

**HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DAN PERAWATAN KESEHATAN
DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK PADA ANAK
USIA PRA SEKOLAH DI TK ABA 3, 6, 7 & 8
KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI



**DISUSUN OLEH :
MARLIANI DWI ASTUTI
17111024110458**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2018**

Lembar Pengesahan

**Hubungan antara Status Gizi dan Perawatan Kesehatan dengan
Perkembangan Motorik pada Anak Usia Pra Sekolah
di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda**

**Skripsi
Disusun oleh :**

**Marliani Dwi Astuti
17111024110458**

**Diseminarkan dan diujikan
Pada tanggal, 07 Agustus 2018**

Penguji I



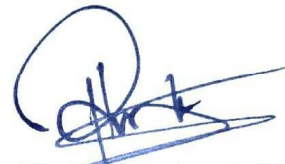
**Ns. Maridi M. Dirdjo., M.Kep
NIDN. 1125037202**

Penguji II



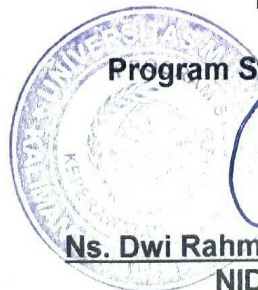
**Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep
NIDN. 1115017703**

Penguji III



**Rusni Masnina, S.Kp.MPH
NIDN. 1114027401**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan**



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1119097601**

**Hubungan antara Status Gizi dan Perawatan Kesehatan dengan
Perkembangan Motorik pada Anak Usia Pra Sekolah
di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda**

Marliani Dwi Astuti¹, Rusni Masnina².

Intisari

Latar belakang : Anak usia prasekolah adalah anak usia 3-6 tahun. Masa ini disebut sebagai masa *golden age*, dimana perkembangan anak meningkat secara cepat. Faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah status gizi dan perawatan kesehatan.

Tujuan : Untuk mengetahui hubungan antara status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia prasekolah di TK ABA 3, 6, 7 dan 8 Kota Samarinda.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 183 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan *Stratified Propotional Random Sampling*, sehingga sampel yang didapatkan berjumlah 124 orang. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini *Denver II*, Indeks Massa Tubuh berdasarkan umur (IMT/U) dan kuesioner. Analisis statistik yang digunakan adalah *Pearson Chi Square* dan *Fisher Exact*.

Hasil dan kesimpulan : Berdasarkan hasil bivariat antara status gizi dengan motorik kasar didapatkan hasil $p = 0.000 < \alpha (0.05)$ dan status gizi dengan motorik halus didapatkan hasil $p = 0.045 < \alpha (0.05)$ sehingga H_0 ditolak, artinya ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan motorik kasar dan motorik halus. Hasil bivariat antara perawatan kesehatan dengan motorik kasar didapatkan hasil $p = 0.961 > \alpha (0.05)$, H_0 gagal ditolak yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan motorik kasar. Hasil bivariat antara perawatan kesehatan dengan motorik halus didapatkan hasil $p = 0.031 < \alpha (0.05)$, H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan motorik halus pada anak usia prasekolah di TK ABA 3, 6, 7 dan 8 Kota Samarinda.

Kata kunci : Anak prasekolah, status gizi, perawatan kesehatan

¹ Mahasiswa Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Dosen Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Correlation between Nutrition Status and Health Treatment with Motor Development on Pre-School Child in Kindergarten of ABA 3, 6, 7 and 8 Samarinda City

Marliani Dwi Astuti¹, Rusni Masnina².

Abstract

Background : Pre-school child was child age of 3-6 years old. This period was mentioned as golden age period, where child's development improve fast. Factor which could effect the child's growth and developent were nutrition status and health treatment.

Aim : To know the correlation between nurtrition status and health treatment with motor development on pre-school child in Kindergarted of ABA 3,6,7 and 8 Samarinda City.

Method : This research used analytic descriptive with cross sectional approaching. Total population in this research were 183 persons. Sample collection technique which was used was Stratified Propotional Random Sampling, with result that sample which was obtained were 124 persons. Instrument which was used in this research was Denver II, Body Mass Index based on age (IMT/U) and questionnaire. Statistical analysis which was used was Pearson Chi Square and Fisher Exact.

Result and conclusion : Based on bivariate between nutrition status with gross motor development it was obtained result of $p = 0.000 < \alpha (0.05)$ and between nutrition status with soft motor development it was obtained result of $p = 0,045 < \alpha (0.05)$ H₀ was rejected meant there was significant correlation between nutrition status with gross motor development and soft motor development. Bivariate result between health treatment with gross motor development it was obtained result of hasil $p = 0.961 > \alpha (0.05)$ H₀ was failed to be rejected which meant there was no significant correlation between health treatment with gross motor development. Bivariate result between health treatment with soft motor development it was obtained result of $p = 0.031 < \alpha (0.05)$ H₀ was rejected which meant there was significant correlation between health treatment with soft motor development on pre-school child in Kindergarten of ABA 3,6,7, and 8 Samarinda City.

Keywords : Pre-school child, nutrition status, health treatment

¹ Student of Bachelor Nursing Program Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Lecturer of Bachelor Nursing Program Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Anak adalah anugerah terindah dan amanah yang diberikan Allah SWT kepada setiap orang tua. Maka dari itu orang tua harus memperhatikan kebutuhan serta pertumbuhan anak, agar dapat tumbuh menjadi anak yang sehat dalam jasmani dan rohani serta memiliki intelegasi yang tinggi. Tahap-tahap tumbuh kembang pada manusia dimulai dari neonatus (bayi lahir sampai dengan usia 28 hari), bayi (usia 1 bulan-1 tahun), toddler (usia 1-3 tahun), pra sekolah (usia 3-6 tahun), usia sekolah (6-12 tahun), remaja (12-20 tahun), dewasa muda (20-40 tahun), dewasa menengah (40-65 tahun), dewasa tua (>65 tahun).

Anak usia pra sekolah adalah anak dengan usia dari 3 tahun sampai dengan 6 tahun (Wong, 2009). Pada usia 3-4 tahun biasanya anak mengikuti program kelompok bermain sedangkan anak yang berusia 4-6 tahun biasanya mengikuti program TK (taman kanak-kanak) (Patmonodewo, 2008). Pada anak usia pra sekolah sangat perlu diperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya karena pada masa pra sekolah merupakan tahap dasar yang berpengaruh dan menjadi landasan untuk perkembangan selanjutnya (Adriana, 2013).

Perkembangan adalah suatu proses dalam kehidupan manusia yang berlangsung secara terus-menerus sejak masa konsepsi sampai

dengan akhir hayat. Perkembangan juga memiliki tahapan-tahapan yang berurutan mulai dari mengerjakan hal yang sederhana sampai dengan mengerjakan hal yang sempurna, pada setiap anak tentu saja memiliki tahap kecepatan perkembangan yang berbeda-beda (Hidayat, 2009). Perkembangan pada anak usia pra sekolah mencakup perkembangan motorik, kognitif, sosial dan bahasa (Wiyani & Barnawi, 2015).

Perkembangan motorik adalah gerakan-gerakan tubuh yang dimotori dengan kerjasama antara otot dan otak (Zulkifli, 2001). Perkembangan motorik terbagi menjadi dua yaitu motorik kasar dan motorik halus. Kemampuan motorik kasar anak usia pra sekolah yaitu anak sudah mampu melompat dengan kedua kaki, menaiki dan menuruni tangga dan pada perkembangan motorik halusnya anak bisa mengambil benda ukuran kecil dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk, menggunting dan memegang pensil dengan benar (Soetjiningsih, 2012).

Salah satu yang mempengaruhi perkembangan pada anak adalah faktor lingkungan. Lingkungan merupakan faktor terpenting yang menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan anak, apabila lingkungan kurang baik maka akan terhambat. Faktor lingkungan dibagi menjadi dua yaitu faktor lingkungan prenatal dan lingkungan postnatal (lingkungan biologis, faktor fisik, faktor psikososial, faktor keluarga atau adat istiadat (Soetjiningsih, 2012).

Pada lingkungan postnatal, faktor biologis terdiri dari beberapa faktor-faktor namun pada penelitian ini mengambil faktor gizi dan perawatan kesehatan karena lebih mudah diolah dan diintervensi. Konsumsi gizi mempengaruhi status gizi pada anak. Dalam asupan gizi yang salah, maka keadaan status gizi anak dapat kurang ataupun berlebih dan selain itu dapat berpengaruh terhadap perkembangan anak, kemampuan merespon rangsangan serta daya tahan tubuh terhadap penyakit (Arisman, 2010).

Apabila status gizi anak baik maka dapat membantu proses tumbuh kembang anak dalam mencapai kematangan yang optimal (Hidayat, 2008). Perawatan kesehatan pada anak juga harus diperhatikan agar masalah kesehatan pada anak tidak terjadi sehingga tumbuh kembang pada anak tidak terganggu, contoh dari perawatan kesehatan pada anak yaitu dengan melakukan pemeriksaan kesehatan, imunisasi, serta pemantauan pertumbuhan anak dengan menimbang anak secara rutin setiap bulan (Soetjiningsih, 2012).

Menurut data yang didapatkan dari WHO 5-25% anak usia prasekolah mengalami disfungsi otak minor, salah satunya gangguan perkembangan motorik halus (Widati, 2012). Serta data yang didapatkan dari UNICEF pada tahun 2011 yaitu masih terdapat tingginya angka kejadian pada gangguan pertumbuhan serta perkembangan pada anak usia balita terutama pada gangguan

perkembangan motorik dengan persentase 27,55% atau setara dengan 3 juta anak yang mengalami gangguan.

Depkes RI (2006) juga melaporkan bahwa 0,4 juta atau 16% balita di Indonesia mengalami gangguan perkembangan, baik perkembangan motorik kasar dan halus, gangguan pendengaran, kurangnya tingkat kecerdasan dan keterlambatan bicara. Dari data Rikesdas pada tahun 2010 tentang data gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak, di Indonesia mencapai persentase 35,7%, hal tersebut tergolong dalam masalah kesehatan masyarakat yang tinggi menurut WHO karena masih diatas persentase 30%.

