

#### 1. Klasifikasi Gomez (1956)

Gomez menggunakan baku rujukan Harvard. Indeks yang digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U). Baku patokan yang digunakan adalah persentil 50. Gomez mengklasifikasikan status gizi dalam normal, ringan, sedang, dan berat.

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Menurut Gomez (1956)

Kategori (Derajat KEP)	BB/U (%)
0 = normal	$\geq 90$ %
1 = ringan	89-75 %
2 = sedang	74-60 %
3 = berat	$< 60$ %

#### 2. Klasifikasi Kualitatif menurut *Welcome Trust*

Pemeriksaan *welcome trust* tidak memerlukan pemeriksaan klinis maupun laboratorium. Penentuan dapat dilakukan oleh tenaga paramedis setelah diberi latihan yang cukup. Baku yang digunakan adalah baku harvard.

Tabel 2.2 Klasifikasi Kualitatif menurut *Welcome Trust*

Berat Badan % dari Baku	Edema	
	Tidak Ada	Ada
$\geq 60\%$	Gizi kurang	Kwashiorkor
$<60\%$	Marasmus	Marasmus-Kwashiorkor

### 3. Klasifikasi menurut *Waterlow*

*Waterlow* membedakan antara penyakit KEP yang terjadi akut dan kronis. Defisit tinggi menurut umur merupakan akibat kekurangan gizi yang berlangsung sangat lama. Akibat yang ditimbulkan adalah anak menjadi pendek *stunting* untuk umurnya.

Tabel 2.3 Klasifikasi Status Gizi menurut *Waterlow*

<b>Kategori</b>	<b>Stunting (Tinggi Menurut Umur)</b>	<b>Wasting (Berat Menurut Tinggi)</b>
0	>95%	>90%
1	95-90%	90-80%
2	89-85%	80-70%
3	<85%	<70%

### 4. Klasifikasi *Jelliffe*

Indeks yang digunakan adalah berat badan menurut umur. Kategori yang digunakan adalah kategori I, II, III, dan IV.

Tabel 2.4 Klasifikasi Status Gizi menurut *Jelliffe*

<b>Kategori</b>	<b>BB/U (% baku)</b>
KEP I	90-80
KEP II	80-70
KEP III	70-60
KEP IV	<60

### 5. Klasifikasi Bengoa

Bengoa mengklasifikasikan KEP menjadi tiga kategori, yaitu KEP I, KEP II, dan KEP III. Indeks yang digunakan adalah berat badan menurut umur.

Tabel 2.5 Klasifikasi Status Gizi menurut Bengoa

<b>Kategori</b>	<b>BB/U (% baku)</b>
KEP I	90-76
KEP II	75-61
KEP III	Semua penderita dengan edema

### 6. Klasifikasi Status Gizi Menurut Rekomendasi Lokakarya Antropometri (1975) dan Puslitbang Gizi (1978)

Baku yang digunakan adalah harvard. Garis baku yang digunakan adalah persentil 50 baku harvard.

Tabel 2.6 Klasifikasi Status Gizi menurut Rekomendasi Antropometri (1975) dan Puslitbang Gizi (1978)

<b>Kategori</b>	<b>BB/U</b>	<b>TB/U</b>	<b>LLA/U</b>	<b>BB/TB</b>	<b>LLA/TB</b>
Gizi baik	100-80	100-95	100-85	100-90	100-85
Gizi kurang	<80-60	<95-85	<85-70	<90-70	<85-75
Gizi buruk	<60	<85	<70	<70	<75

### 7. Klasifikasi menurut WHO

Tabel 2.7 Klasifikasi Status Gizi menurut WHO

<b>BB/TB</b>	<b>BB/U</b>	<b>TB/U</b>	<b>Status Gizi</b>
Normal	Rendah	Rendah	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Buruk
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, kurang

Rendah Tinggi Tinggi Tinggi	Normal Tinggi Tinggi Normal	Tinggi Rendah Normal Rendah	Kurang Lebih, obesitas Lebih, tidak obesitas Lebih, pernah kurang
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

Secara garis besar menurut *World Health Organization – National Centre for Health Service* (WHO-NCHS), status gizi dibagi menjadi empat, yaitu Gizi lebih, Gizi baik, Gizi kurang, dan Gizi buruk.

a. Status gizi normal merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu. Energi yang masuk ke dalam tubuh dapat berasal dari karbohidrat, protein, lemak dan zat gizi lainnya (Nix, dalam Hamdani, 2010).

b. Status gizi kurang atau dikenal dengan istilah *Undernutrition* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan. Gizi kurang dapat terjadi karena seseorang mengalami kekurangan salah satu zat gizi atau lebih di dalam tubuh (Almatsier, 2001). Akibat yang terjadi apabila kekurangan gizi antara lain menurunnya kekebalan tubuh (mudah terkena penyakit infeksi), terjadi gangguan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, kekurangan energi yang dapat menurunkan produktivitas tenaga kerja, dan sulitnya seseorang dalam menerima pendidikan dan pengetahuan mengenai gizi (Jalal dan Atmojo, dalam Hamdani, 2014). Gizi kurang merupakan salah satu masalah gizi yang banyak dihadapi oleh negara-negara yang sedang berkembang. Hal ini dapat terjadi karena tingkat pendidikan yang rendah,

pengetahuan yang kurang mengenai gizi dan perilaku belum sadar akan status gizi. Empat masalah gizi kurang yang mendominasi di Indonesia, yaitu (Almatsier, 2001):

1) Kurang Energi Protein (KEP)

Kondisi kurang energi protein disebabkan oleh kekurangan makan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein. Kasus KEP pada anak-anak, dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan. Sedangkan pada orang dewasa, KEP dapat menurunkan produktivitas kerja dan derajat kesehatan sehingga rentan terhadap penyakit. Kemiskinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya KEP, namun selain kemiskinan faktor lain yang berpengaruh adalah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang makanan pendamping serta tentang pemeliharaan lingkungan yang sehat (Almatsier, 2001). Kekurangan KEP dalam jangka panjang akan mengakibatkan marasmus dan kwashiorkor.

2) Anemia Gizi Besi (AGB)

Masalah anemia gizi di Indonesia terutama yang berkaitan dengan kekurangan zat besi. Penyebab masalah AGB adalah kurangnya daya beli masyarakat untuk mengkonsumsi makanan dengan sumber zat besi tinggi, terutama dengan ketersediaan biologis tinggi (asal hewan), dan pada perempuan ditambah dengan kehilangan darah melalui haid atau persalinan. AGB menyebabkan penurunan kemampuan fisik dan



produktivitas kerja, penurunan kemampuan berpikir dan penurunan antibody sehingga mudah terserang infeksi. Penanggulangannya dilakukan melalui pemberian tablet atau sirup besi kepada kelompok sasaran (Almatsier, 2001).

### 3) Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)

Kondisi kekurangan iodium banyak ditemukan di daerah pegunungan dimana tanah kurang mengandung iodium. GAKI menyebabkan pembesaran kelenjar gondok. Kasus yang terjadi pada anak-anak dapat menyebabkan hambatan dalam pertumbuhan jasmani, maupun mental. Selain itu kondisi ini juga dapat digambarkan berupa keadaan tubuh yang cebol, dungu, terbelakang atau bodoh. Penanggulangan masalah GAKI secara khusus dilakukan melalui pemberian kapsul minyak beriodium kepada semua wanita usia subur dan anak sekolah di daerah endemik. Secara umum pencegahan GAKI dilakukan melalui iodium garam dapur (Almatsier, 2001). Masalah GAKI adalah sekumpulan gejala yang ditimbulkan karena tubuh menderita kekurangan yodium secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama dan mempunyai dampak negative terhadap manusia sejak masih dalam kandungan, setelah lahir sampai dewasa.

### 4) Kurang Vitamin A (KVA)

KVA adalah suatu gangguan yang disebabkan karena kurangnya asupan vitamin A dalam tubuh. KVA dapat mengakibatkan kebutaan, mengurangi daya tahan tubuh sehingga mudah terserang infeksi, yang

sering menyebabkan kematian khususnya pada anak-anak. Selain itu, KVA dapat menurunkan epitelisme sel-sel kulit. Faktor yang menyebabkan timbulnya KVA adalah kemiskinan dan minimnya informasi serta pengetahuan mengenai gizi (Almatsier, 2001).

c. Status gizi lebih (*Overnutrition*) merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh lebih besar dari jumlah energi yang dikeluarkan (Nix, dalam Hamdani, 2010). Hal ini terjadi karena jumlah energi yang masuk melebihi kecukupan energi yang dianjurkan untuk seseorang, akhirnya kelebihan zat gizi disimpan dalam bentuk lemak yang dapat mengakibatkan seseorang menjadi gemuk (Apriadi, dalam Hamdani 2010).

Masalah gizi lebih merupakan keadaan tubuh seseorang yang mengalami kelebihan berat badan, yang terjadi karena kelebihan jumlah asupan energi yang disimpan dalam bentuk cadangan berupa lemak. Ada yang menyebutkan bahwa masalah gizi lebih identik dengan kegemukan. Kegemukan dapat menimbulkan dampak yang sangat berbahaya yaitu dengan munculnya penyakit degeneratif, seperti diabetes mellitus, penyakit jantung coroner, hipertensi, gangguan ginjal dan masih banyak lagi (Soerjodibroto, dalam Hamdani 2010).

Permasalahan gizi lebih dibagi menjadi dua jenis yaitu *overweight* dan obesitas. Batas IMT untuk dikategorikan *overweight* adalah antara 25,1 – 27,0 kg/m<sup>2</sup>, sedangkan obesitas adalah  $\geq 2$ . Kegemukan (obesitas) dapat terjadi mulai dari masa bayi, anak-anak, sampai pada usia dewasa. Obesitas adalah peningkatan lemak tubuh yang berlebihan. Obesitas merupakan penyakit multifactorial yang diduga bahwa sebagian besar disebabkan oleh interaksi antara faktor genetic dan

faktor lingkungan, antara lain aktivitas fisik, gaya hidup, sosial ekonomi dan nutrisi yaitu perilaku makan dan pemberian makanan padat terlalu dini pada bayi (Nugraha, 2009). Kegemukan pada masa anak-anak disebabkan oleh pola makan yang salah disertai aktivitas fisik yang rendah. Aktivitas fisik sangat diperlukan dalam proses pembakaran kelebihan lemak dalam tubuh. Akan tetapi, dengan adanya kemudahan-kemudahan transportasi, dan perkembangan teknologi membuat anak-anak enggan melakukan kegiatan yang banyak mengeluarkan energi. Selain itu, siaran televisi dan media massa umumnya memberikan informasi dalam bentuk iklan yang diantaranya menawarkan produk-produk makanan yang berkadar kalori dan lemak tinggi. Iklan-iklan tersebut sangat menarik sehingga banyak mempengaruhi perilaku maupun pola makan anak-anak (Baharudin dan Wahyuni, 2009).

d. Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan karena kekurangan asupan energi dan protein juga mikronutrien dalam jangka waktu lama. Anak disebut gizi buruk apabila berat badan dibandingumur tidak sesuai (selama 3 bulan berturut-turut tidak naik) dan tidak disertai tanda-tanda bahaya. Dampak gizi buruk pada anak terutama balita dapat menghambat pertumbuhan badan dan perkembangan mental anak sampai dewasa, mudah terkena penyakit ISPA, diare, dan bisa menyebabkan kematian bila tidak dirawat secara intensif.

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi pada Anak

#### 1. Pendapatan Keluarga

Istilah pendapatan dalam kehidupan sehari-hari memiliki keterkaitan yang erat dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu (Suhardjo, 2003). Tingkat pendapatan seseorang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhannya. Pendapatan yang lebih tinggi akan mendukung perbaikan kesehatan gizi anak dan anggota keluarga, hal ini berkaitan dengan meningkatnya daya beli keluarga tersebut. Pendapatan keluarga yang rendah mengakibatkan daya beli terhadap pangan yang berkualitas rendah dan terbatas, akibatnya status gizi anggota keluarga termasuk anak-anak yang masih balita akan menurun. Rendahnya status gizi akan menyebabkan lemahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit (Berg, dalam Triana, 2006).

#### 2. Pendidikan atau Pengetahuan Orang Tua

Pengetahuan orang tua mengenai gizi secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi anak karena hal ini dapat menjamin asupan gizi yang diperoleh anak (Sajogjo et al dalam Rahmawati, 2006). Menurut Permana (2011), jika pengetahuan masyarakat tentang gizi masih kurang, maka perhatian masyarakat mengenai asupan makanan yang baik bagi anak juga kurang sehingga status gizi balita menjadi kurang. Kurangnya pengetahuan dan kesalahan konsepsi mengenai kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah hal yang umum dijumpai pada setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi, penyebab lain yang

penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi dan kurangnya kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003). Orang tua yang memiliki pendidikan yang tinggi akan memberikan respon yang rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang dalam menerima informasi yang diperlukan mengenai kesehatan anak-anaknya termasuk dalam hal status gizinya (Hapsari, 2001). Salah satu sikap dan perilaku ibu dalam memberi perhatian dan kasih sayang pada anak yang baik adalah dengan cara pemberian ASI atau makanan pendamping pada anak. Semua anak harus memperoleh pola asuh yang baik agar anak dapat memenuhi tumbuh kembangnya secara fisik, mental dan emosional (Almatsier, 2001). Anak dengan usia balita sangat tergantung dengan pola asuh orang tua, sehingga pengetahuan ibu berperan dalam status gizi balita. Pola asuh terhadap anak akan berpengaruh dengan status gizi anak. Perhatian yang cukup dan pola asuh yang tepat akan memberikan pengaruh yang besar dalam memperbaiki status gizi. Orang tua yang memiliki banyak anak harus memiliki pola asuh dan memberikan perhatiannya secara lebih seimbang, sehingga pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak terpenuhi dengan baik dan status gizi menjadi optimal dengan cara memberikan makanan bergizi seimbang yang sangat penting bagi pertumbuhan anak (Depkes RI, 2002).



### 3. Pekerjaan Orang Tua

Pekerjaan merupakan suatu hal yang dikerjakan untuk mendapatkan imbalan atau balas jasa. Sebagai pekerja, masalah yang dihadapi wanita lebih berat dibandingkan dengan pria. Karena dalam diri wanita lebih dahulu mengatasi urusan keluarga, suami, anak dan hal-hal lain yang menyangkut rumah tangganya. Kenyataannya cukup banyak wanita yang tidak cukup mengatasi masalah tersebut, sekalipun mempunyai kemampuan teknis cukup tinggi. Apabila wanita tidak pandai menyeimbangkan peran ganda yang dimilikinya tersebut pada akhirnya balita akan terlantar (Anoraga, dalam Hamdani 2014). Seorang ibu yang memiliki pekerjaan tetap harus meninggalkan balitanya di rumah hingga terkadang sampai jatuh sakit karena kurangnya perhatian yang diberikan sang ibu dan pemberian makan yang juga tidak dilakukan dengan semestinya (Pudjiadi, 2003).

### 4. Pengasuhan

Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberi makanan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam



keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak (Depkes, 2000).

Menurut Soekirman (2000), pola pengasuhan gizi anak adalah sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberi makanan, merawat, menjaga kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Kesemuanya itu sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak. Pengasuhan yang tidak memadai dapat menyebabkan anak tidak suka makan atau tidak diberikan makanan seimbang, dan juga dapat memudahkan terjadinya penyakit yang kemudian dapat berpengaruh terhadap status gizi anak.

a. Aspek kunci Pengasuhan Gizi

- 1) Perawatan dan perlindungan bagi anak
- 2) Pengasuhan psikososial
- 3) Penyiapan makanan
- 4) Kebersihan dan sanitasi lingkungan

b. Macam pola pengasuhan

Menurut Sumitro (2006), pola pengasuhan dibedakan menjadi empat macam, yaitu:

1) Pola pengasuhan otoriter

Pola asuh otoriter adalah pola pengasuhan anak yang bersifat pemaksaan, keras dan kaku di mana orang tua akan membuat berbagai aturan yang harus dipatuhi oleh anak-anaknya tanpa mempedulikan perasaan anak. Orang tua akan emosi dan marah jika anak melakukan hal yang tidak sesuai dengan yang diinginkan oleh orang tuanya (Sumitro, 2006).

Apabila diterapkan pada batita, pola pengasuhan otoriter dapat mengakibatkan anak merasa tertekan dan takut untuk melakukan sesuatu, sehingga anak akan cenderung menutup diri terhadap apapun yang ada di sekitarnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap proses tumbuh kembang anak. Selain itu, anak menjadi malas dan kehilangan nafsu makan karena merasa kurang kasih sayang, sehingga dapat mengakibatkan penurunan status gizi anak. Dengan demikian anak dapat mudah terserang penyakit yang dapat menurunkan status gizi.

## 2) Pola pengasuhan demokrasi

Pola pengasuhan demokrasi ditandai dengan ciri-ciri suka berdiskusi dengan anak, mau mendengar keluhan anak, tidak kaku atau luwes, selalu memperhatikan perkembangan anak, memberi kesempatan untuk mandiri dan mengembangkan kontrol internalnya (Sumitro, 2006). Apabila diterapkan pada batita, pola pengasuhan demokrasi dapat mengakibatkan anak merasa diperhatikan dan disayangi orang tua. Anak dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan baik terhadap siapapun. Dengan demikian anak dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Anak akan mempunyai nafsu makan baik, karena tidak ada tekanan maupun pemaksaan saat pemberian makanan. Anak diberi makanan sehat yang disukai dengan pengawasan orang tua atau pengasuh, sehingga status gizi anak juga tetap terjaga dengan baik.

### 3) Pola Pengasuhan Permisif

Orang tua yang mempunyai pola pengasuhan permisif cenderung selalu memberikan kebebasan pada anak tanpa memberikan kontrol sama sekali, kurang kontrol, kurang membimbing, kurang tegas, kurang komunikasi, dan tidak peduli terhadap kelakuan anak. Pola asuh permisif adalah jenis pola mengasuh anak yang acuh terhadap anak. Jadi apapun yang hendak dilakukan anak diperbolehkan seperti tidak sekolah, bandel, melakukan banyak kegiatan maksiat, pergaulan bebas negatif, materialistis, dan sebagainya. Biasanya pola pengasuhan anak oleh orangtua semacam ini diakibatkan oleh orangtua yang terlalu sibuk dengan pekerjaan, kesibukan atau urusan lain yang akhirnya lupa untuk mendidik dan mengasuh anak dengan baik. Dengan demikian anak hanya diberi materi atau harta, kemudian anak dibiarkan akan tumbuh dan berkembang menjadi apapun (Sumitro, 2006). Apabila diterapkan pada balita, pola pengasuhan permisif dapat mengakibatkan anak merasa bebas melakukan apapun, sehingga anak akan cenderung berbuat semau sendiri. Hal ini akan berpengaruh terhadap proses tumbuh kembang anak. Selain itu, anak akan merasa sangat diberi kebebasan, anak juga akan memakan makanan apapun yang ia suka tanpa pengawasan orang tua, sehingga dapat mengakibatkan ketidakstabilan status gizi anak. Dengan demikian anak juga rawan terserang penyakit yang dapat mempengaruhi status gizinya.

#### 4) Pola pengasuhan kombinasi

Pola asuh tipe kombinasi adalah orang tua yang menerapkan pola asuh sesuai dengan kebutuhan dan kondisi anak. Pada pola asuh ini orang tua tidak selamanya memberikan alternatif seperti halnya pola asuh demokratis, akan tetapi juga tidak selamanya melarang seperti halnya orang tua yang menerapkan ototriner dan juga tidak secara terus menerus membiarkan anak seperti pada penerapan pola asuh permisif. Pada pola asuh kombinasi orang tua akan memberikan larangan jika tindakan anak menurut orang tua membahayakan, membiarkan saja jika tindakan anak masih dalam batas wajar dan memberikan alternatif jika anak paham tentang alternatif yang ditawarkan (Sumitro, 2006). Apabila diterapkan pada balita, pola pengasuhan kombinasi dapat mengakibatkan anak merasa diperhatikan dan disayangi orang tua. Anak dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan baik terhadap siapapun. Dengan demikian anak dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Anak akan mempunyai nafsu makan baik, karena tidak ada tekanan maupun pemaksaan saat pemberian makanan. Anak diberi makanan sehat yang disukai dengan pengawasan orang tua atau pengasuh, sehingga status gizi anak juga tetap terjaga dengan baik.

## 5. Ketersediaan Pangan

Upaya mencapai status gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan yang cukup diperoleh melalui produksi pangan dalam negeri melalui upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayur-mayur, dan buah-buahan. Agar produksi pangan dapat dimanfaatkan setinggi-tingginya perlu diberikan perlakuan pascapanen sebaik-baiknya. Tujuan utama perlakuan pascapanen adalah menyiapkan hasil panen agar tahan disimpan untuk waktu jangka panjang tanpa mengalami kerusakan terlalu banyak dan dapat dipasarkan dalam kondisi baik. Dalam kenyataan perlakuan pascapanen pangan di Indonesia belum dapat dikatakan memuaskan. Banyak bahan pangan yang terbuang mubazir karena perlakuan yang kurang baik dalam berbagai tahap penanganan pascapanen. Kekurangan produksi pangan, bila ada, dipenuhi melalui impor, sedangkan terhadap kelebihan produksi dilakukan ekspor pangan. Impor dan ekspor pangan dilakukan melalui perdagangan (Almatsier, 2001).

## 6. Ketersediaan Waktu

Ketersediaan waktu orang tua untuk mendekati diri kepada anak sangat diperlukan. Walaupun orang tua sangat sibuk dengan aktivitasnya, namun mereka juga harus meluangkan waktu untuk anak-anak mereka, karena anak-anak sangat membutuhkan perhatian dari orang tua. Terlebih ketika anak dalam proses tumbuh kembang, yang membutuhkan perhatian khusus dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi (Saidin, 1998).



Dewasa ini semakin banyak ibu yang berperan ganda, selain sebagai ibu rumah tangga juga berperan sebagai wanita karier. Semua itu guna menciptakan keluarga yang lebih mapan, tetapi juga menimbulkan pengaruh terhadap hubungan dengan anggota keluarga terutama pada anaknya. Seorang ibu yang tidak bekerja dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya. Bertambah luasnya lapangan kerja semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja terutama di sektor swasta. Hal ini berdampak positif pada satu sisi yaitu bagi peningkatan pendapatan, namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pembinaan dan pemeliharaan anak. Perhatian terhadap pemberian makan pada anak yang semakin berkurang, dapat menyebabkan anak menderita gizi kurang yang selanjutnya akan berpegaruh buruk pada tumbuh kembang anak dan perkembangan otak.

#### 7. Pola Konsumsi Makanan

Tingkat konsumsi makanan dipengaruhi oleh tingkat ketersediaan makanan. Anak yang tidak memperoleh makanan yang cukup seimbang, maka daya tahan tubuhnya akan melemah. Dalam keadaan demikian anak mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, sehingga anak kekurangan makan, akhirnya berat badan anak menurun. Apabila keadaan ini terus berlangsung, anak menjadi kurus dan timbul kurang gizi pada anak. Konsumsi makanan juga dipengaruhi oleh pola makan. Pola makan adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam, jenis, dan jumlah bahan makanan yang dimakan setiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Pola makan ini dipengaruhi oleh kebiasaan,



kesenangan, budaya, agama, taraf ekonomi, lingkungan alam, dan lain-lain (Santoso, 2004).

#### 8. Sanitasi

Ketika anak mengalami sakit atau menderita suatu penyakit tertentu, tentunya hal ini dapat menyebabkan kekurangan gizi dan dapat mengganggu proses tumbuh kembang anak (Supariasa, 2002). Sanitasi lingkungan memiliki peran yang cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Kebersihan, baik perorangan maupun lingkungan memegang peranan penting dalam timbulnya penyakit. Akibat dari kebersihan yang kurang maka anak-anak akan sering sakit misalnya diare, kecacingan, tifus, hepatitis, malaria, demam berdarah, dan sebagainya. Apabila anak sering menderita sakit maka tumbuh kembangnya terganggu (Soetjningsih, 1998).

#### 9. Penyakit

Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang buruk dapat mempermudah terkena penyakit infeksi, sehingga penyakit infeksi dengan keadaan gizi merupakan suatu hubungan timbal balik. Penyakit infeksi dapat disebabkan oleh faktor penyebab infeksi, lingkungan (*host*), dan jalannya penularan (Notoatmodjo, 2003). Diare, tuberculosis, campak, dan batuk rejan merupakan penyakit yang umum terkait dengan masalah gizi. Kematian awal di negara berkembang banyak diakibatkan oleh penyakit infeksi (Supariasa, 2002). Setiap tahun kurang lebih sebelas juta balita meninggal. Hal ini disebabkan karena penyakit-penyakit infeksi seperti diare, campak, malaria, ISPA, dan lain-lain, 54%

dari kematian tersebut berkaitan dengan gizi kurang (Syatriani, 2011). Menurut Roosita (dalam Khomsan et al, 2004) status gizi adalah suatu bagian penting dari status kesehatan seseorang, tidak hanya status gizi yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, tapi status kesehatan seseorang juga mempengaruhi status gizinya. Demam, batuk, pilek pada balita akan menyebabkan kurangnya nafsu makan/menimbulkan kesulitan dalam menelan, yang akhirnya akan mengakibatkan status gizi anak/balita menjadi kurang bahkan buruk. Anak yang mengalami penyakit diatas akan mudah menularkan pada anak yang lain jika orang tua memiliki anak usia balita yang banyak dan jarak kelahiran yang dekat. Hal ini disebabkan karena anak usia balita rentan terkena dan tertular penyakit. Penularan penyakit dapat berdampak buruk pada status gizi anaknya.