Kemenkes RI (2016) dalam pemantauan status gizi mengatakan bahwa balita di Indonesia masih ada 38,9% mengalami masalah gizi, terutama balita dengan TB dan BB (pendek-normal), sebesar 23,4% yang berpotensi akan mengalami kegemukan. Prevalensi gizi buruk pada balita sebanyak 3,4% dan gizi kurang sebanyak 14,4%. Prevalensi pada balita pendek cenderung tinggi yaitu 8,5% pada balita sangat pendek dan 19,0% balita pendek. Prevalensi balita kurus sebanyak 3,1% balita sangat kurus dan 8,0% balita kurus.

Menurut Indikator Kinerja SPM (2004) tentang cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah, wilayah Kalimantan Timur termasuk ke dalam kategori buruk dalam hal tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah dengan persentase 34,59%. Data dari Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur (2009) tentang status gizi anak

balita didapatkan data sebesar 19,3% anak balita bergizi kurang atau buruk, 35,2% anak berukuran tinggi badan pendek, dan 15,9% anak balita kurus. Hasil penelitian terdahulu dari Lindawati (2013) dalam penelitiannya yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan perkembangan motorik anak usia pra sekolah terdapat satu faktor yang sangat berpengaruh dengan perkembangan motorik anak yaitu status gizi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan tanggal 3 Januari 2018 di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda. Didapatkan jumlah anak di TK ABA 3 sebanyak 57 anak, TK ABA 6 sebanyak 40 anak, TK ABA 7 sebanyak 43 anak, dan TK ABA 8 sebanyak 43 anak, jadi total secara keseluruhan didapatkan sebanyak 183 anak. Setelah melakukan observasi menggunakan Denver II dan wawancara kepada 12 orang anak dan orang tua didapatkan anak golongan usia 5 tahun sebanyak 6 orang, dimana 33,3% (2 orang) anak belum dapat mempertahankan tubuh dengan berdiri satu kaki selama 6 detik, 33,3% (2 orang) anak belum dapat menunjukkan garis dengan benar sebanyak 3 kali kesempatan, 16,7% (1 orang) anak masih belum dapat mencontoh tanda (+) sebanyak 3 kali kesempatan. Pada anak golongan usia 6 tahun sebanyak 6 orang, didapatkan 16,7% (1 orang) anak belum dapat menangkap bola kecil sebesar bola kasti dengan menggunakan kedua tangannya, 83,3% (5 orang) anak belum dapat menggambar orang 6 bagian.

Ketika wawancara pada 12 para orang tua, dimana 41,7% (5 orang) dari orang tua mengatakan membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan ketika anak sedang sakit saja, 33,3% (4 orang) dari orang tua membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan tetapi tidak rutin pada setiap bulan dan 25% (3 orang) dari orang tua rutin membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk pengukuran TB atau BB serta pemberian vitamin A pada anak.

Saat ditanya lagi mengenai bahan makanan apa yang dibutuhkan untuk anak, seluruh orang tua mengetahui makanan yang baik bagi anak yaitu terdiri dari nasi, sayur-sayuran, buah-buahan, lauk-pauk, dan susu. Tetapi 58,3% (7 orang) dari orang tua selalu mengikuti keinginan anak yang selalu memilih jajanan luar, dimana kecukupan karbohidrat, lemak serta protein kurang sehingga menyebabkan anak menjadi lemas untuk bermain, melompat dan melakukan keterampilan motorik kasar lainnya sedangkan 16,7% (2 orang) dari orang tua hanya memperbolehkan anak makan masakan rumah tetapi makanan tersebut mengikuti keinginan anak seperti hanya terdiri dari nasi dan lauk pauk saja sehingga hal tersebut tidak memenuhi syarat empat sehat lima sempurna.

Serta 25% (3 orang) dari orang tua selalu memberikan makanan nasi, sayur-sayuran, buah-buahan, lauk-pauk, dan susu kepada anak, tetapi apabila anak ingin membeli jajanan diluar juga akan diberikan sehingga membuat tubuh anak menjadi gemuk dari teman sebayanya

dan hal tersebut menyebabkan aktifitas motorik kasar anak seperti berlari menjadi sulit karena postur tubuh yang gemuk.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda”.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah: apakah ada hubungan antara status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

2. Tujuan khusus

a. Mengidentifikasi karakteristik responden orang tua dan anak meliputi usia anak, jenis kelamin, urutan anak, usia orang tua, tingkat pendidikan orang tua dan pekerjaan orang tua.

b. Mengidentifikasi status gizi pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.

- c. Mengidentifikasi perawatan kesehatan pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- d. Mengidentifikasi perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- e. Mengidentifikasi perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- f. Menganalisis hubungan antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- g. Menganalisis hubungan antara status gizi dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- h. Menganalisis hubungan antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.
- i. Menganalisis hubungan antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3, 6, 7 & 8 Kota Samarinda.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menambahkan wawasan dan referensi dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan terutama dalam hal tumbuh kembang anak dan juga

diharapkan dapat memberikan data terbaru serta akurat yang nantinya dapat bermanfaat dalam bidang penelitian selanjutnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi orang tua

Sebagai penambah pengetahuan serta wawasan kepada setiap orang tua agar selalu memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak mereka.

b. Bagi peneliti atau profesi keperawatan

Untuk memperkaya pengetahuan tentang status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar dan motorik halus pada anak usia pra sekolah dan meningkatkan mutu pelayanan perawatan kepada individu, kelompok ataupun masyarakat.

c. Bagi institusi sekolah

Sebagai masukan dalam memantau perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dan data dasar untuk peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian dengan lingkup yang sama.

E. Keaslian penelitian

Adapun penelitian terdahulu yang hampir serupa dengan topik hubungan status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda antara lain:

1. Penelitian dari Chindy, Rina, Wico (2016) yang berjudul "Hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia 1-3 tahun di kelurahan Bitung kecamatan Amurang kabupaten Minahasa Selatan". Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*, menggunakan teknik total sampling dengan jumlah sebanyak 38 responden. Penilaian status gizi dengan antropometri berat badan berdasarkan umur (BB/U) dan penilaian perkembangan motorik dengan menggunakan lembar *Denver II*. Analisis data menggunakan uji *Chi square*.

Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu terletak pada variabel penelitian dimana penelitian yang dilakukan tentang status gizi dan perawatan kesehatan sedangkan peneliti terdahulu hanya tentang status gizi saja. Teknik sampling yang digunakan adalah *Stratified Propotional Random Sampling* dengan jumlah sample sebanyak 124 responden. Instrument yang digunakan Lembar *Denver II* dan kuesioner.

2. Penelitian dari Mariani, Sisfiani, Franly (2015) yang berjudul “Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Halus pada Anak Usia Prasekolah di TK GMIM Solafide Kelurahan Uner Kecamatan Kawangkoan Induk Kabupaten Minahasa”. Desain penelitian yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 42 responden. Teknik pengambilan sampel *total sampling*. Penilaian status gizi dengan antropometri BB/U dan penilaian perkembangan motorik dengan menggunakan lembar *Denver II*. Analisis data menggunakan uji *Chi square*.

Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu terletak pada teknik sampling yang digunakan adalah *Stratified Propotional Random Sampling* dengan jumlah sample sebanyak 124 responden. Instrument yang digunakan Lembar *Denver II* dan kuesioner.

3. Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga dengan Pencapaian Tugas Perkembangan Balita di Bina Keluarga (BKB) Glagahwero Kecamatan Kalisat Jember”. Desain penelitian menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 32 responden. Teknik pengambilan sampel *total sampling*. Instrument yang digunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dan kuesioner.

Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu terletak pada variabel penelitian dimana penelitian yang dilakukan tentang status gizi dan perawatan kesehatan sedangkan peneliti terdahulu hanya tentang fungsi perawatan kesehatan saja. Teknik sampling yang digunakan adalah *Stratified Propotional Random Sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 124 responden. Instrument yang digunakan Lembar *Denver II* dan kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah pustaka

1. Tumbuh kembang anak

a. Pengertian

Masa kanak-kanak merupakan masa yang disebut dengan *golden age* (masa emas) karena pada masa ini anak memiliki tumbuh kembang yang sangat luar biasa. Menurut Suherman (2000) anak merupakan suatu individu yang unik dan sedang dalam tumbuh kembang serta memiliki kebutuhan psikologis, biologis dan spiritual yang harus dipenuhi.

Tumbuh kembang merupakan suatu perubahan yang terjadi dari sejak masa konsepsi sampai dengan dewasa. Istilah dari tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang memiliki sifat berbeda, namun mempunyai keterkaitan dan sulit untuk dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pengertian pertumbuhan dan perkembangan sebagai berikut:

- 1) Pertumbuhan (*growth*) adalah suatu perubahan yang memiliki sifat kuantitatif seperti bertambahnya ukuran, jumlah, dimensi pada tingkat sel, organ ataupun individu. Dalam hal ini anak bukan hanya bertambah besar secara fisiknya namun juga ukuran, struktur organ tubuh dan otak. Pertumbuhan fisik tadi

dapat dinilai dengan *gram*, *pound* dan *kilogram*, sedangkan ukuran panjang dinilai dengan *cm* dan *meter* (Soetjiningsih, 2012).

- 2) Perkembangan (*development*) merupakan perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, dimana bertambahnya kemampuan atau *skill* serta fungsi tubuh yang lebih sempurna, dalam pola yang teratur dan dapat diprediksikan (Soetjiningsih, 2012). Perkembangan juga merupakan bertambahnya kemampuan individu yang didapat melalui perubahan pematangan dan pembelajaran (Whaley & Wong, 2002).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang pada anak

1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan peran utama dalam mencapai hasil akhir dari proses tumbuh kembang pada anak. Genetik yang terdapat pada sel telur yang telah dibuahi sangat menentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan calon janin. Termasuk ke dalam faktor genetik adalah faktor-faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku dan bangsa. Potensi genetik yang baik apabila berinteraksi pada lingkungan yang positif maka akan mendapatkan hasil yang optimal. Di negara maju biasanya gangguan pertumbuhan disebabkan karena faktor genetik, contohnya seperti kelainan bawaan yang

diakibatkan oleh kelainan kromosom yaitu *sindrom down*, *sindrom tuner*.

2) Faktor lingkungan

Lingkungan adalah faktor terpenting dalam tercapainya suatu potensi yang dimiliki. Faktor lingkungan yang mempengaruhi perkembangan anak meliputi lingkungan pranatal yaitu lingkungan saat masih dalam kandungan dan lingkungan postnatal yaitu lingkungan setelah lahir (Hidayat, 2005 dan Soetjiningsih, 2012).