#### 2.2.4 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi merupakan upaya untuk menginterpretasikan semua informasi yang diperoleh melalui penilaian antropometri, konsumsi makanan, biokimia, dan klinik (Gibson dalam Almatsier, 2011). Penilaian status gizi merupakan penjelasan yang berasal dari kata yang diperoleh dengan menggunakan berbagai macam cara untuk menemukan suatu populasi atau individu yang memiliki risiko status gizi kurang maupun gizi lebih (Hartriyanti dan Triyanti, 2007). Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu penilaian langsung dan tidak langsung.

a. Penilaian Langsung

1) Antropometri

Antropometri merupakan salah satu cara penilaian status gizi yang berhubungan dengan ukuran tubuh yang disesuaikan dengan umur dan tingkat gizi seseorang. Umumnya antropometri mengukur dimensi dan komposisi tubuh seseorang (Supariasa, 2001). Metode antropometri sangat berguna untuk melihat ketidakseimbangan energi dan protein. Akan tetapi, antropometri tidak dapat digunakan untuk mengidentifikasi zat-zat yang spesifik (Gibson, 2005). Penilaian antropometri dilakukan melalui pengukuran dimensi fisik dan komposisi kasar tubuh. Penilaian dilakukan terhadap berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran kepala, lingkaran lengan atas (LLA atau LILA), dan tebal lemak kulit. Penilaian yang dilakukan untuk anak usia kurang dari dua tahun, pengukuran tinggi badan dilakukan dengan mengukur panjang badan dalam keadaan tidur, sedangkan pada usia dua tahun atau lebih, pengukuran dilakukan dengan keadaan berdiri. Tinggi badan juga dapat ditentukan melalui pengukuran tinggi lutut (dengan menggunakan kaki kiri dan sudut 90°) pada orang yang memiliki kelainan tulang belakang atau tidak mampu berdiri tegak (Almatsier, 2011).

2) Klinis

Pemeriksaan klinis merupakan cara penilaian status gizi berdasarkan perubahan yang terjadi yang berhubungan erat dengan kekurangan maupun kelebihan asupan zat gizi. Pemeriksaan klinis dapat dilihat pada jaringan epitel yang terdapat di mata, kulit, rambut, mukosa mulut, dan organ yang dekat dengan permukaan tubuh (kelenjar tiroid) (Hartriyanti dan Triyanti, 2007).

### 3) Biokimia

Pemeriksaan biokimia disebut juga cara laboratorium. Pemeriksaan biokimia adalah pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi adanya defisiensi zat gizi pada kasus yang lebih parah lagi, dimana dilakukan pemeriksaan dalam suatu bahan biopsy sehingga dapat diketahui kadar zat gizi atau adanya simpanan di jaringan yang paling sensitive terhadap deplesi, uji ini disebut uji biokimia statis. Cara lain adalah dengan menggunakan uji gangguan fungsional yang berfungsi untuk mengukur besarnya konsekuensi fungsional dari suatu zat gizi yang spesifik. Untuk pemeriksaan biokimia sebaiknya digunakan perpaduan antara uji biokimia statis dan uji gangguan fungsional (Baliwati, 2004).

### 4) Biofisik

Pemeriksaan biofisik makanan merupakan salah satu penilaian status gizi dengan melihat kemampuan fungsi jaringan dan melihat perubahan struktur jaringan yang dapat digunakan dalam keadaan tertentu, seperti kejadian buta senja (Supariasa, 2001).

## b. Penilaian Tidak Langsung

### 1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan merupakan salah satu penilaian status gizi dengan melihat jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi oleh individu maupun keluarga. Data yang didapat dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif dapat mengetahui jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi, sedangkan data kualitatif dapat diketahui frekuensi makan dan cara seseorang

maupun keluarga dalam memperoleh pangan sesuai dengan kebutuhan gizi (Baliwati, 2004).

## 2) Statistik Vital

Statistik vital merupakan salah satu metode penilaian status gizi melalui data-data mengenai statistik kesehatan yang berhubungan dengan gizi, seperti angka kematian menurut umur tertentu, angka penyebab kesakitan dan kematian, statistik pelayanan kesehatan, dan angka penyakit infeksi yang berkaitan dengan kekurangan gizi (Hartriyanti dan Triyanti, 2007).

## 3) Faktor ekologi

Penilaian status gizi dengan menggunakan faktor ekologi karena masalah gizi dapat terjadi karena interaksi beberapa faktor ekologi, seperti faktor biologis, faktor fisik, dan lingkungan budaya. Penilaian berdasarkan faktor ekologi digunakan untuk mengetahui penyebab kejadian gizi salah (*malnutrition*) di suatu masyarakat yang nantinya akan sangat berguna untuk melakukan intervensi gizi (Supariasa, 2001).

### 2.2.5 Indeks Antropometri

Indeks antropometri merupakan rasio dari satu pengukuran terhadap satu atau lebih pengukuran atau yang dihubungkan dengan umur dan tingkat gizi. Salah satu contoh dari indeks antropometri adalah indeks massa tubuh (IMT) atau yang disebut dengan *Body Mass Index* (Supariasa, 2001).

IMT merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup yang lebih panjang. IMT hanya dapat digunakan untuk orang dewasa yang berumur diatas 18 tahun. Dua parameter yang berkaitan dengan pengukuran indeks massa tubuh terdiri dari:

a. Berat badan

Berat badan merupakan salah satu parameter massa tubuh yang paling sering digunakan yang dapat mencerminkan jumlah dari beberapa zat gizi seperti protein, lemak, air dan mineral. Untuk mengukur indeks massa tubuh, berat badan dihubungkan dengan tinggi badan (Gibson, dalam Almatsier 2011).

b. Tinggi badan

Tinggi badan merupakan parameter ukuran panjang dan dapat merefleksikan pertumbuhan skeletal (tulang) (Hartriyanti dan Triyanti, 2007).

Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-Score) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2005. Penilaian status gizi berdasarkan Z-Score dilakukan dengan cara melihat distribusi normal nilai pertumbuhan seseorang yang diperiksa. Angka ini melukiskan jarak nilai baku median dalam urutan simpangan baku. Nilai Z-Score diperoleh dari hasil pembagian antara



ukuran antropometri (misalnya BB, TB) orang yang diperiksa dengan nilai baku acuan (Supariasa, 2001).

$$Z - \text{Score} = \frac{(\text{nilai perorangan}) - (\text{nilai median baku rujukan})}{\text{simpangan baku populasi}}$$

Selanjutnya berdasarkan nilai Z-Score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut:

a. Berdasarkan indikator BB/U

Berat badan adalah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Ketika berada pada kondisi normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Supariasa, 2002).

Kategori BB/U:

- 1) Kategori gizi buruk, jika Z-Score < -3 SD
- 2) Kategori gizi kurang, jika Z-Score -3 SD sampai dengan < -2 SD
- 3) Kategori gizi baik, jika -2 SD sampai dengan 2 SD
- 4) Kategori gizi lebih, jika > 2 SD (Kemenkes, 2010).

b. Berdasarkan indikator TB/U

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Berdasarkan karakteristik tersebut diatas, maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu. Menurut Beaton dan Bengoa (1973) indeks TB/U dapat memberikan status gizi masa lampau dan status sosial ekonomi (Supariasa, 2002).

Kategori TB/U:

- 1) Kategori sangat pendek, jika Z-Score  $< -3$  SD
- 2) Kategori pendek, jika Z-Score  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD
- 3) Kategori normal, jika Z-Score  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD
- 4) Kategori tinggi, jika Z-Score  $> 2$  SD (Kemenkes, 2010).

c. Berdasarkan indikator BB/TB

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Jelliffe pada tahun 1966 telah memperkenalkan indeks ini untuk mengklasifikasi status gizi. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang). Indeks BB/TB adalah merupakan indeks yang independen terhadap umur.

Berdasarkan sifat-sifat tersebut, indeks BB/TB mempunyai beberapa kelebihan dan kekurangan, seperti yang diuraikan dibawah ini.

Kategori BB/TB:

- 1) Kategori sangat kurus, jika Z-Score  $< -3$  SD
- 2) Kategori kurus, jika Z-Score  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD
- 3) Kategori normal, jika Z-Score  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD
- 4) Kategori gemuk, jika Z-Score  $> 2$  SD (Kemenkes, 2010).

d. Berdasarkan indikator IMT/U

Pengukuran status gizi dilakukan dengan metode antropometri melalui perhitungan indeks IMT/U. IMT/U digunakan untuk anak yang berumur 0-5 tahun dan 5-18 tahun dengan menggunakan Z-Score (Kemenkes, 2010).

Kategori IMT/U anak umur 0-5 tahun:

- 1) Kategori sangat kurus, jika Z-Score  $< -3$  SD
- 2) Kategori kurus, jika Z-Score  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD
- 3) Kategori normal, jika Z-Score  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD
- 4) Kategori gemuk, jika Z-Score  $> 2$  SD

Kategori IMT/U anak umur 5-18 tahun:

- 1) Kategori sangat kurus, jika Z-Score  $< -3$  SD
- 2) Kategori kurus, jika Z-Score  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD
- 3) Kategori normal, jika Z-Score  $-2$  SD sampai dengan  $1$  SD
- 4) Kategori gemuk, jika Z-Score  $> 1$  SD sampai dengan  $2$  SD
- 5) Kategori obesitas, jika Z-Score  $> 2$  SD (Kemenkes, 2010).

Indeks Massa Tubuh diukur dengan cara membagi berat badan dalam satuan kilogram dengan tinggi badan dalam satuan meter kuadrat (Gibson, 2005).

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Untuk mengetahui status gizi seseorang maka ada kategori ambang batas IMT yang digunakan, seperti yang terlihat pada tabel berikut yang merupakan ambang batas IMT untuk Indonesia.

Tabel 2.8 Ambang Batas IMT untuk Indonesia

Kategori		IMT (kg/m <sup>2</sup> )
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,1 – 18,4
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	25,1 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	≥ 27,0

Sumber: Depkes, 2003

Tabel berikutnya memperlihatkan kategori IMT berdasarkan klasifikasi yang telah ditetapkan oleh WHO.

Tabel 2.9 Kategori IMT dari WHO

Kategori	IMT (kg/m <sup>2</sup> )
Underweight	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Overweight	≥ 25,0
Preobese	25,0 – 29,9
Obesitas tingkat 1	30,0 – 34,9
Obesitas tingkat 2	35,0 – 39,9
Obesitas tingkat 3	≥ 40,0

Sumber: WHO (2000) dalam Gibson (2005)

## 2.3 Konsep Pengasuhan Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga

### 2.3.1 Definisi Orang Tua

Menurut Friedman (2010), keluarga merupakan hubungan dua orang atau lebih yang disatukan secara kedekatan dan kebersamaan secara emosional dan mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Sedangkan pengertian orang tua menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) orang tua adalah “ayah ibu kandung, orang yang dianggap tua, orang yang dihormati”, dari pengertian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pengertian orang tua dalam penelitian ini adalah ayah dan ibu dari anak (jika anak itu tinggal bersama ayah dan ibu) atau orang lain yang bertanggung jawab atas pendidikan anak tersebut, wali siswa atau orang tua asuh atau jika anak tersebut tinggal bersama wali. Orang tua dalam hal ini terdiri dari ayah, ibu serta saudara adik dan kakak. Orang tua atau biasa disebut juga dengan keluarga, atau yang identik dengan orang yang membimbing anak dalam lingkungan keluarga.

### 2.3.2 Definisi Pembantu Rumah Tangga

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia pembantu memiliki kata dasar bantu yang artinya tolong, sehingga pembantu memiliki makna orang yang membantu atau orang yang menolong. Pembantu rumah tangga memiliki pengertian orang-orang yang melakukan tugas rumah tangga seperti memasak, mencuci, membersihkan rumah, hingga mengasuh anak majikan serta berbagai tugas lain yang diberikan oleh majikan. Hal ini berarti pembantu memiliki tugas yang bervariasi dan banyak tergantung dari kehidupan rumah tangga majikan



(Astuti, dalam Rady 2015). Pada penelitian ini yang disebut pembantu rumah tangga adalah seseorang yang bekerja dalam sebuah keluarga dengan melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti membersihkan rumah, memasak, mencuci serta memiliki tugas tambahan yakni mengasuh anak.

Peran pembantu rumah tangga sangat penting bagi perawatan anak terutama untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Selain itu untuk dapat meningkatkan status gizi anak, maka pengasuh atau pembantu rumah tangga diharapkan memiliki pengetahuan mengenai pengasuhan anak melalui pelatihan untuk pengasuh atau pembantu rumah tangga. Hal ini juga diperlukan untuk dapat menambah kelekatan hubungan antara pengasuh atau pembantu rumah tangga dengan anak karena kelekatan ini nantinya juga akan mempengaruhi kecocokan antara pengasuh atau pembantu rumah tangga kepada anak sehingga akan memudahkan proses pengasuhan (Kompas, dalam Wijaya, 2009).

### 2.3.3 Definisi Pengasuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia pengasuh memiliki kata dasar asuh yang artinya mengurus, mendidik, melatih, memelihara dan mengajar. Sehingga pengasuh memiliki makna orang yang mengasuh, mengurus, memelihara, melatih dan mendidik. Sedangkan mengasuh diartikan sebagai kegiatan menjaga, merawat dan mendidik anak kecil (KBBI, 2008). Pengasuh merupakan individu yang bertugas mengasuh anak dan dapat berasal dari lembaga profesional ataupun tidak. Pengasuh dapat mencakup pembantu rumah tangga, *baby sitter*, serta *nanny* (Gunarsa, dalam Anindya, tanpa tahun). Tenaga pengasuh



adalah orang yang berkemampuan untuk mengasuh dan merawat anak untuk menggantikan peran orang tua (Direktorat Pendidikan Anak Usia Dini dalam Tanuli, 2012). Menurut ilmu sosial pengasuh memiliki tugas untuk menyediakan kebutuhan fisik (makan), kebutuhan emosi (cinta), perlindungan, keselamatan, keterampilan sosial, moral dan nilai (Brook, dalam Syukur, 2015). Berdasarkan beberapa definisi pengasuh diatas, penulis menyimpulkan bahwa pengasuh adalah tenaga kerja yang berasal dari lembaga profesional atau tidak yang bertugas mengasuh dan merawat anak untuk menggantikan peran orang tua terutama ibu.

Pengasuhan adalah pengetahuan, pengalaman, keahlian dalam melakukan pemeliharaan, perlindungan, pemberian kasih sayang dan pengarahan kepada anak. Pengasuhan sering disebut pula sebagai *child-rearing* yaitu pengalaman, keterampilan, kualitas, dan tanggung jawab sebagai orangtua dalam mendidik dan merawat anak (Hastuti, dalam Syukur, 2015). Myre (dalam Syukur, 2015) menyatakan bahwa pengasuhan ini mencakup beberapa aktivitas yaitu melindungi anak, memberikan perumahan atau tempat perlindungan, pakaian, makanan, merawat anak (termasuk memandikan, mengajarkan cara buang air, dan memelihara ketika anak sakit), memberikan kasih sayang dan perhatian pada anak, berinteraksi dengan anak dan memberikan stimulasi kepadanya, serta memberikan kemampuan sosialisasi dengan budayanya. Sehingga penulis menyimpulkan bahwa pengasuhan orang tua dan pembantu rumah tangga merupakan upaya yang dilakukan oleh orang tua dan pembantu rumah tangga dalam memberikan perlindungan, perawatan, kasih sayang serta perhatian kepada anak.

## **2.4 Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga**

Permasalahan gizi merupakan salah satu masalah kesehatan yang umum terjadi di masyarakat, dimana penyebab timbulnya masalah gizi adalah masalah multifaktorial, sehingga penanggulangan masalah gizi tersebut dapat melibatkan berbagai sektor terkait (Supariasa, 2002). Menurut Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (dalam Supariasa, 2002), saat ini Indonesia tengah mengalami permasalahan gizi ganda, yakni munculnya permasalahan gizi baru berupa gizi lebih disamping permasalahan gizi kurang yang masih belum dapat teratasi secara optimal dan menyeluruh.

Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak khususnya di usia pranatal, bayi, dan remaja membutuhkan asupan berbagai macam zat gizi esensial meliputi protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin, dan air yang harus dikonsumsi secara seimbang dan sesuai dengan kebutuhan pada tahap tumbuh kembangnya. Kurangnya asupan zat gizi tersebut dapat mengakibatkan terganggunya proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Sedangkan asupan gizi yang berlebihan juga dapat menyebabkan dampak buruk bagi kesehatan anak, misalnya terjadi penumpukan kadar lemak yang berlebihan di dalam sel ataupun jaringan sehingga apabila terjadi gangguan kesehatan pada anak juga dapat mempengaruhi tumbuh kembangnya (Supartini, 2004).

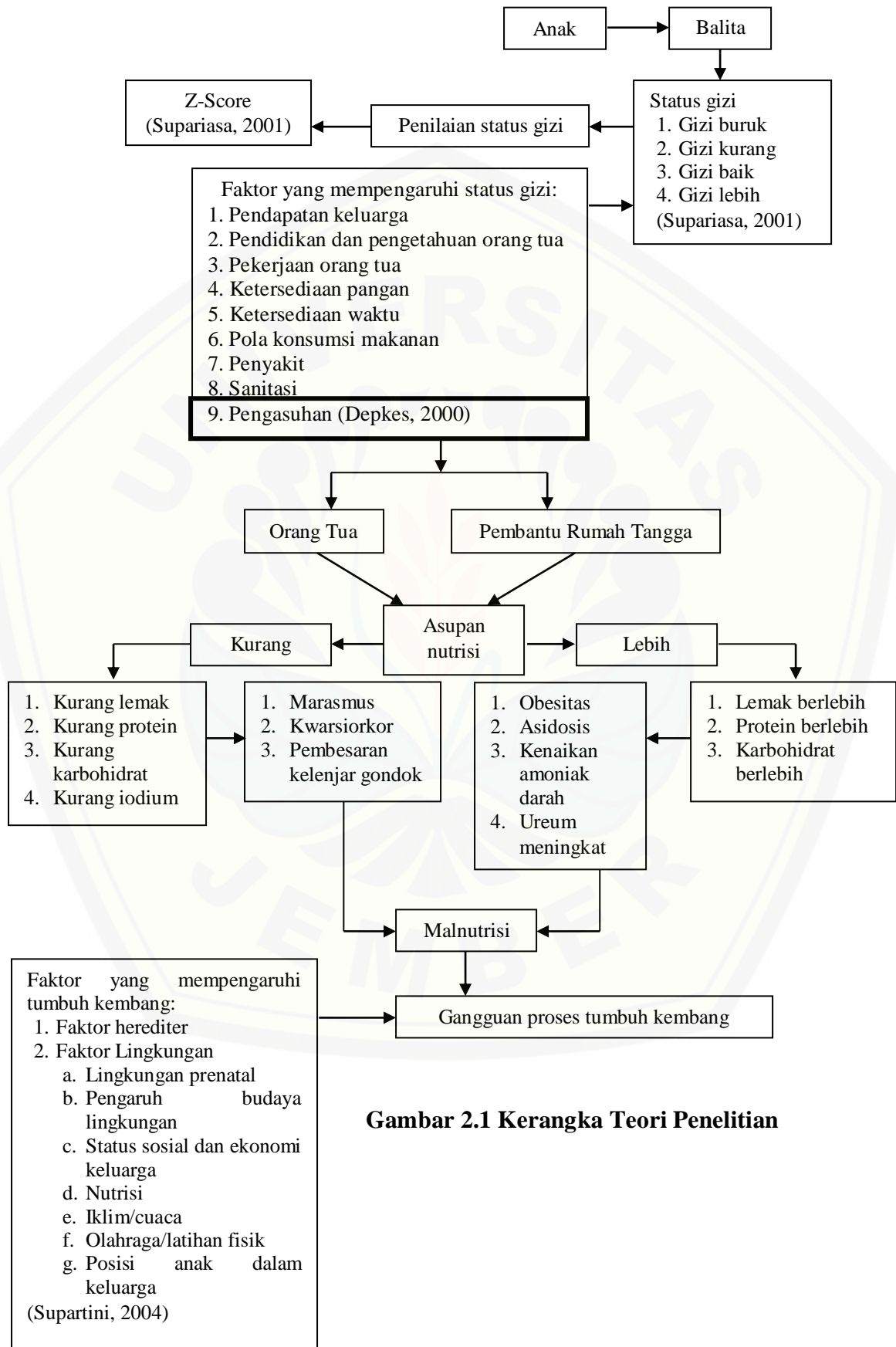
Pemenuhan status gizi anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu pendapatan keluarga, pendidikan dan pengetahuan orang tua, pekerjaan orang tua, budaya, pengasuhan, ketersediaan pangan, ketersediaan waktu, pola konsumsi makanan, sanitasi dan penyakit. Pengasuhan erat kaitannya dengan pola asuh. Setiap individu memiliki cara dan pola tersendiri untuk memberikan pengasuhan terhadap keluarga atau anak. Pola asuh yang diterapkan juga dapat mempengaruhi kelekatan antara anak dengan orang tua atau pengasuh. Menurut Thompson & Goodvin (dalam Santrock, 2007), kelekatan sangat penting bagi perkembangan individu, khususnya kelekatan yang aman, sebab kelekatan yang aman mencerminkan hubungan positif antara anak dan orang tua, dan merupakan pondasi yang mendukung perkembangan sosioemosional yang sehat di tahun-tahun mendatang.

Sears & Sears (2009) menyatakan bahwa menghabiskan waktu bersama dengan anak merupakan prasyarat dalam kelekatan. Seorang ibu merupakan individu pertama yang dapat membangun kelekatan dengan anak, karena umumnya tugas seorang ibu adalah mendidik dan mengasuh anak dirumah, sedangkan seorang ayah yang mencari nafkah untuk kebutuhan keluarga. Namun pada kenyataannya saat ini, tidak hanya laki-laki atau seorang ayah yang bekerja untuk mencari nafkah, peluang kerja untuk wanitapun semakin banyak. Didukung lagi kebutuhan ekonomi yang makin meningkat, menjadi alasan sebagian besar wanita memilih untuk turut bekerja, sehingga konsekuensi dari ibu yang bekerja adalah adanya perubahan kehidupan keluarga. Fenomena seperti ini membuat munculnya kecenderungan orangtua, khususnya ibu, melepas tanggung jawab

pengasuhan. Hal ini menurut Irwanto (dalam Yani dkk, 2011) tentu mengurangi besarnya peran ibu terhadap perkembangan anak yang akan mempengaruhi kualitas perkembangan anak. Terutama bagi balita yang sangat besar ketergantungannya kepada ibu.

Situasi yang mengharuskan orangtua bekerja tersebut, ketika mereka meninggalkan rumah, maka tanggung jawab mengasuh dan mendidik anak secara tidak langsung berpindah kepada orangtua pengganti. Peran orangtua pengganti ini dapat diserahkan kepada keluarga terdekat seperti kakek-nenek, pembantu rumah tangga, *baby sitter*, TPA (Tempat Penitipan Anak), ataupun ke siapapun yang dapat dipercaya oleh orangtua untuk mengasuh anak-anak mereka. Penelitian yang dilakukan *National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)* (dalam Intikhobah, 2009) di Amerika, juga membuktikan bahwa memberikan pengasuhan anak kepada pengasuh anak selain ibu ternyata lebih banyak memberikan dampak negatif, walaupun ditemukan pula dampak positif. Diantaranya dampak negatif dari pengasuhan selain ibu yaitu semakin sering anak dititipkan sebelum usianya 4,5 tahun, akan semakin meningkatkan agresivitas dan ketidakpatuhan anak. Selain itu juga berdampak pada rendahnya keharmonisan interaksi ibu dan anak, munculnya perilaku bermasalah ketika anak menginjak usia dua tahun, dan rendahnya kedekatan hubungan di antara mereka. Sedangkan dampak positif dari pengasuhan orang lain yaitu pengasuh yang mempunyai kualitas pengasuhan yang baik akan meningkatkan kemampuan akademik anak dan membuat hubungan kedekatan ibu dan anak menjadi lebih baik pula.