1) Faktor lingkungan prenatal

Menurut Soetjiningsih (2012) lingkungan prenatal yang berpengaruh dalam pertumbuhan dan perkembangan janin mulai dari konsepsi sampai dengan lahir, sebagai berikut:

(1) Gizi ibu saat hamil

Ibu yang memiliki gizi yang kurang baik sebelum terjadi kehamilan ataupun pada saat hamil, lebih sering melahirkan bayi BBLR (berat badan lahir rendah) atau lahir meninggal. Serta dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan pada otak janin, anemia pada bayi yang baru lahir, bayi rentan terkena infeksi, dan terjadi abortus.

Pada anak yang lahir dari ibu yang gizinya kurang serta hidup pada lingkungan keluarga yang kurang

mampu maka anak dapat mengalami kurang gizi dan mudah terkena infeksi dan kemudian hari akan menghasilkan wanita dewasa yang berat dan tingginya kurang atau kerdil.

(2) Mekanis

Trauma saat kehamilan, cairan ketuban yang kurang dan letak janin yang abnormal bisa menyebabkan kelainan bawaan pada anak yang dilahirkan.

(3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti *thalidomide*, *phenytoin*, *methadion*, obat anti kanker dapat menyebabkan kelainan bawaan. Pada ibu hamil yang perokok dan peminum alkohol sering melahirkan bayi BBLR (berat badan lahir rendah), cacat, retardasi mental bahkan sampai bayi meninggal.

(4) Endokrin

Pada ibu hamil yang mengalami diabetes dan tidak mendapatkan pengobatan pada trimester awal dapat menyebabkan bayi mengalami makrosomia, kardiomegali, dan hiperplasia adrenal.

(5) Radiasi

Pada ibu yang mendapatkan sinar paparan radiasi atau sinar roentgen saat kehamilan bisa menyebabkan

kelainan pada janin seperti kelainan kongenital jantung dan mata, mikrosefali, retardasi mental, kelainan anggota gerak.

(6) Infeksi

Infeksi intrauterin seperti TORCH (Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex) dapat menyebabkan cacat bawaan pada bayi. Selain itu infeksi lainnya yang dapat menyebabkan penyakit pada janin antara lain varisela, coxsackie, echovirus, HIV, campak, leptospira, virus influenza, virus hepatitis.

(7) Stress

Ibu yang pada waktu hamil mengalami stress dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terganggu dan dapat menyebabkan cacat bawaan, kelainan kejiwaan dan sebagainya.

(8) Imunitas

Rhesus atau ABO inkompatibilitas menyebabkan abortus, *hydrops fetalis*, *kern ikterus*, atau bayi lahir meninggal.

(9) Anoksia embrio

Anoksia embrio disebabkan menurunnya oksigenasi janin oleh gangguan fungsi plasenta sehingga terjadinya berat badan lahir rendah.

2) Faktor lingkungan postnatal

(1) Lingkungan biologis

(a) Ras/suku bangsa

Ras atau suku bangsa juga mempengaruhi pertumbuhan. Pada bangsa yang berkulit putih ras Eropa memiliki pertumbuhan somatik yang lebih tinggi dibandingkan dengan bangsa Asia.

(b) Jenis kelamin

Pertumbuhan motorik pada anak laki-laki dan anak perempuan berbeda, pada anak laki-laki biasanya cenderung aktif apabila dibandingkan dengan anak perempuan.

(c) Umur

Masa balita adalah masa umur yang paling rawan, karena pada masa tersebut anak mudah terserang sakit serta mudah terjadi kurang gizi. Masa balita juga masa dasar pembentukan kepribadian anak, sehingga memerlukan perhatian khusus orang tua.

(d) Gizi

Makanan merupakan peran penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Makanan pada anak selain untuk aktivitas sehari-hari juga untuk

pertumbuhan. Ketahanan makanan (*food security*) keluarga mempengaruhi status gizi anak. Ketahanan makanan pada keluarga sendiri seperti ketersediaan bahan makanan dan pembagian makanan yang adil dalam keluarga. Aspek yang penting untuk ditambahkan adalah keamanan pangan (*food safety*) seperti menghindari makanan yang mengandung racun fisika, kimia, dan biologis yang dapat mengancam kesehatan.

(e) Perawatan kesehatan

Melakukan perawatan kesehatan secara teratur, bukan hanya dilakukan saat anak mengalami sakit saja, tetapi dilakukan secara rutin tiap bulan seperti pemeriksaan kesehatan, melakukan imunisasi, skrining dan deteksi dini gangguan tumbuh kembang, stimulasi dini dan pemantauan pertumbuhan. Pemanfaatan dalam pelayanan fasilitas kesehatan dilakukan secara komprehensif, yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Demikian juga pada petugas kesehatan harus menangani anak secara komprehensif dengan memperhatikan seluruh aspek tumbuh kembang bukan hanya tentang penyakitnya saja.

(f) Kepekaan terhadap penyakit

Dengan mengimunisasi anak diharapkan terhindar dari berbagai penyakit yang dapat menyebabkan cacat dan kematian. Sangat dianjurkan anak sebelum usia 1 tahun mendapatkan imunisasi Polio sebanyak 3 kali, BCG, Hepatitis B sebanyak 3 kali, DPT sebanyak 3 kali, dan campak. Kerentanan pada penyakit juga dapat dikurangi dengan memberikan zat gizi yang baik seperti pemberian ASI.

(g) Penyakit kronis

Anak yang sedang menderita penyakit kronis akan mengganggu pertumbuhan, perkembangan serta pendidikannya. Akibat dari sakitnya anak bisa mengalami stress.

(h) Fungsi metabolisme

Terdapat perbedaan dalam proses metabolisme pada anak, jadi kebutuhan berbagai nutrisi harus berdasarkan pada perhitungan yang tepat atau memadai. Penyakit metabolisme yang ditemukan pada anak seperti diabetes melitus dan hipertiroid.

(i) Hormon

Hormon yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan yaitu:

- Somatotropin atau *growth hormone* (GH = hormone pertumbuhan)

Somatotropin adalah pengatur utama dalam pertumbuhan somatis, yaitu pertumbuhan kerangka. Pertambahan dalam tinggi badan sangat dipengaruhi oleh hormon ini. Hormon pertumbuhan ini merangsang terbentuknya somatomedine yang menimbulkan efek pada tulang rawan.

- Hormon tiroid

Hormon tiroid diperlukan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, karena berfungsi pada metabolisme protein, karbohidrat dan lemak. Pertumbuhan dan fungsi otak juga bergantung pada ketersediaan hormon tiroid dengan kadar yang cukup.

Apabila terjadi defisiensi hormon tiroid mengakibatkan terjadinya retardasi mental dan jika terjadi hipertiroidisme juga akan mengakibatkan gangguan tumbuh kembang pada anak seperti

gangguan pada kardiovaskular, metabolisme, otak, dan mata.

- Glukokortikoid

Hormon ini memiliki fungsi yang bertentangan dengan somatotropin. Apabila kortison berlebihan maka pertumbuhan akan terhambat atau terhenti dan dapat terjadi osteoporosis.

- Hormon-hormon seks

Hormon seks memiliki peran dalam fertilisasi dan reproduksi. Pada saat awal pubertas, hormon ini memacu pertumbuhan badan, tetapi setelah beberapa lama maka justru menghambat pertumbuhan. Androgen disekitar kelenjar adrenal (dehidroandrosteron), testis (testosteron), dan estrogen diproduksi oleh ovarium.

- *Insulin like growth factors* (IGFs)

IGFs adalah somatomedin yang bekerja sebagai mediator GH dan bekerja mirip dengan insulin. Fungsinya, selain sebagai *growth promoting factor* yang berperan pada pertumbuhan, juga berperan sebagai mediator GH.

(2) Faktor fisik

(a) Cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah

Pada musim kemarau yang berkepanjangan dan terdapat bencana alam, bisa berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak, contohnya seperti kejadian gagal panen, maka dapat menimbulkan anak mengalami kurang gizi. Serta kejadian penyakit gondok yang sering ditemukan pada wilayah pegunungan, disebabkan karena air tanah kurang mengandung yodium.

(b) Sanitasi

Pada sanitasi lingkungan memiliki peran dalam mendukung kesehatan dan tumbuh kembang anak. Contohnya seperti kebersihan perorang atau lingkungan. Akibat dari kebersihan yang kurang baik maka akan menimbulkan penyakit, seperti diare, cacing, tifus, malaria, hepatitis, demam berdarah.

Demikian juga dengan polusi udara yang kurang baik yang berasal dari asap rokok, kendaraan dan pabrik dapat menimbulkan penyakit seperti Infeksi saluran pernafasan akut. Jika anak sering mengalami sakit maka dapat mengganggu tumbuh kembangnya.

(c) Keadaan rumah (struktur bangunan, ventilasi, pencahayaan, dan kepadatan penduduk)

Keadaan lingkungan rumah yang aman tidak membahayakan para penghuni dan tidak sesak maka dapat menjamin kesehatan para penghuninya.

(d) Radiasi

Terganggunanya pertumbuhan dan perkembangan pada anak juga bisa didapat dari adanya radiasi yang tinggi.

(3) Faktor psikososial

(a) Stimulasi

Perkembangan dan pertumbuhan anak juga membutuhkan stimulasi, terutama pada keluarga, contohnya seperti adanya penyediaan mainan, sosialisasi anak pada lingkungan dan keterlibatan anggota keluarga terhadap kegiatan anak.

(b) Motivasi belajar

Motivasi dalam belajar bisa ditimbulkan sejak dini, dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar, contohnya seperti dekatnya jarak ke sekolah, tersedianya buku-buku, dan memiliki suasana belajar yang tenang.

(c) Ganjaran atau hukuman yang wajar

Jika anak berbuat benar maka orangtua bisa memberikan pujian, tepuk tangan, ciuman dan belaian dengan hal tersebut maka anak termotivasi untuk mengulangi perilakunya. Apabila anak berbuat salah, maka orang tua bisa membenarkan dengan memberikan penjelasan dan pengertian. Sehingga anak mengetahui mana yang baik serta mana yang tidak baik dan dikemudian hari anak bisa menjadi seseorang yang percaya diri.

(d) Kelompok sebaya

Dalam proses sosialisai pada lingkungan, anak membutuhkan teman sebaya tetapi orang tua juga memantau dengan siapa anaknya bergaul.