2.5 Kerangka Teori

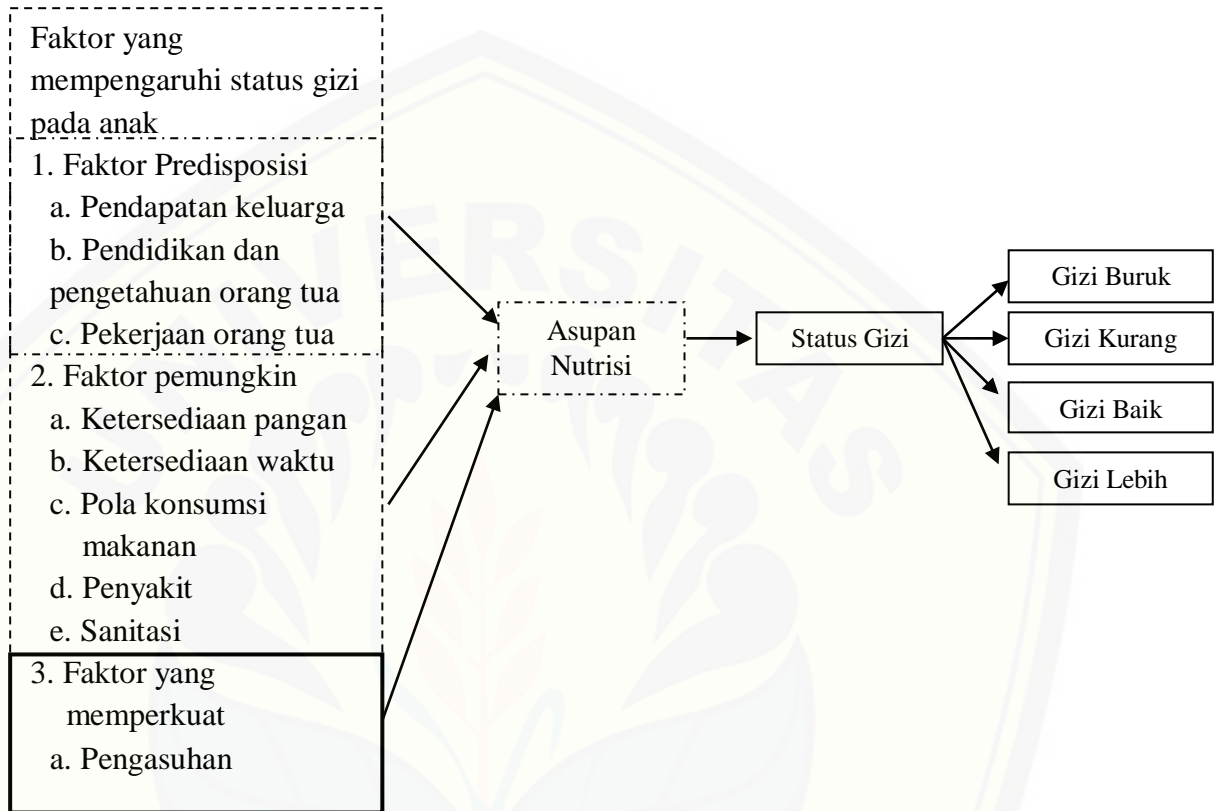


Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian



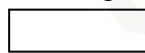
### BAB 3. KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep

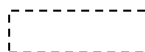


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti



### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pertanyaan mengenai hubungan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. Hipotesis alternatif atau yang biasa disebut dengan hipotesis penelitian ( $H_a$ ) merupakan sebuah jawaban sementara yang menjawab dari rumusan masalah yang dapat menyatakan adanya hubungan, pengaruh, perbedaan antara dua variabel atau lebih (Notoatmodjo, 2012). Adapun hipotesis penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$H_a$ : ada perbedaan status gizi anak usia balita (3-5 tahun) yang diasuh orang tua dan diasuh pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember.

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan komparasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh Oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember. Metode *cross sectional* adalah dimana peneliti mencoba mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dan data yang menyangkut variabel-variabel tersebut akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan, dan tidak ada *follow up* (Setiadi, 2007).

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu sesuai dengan yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu-ibu yang memiliki anak berusia balita yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember, yaitu sebanyak 124 responden.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, dalam Setiadi, 2007). Sampel dari penelitian ini adalah sebagian dari jumlah balita yang ada di Kelurahan Kepatihan. Penghitungan sampel ditentukan berdasarkan rumus yang akan diambil menggunakan rumus Lemeshow (2007) yaitu:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q} \\
 &= \frac{124 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times 123 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} \\
 &= \frac{119,09}{1,2679} \\
 &= 93,92 \\
 &= 94 \text{ (dibulatkan)}
 \end{aligned}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

Z = standar deviasi normal CI 95% bernilai 1,96

d = nilai d mengacu pada derajat ketetapan yang digunakan. Pada penelitian ini derajat ketepatan sebesar 95% sehingga d bernilai 0,05

p = proporsi yang dikehendaki (0,5)

q = 1 - p

Berdasarkan penghitungan sampel di atas, jumlah sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini dengan penghitungan rumus Lemeshow sebesar 94 responden dari jumlah populasi sebanyak 124.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling merupakan tahap menyeleksi dari porsi populasi yang bertujuan agar dapat mewakili populasi. Teknik sampling digunakan untuk pengambilan sampel agar dapat memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan subjek penelitian (Nursalam, 2008).

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *quota sampling*. Teknik ini digunakan untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan (Sugiyono, 2014). Pada penelitian ini jumlah keseluruhan sampel nantinya akan dibagi menjadi dua kelompok sampel yaitu balita yang diasuh oleh orang tua dan balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga, kemudian masing-masing kelompok sampel akan dicari responden sampai memenuhi kuota yang telah ditentukan.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Keluarga yang memiliki anak berusia balita (3-5 tahun);
2. Berdomisili di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember;
3. Balita yang diasuh oleh orang tua (ayah dan ibu kandung/ angkat);
4. Balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga;

5. Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Setiadi, 2007).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Balita dalam keadaan sakit atau sedang dalam perawatan dokter;
2. Balita yang memiliki riwayat penyakit infeksi;
3. Balita yang sedang tidak berada ditempat saat pengambilan data;
4. Ibu yang memiliki balita dengan riwayat BBLR.

#### **4.3 Lokasi Penelitian**

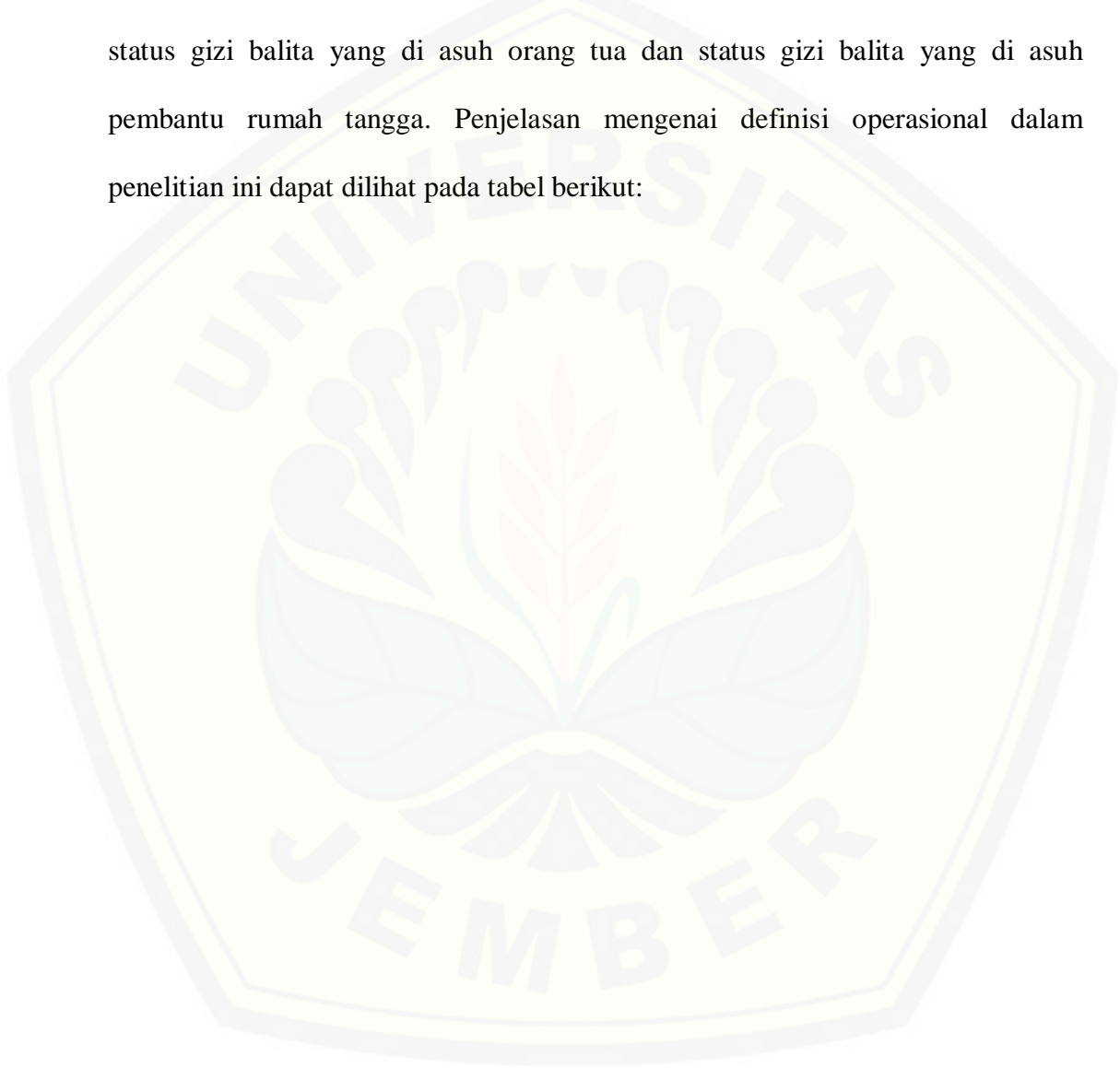
Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini direncanakan pada bulan Februari 2016 - 2019. Pembuatan proposal penelitian dimulai pada bulan Februari sampai dengan September 2016. Waktu pengambilan data penelitian yaitu pada bulan Mei sampai dengan Juni 2017 dan waktu penyelesaian skripsi adalah bulan Juli 2017 sampai dengan Januari 2019.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan pada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2012). Definisi operasional pada penelitian ini meliputi status gizi balita yang di asuh orang tua dan status gizi balita yang di asuh pembantu rumah tangga. Penjelasan mengenai definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:





Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Desain Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Variabel independen: pengasuhan orang tua dan pembantu	Upaya yang dilakukan oleh orang tua dan pembantu rumah tangga dalam memberikan perlindungan, perawatan, kasih sayang serta perhatian kepada anak.	-	Lembar karakteristik responden	Nominal	1. Pengasuhan orang tua (ayah dan ibu kandung/ angkat) 2. Pengasuhan pembantu
2.	Variabel dependen: status gizi balita	Pengukuran status gizi pada anak usia 3-5 tahun menggunakan perbandingan berat badan dan umur untuk mengetahui posisi status gizi anak.	Pengukuran status gizi dengan standar rumus BB/U	KMS dan tabel penilaian status gizi balita menggunakan indikator BB/U	Ordinal	1. Gizi buruk (< -3 SD) 2. Gizi kurang (-3 SD sampai dengan < -2 SD) 3. Gizi baik (-2 SD sampai dengan 2 SD) 4. Gizi lebih (> 2 SD)

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk menganalisis permasalahan dalam penelitian ini adalah:

#### a. Data primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Budiarto, 2002). Data ini didapatkan langsung dari responden. Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil pengukuran status gizi yaitu menggunakan rumus  $Z$ -score dengan indikator BB/U, sedangkan berat badan dilihat dari KMS balita berdasarkan angka terakhir penimbangan dan data pengasuh di peroleh dari lembar karakteristik responden.

#### b. Data sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain terkait badan atau instansi atau lembaga yang secara rutin melakukan pengumpulan data (Setiadi, 2007). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data status gizi balita di Kabupaten Jember yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan data jumlah balita yang diperoleh dari Puskesmas Jember Kidul.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Budiarto (2002) memaparkan pengumpulan data sebagai suatu proses pendekatan kepada subjek dan pengumpulan karakteristik subjek dalam penelitian. Alur pengambilan data tersebut melalui dua tahap yaitu:

- a. Tahap perijinan, meliputi:
  1. Peneliti mengajukan surat untuk mendapatkan surat ijin penelitian dari institusi pendidikan;
  2. studi pendahuluan diajukan kepada BAKESBANGPOL;
  3. studi pendahuluan diajukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mendapatkan surat pengantar ke Puskesmas Jember Kidul;
  4. ijin penelitian diajukan kepada Puskesmas Jember Kidul.
- b. Tahap pelaksanaan, meliputi:
  1. Peneliti mencantumkan data nama balita dalam lembar untuk memudahkan peneliti dalam melakukan pengumpulan data;
  2. peneliti menetapkan nama-nama balita yang terpilih menjadi sampel penelitian;
  3. peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta memberikan lembar *informed consent*;
  4. responden yang bersedia menandatangani *informed consent* diminta untuk mengisi lembar data yang berisi karakteristik responden;
  5. lembar data karakteristik responden yang telah dilengkapi kemudian dikumpulkan kembali kepada peneliti;
  6. peneliti menimbang berat badan balita di posyandu secara bersamaan;
  7. hasil berat badan balita di input ke tabel Z-Score.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

##### a. Lembar tabel Z-Score

Lebar tabel Z-Score digunakan untuk melakukan pengumpulan data pada variabel dependen.

##### b. Lembar karakteristik responden

Karakteristik responden meliputi nama, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, status terhadap balita, identitas balita meliputi nama, jenis kelamin, tempat/tanggal lahir, usia, alamat, berat badan.

### 4.7 Rencana Pengolahan Data

Menurut Setiadi (2007), pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh ringkasan data berdasarkan data mentah yang diperoleh, pengolahan data ini dilakukan dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

#### 4.7.1 *Editing*/memeriksa

Kegiatan ini meliputi pemeriksaan kembali daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh peneliti dimana peneliti memeriksa kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, relevansi jawaban dari responden. Dalam penelitian ini pengisian lembar pengamatan mengenai status gizi dilakukan oleh peneliti sendiri yang didapatkan langsung dari responden.

#### 4.7.2 Coding/Memberi Tanda Kode

*Coding* adalah kegiatan mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden ke dalam kategori (Setiadi, 2007). Hal ini dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data. Pemberian *coding* dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu pengasuh, dan variabel dependen status gizi pada balita menurut indikator BB/U.

- a. Variabel independen terbagi atas dua kategori yaitu balita yang diasuh oleh orang tua yang diberi kode 1 dan balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga yang diberi kode 2;
- b. Variabel dependen terbagi empat kategori yaitu gizi buruk dengan kriteria  $< -3$  SD diberi kode 1, gizi kurang dengan kriteria  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD diberi kode 2, gizi baik dengan kriteria  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD diberi kode 3, dan gizi lebih dengan kriteria  $> 2$  SD diberi kode 4.

#### 4.7.3 Entry/Entri Data

*Entry* adalah kegiatan memasukkan data yang diperoleh ke dalam mesin pengolah data di komputer yaitu program SPSS dan kemudian diolah sehingga hasil dari pengolahan data tersebut menjadi informasi bagi peneliti (Notoatmodjo, 2012). Peneliti memasukkan data-data yang sudah terkumpul ke dalam program komputer dan dalam proses ini ketelitian dari peneliti sangat diperlukan.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* merupakan pemeriksaan kembali data-data yang dimasukkan ke dalam program komputer untuk melihat adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dikoreksi (Notoatmodjo, 2012). Data diperiksa kembali atau dikoreksi untuk melihat adanya kesalahan atau data yang tidak dibutuhkan untuk dihapus melalui program komputer.

### 4.8 Analisis Data

#### 4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang memiliki tujuan untuk menjelaskan distribusi frekuensi dan presentase variabel pada setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat pada penelitian ini dapat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden, yaitu usia balita (dalam bulan), jenis kelamin, pengasuh balita, pendidikan pengasuh, status gizi balita, frekuensi balita bersama pengasuh dalam sehari, frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari, frekuensi balita sakit dalam satu bulan terakhir.

#### 4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisa yang mempunyai tujuan untuk mengetahui dugaan hubungan atau korelasi antara dua variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan Uji *Chi Square* karena



uji ini merupakan uji yang digunakan untuk mengetahui perbedaan proporsi dua atau lebih kelompok sampel dengan variabel kategorik (Hastono, 2007).

#### 4.9 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian menurut Potter dan Perry (2005) adalah sebagai berikut:

##### 4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed consent*)

Sebelum dilakukan penelitian, responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, dan manfaat menjadi responden dalam penelitian ini. Orang tua atau pembantu rumah tangga diberikan hak untuk menerima atau menolak menjadi responden dalam penelitian ini, setelah dijelaskan hak dan kewajiban responden dan peneliti. Responden yang bersedia akan menandatangani lembar *inform consent*.

##### 4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Anonymity merupakan suatu bentuk jaminan kerahasiaan dengan tidak mencantumkan identitas responden. Penggunaan *anonymity* pada penelitian ini dilakukan dengan cara menggunakan kode dan alamat responden pada lembar observasi dan mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai responden.

#### 4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Peneliti menjamin bahwa informasi yang diberikan tidak akan diakses orang lain selain peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan pada hasil riset sesuai dengan yang dibutuhkan dalam penelitian. Publikasi akan dilakukan apabila terkait dengan penelitian dan dengan persetujuan responden.

#### 4.9.4 Asas Kemanfaatan

Peneliti harus mempertimbangkan manfaat dan dampak atau risiko dari penelitian yang akan dilakukan. Penelitian yang dilakukan harus memiliki manfaat yang maksimal khususnya bagi responden, peneliti hendaknya meminimalisasi dampak yang dapat merugikan responden (Notoatmojo, 2012).

#### 4.9.5 Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subyek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jender, agama, dan sebagainya (Notoatmojo, 2012). Peneliti dalam penelitian ini memberikan perlakuan yang sesuai dan sama terhadap responden penelitian dengan tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden lain. Peneliti memberikan *reinforcement* positif kepada semua responden yang telah mengikuti kegiatan penelitian dari awal hingga akhir penelitian.

## BAB 6. PENUTUP

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

- a. Rata-rata usia balita pada penelitian ini adalah 45,52 bulan dengan usia yang paling banyak ditemukan adalah 37 bulan. Tingkat pendidikan orang tua dan pembantu rumah tangga paling banyak adalah SMA/ sederajat, yaitu sebanyak 52,1% (49 orang) sedangkan tingkat pendidikan yang paling sedikit adalah Perguruan Tinggi/Akademi, yaitu sebanyak 5,3% (5 orang).
- b. Status gizi balita yang diasuh orang tua 59,6% (28 balita) berstatus gizi baik dan sisanya sebanyak 40,4% (19 balita) mengalami masalah gizi buruk, kurang dan lebih.
- c. Status gizi balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga 42,6% (20 balita) berstatus gizi baik dan sisanya sebanyak 57,4% (27 balita) mengalami masalah gizi buruk, kurang dan lebih.
- d. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara status gizi balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember ( $p \text{ value} = 0,276 > \alpha = 0,05$ ).

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan pada penelitian ini yang berjudul perbedaan status gizi anak usia balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

### 6.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengetahuan pentingnya pengasuhan pada anak balita terutama usia prasekolah. Meski hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap dua kelompok sampel, akan tetapi pentingnya pengasuhan oleh orang tua terutama ibu secara langsung kepada anak juga dapat mempengaruhi status gizi anak tersebut. Hasil penelitian yang diperoleh dapat dijadikan bahan dan acuan untuk mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lainnya yang dapat mempengaruhi status gizi anak usia balita. Penelitian lanjutan perlu untuk dilakukan agar lebih menyempurnakan pembahasan mengenai status gizi anak usia balita khususnya usia prasekolah. Selain itu juga perlu dilakukan perluasan wilayah penelitian agar hasil penelitian nantinya dapat menggambarkan secara lebih jelas mengenai permasalahan yang ada.

### 6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai penambah pengetahuan bahwa faktor pengasuhan pada balita juga penting bagi perkembangan status gizi balita. Hal ini dapat ditunjukkan berdasarkan hasil penelitian, jumlah balita dengan status gizi baik terbanyak adalah balita yang diasuh oleh orang tuanya sendiri terutama ibu, sehingga diharapkan hal ini dapat menambah pengetahuan mengenai pentingnya seorang ibu dalam memberikan pengasuhan secara langsung kepada balitanya.

### 6.2.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu masyarakat dalam memahami pentingnya pengasuhan yang baik dari orang tua kepada anak yang akan berdampak pula secara langsung pada peningkatan status gizi pada anak. Sehingga permasalahan kesehatan pada anak khususnya permasalahan status gizi dapat diminimalisir dengan baik. Meskipun hasil dari penelitian ini secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan status gizi balita yang diasuh oleh orang tua maupun pembantu rumah tangga, akan tetapi secara kuantitas, balita yang diasuh oleh orang tua lebih baik dibandingkan dengan balita yang diasuh oleh pembantu rumah tangga. Masyarakat perlu mengetahui bahwa balita yang mendapatkan kasih sayang dan pengasuhan dari orang tuanya secara langsung akan memiliki perbedaan tumbuh kembang baik secara psikis dan kognitif dibandingkan dengan balita yang tumbuh dan diasuh oleh pembantu rumah tangga.

#### 6.2.4 Bagi Institusi Keperawatan

Perawat dapat mengaplikasikan perannya sebagai *educator*/pendidik dalam memberikan pendidikan mengenai pentingnya pemenuhan status gizi bagi balita. Sehingga orang tua dapat membantu balita khususnya usia prasekolah untuk mengembangkan kebiasaan makan yang sehat serta mencegah terjadinya defisiensi dan kelebihan nutrisi yang dapat berdampak pada permasalahan status gizi balita.





**DAFTAR PUSTAKA**

- Almarita & Fallah. 2004. *Pengaruh Resiko Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil terhadap Berat Bayi Rendah*. Universitas Sumatera Utara. [Tesis]. [Serial Online] <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14653/1/09E01038.pdf> [15 September 2017]
- Almatsier, Sunita. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, Sunita. 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ambarwati, F. D., & Handoko, L. S. 2011. *Apa Kata Pakar: Golden Age. Platinum Mom for Platinum Geeration*, edisi 7. [Serial Online] [www.kalbenutritionals.com](http://www.kalbenutritionals.com). [18 Oktober 2016]
- Anindya, dkk. Tanpa Tahun. *Kelekatan Balita pada Orang Tua Kandung dan Tetangga*. Universitas Brawijaya. [Skripsi]. [Serial Online] <http://psikologi.ub.ac.id/wp-content/uploads/2013/10/JURNAL-TRAH-GITA-ANINDYA-0811233055.pdf> [24 Oktober 2016 ]
- Arisman. 2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Jakarta: EGC.
- Baharuddin dan Esa Nur Wahyuni. 2009. *Teori Belajar dan Pembelajaran*. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.
- Baliwati. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI. 2000. *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Direktorat Gizi Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

- Devi, Nirmala. 2010. *Nutrition and Food Gizi untuk Keluarga*. Jakarta: PT Kompas Media Nusantara.
- Dinkes Jember. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2015*. Jember, Jawa Timur.
- Fairus, M. & Prasetyowati. 2011. *Gizi dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Fristi, Widya, dkk. 2014. *Perbandingan Tumbuh Kembang Anak Toddler yang Diasuh Orang Tua dengan Diasuh Selain Orang Tua*. [Serial Online] <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=186719&val=6447&title=Perbandingan%20tumbuh%20kembang%20anak%20toddler%20yang%20diasuh%20%20Orang%20tua%20dengan%20diasuh%20selain%20orang%20tua> [02 November 2016]
- Hamdani, M. Firman. 2014. *Hubungan Jumlah Anak dalam Keluarga dengan Status Gizi pada Balita di Desa Plalangan Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. [Skripsi]
- Hartriyanti, Y. & Triyanti. 2007. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Hastono, Sutanto. 2007. *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Intikhobah, Iftitah. 2009. *Perbedaan Perkembangan Anak Usia 24-36 Bulan yang Berada di Tempat Penitipan Anak (TPA) dan di Rumah yang Diasuh oleh Pembantu Rumah Tangga*. [Serial Online]. [http://unicat.uin-malang.ac.id/index.php/index.php?p=show\\_detail&id=2374](http://unicat.uin-malang.ac.id/index.php/index.php?p=show_detail&id=2374) [21 Oktober 2016]
- Istiyani, Ari & Rusilanti. 2013. *Gizi Terapan*. Jakarta: Remaja Rosdakarya.
- Khomsan, Setiawan *et al.* 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. [Serial Online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatim/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf>. [18 Agustus 2016]
- Manalu, Ade. 2008. Pola Makan dan Penyapihan serta Hubungannya dengan Status Gizi Batita di Desa Palip Kecamatan Silima Pungga-Pungga Kabupaten Dairi Tahun 2008. [Serial Online] <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14653/1/09E01038.pdf> [18 Agustus 2016]
- Marimbi. 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Maulana, Agung. 2013. *Hubungan Keaktifan Ibu Dalam Posyandu Dengan Penurunan Jumlah Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Desa SukoJember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember*. [Skripsi] [Serial Online] <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/3061/Agung%20Maulana%20-%20082310101070.pdf?sequence=1> [08 September 2016].
- Mustikasari, Siwi. 2014. *Pengaruh Discharge Planning Terhadap Kesiapan Keluarga Dalam Menghadapi Perawatan Di Rumah Pada Pasien Anak Dengan Diagnosa Pneumonia Di RSD dr. Soebandi Jember*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. [Skripsi].
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, G. I. 2009. *Etiologi dan Patofisiologi Obesitas*. Jakarta: Sagung Seto.
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Papalia, D. E., Old, S. W., & Feldman, R. D. 2008. *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Edisi ke-9. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Permana, W. E. 2011. *Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Kurang Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas baturaden II*. Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto. [Skripsi]

- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Proverawati, Asfuah S. 2009. *Buku Ajar Gizi untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pudjiadi, Solihin. 2003. *Ilmi Gizi Klinik pada Anak*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Rady, Fran. 2015. *Perlindungan Hukum terhadap Pembantu Rumah Tangga di Kota Bandar Lampung*. Universitas Lampung. [Skripsi]. [Serial Online] <http://digilib.unila.ac.id/11929/> [02 November 2016]
- Rahmawati, D. 2006. *Status Gizi dan Perkembangan Anak di Taman Pendidikan Karakter Semai Benih Bangsa Sutera Alam, Desa Sukamantri, Kecamatan Tamansari, Bogor*. Institut Pertanian Bogor. [Skripsi]. [Serial online] [http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/1673/Rahmawati.%20Dina\\_A2006.pdf](http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/1673/Rahmawati.%20Dina_A2006.pdf) [10 Juli 2016]
- Risikesdas, 2007. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [Serial online] <http://fisio-poltekesolo.ac.id/fisioterapi/images/stories/laporanNasional.pdf> [10 Juli 2016]
- Rusmil, Kusnandi. 2008. *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. [Serial online] <http://www.aqilaputri.rachdian.com/index2.php?option=com> [15 September 2017]
- Santoso, S, dkk. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Cetakan kedua. Jakarta: PT. Asdi Mahastya.
- Santrock, John W. 2012. *Perkembangan Masa Hidup. Ed 13. Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.
- Saputra, Fauzi, dkk. 2015. *Perbedaan Tumbuh Kembang Anak Toddler yang Diasuh Orang Tua dengan yang Dititipkan Ditempat Penitipan Anak (TPA)*. Universitas Riau. [Skripsi] [Serial Online] <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/8276> [25 Desember 2018]
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.



- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Soetjiningsih. 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Soetjiningsih. 2008. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih & Ranuh, N. Gde. 2013. *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian kuantitatif Kualitatif R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Method)*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sulistyawati, A. 2014. *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Sumitro, dkk. 2006. *Pengantar Ilmu Pendidikan*. Yogyakarta: UNY.
- Supariasa. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Supariasa. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Suyatno. 2009. *Menjelajah Pembelajaran Inofatif*. Sidoarjo: Masmmedia Buana Pusaka.
- Syatriani, S. 2011. *Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Bayi di Kelurahan Bira Kota Makassar Tahun 2010*. Media Gizi Pangan. [Skripsi] [Serial on line] [jurnalmediagizipangan.files.wordpress.com/2012/03/10-faktor-yang-berhubungan-dengan-status-gizi-bayi-di-kelurahan-bira-kota-makassar-tahun-2010.pdf](http://jurnalmediagizipangan.files.wordpress.com/2012/03/10-faktor-yang-berhubungan-dengan-status-gizi-bayi-di-kelurahan-bira-kota-makassar-tahun-2010.pdf) [10 April 2016]

- Triana, N. 2010. *Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Gizi Buruk di PNPM. Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Pedesaan.* [Serial Online] <http://www.pnpm-perdesaan.or.id/admin/upload/files/juknis%20-%20Gizi%20Buruk%20-%20draft%20finish.pdf> [08 September 2016]
- Wijaya, Devi Mayasari. 2009. *Perbedaan Status Gizi Batita (1-3 tahun) yang Diasuh Ibu dengan yang Diasuh Pembantu Rumah Tangga di Posyandu Kemala Kelurahan Barusari Kecamatan Semarang Selatan Kota Semarang.* [Serial Online] <http://lib.unnes.ac.id/2443/1/4610.pdf> [24 Oktober 2016]
- Wong, D. L. et al. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, Vol.I.* Jakarta: EGC.
- Wulandari, Dewi & Erawati, Meira. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Anak.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Yani, dkk. 2011. *Peran Ibu Balita dalam Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun di Desa Manggis Kecamatan Ngancar Kabupaten Kediri. Jurnal Volume II Nomor Khusus Hari Kesehatan Internasional.* <http://suaraforikes.webs.com/volume2%20nomorkhusus-HKI.pdf> [24 Oktober 2016]





# LAMPIRAN

Lampiran A: Lembar *Informed*

**KODE RESPONDEN:**

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Reny Dwi Nurmasari  
NIM : 122310101032  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Kalimantan IV, Blok D67, Kecamatan Sumbersari,  
Kabupaten Jember

Bermaksud untuk melaksanakan penelitian dengan judul “Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada perbedaan status gizi balita yang diasuh oleh orang tua dan pembantu rumah tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember. Pada penelitian ini, peneliti akan menimbang berat badan balita kemudian memberikan lembar kuisisioner mengenai identitas dan pertanyaan seputar balita.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden maka saya mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan saya, lampiran, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, ..... 2017

Reny Dwi Nurmasari  
NIM 122310101032

Lampiran B: Lembar *Consent*

**KODE RESPONDEN:**

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Reny Dwi Nurmasari

NIM : 122310101032

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh  
Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan  
Kepatihan Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun pada subjek penelitian, subjek penelitian dapat menolak jika tidak bersedia dengan tidak ada ancaman atau efek apapun. Kerahasiaan sepenuhnya akan dijamin oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang terkait dengan penelitian diatas dan sata diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban dari pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sebenar-benarnya dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember, ..... 2017

(.....)

Lampiran C: Lembar Data Karakteristik Responden

**KODE RESPONDEN:**

**Petunjuk Pengisian:**

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dari kuisisioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Ibu/Pengasuh paling sesuai dengan kondisi yang dialami Balita/Ibu/Pengasuh dengan cara memberikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang dipilih.
4. Kolom Kode Responden dan Status Gizi Balita akan diisi oleh peneliti.

**A. IDENTITAS PENGASUH**

Nama : .....

Usia : .....

Pekerjaan : .....

Pendidikan terakhir : .....

Status terhadap Balita : .....

**B. IDENTITAS BALITA**

Nama : .....

Jenis kelamin : .....

Tempat/tanggal lahir : .....

Usia (dalam bulan) : .....

Alamat : .....

**C. STATUS GIZI BALITA**

Berat badan : .....

Tinggi badan : .....

**D. DAFTAR PERTANYAAN****KETERSEDIAAN WAKTU**

1. Siapa yang merawat anak sehari-hari?
  - a. Ibu
  - b. Pembantu rumah tangga
  - c. Lain-lain
2. Berapa lama dalam sehari ibu bersama anak?
  - a.  $\pm 8$  jam
  - b. Selalu bersama anak setiap saat
  - c. Tidak pasti
3. Berapa lama dalam sehari PRT mengasuh anak?
  - a.  $\pm 8$  jam
  - b. Selalu bersama anak setiap saat
  - c. Tidak pasti
4. Berapa lama dalam sehari anak ditinggal ibu bekerja?
  - a.  $< 8$  jam
  - b.  $\geq 8$  jam
  - c. Tidak pasti

**POLA KONSUMSI MAKANAN**

5. Berapa kali dalam sehari anak diberi makanan pokok?
  - a.  $< 3$  x
  - b.  $\geq 3$  x
  - c. Tidak pasti
6. Jenis makanan apa yang diberikan kepada anak?
  - a. 4 sehat 5 sempurna
  - b. Makanan instan
  - c. Tidak pasti
7. Apakah anak selalu menghabiskan makanannya?
  - a. Ya
  - b. Tidak
  - c. Tidak pasti

## Lampiran D: Lembar Penilaian Status Gizi

Nama :  
Tempat, Tanggal lahir :  
Alamat :  
Jumlah saudara :  
BB/Usia : kg/bulan

Nama	Berat badan dan penghitungan Z-Score	Status gizi	Analisis
		<input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Gizi kurang <input type="checkbox"/> Gizi normal <input type="checkbox"/> Gizi lebih	



## Lampiran E: Surat Ijin Studi Pendahuluan



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

Nomor : 2092/UN25.1.14/SP/2016

Jember, 26 Mei 2016

Lampiran : -

Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

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

nama : Reny Dwi Nurmasari

N I M : 122310101032

keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

judul penelitian : Hubungan Usia Penyapihan dengan Status Gizi pada Anak Usia Balita

lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

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

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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

## Lampiran F: Surat Pernyataan Rekomendasi telah Studi Pendahuluan



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS JEMBER KIDUL**  
 Alamat: Jl. KH.Shidiq 78 jember telp. (0331) 424744  
 JEMBER

Kode pos 68131

Jember, 3 Februari 2017

Nomor : 445/18/414.46/2017  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Pemberitahuan Selesai Melaksanakan  
Studi Pendahuluan

**KEPADA**  
 Yth. Ketua Program Studi  
 Ilmu Keperawatan  
 Universitas Jember  
 di

**JEMBER**

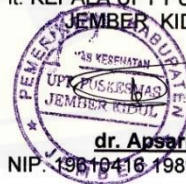
Memperhatikan surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tanggal 2 Juni 2016 Nomor : 440/21652/414/2016 perihal ijin studi pendahuluan, maka dengan ini kami memberitahukan bahwa yang tersebut di bawah ini

Nama : Reny Dwi Nurmasari  
 NIM : 122310101032  
 Alamat : Jl. Kalimantan no. 37  
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah selesai melaksanakan studi pendahuluan di Puskesmas Jember Kidul dengan judul " Hubungan Usia Penyapihan dengan Status Gizi pada Anak Usia Balita di Kelurahan Jember Kidul".

Demikian surat pemberitahuan dari kami dan terima kasih.

Pit. KEPALA UPT PUSKESMAS  
 JEMBER KIDUL



NIP. 196104161989022003

## Lampiran G: Surat Ijin Penelitian

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

---

Nomor : 2177/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 2 Juni 2017  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Jember

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

nama : Reny Dwi Nurmasari  
N I M : 122310101032  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Perbedaan Status Gizi Balita yang Diasuh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember  
lokasi : Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan  
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.  
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

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

Lampiran H: Analisis Data

1. Karakteristik Responden

a. Usia Balita

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia balita dalam bulan * Pengasuh balita	94	100.0%	0	.0%	94	100.0%

Usia balita dalam bulan \* Pengasuh balita Crosstabulation

		Pengasuh balita		Total	
		Pembantu	Orang tua		
Usia balita dalam bulan	37	Count	7	7	14
		% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%
	38	Count	3	2	5
		% within Usia balita dalam bulan	60.0%	40.0%	100.0%
	39	Count	3	3	6
		% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%
	40	Count	2	2	4
		% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%
	41	Count	3	2	5
		% within Usia balita dalam bulan	60.0%	40.0%	100.0%
	42	Count	4	2	6
		% within Usia balita dalam bulan	66.7%	33.3%	100.0%



43	Count	4	3	7
	% within Usia balita dalam bulan	57.1%	42.9%	100.0%
44	Count	3	2	5
	% within Usia balita dalam bulan	60.0%	40.0%	100.0%
45	Count	0	2	2
	% within Usia balita dalam bulan	.0%	100.0%	100.0%
46	Count	1	2	3
	% within Usia balita dalam bulan	33.3%	66.7%	100.0%
47	Count	3	0	3
	% within Usia balita dalam bulan	100.0%	.0%	100.0%
48	Count	1	4	5
	% within Usia balita dalam bulan	20.0%	80.0%	100.0%
49	Count	1	0	1
	% within Usia balita dalam bulan	100.0%	.0%	100.0%
50	Count	2	1	3
	% within Usia balita dalam bulan	66.7%	33.3%	100.0%
51	Count	1	3	4
	% within Usia balita dalam bulan	25.0%	75.0%	100.0%
52	Count	0	2	2
	% within Usia balita dalam bulan	.0%	100.0%	100.0%
53	Count	1	1	2
	% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%