(e) Stress

Anak yang mengalami stress juga mempengaruhi tumbuh pertumbuhan dan perkembangan, contohnya anak menjadi rendah diri, menarik diri dari lingkungan, terlambat dalam berbicara, dan nafsu makan menurun.

(f) Sekolah

Mendapatkan pendidikan yang baik diharapkan dapat meningkatkan taraf hidup anak. Tetapi yang

masih menjadi masalah sosial saat ini masih banyak anak yang meninggalkan bangku sekolah karena kekurangan biaya atau membantu orang tua mencari nafkah.

(g) Cinta dan kasih sayang

Hak yang dimiliki oleh anak adalah hak untuk dicintai dan dilindungi. Anak membutuhkan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orang tua. Supaya dikemudian hari anak tidak menjadi sombong dan dapat memberikan kasih sayangnya kepada sesama. Apabila anak diberikan kasih sayang secara berlebihan atau memanjakan anak, maka akan menghambat atau bahkan mematikan perkembangan kepribadian anak dan dapat menjadikan anak tidak mandiri, manja, sombong, boros, dan tidak dapat menerima kenyataan.

(h) Kualitas interaksi orang tua

Interaksi orang tua dan anak dapat menimbulkan keakraban. Anak menjadi terbuka kepada orang tua sehingga permasalahan dapat dipecahkan secara bersama-sama karena adanya kedekatan dan kepercayaan antara anak dan orang tua.

(4) Faktor keluarga dan adat istiadat

(a) Pekerjaan atau pendapatan keluarga

Pendapatan pada keluarga yang memadai akan menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak, karena keluarga atau orang tua bisa menyediakan segala kebutuhan anak dengan baik seperti kebutuhan primer atau sekunder.

(b) Pendidikan ayah dan ibu

Salah satu faktor penting dalam tumbuh kembang anak adalah pendidikan orang tua. Pendidikan yang baik, akan membuat orang tua menerima segala informasi dari luar terutama dalam cara pengasuhan anak dengan baik, menjaga kesehatan anak, dan pendidikan pada anak.

(c) Jumlah saudara

Pada keluarga yang memiliki jumlah anak yang banyak dengan keadaan sosial ekonomi cukup, akan menyebabkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi kurang dengan jumlah anak yang banyak, selain menyebabkan kurangnya kasih sayang dan perhatian, juga menyebabkan kurangnya kebutuhan primer seperti makanan dan sandang.

Maka dari itu diperlukan adanya KB (keluarga berencana).

(d) Jenis kelamin dalam keluarga

Dalam masyarakat tradisional, status wanita lebih rendah dibanding dengan pria, sehingga angka kematian bayi dan malnutrisi masih tinggi pada wanita. Begitu pula dengan Pendidikan, masih terdapat wanita yang buta huruf.

(e) Stabilitas rumah tangga

Stabilitas dan keharmonisan pada rumah tangga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Pertumbuhan dan perkembangan anak dengan keluarga harmonis berbeda dengan keluarga yang tidak harmonis.

(f) Kepribadian ayah atau ibu

Kepribadian ayah dan ibu yang terbuka memiliki pengaruh dalam pertumbuhan dan perkembangan, berbeda bila dibandingkan dengan keluarga yang tertutup.

(g) Pola pengasuhan

Pola asuh yang diterapkan pada suatu keluarga bermacam-macam contohnya seperti pola asuh demokratis, permisif dan otoriter dan pola-pola

asuh ini dapat mempengaruhi perkembangan pada anak. Pada anak yang dibesarkan dengan pola asuh permisif, kelak akan cenderung kurang bertanggung jawab, tidak mampu mengendalikan emosi, dan sering berprestasi rendah dalam melakukan sesuatu. Pada anak yang dibesarkan dengan pola asuh demokratis maka memiliki penyesuaian pribadi dan sosial yang baik, anak bertanggung jawab dan mandiri.

(h) Adat istiadat, norma-norma, tabu-tabu

Adat istiadat yang berlaku di setiap daerah akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Contohnya seperti di daerah Bali, karena seringnya melakukan upacara agama dimana harus menyediakan berbagai macam makanan dan buah-buahan, sangat jarang anak yang mengalami gizi buruk karena makanan ataupun buah.

(i) Agama

Pendidikan agama harus sudah ditanamkan pada anak-anak sedini mungkin, dengan memahami agama maka akan menuntun anak berbuat kebaikan dan kebajikan.

(j) Urbanisasi

Dampak yang bisa timbulkan dari urbanisasi yaitu kemiskinan dengan segala permasalahannya.

(k) Kehidupan politik

Anggaran kesehatan serta pendidikan anak ditentukan pada kebijakan pemerintah. Anak yang nantinya sebagai penerus bangsa, sangat perlu mendapatkan perhatian yang sungguh-sungguh.

2. Gizi

a. Pengertian gizi

Kata gizi berasal dari Bahasa Arab yaitu giza yang artinya adalah zat makanan atau di dalam Bahasa Inggris disebut dengan *nutrition* yang artinya bahan makanan atau zat gizi. Gizi merupakan proses organisme dari bahan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti (pencernaan), absorpsi (penyerapan), transportasi, metabolisme, penyimpanan, serta pengeluaran zat gizi yang sudah tidak diperlukan oleh tubuh untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi (Supriasa, 2002 & Irianto, 2006).

Menurut Rospond (2008) gizi adalah keseluruhan dari proses yang berhubungan dengan asupan dan penanggulangan bahan makanan. Jika gizi cukup maka digunakan dalam pertumbuhan, perbaikan serta perawatan aktifitas dalam tubuh.

Keadaan status gizi seseorang tergantung dari tingkat konsumsinya. Tingkat konsumsi sendiri ditentukan oleh kualitas dan kuantitas hidangan. Kualitas hidangan adanya seluruh zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam hidangan sedangkan kuantitas menunjukkan jumlah dari masing-masing zat gizi dalam kebutuhan tubuh (Sediaoetomo, 2010). Zat gizi merupakan suatu ikatan kimia yang dibutuhkan tubuh untuk menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur segala proses kehidupan (Almatsier, 2003).

b. Masalah gizi

Dibawah merupakan beberapa dari masalah-masalah gizi:

1) Kurang energi protein (KEP)

KEP merupakan suatu keadaan yang disebabkan karena rendahnya mengkonsumsi makanan sehari-hari yang mengandung energi dan protein sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) dalam jangka waktu lama. Ciri fisik KEP yaitu nilai *z-score* berat badan dibawah -2.0 SD baku normal.

2) Kurang gizi akut

Kekurangan gizi biasanya diukur berdasarkan indeks berat badan menurut TB dan BB dibandingkan dengan standar. Kurang gizi akut disebut *wasting*. Apabila *z-score* TB/BB dibawah -2.00 SD baku normal WHO diklasifikasikan sebagai

kurang gizi akut, apabila z-score BB/TB dibawah -3.00 diklasifikasikan sebagai kurang gizi akut tingkat berat dan apabila z-score BB/TB diatas -2.00 SD diklasifikasikan normal.

3) Kurang gizi kronis

Kurang gizi kronis disebut dengan *stunting*, dimana terjadi pertumbuhan linear pada anak. Apabila z-score TB/U dibawah -2.00 SD diklasifikasikan menjadi kurang gizi akut, apabila z-score TB/U dibawah -3.00 diklasifikasikan kurang gizi akut tingkat berat, dan apabila z-score TB/U diatas -2.00 SD diklasifikasikan normal.

4) Marasmus-kwashiorkor

Kekurangan gizi tingkat berat yang disebabkan karena rendahkan konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dalam waktu cukup lama dengan tanda dan gejala campuran dari beberapa gejala klinik marasmus dan kwashiorkor yang disertai dengan edema yang terlihat.

5) Marasmus

Kekurangan gizi tingkat berat yang disebabkan karena rendahkan konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dalam waktu cukup lama dengan tanda dan gejala terlihat sangat kurus hingga tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng, rewel, kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada pada daerah bokong terlihat

seperti memakai celana longgar/*baggy pants*, perut cekung, sering disertai penyakit infeksi dan diare.

6) Kwashiorkor

Kurang gizi dengan tingkat berat dengan tanda dan gejala edema diseluruh tubuh terutama pada punggung kaki, wajah membulat, sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerahan seperti jagung dan mudah rontok, perubahan status mental, apatis dan rewel, pembesaran hati, otot mengecil, bercak merah muda yang meluas dan berubah menjadi kehitaman dan terkelupas, biasanya disertai penyakit infeksi akut dan diare (Persagi, 2009).

c. Pengertian status gizi

Status gizi merupakan efek dari keadaan tubuh karena mengkonsumsi bahan makanan dan penggunaan zat gizi. Status gizi juga dibedakan menjadi gizi buruk, kurang, baik, serta lebih. Terdapat istilah dari gizi salah atau malnutrisi, malnutrisi merupakan keadaan akibat adanya kekurangan serta kelebihan satu atau lebih dari zat gizi (Supariasa, 2002 & Almatsier, 2003).

Mengkonsumsi bahan makanan mempengaruhi status gizi seseorang. Status gizi yang dikatakan baik apabila tubuh mendapatkan zat-zat gizi yang cukup sehingga tubuh dapat menggunakannya dalam pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan (Almatsier, 2003). Menurut Wiryo

(2002) zat gizi terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral:

1) Karbohidrat

Karbohidrat yang terdapat di dalam makanan hanya 3 jenis yaitu polisakarida, disakarida, dan monosakarida. Karbohidrat diperoleh dari bahan makanan yang berasal dari tumbuhan dan memiliki fungsi utama yaitu sebagai sumber energi, memberikan rangsangan mekanik, melancarkan gerakan peristaltik yang memudahkan dalam pembuangan tinja.

2) Protein

Protein mengandung unsur C, H, O serta unsur khusus yang tidak terdapat dalam karbohidrat atau lemak yaitu nitrogen. Protein terdiri dari protein nabati yang berasal dari tumbuhan dan protein hewani yang berasal dari hewan. Protein memiliki fungsi sebagai pembangun sel-sel yang telah rusak, membentuk zat pengatur seperti enzim dan hormon, membentuk zat anti energi (Santoso, 2003).

3) Lemak

Lemak adalah senyawa yang terdiri dari unsur C, H, O yang membentuk asam lemak dan gliserol. Fungsi lemak yaitu sebagai sumber utama energi atau cadangan di dalam jaringan tubuh, sumber asam lemak yaitu zat gizi yang esensial bagi

kesehatan dan rambut, sebagai pelarut vitamin A, D, E, K yang larut dalam lemak.

4) Vitamin

Vitamin sangat dibutuhkan oleh tubuh. Fungsi dari vitamin sendiri yaitu vitamin A sebagai proses penglihatan, vitamin D sebagai prohormone transport calcium ke dalam sel, vitamin E sebagai antioksidasi alami dan metabolisme *selenium*, vitamin K sebagai proses sintesis *prothrombine* yang diperlukan dalam pembekuan darah.

5) Mineral

Mineral adalah zat gizi yang diperlukan dengan jumlah yang sedikit, adapun fungsi dari mineral yaitu sebagai pembentuk jaringan tubuh, tulang, hormon, dan enzim, sebagai pengantar proses metabolisme, keseimbangan cairan tubuh, proses pembekuan darah, kepekaan saraf dan kontraksi otot.

d. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi menurut Soekirman (2010) dibagi menjadi dua yaitu:

1) Faktor internal (secara langsung)

Penyebab langsung dari akibat terjadinya gizi kurang pada anak yaitu konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Kedua dari penyebab tersebut saling berpengaruh satu sama lain. Jadi, timbulnya gizi kurang, bukan hanya karena kurang asupan

makanan tetapi karena adanya penyakit infeksi terutama diare dan infeksi saluran akut.

2) Faktor eksternal (secara tidak langsung)

a. Pola asuh gizi

Pola asuh gizi adalah ketersediannya pangan dan perawatan kesehatan untuk memenuhi kelangsungan hidup serta pertumbuhan dan perkembangan anak.

b. Psikologi

Keadaan psikologi seseorang mampu mempengaruhi pola makan. Seseorang yang makan secara berlebihan atau kekurangan dapat terjadi karena respon seseorang saat kesepian, berduka atau depresi dan dapat juga respon terhadap rangsangan dari luar seperti iklan makanan.

c. Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu yang mempengaruhi zat gizi karena pada anak dengan status gizi lebih atau obesitas kemungkinan besar dipengaruhi oleh orang tuanya.

d. Pelayanan kesehatan

Faktor lain dari status gizi tidak langsung yaitu akses atau jangkauan anak dan keluarga pada air bersih dan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan berat badan anak, dan sarana lain seperti

adanya keberadaan posyandu, puskesmas, tempat praktik bidan, dokter, dan rumah sakit.

e. Penilaian status gizi

Penilaian status gizi di dalam ilmu gizi yaitu untuk dapat mengetahui status gizi seseorang atau masyarakat. Penilaian status gizi juga merupakan suatu interpretasi dari data yang diperoleh dengan menggunakan suatu metode untuk mengidentifikasi individu atau kelompok yang berisiko memiliki gizi buruk (Hartiyanti, 2007).

Penilaian status gizi terdiri dari dua metode yaitu metode langsung dan tidak langsung. Penilaian metode langsung meliputi biokimia, klinik, biofisik, dan antropometri sedangkan metode tidak langsung meliputi konsumsi makanan, statistik vital dan faktor-faktor ekologi. Metode penilaian status gizi yang paling sering digunakan adalah antropometri (Supariasa, 2013). Penilaian antropometri yaitu penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan (Arisman, 2010).

Berat badan merupakan ukuran dari antropometri yang penting karena menggambarkan jumlah protein, lemak air dan mineral pada tulang bahkan berat badan juga menjadi acuan dalam perhitungan dosis obat dan makanan (William, 2010). Tinggi badan merupakan ukuran kedua yang terpenting karena dengan

menghubungkan antara berat badan dan tinggi badan maka faktor umur dapat dikesampingkan (William, 2010).

Sebagai indikator status gizi antropometri mengukur beberapa parameter seperti Umur (U), Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Lingkar Lengan Atas (LLA), lingkar pinggul, lingkar kepala dan ketebalan lemak dibawah kulit. Indeks antropometri yang biasanya digunakan dalam menilai status gizi yaitu Berat Badan terhadap Umur (BB/U), Tinggi Badan terhadap Umur (TB/U), Berat Badan terhadap Tinggi Badan (BB/TB) dan *Body Mass Index* (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) (Supariasa, 2013).

1) Berat badan terhadap umur (BB/U)

Suatu parameter yang memberikan gambaran dari massa tubuh. BB/U mudah dilakukan dan lebih cepat dimengerti tetapi memiliki kelemahan yaitu dapat menyebabkan interpretasi status gizi yang keliru apabila adanya edema, sering terjadi kesalahan pengukuran akibat pengaruh pakaian yang digunakan dan gerakan anak saat ditimbang.

2) Tinggi badan terhadap umur (TB/U)

Suatu antropometri yang memperlihatkan pertumbuhan skeletal. Akibat dari defisiensi zat gizi pada tinggi badan anak terlihat dalam jangka waktu yang lama. Beaton dan Bengoa (1973) dalam Supariasa (2013) menyatakan bahwa TB/U selain

memberikan tentang gambaran status gizi masa lampau, juga memiliki kaitan yang erat dengan status ekonomi.

3) Berat badan terhadap tinggi Badan (BB/TB)

Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik dalam menilai status gizi. Pada anak yang memiliki berat badan serta tinggi badan normal pada usia remaja, maka menunjukkan bahwa pertumbuhan dan perkembangannya tersebut seimbang.

4) *Body mass index* atau indeks massa tubuh

Body Mass Index (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) direkomendasikan oleh *The World Health Organization* (WHO) pada tahun 1997, *The Nation Institute of Health* (NIH) pada tahun 1998 dan *The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services* sebagai alat baku pengukuran pada anak diatas 2 tahun dan remaja.

Body Mass Index (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan suatu perbandingan antara berat badan dan tinggi badan. Cara pengukuran *Body Mass Index* yaitu dengan mengukur Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB), lalu setelah itu dihitung dengan menggunakan rumus:

$$BMI = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan}^2 \text{ (m)}}$$

Kelebihan dari *Body Mass Index* (BMI) adalah dapat menggambarkan lemak tubuh yang berlebih dan dapat digunakan dalam penelitian dengan populasi besar. Pengukurannya dengan

menggunakan 2 hal yaitu berat badan dan tinggi badan dimana keduanya dapat menghasilkan data yang akurat. Namun *Body Mass Index* (BMI) sendiri memiliki kelemahan yaitu dalam menentukan obesitas.

Dimana obesitas yang kita ketahui adalah sebagai kelebihan lemak di dalam tubuh, namun hal tersebut berbeda dengan olahragawan. Pada olahragawan komposisi lemak tubuh relatif rendah dan komposisi ototnya tinggi, sehingga *Body Mass Index* (BMI) yang di ukur menjadi tinggi dan hal tersebut bukan berarti obesitas. Pada penelitian ini menggunakan *Body Mass Index* (BMI) anak yaitu *Body Mass Index for Age* atau Indeks Massa Tubuh terhadap Umur (IMT/U).

Cara dalam menentukan *Body Mass Index for Age* dengan menentukan nilai BMI terlebih dahulu. Penentuan kriteria pada anak disesuaikan dengan melihat *Z score* pada tabel. *Z score* adalah suatu indeks antropometri yang telah digunakan secara internasional dalam menentukan status gizi dan pertumbuhan yang ditunjukkan sebagai satuan standar deviasi (SD) populasi rujukan. Pada pengukuran *Z score* yang berdistribusi normal, biasanya digunakan indikator panjang atau tinggi badan anak. Rumus yang digunakan adalah:

$$Z \text{ score} = \frac{\text{Nilai BMI yang di ukur} - \text{nilai referensi median}}{\text{Z score populasi referensi (SD)}}$$

Klasifikasi status gizi pada *Body Mass Indeks* (BMI) yang dihitung dengan menggunakan Z score menurut WHO sebagai berikut:

Tabel 2.1
Klasifikasi BMI menurut WHO (1995)

Nilai Z score	Klasifikasi
≥ 2 SD	Kelebihan BB atau gemuk
-2 SD s/d 2 SD	Normal
-3 SD s/d < -2 SD	Kurus
< -3 SD	Sangat kurus

Klasifikasi status gizi menurut Kemenkes RI (2010) dibedakan menjadi dua kelompok yaitu usia 0-60 bulan dan usia 5-18 tahun, tabelnya sebagai berikut:

Tabel 2.2
Klasifikasi BMI menurut Kemenkes RI (2010) usia 0-60 bulan

Nilai Z score	Klasifikasi
≥ 2 SD	Gemuk
-2 SD s/d 2 SD	Normal
-3 SD s/d < -2 SD	Kurus
< -3 SD	Sangat kurus

Tabel 2.3
Klasifikasi BMI menurut Kemenkes RI (2010) usia 5-18 tahun

Nilai Z score	Klasifikasi
≥ 2 SD	Obesitas
≥ 1 SD s/d < 2 SD	Gemuk
-2 SD s/d 1 SD	Normal
-3 SD s/d < -2 SD	Kurus
< -3 SD	Sangat kurus

3. Konsep perawatan kesehatan

a. Pengertian

Perawatan kesehatan keluarga merupakan suatu proses yang dipusatkan pada keluarga sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya pencegahan serta pengobatan penyakit (Friedman, 2010). Keluarga sendiri diartikan sebagai ikatan dalam perkawinan sah antara laki-laki dan perempuan dewasa yang tinggal dalam satu rumah dan menurut UU No 10 Tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera (Suprajitno, 2004). Sedangkan menurut Murray & Zentner (1997) dalam Achjar (2010) mengatakan keluarga merupakan sistem sosial yang terdiri dari dua atau lebih individu yang tinggal bersama didalam satu rumah yang memiliki hubungan darah atau ikatan pernikahan yang memiliki tujuan bersama dan saling menyayangi.

b. Tugas keluarga dalam perawatan kesehatan

Menurut Friedman (2010) sesuai dalam fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga memiliki tugas dalam suatu bidang kesehatan yaitu:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan dalam keluarga adalah suatu hal yang tidak boleh diabaikan begitu saja, karena tanpa adanya kesehatan segalanya menjadi tidak berarti. Orang tua harus dapat mengenali keadaan sehat dan perubahan yang terjadi pada anggota keluarga. Perubahan kecil di dalam suatu keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dari orang tua atau pengambilan keputusan dalam keluarga.