54	Count	2	1	3
	% within Usia balita dalam bulan	66.7%	33.3%	100.0%
55	Count	1	1	2
	% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%
56	Count	0	2	2
	% within Usia balita dalam bulan	.0%	100.0%	100.0%
57	Count	1	1	2
	% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%
59	Count	0	1	1
	% within Usia balita dalam bulan	.0%	100.0%	100.0%
60	Count	4	3	7
	% within Usia balita dalam bulan	57.1%	42.9%	100.0%
Total	Count	47	47	94
	% within Usia balita dalam bulan	50.0%	50.0%	100.0%

## b. Jenis Kelamin

## Jenis kelamin balita \* Pengasuh balita Crosstabulation

			Pengasuh balita		Total
			Pembantu	Orang tua	
Jenis kelamin balita	Laki-laki	Count	19	29	48
		% within Jenis kelamin balita	39.6%	60.4%	100.0%
	Perempuan	Count	28	18	46
		% within Jenis kelamin balita	60.9%	39.1%	100.0%



Total	Count	47	47	94
	% within Jenis kelamin balita	50.0%	50.0%	100.0%

## c. Tingkat Pendidikan Pengasuh Balita

## Pendidikan formal pengasuh \* Pengasuh balita Crosstabulation

			Pengasuh balita		Total
			Pembantu	Orang tua	
Pendidikan formal pengasuh	SD	Count	10	4	14
		% within Pendidikan formal pengasuh	71.4%	28.6%	100.0%
	SMP	Count	15	11	26
		% within Pendidikan formal pengasuh	57.7%	42.3%	100.0%
	SMA	Count	21	28	49
		% within Pendidikan formal pengasuh	42.9%	57.1%	100.0%
	PT	Count	1	4	5
		% within Pendidikan formal pengasuh	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	47	47	94
		% within Pendidikan formal pengasuh	50.0%	50.0%	100.0%

## d. Ketersediaan Waktu

Ketersediaan Waktu \* Pengasuh balita Crosstabulation

			Pengasuh balita		Total
			Pembantu	Orang tua	
Ketersediaan Waktu	Tidak pasti	Count	4	1	5
		% within Ketersediaan Waktu	80.0%	20.0%	100.0%
	Kurang lebih 8 jam	Count	30	0	30
		% within Ketersediaan Waktu	100.0%	.0%	100.0%
	Selalu bersama	Count	13	46	59
		% within Ketersediaan Waktu	22.0%	78.0%	100.0%
Total		Count	47	47	94
		% within Ketersediaan Waktu	50.0%	50.0%	100.0%

## e. Frekuensi Balita Makan Makanan Pokok dalam Sehari

Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari \* Pengasuh balita Crosstabulation

			Pengasuh balita		Total
			Pembantu	Orang tua	
Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari	Tidak pasti	Count	6	6	12
		% within Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari	50.0%	50.0%	100.0%
	Kurang dari 3 kali	Count	17	11	28
		% within Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari	60.7%	39.3%	100.0%
	>= 3 kali	Count	24	30	54

	% within Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari	44.4%	55.6%	100.0%
Total	Count	47	47	94
	% within Frekuensi balita makan makanan pokok dalam sehari	50.0%	50.0%	100.0%

## f. Status Gizi Balita

Status gizi balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gizi buruk	14	14.9	14.9	14.9
	Gizi kurang	19	20.2	20.2	35.1
	Gizi baik	48	51.1	51.1	86.2
	Gizi lebih	13	13.8	13.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	


2. Analisis Statistik

a. Perbedaan Status Gizi Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga

Pengasuh balita \* Status gizi balita Crosstabulation

			Status gizi balita				Total
			Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih	
Pengasuh balita	Pembantu	Count	9	12	20	6	47
		Expected Count	7.0	9.5	24.0	6.5	47.0
		% within Pengasuh balita	19.1%	25.5%	42.6%	12.8%	100.0%
	Orang tua	Count	5	7	28	7	47
		Expected Count	7.0	9.5	24.0	6.5	47.0
		% within Pengasuh balita	10.6%	14.9%	59.6%	14.9%	100.0%
Total	Count	14	19	48	13	94	
	Expected Count	14.0	19.0	48.0	13.0	94.0	
	% within Pengasuh balita	14.9%	20.2%	51.1%	13.8%	100.0%	

## Lampiran I: Surat Selesai Penelitian


**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS JEMBER KIDUL**  
 Alamat: Jl. KH.Shidiq 78 jember telp. (0331) 424744  
 JEMBER

Kode pos 68131

---

Jember, 17 Juli 2017

**Nomor** : 4451/630/1311.05/2017  
**Sifat** : Penting  
**Lampiran** : -  
**Perihal** : Pemberitahuan Selesai  
Melaksanakan Penelitian


**KEPADA**  
 Yth. Ketua Program Studi  
 Ilmu Keperawatan  
 Universitas Jember  
 di  
JEMBER

Memperhatikan surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
 tertanggal 3 Juli 2017 Nomor : 440/23569/311/2017 perihal ijin penelitian,  
 maka dengan ini kami memberitahukan bahwa yang tersebut di bawah ini

**Nama** : Reny Dwi Nurmasari  
**NIM** : 122310101032  
**Alamat** : Jl. Kalimantan IV Blok D 67 Jember  
**Fakultas** : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

telah selesai melaksanakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul  
 "Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan  
 Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kapatihan Kabupaten Jember".

Demikian surat pemberitahuan dari kami dan terima kasih

Plt. Kepala UPT  
 Puskesmas Jember Kidul  
  
**dr. Apsari**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP. 19610416 198902 2 003



## Lampiran J: Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Kegiatan penimbangan berat badan balita di Posyandu Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember oleh Reny Dwi Nurmasari Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan pengisian identitas, *informed consent* dan lembar karakteristik responden pada pengasuh balita di Posyandu Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember oleh Reny Dwi Nurmasari Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember










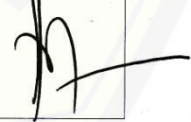


## Lampiran L: Lembar Bimbingan

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

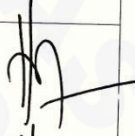






Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasari  
 NIM : 122310101032  
 Judul Skripsi : PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA YANG DIASUH OLEH ORANG TUA DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN JEMBER KIDUL KABUPATEN JEMBER.

DPU: Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Jumat, 19/16/02	Konsul penentuan Judul	Buat latar belakang dan Bab 1.	
Senin, 22/16/02	Konsul judul dan Bab 1 untuk upload Draft di Sister	Cari fenomena lagi	
Selasa, 15/16/03	Konsul judul dan Bab 1	- Cari modul LINTAS DIARE - Tanyakan pelaksanaan LINTAS DIARE di Jember	
Jumat, 08/16/04	Konsul judul dan Bab 1	- Cari variabel lain dan referensi lebih banyak	
Selasa, 19/16/04	Konsul judul dan Bab 1	- Cari metode pembelajaran yang lebih menarik atau coba cari fenomena dan masalah baru.	
Rabu, 27/04/16	Konsul judul dan Bab 1	- Perbaiki Bab 1 dan lanjut Bab 2. - ACC Judul	





KARTU BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasari  
NIM : 122310101032  
Judul Skripsi : PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA YANG DIAGUH OLEH ORANG TUA  
DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN JEMBER KIDUL  
KABUPATEN JEMBER.  
DPU: Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Senin, 09 / 05 / 2016	- Konsul Bab 1 dan Bab 2	- Perbaiki lagi - Urus surat untuk stempel.	
Rabu, 25 / 05 / 2016	- Konsul kendala perijinan	- Sambil kejakan untuk Bab 3 dan Bab 4	
Senin, 29 / 08 / 2016	- Konsul Bab 1 - Bab 4	- Perbaiki lagi penulisannya.	
Senin, 5 / 09 / 2016	- Konsul Bab 1 - Bab 4	- Perkuat Bab 1 dan Bab 2	
Kamis, 08 / 09 / 2016	- Konsul Bab 1 - Bab 4	- Tentukan jumlah sampel yang tepat.	
Kamis, 27 / 10 / 2016	- Konsul Bab 1 - Bab 4	- Lengkapi yang kurang.	
Jumat, 28 / 10 / 2016	- Konsul Bab 1 - Bab 4	- ACC Sempro - Konsul Bab 4 ke DPA.	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
MAHASISWA FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasari  
 NIM : 122310101032  
 Judul Skripsi : Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember  
 DPU : Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.

Tanggal	Materi	Rekomendasi	TTD
28 Februari 2017	Revisi Proposal Post Sempu	- Urus surat penelitian - Lanjut tahap penelitian	
31 Juli 2018	Bimbingan Bab 5 dan 6	- Lengkapi untuk Bab 5-6 dan seterusnya	
23 Januari 2019	Bimbingan Hasil dan Pembahasan	- Perbaiki Hasil Uji Bivariat - Bimbingan dengan DPA	
10 April 2019	Bimbingan Bab 1-6	- Acc Sidang.	

Mengetahui,  
Ketua Komisi Bimbingan







  
Ns. Retno Purwandari, M. Kep.  
NIP 19820314 200604 2 002



KARTU BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasaari  
NIM : 122310101032  
Judul Skripsi : PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA YANG DIASUH OLEH ORANG TUA DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN JEMBER KIDUL KABUPATEN JEMBER.



DPA: Ns. Peni Perdani Julianingrum, S. Kep., M. Kep.

Tanggal	Aktivitas	Reko.mendasi	TTD
26 / 02 (Jumat)	Konsul judul dan Bab 1	- Coba cari variabel lain selain perilaku.	
28 / 03 (Senin)	Konsul judul dan Bab 1	Cari faktor-faktor penyebab bidak terlaksananya program LINTAS DAERAH.	
25 / 04 (Senin)	Konsul judul, Bab 1, dan Bab 2.	- Segera menghadap DPU.	
6 / 09 (Selasa)	Konsul Bab 1 sampai Bab 4	- Cari referensi lebih banyak untuk Bab 2	
Selasa, 1 / 11	Konsul Bab 1 - Bab 4	- Perbanyak referensi mengenai pengasuh dan pengasuhan - Perkuat materi sesuai judul - Cari referensi dari jurnal luar negeri	
Jumat, 2 / 12	Konsul Bab 1 - Bab 4	- Pelajari lagi tentang Bab 4 - Revisi Bab 4 - Cari referensi dari jurnal luar negeri.	





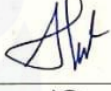
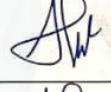
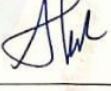
KARTU BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasaari  
 NIM : 122310101032  
 Judul Skripsi : PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA YANG DIASUH OLEH ORANG TUA  
 DAN PEMBANTU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN JEMBER  
 KIDUL KABUPATEN JEMBER.  
 DPA: Ns. Peni Perdani Julianingrum, S. Kep., M. Kep.

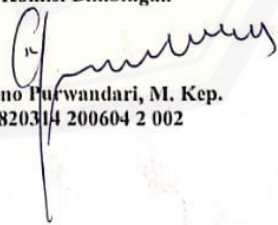
Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Jumat, 6 / 01 2017	Konsul Bab 1 - Bab 4	- Cari kuesioner tentang gaya asuh.	
Kamis, 12 / 01 2017	Konsul Bab 1 - Bab 4.	- Perbaiki bab 4 - Revisi definisi operasional	
Jumat, 20 / 01 2017	Konsul Bab 1 - Bab 4	- Revisi definisi operasional.	
Senin, 23 / 01 2017	Konsul Bab 1 - - Bab 4	- Lengkapi untuk lam- piran dan lain-lain.	
Selasa, 24 / 01 2017	Konsul proposal Skripsi lengkap	ACE Sampre.	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
MAHASISWA FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama mahasiswa : Reny Dwi Nurmasari  
NIM : 122310101032  
Judul Skripsi : Perbedaan Status Gizi Anak Usia Balita yang Diasuh oleh Orang Tua dan Pembantu Rumah Tangga di Kelurahan Kepatihan Kabupaten Jember  
DPA : Ns. Peni Perdani Julianingrum, S. Kep., M. Kep.

Tanggal	Materi	Rekomendasi	TTD
13 April 2017	Revisi Proposal Sempro	- Lanjutkan untuk menyetujui surat penelitian - ACC	
6 April 2018	Bimbingan Hasil dan Pembahasan	- Lengkapi segera untuk Bab 5 dan Bab 6.	
16 Januari 2019	Bimbingan Hasil dan Pembahasan	- Perbaiki Analisa Bivariate	
23 Januari 2019	Bimbingan Hasil dan Pembahasan	- Perbaiki Bab Hasil dan Pembahasan. - Koncul Abstrac.	
12 April 2019	Bimbingan	- ACC	

Mengetahui,  
Ketua Komisi Bimbingan

  
Ns. Retno Purwandari, M. Kep.  
NIP 19820314 200604 2 002