2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan suatu upaya dari keluarga dalam mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pemikiran dan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau segerateratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3) Memberikan perawatan terhadap keluarga yang sakit

Perawatan bisa dilakukan dirumah jika ada keluarga yang memiliki kemampuan melakukan pertolongan pertama atau langsung datang ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah tidak menjadi lebih parah.

4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Salah satu cara dalam memodifikasi lingkungan keluarga agar kesehatan terjamin adalah dengan menambah pengetahuan pada keluarga tentang pentingnya sanitasi lingkungan serta manfaat dan memiliki niat dalam meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang dapat menunjang kesehatan.

5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga

Memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti ketika ada anggota keluarga yang sakit maka bisa langsung dibawa ke puskesmas bukan dibawa lebih dulu ke dukun ataupun mantri.

c. Peran keluarga dalam perawatan kesehatan

Peran merupakan suatu tingkah laku yang di inginkan oleh orang lain kepada seseorang yang sesuai kedudukannya dalam suatu keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan segala

perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan seseorang dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu di dalam keluarga di dasarkan oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2008 & Mubarak, 2009).

Peran keluarga dalam bidang kesehatan yaitu sebagai pelaksana asuhan keperawatan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan bisa mempengaruhi status kesehatan keluarganya. Kesanggupan keluarga untuk melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setyowati, 2008).

4. Anak usia pra sekolah

a. Pengertian

Anak usia pra sekolah adalah suatu fase perkembangan pada individu sekitar 2 sampai dengan 6 tahun, dimana anak mulai memiliki kesadaran tentang dirinya sebagai pria atau wanita, mampu mengatur dirinya dalam buang air (*toilet training*) serta mengenal beberapa hal yang dianggap berbahaya atau mencelakakan dirinya (Yusuf, 2011). Menurut Wong (2009) anak

usia pra sekolah adalah dengan usia dari 3 tahun sampai dengan 6 tahun.

b. Ciri-ciri anak usia pra sekolah

Menurut Patmonodewo (2008) dibawah ini merupakan ciri-ciri dari anak usia pra sekolah 3 sampai dengan 6 tahun yaitu:

- 1) Ciri fisik pada anak usia pra sekolah adalah anak mulai sangat aktif dan mulai dapat mengontrol keseimbangan tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan seperti lari, memanjat, dan melompat.
- 2) Ciri sosial pada anak usia pra sekolah adalah dapat bersosialisasi dengan orang disekitarnya. Pada tahapan ini anak memiliki satu atau dua sahabat, tetapi sahabat ini dapat cepat berganti. Sahabat yang dipilih biasanya berjenis kelamin yang sama dan kemudian dapat berkembang menjadi sahabat yang berjenis kelamin yang berbeda.
- 3) Ciri emosional pada anak usia pra sekolah cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas. Pada usia tersebut anak sering memperlihatkan sikap marah dan iri hati dan sering mencari perhatian gurunya.
- 4) Ciri kognitif anak usia pra sekolah biasanya anak sudah terampil dalam bahasa. Beberapa dari mereka sangat suka berbicara didalam kelompoknya dan sebagian dari mereka juga perlu dilatih untuk menjadi pendengar yang baik.

5. Perkembangan motorik

a. Pengertian

Perkembangan motorik adalah suatu proses kematangan atau gerakan yang langsung melibatkan otot-otot untuk bergerak dan persyarafan lah yang membuat seseorang mampu menggerakkan anggota tubuhnya (Sukamti, 2007). Menurut Soetjningsih (2012) perkembangan motorik adalah perkembangan pengontrolan gerak badan melalui koordinasi aktifitas saraf pusat, saraf tepi dan otot.

Perkembangan motorik terbagi menjadi motorik kasar dan motorik halus. Motorik kasar adalah gerakan tubuh yang menggunakan otot-otot besar sebagai dasar utama dalam gerakannya meliputi perkembangan gerakan kepala, badan, anggota badan, keseimbangan dan pergerakan (Rahyubi, 2012 dan Soetjningsih, 2012). Motorik halus adalah kemampuan gerakan yang dilakukan otot-otot halus, tidak memerlukan tenaga tetapi membutuhkan koordinasi tangan dan mata yang cermat (Sujiono, 2009).

b. Tahapan perkembangan motorik

Dibawah ini merupakan perkembangan motorik kasar dan motorik halus pada anak pra sekolah usia 3 sampai 6 tahun menurut Sujiono (2009):

Gambar 2.1

Perkembangan motorik anak usia 3-4 tahun

Motorik kasar	Motorik halus
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menangkap bola besar dengan posisi tangan lurus di depan badan. 2. Berdiri menggunakan satu kaki selama 5 detik. 3. Dapat mengendarai sepeda roda tiga. 4. Dapat melompat sejauh 1 meter atau lebih. 5. Berjalan menyusuri papan dengan menempatkan satu kaki di depan kaki lainnya. 6. Dapat melompat dengan menggunakan satu kaki. 7. Berdiri dengan kedua kaki dirapatkan, tangan disamping, tanpa kehilangan keseimbangan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menggunting kertas menjadi dua bagian 2. Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri. 3. Mengaduk cairan dengan sendok. 4. Dapat menuang air dari teko. 5. Dapat memegang garpu dengan cara menggenggam. 6. Membawa sesuatu dengan menjempit. 7. Dapat membuka kancing baju dan melepaskan ikat pinggang. 8. Dapat menggambar lingkaran, namun bentuknya masih kasar.

Gambar 2.2

Perkembangan motorik anak usia 5-6 tahun

Motorik kasar	Motorik halus
1. Dapat berlari dan langsung menendang bola.	1. Dapat mengikat tali sepatu.
2. Dapat melompat-lompat dengan kaki secara bergantian.	2. Dapat memasukkan surat ke dalam amplop.
3. Melambungkan bola tenis dengan satu tangan dan dapat menangkapnya dengan dua tangan.	3. Dapat mengoleskan selai diatas roti.
4. Berjalan pada garis.	4. Dapat membentuk objek dengan tanah liat.
5. Berjinjit dengan posisi tangan berada di pinggul.	5. Dapat mencuci dan mengeringkan muka tanpa membasahi baju.
6. Menyentuh jari kaki tanpa lutut tertekuk.	6. Memasukkan benang ke dalam lubang pada jarum.
7. Mengayuhkan satu kaki ke depan atau ke belakang tanpa kehilangan keseimbangan.	

c. Prinsip perkembangan motorik

Menurut Soetjiningsih (2012) terdapat lima prinsip perkembangan motorik, yaitu:

- 1) Perkembangan motorik bergantung pada maturasi saraf dan otot.

Perkembangan motorik pada anak dipengaruhi oleh otak. Otak disini memiliki peran mengatur setiap gerakan yang dilakukan anak. Semakin matangnya perkembangan pada sistem saraf otak yang mengatur otot maka semakin baik pula kemampuan motorik anak.

- 2) Belajar keterampilan motorik ketika anak siap secara matang.

Hanya akan sia-sia ketika mencoba mengajarkan gerakan keterampilan anak sebelum sistem saraf dan ototnya berkembang secara baik.

- 3) Perkembangan motorik merupakan pola yang dapat diprediksi.

Perkembangan motorik mengikuti arah perkembangan. Arah perkembangan pada anak berlangsung secara sefalokaudal dan proksimodistal, yaitu perubahan dari gerakan yang menyeluruh hingga aktivitas yang spesifik.

- 4) Pola perkembangan motorik dapat ditentukan.

Anak akan belajar duduk dahulu, sebelum anak belajar berdiri dan berjalan dan tidak mungkin arahnya akan terbalik.

5) Kecepatan perkembangan motorik berbeda pada setiap individu.

Perkembangan motorik mengikuti suatu pola yang sama, tetapi umur untuk mencapai tahap perkembangan tersebut berbeda pada setiap individu.

d. Penilaian perkembangan anak

Salah satu dari metode skrining atau pemeriksaan untuk mengetahui kelainan pada perkembangan anak yaitu dengan menggunakan *Denver Developmental Screening Test* (DDST). Melakukan tes tersebut sangat mudah dilakukan dan cepat serta menunjukkan validitas yang tinggi. Sekarang DDST yang digunakan dinamakan *Denver II*, dimana *Denver II* merupakan revisi dari *Denver Developmental Screening Test* (DDST).

1) Pengertian *Denver II*

Denver Developmental Screening Test (DDST) merupakan metode yang digunakan dalam menilai perkembangan anak dari umur 0-6 tahun. Uji pemeriksaan ini diambil dari *University of Colorado Medical Center* di denver sehingga dikenal dengan sebutan *Denver*. *Denver II* merupakan hasil revisi utama dari standarisasi ulang *Denver Developmental Screening Test* (DDST) dan *Revised Denver Developmental Screening Test* (DDST-R) (Adriana, 2013).

2) Fungsi tes *Denver II* menurut Soetjiningsih (2012):

- a) Untuk menilai tingkat perkembangan pada anak sesuai dengan umurnya.
- b) Untuk menilai perkembangan pada anak sejak baru lahir sampai dengan usia 6 tahun.
- c) Menyaring anak tanpa gejala yang kemungkinan memiliki kelainan perkembangan.
- d) Memastikan apakah anak yang dicurigai benar mengalami kelainan perkembangan.
- e) Melakukan pemantauan perkembangan anak yang memiliki risiko seperti anak dengan masalah perinatal.

3) Aspek-aspek perkembangan yang dinilai

Dalam lembar *Denver II* terdapat 125 tugas perkembangan. Pada saat dilakukan tes, tugas yang diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar 25-30 tugas, dimana tugas perkembangan tersebut disusun dalam formulir menjadi 4 sektor perkembangan, yang meliputi:

a) *Personal sosial* (Perilaku sosial)

Aspek-aspek yang berhubungan dengan kemampuan bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan, meliputi:

- (1) Menatap muka
- (2) Membalas senyum pemeriksa
- (3) Tersenyum spontan

- (4) Mengamati tangannya
- (5) Berusaha menggapai mainan
- (6) Makan sendiri
- (7) Tepuk tangan
- (8) Menyatakan keinginan
- (9) Daag-daag dengan tangan
- (10) Main bola dengan pemeriksa
- (11) Menirukan kegiatan
- (12) Minum dengan cangkir
- (13) Membantu dirumah
- (14) Menggunakan sendok dan garpu
- (15) Membuka pakaian
- (16) Menyuyapi boneka
- (17) Memakai baju
- (18) Menggosok gigi dengan bantuan
- (19) Cuci dan mengeringkan tangan
- (20) Menyebut nama teman
- (21) Memakai T-shirt
- (22) Berpakaian tanpa bantuan
- (23) Bermain ular tangga / kartu
- (24) Menggosok gigi tanpa bantuan
- (25) Mengambil makanan

b) *Fine motor adaptive* (Gerakan motorik halus)

Aspek-aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam mengamati sesuatu serta melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu, seperti:

- (1) Mengikuti ke garis tengah
- (2) Mengikuti lewat garis tengah
- (3) Memegang icik-icik
- (4) Tangan bersentuhan
- (5) Mengikuti 180°
- (6) Mengamati manik-manik
- (7) Meraih
- (8) Mencari benang
- (9) Mengaruk manik-manik
- (10) Memindahkan kubus
- (11) Mengambil dua buah kubus
- (12) Memegang dengan ibu jari dan jari
- (13) Membenturkan dua kubus
- (14) Menaruh kubus dicangkir
- (15) Mencoret-coret
- (16) Ambil manik-manik ditunjukkan
- (17) Menara dari dua kubus
- (18) Menara dari empat kubus
- (19) Menara dari enam kubus

- (20) Meniru garis vertikal
- (21) Menara dari delapan kubus
- (22) Menggoyangkan ibu jari
- (23) Mencontoh O
- (24) Menggambar dengan tiga bagian
- (25) Mencontoh +
- (26) Memilih garis yang lebih Panjang
- (27) Mencontoh □ ditunjukkan
- (28) Menggambar orang 6 bagian
- (29) Mencontoh □

c) *Language* (bahasa)

Kemampuan untuk memberikan respon terhadap adanya suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan yang meliputi:

- (1) Bereaksi
- (2) Bersuara
- (3) Oooooo? Aaaahh
- (4) Tertawa
- (5) Berteriak
- (6) Menoleh ke bunyi icik-icik
- (7) Menoleh ke arah suara
- (8) Satu silabel
- (9) Meniru bunyi kata-kata

- (10) Papa/mama tidak spesifik
- (11) Kombinasi silabel
- (12) Mengoceh
- (13) 1 kata
- (14) 2 kata
- (15) 3 kata
- (16) 6 kata
- (17) Menunjuk 2 gambar
- (18) Kombinasi gambar
- (19) Menyebut 1 gambar
- (20) Menunjuk 4 gambar
- (21) Bicara dengan dimengerti
- (22) Kegunaan 2 benda
- (23) Mengerti 4 kata depan
- (24) Menyebut 4 warna
- (25) Mengartikan 3 kata

d) *Gross motor* (Motorik kasar)

Aspek-aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh, yang meliputi dalam:

- (1) Gerakan seimbang
- (2) Mengangkat kepala
- (3) Kepala terangkat 45°
- (4) Kepala terangkat 90°

- (5) Duduk kepala tegak
- (6) Menumpu beban pada kaki
- (7) Dada terangkat menumpu pada lengan
- (8) Membalik
- (9) Bangkit kepala tegak
- (10) Duduk tanpa pegangan
- (11) Berdiri dengan pegangan
- (12) Bangkit untuk berdiri
- (13) Bangkit terus duduk
- (14) Berdiri 2 detik
- (15) Berdiri sendiri
- (16) Membungkuk kemudian berdiri
- (17) Berjalan dengan baik
- (18) Berjalan dengan mundur
- (19) Lari
- (20) Berjalan naik tangga
- (21) Menendang bola kedepan
- (22) Melompat
- (23) Melempar bola ke atas
- (24) Loncat jauh
- (25) Berdiri satu kaki 1 detik
- (26) Berdiri satu kaki 2 detik
- (27) Melompat dengan satu kaki

- (28) Berdiri satu kaki 3 detik
- (29) Berdiri satu kaki 4 detik
- (30) Berdiri satu kaki 5 detik
- (31) Berjalan tumit ke jari kaki
- (32) Berdiri satu kaki 6 detik

e. Alat yang digunakan dan prosedur *Denver II*

1) Alat-alat yang digunakan:

- a) Alat peraga: seperti benang wol berwarna merah, manik-manik atau kismis, kubus yang berwarna merah, kuning, hijau dan biru, botol berukuran kecil, bola tenis, bel kecil, kertas serta pensil.
- b) Lembar formulir *Denver II*.
- c) Buku petunjuk sebagai referensi yang menjelaskan cara melakukan tes dan tentang cara penilaian.

2) Prosedur *Denver II*

Prosedur pada *Denver II* terdiri dari 2 tahap yaitu:

- a) Pada tahap pertama: dilakukan kepada semua anak yang berusia 3 sampai 6 bulan, 9 sampai 12 bulan, 18 sampai 24 bulan, 3 tahun, 4 tahun, dan 5 tahun.
- b) Pada tahap kedua: dilakukan kepada anak yang dicurigai mengalami keterlambatan perkembangan, dan setelah itu

prosedur dilanjutkan dengan mengevaluasi diagnostik secara lengkap.

3) Penilaian

Skor yang digunakan pada *Denver II*:

a) Lulus (*Passed* = P)

Apabila anak dapat melakukan tes dengan baik atau orangtua dan ibu pengasuh anak memberi laporan tepat atau dapat dipercaya bahwa anak dapat melakukannya.

b) Gagal (*Fail* = F)

Apabila anak tidak dapat melakukan tes dengan baik atau orangtua/pengasuh memberi laporan secara tepat bahwa anak tidak dapat melakukan dengan baik.

c) Tidak memiliki kesempatan melakukan tugas (*No opportunity* = NO)

Apabila anak tidak memiliki kesempatan dalam melakukan tes karena adanya hambatan. Skor ini hanya bisa digunakan pada tes dengan tanda "R".

d) Menolak (*Refusal* = R)

Apabila anak menolak untuk melakukan tes.

4) Interpretasi penilaian individual

a) Penilaian "lebih" (*Advanced*)

Apabila anak dinyatakan "lulus" pada tugas perkembangan yang terletak di kanan garis umur dan dinyatakan

perkembangan anak “lebih”, karena kebanyakan anak usia sebayanya belum “lulus”.

b) Penilaian “normal”

Apabila seorang anak “gagal” (*fail*) atau “menolak” (*Refusal*) melakukan tes pada tugas disebelah kanan garis umur, maka perkembangan anak dinyatakan normal.

c) Penilaian *caution* “peringatan”

Apabila seorang anak “gagal” atau “menolak” tes pada tugas digaris umur antara persentil 75 dan 90, maka nilainya adalah *Caution* (tulis huruf C pada kanan kotak segi panjang).

d) Penilaian *delayed* “keterlambatan”

Apabila seorang anak “gagal” atau “menolak” untuk melakukan tes pada tugas yang terletak lengkap pada kiri garis umur, karena anak “gagal” atau “menolak” tes dimana 90% anak-anak lain sudah dapat melakukannya.

e) Penilaian *No opportunity* “tidak ada kesempatan”

Apabila anak pada tes yang dilaporkan orangtua atau pengasuh bahwa anak tidak ada kesempatan untuk melakukan atau mencoba dan diberi nilai “NO”. Misalnya pada anak dengan retardasi mental atau *down syndrome*.

5) Interpretasi tes *Denver II*

a) Normal

Apabila tidak ada keterlambatan (*fail*) atau terdapat paling banyak satu "*caution*". Lakukan pemeriksaan ulang pada kontrol kesehatan berikutnya.

b) Abnormal

Apabila terdapat dua atau lebih keterlambatan "*fail*". Dirujuk untuk evaluasi diagnostik.

c) Suspek

Apabila mendapatkan dua atau lebih "*caution*" atau terdapat satu atau lebih keterlambatan "*fail*". Lakukan tes ulang dalam waktu 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat seperti rasa takut, keadaan sakit, mengantuk dan kelelahan.

d) Tidak dapat dites

Apabila menolak pada satu tugas atau lebih pada sebelah kiri garis umur atau menolak lebih dari satu tugas yang menembus garis umur pada persentil 75-90%. Lakukan pengujian ulang dalam waktu 1-2 minggu.

B. Penelitian terkait

Terdapat beberapa penelitian terkait dengan penelitian ini diantaranya penelitian dari Chindy, Rina, Wico (2016) meneliti tentang "Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Anak Usia 1-3 Tahun di Kelurahan Bitung Kecamatan Amurang Kabupaten

Minahasa Selatan”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah sampel 38 responden. Penilaian gizi dari pengukuran antropometri dan perkembangan motorik dengan *Denver II*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 1-3 tahun dengan hasil uji statistic *chi square* $p=0,006$.

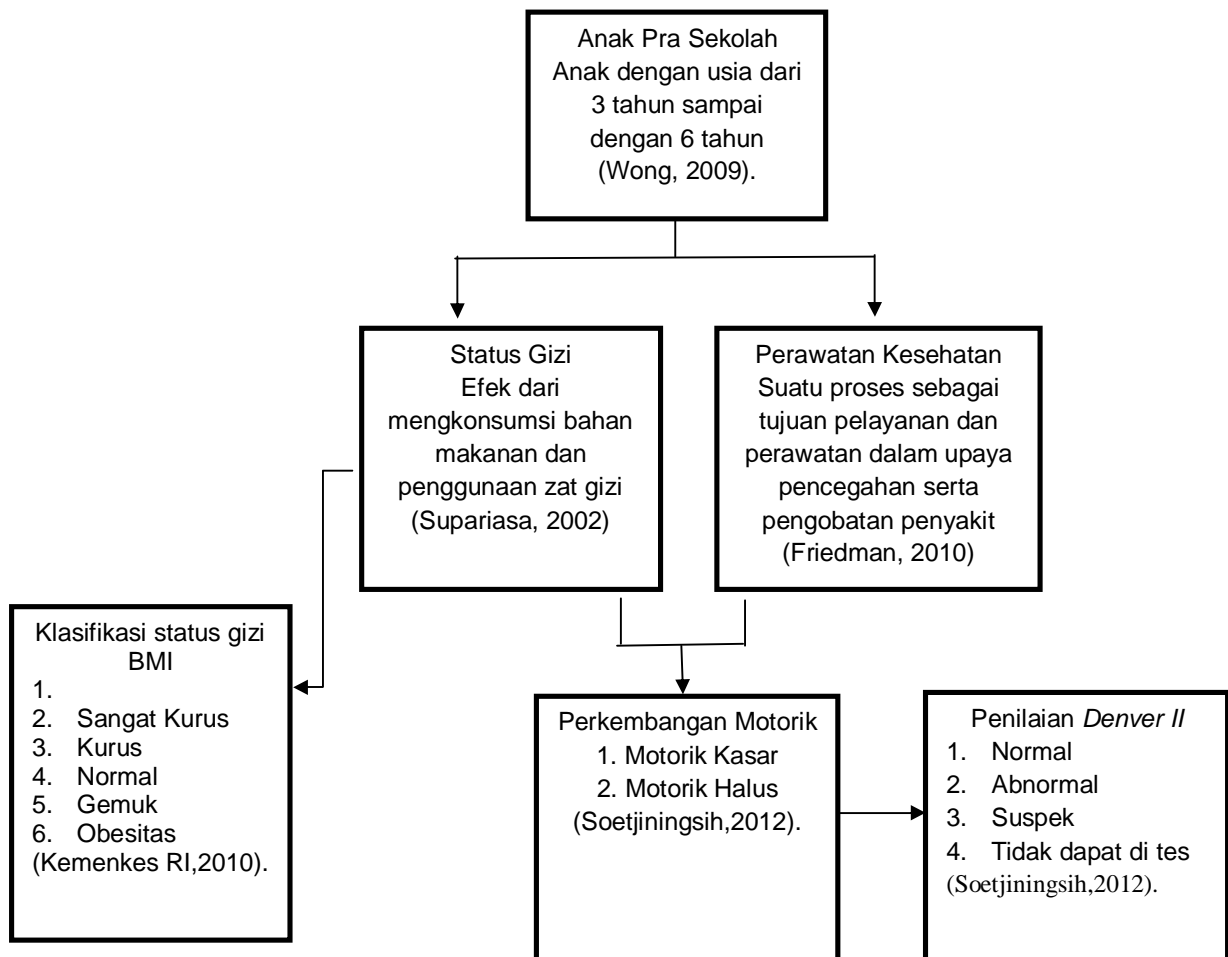
Penelitian dari Mariani, Sisfiani, Franly (2015) meneliti tentang “Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Halus Pada Anak Usia Prasekolah di TK GMIM Solafide Kelurahan Uner Kecamatan Kawangkoan Induk Kabupaten Minahasa”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah sampel 42 responden. Penilaian gizi menggunakan pengukuran antropometri BB/U dan perkembangan motorik dengan *Denver II*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah dengan hasil uji statistic *chi square* $p=0.004$.

Penelitian dari Laksmi (2013) meneliti tentang “Hubungan Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga dengan Pencapaian Tugas Perkembangan Balita di Bina Keluarga Balita (BKB) Glagahwero Kecamatan Kalisat Jember”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah

sampel 32 responden. Penilaian tugas perkembangan balita menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dan fungsi perawatan kesehatan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian ada hubungan yang bermakna antara fungsi perawata kesehatan dengan tugas perkembangan balita dengan hasil uji *regresi linier sederhana* $p = 0.005$.

C. Kerangka teori

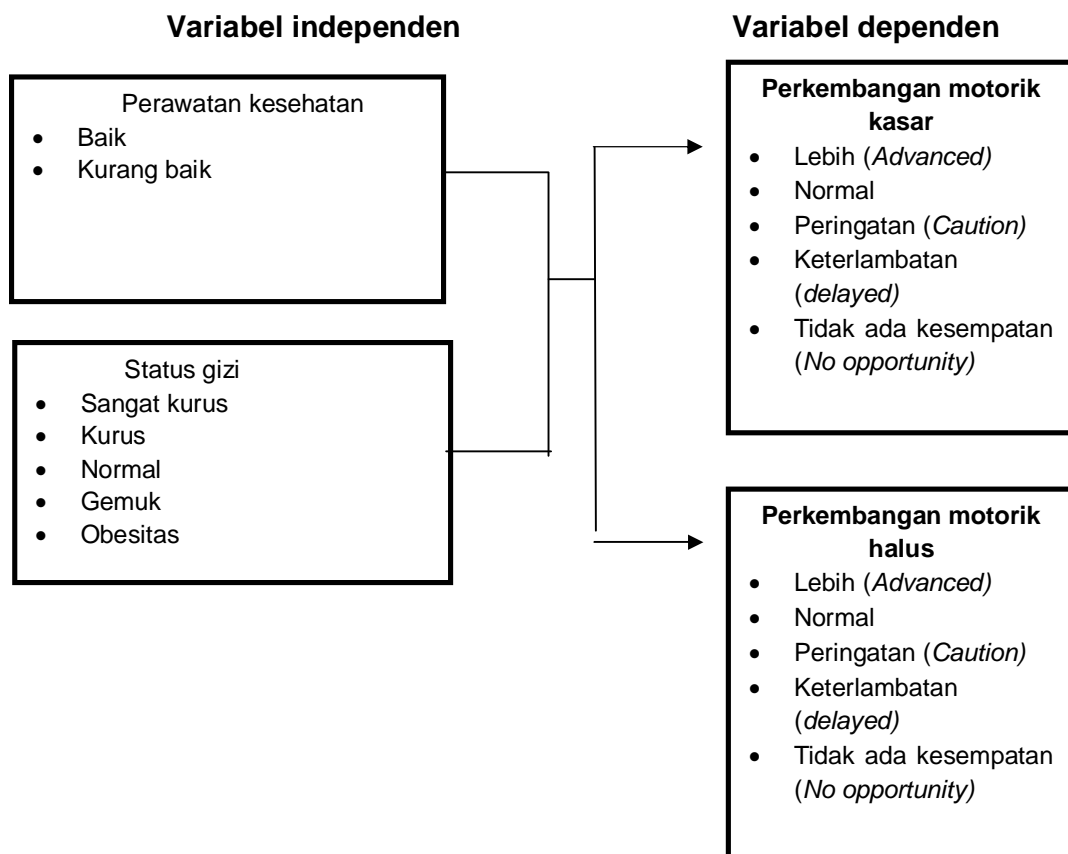
Kerangka teori adalah berupa uraian dari definisi-definisi yang berhubungan dengan permasalahan yang akan dijadikan sebagai tujuan untuk melakukan penelitian (Notoatmodjo, 2014). Adapun kerangka teori penelitian ini, sebagai berikut:



Gambar 2.3: Kerangka Teori

D. Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan konsep-konsep yang berkaitan dengan bagaimana seseorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2009). Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Keterangan:

- : Area yang diteliti
→ : Arah hubungan

Gambar 2.4: Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan sebuah jawaban sementara dari pertanyaan dalam penelitian biasanya dirumuskan dalam bentuk hubungan antar dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2014). Adapun hipotesis dari penelitian ini:

1. Hipotesa nol (H_0): tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

Hipotesa Alternative (H_a): ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

2. Hipotesa nol (H_0): tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

Hipotesa Alternative (H_a): ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

3. Hipotesa nol (H_0): tidak ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

Hipotesa Alternative (H_a): ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

4. Hipotesa nol (H_0): tidak ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

Hipotesa Alternative (H_a): ada hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik halus pada anak usia pra sekolah di TK ABA 3,6,7 & 8 Kota Samarinda.

BAB III METODE PENELITIAN	68
A. Rancangan penelitian	68
B. Populasi dan sampel	68
C. Waktu dan tempat penelitian.....	73
D. Definisi operasional.....	73
E. Instrumen penelitian.....	75
F. Uji validitas dan reliabilitas	77
G. Teknik pengumpulan data	80
H. Teknik analisa data	80
I. Jalannya penelitian	88
J. Etika penelitian	89
BAB IV PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	90
A. Gambaran umum penelitian	90
B. Hasil penelitian	91
C. Pembahasan	102
D. Keterbatasan penelitian	122

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan dan uraian dari hasil penelitian maka peneliti mengambil saran dan kesimpulan dari hasil penelitian tentang hubungan status gizi dan perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik pada anak usia pra sekolah pada 124 responden.

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari tujuan penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

1. Karakteristik responden orang tua dan anak di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda dapat dijelaskan sebagai berikut:
 - a. Karakteristik responden orang tua berdasarkan usia menunjukkan bahwa dari 124 responden orang tua paling banyak responden berusia 26-35 tahun yaitu sebanyak 75 orang (60.5%).
 - b. Karakteristik responden orang tua berdasarkan pendidikan orang tua menunjukkan bahwa dari 124 responden orang tua mayoritas pendidikan orang tua adalah perguruan tinggi yaitu sebanyak 70 orang (56.5%).
 - c. Karakteristik responden orang tua berdasarkan pekerjaan orang tua menunjukkan bahwa dari 124 responden orang tau

mayoritas pekerjaan orang tua adalah Ibu Rumah Tangga yaitu sebanyak 67 orang (54%).

- d. Karakteristik responden anak berdasarkan usia menunjukkan bahwa dari 124 responden anak paling banyak berusia 5.6-6 tahun yaitu sebanyak 110 anak (88.7%).
 - e. Karakteristik responden anak berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa dari 124 responden anak mayoritas jenis kelamin anak adalah perempuan sebanyak 66 anak (53.2%).
 - f. Karakteristik responden anak berdasarkan urutan kelahiran menunjukkan bahwa dari 124 responden anak mayoritas urutan kelahiran anak adalah anak pertama yaitu sebanyak 62 anak (50%).
2. Status gizi pada anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda menunjukkan bahwa mayoritas status gizi adalah normal sebanyak 108 anak (87.1%).
 3. Perawatan kesehatan anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda menunjukkan bahwa mayoritas perawatan kesehatan anak adalah baik yaitu sebanyak 72 anak (58.1%).
 4. Motorik kasar anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda menunjukkan bahwa mayoritas motorik kasar anak adalah normal yaitu sebanyak 98 anak (79%).

5. Motorik halus anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda menunjukkan bahwa mayoritas motorik halus anak adalah normal yaitu sebanyak 97 anak (97%).
6. Analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel status gizi dengan perkembangan motorik kasar $p\text{ value} = 0.000$ dengan nilai $\alpha = 0.05$, jika dibandingkan dengan nilai $p\text{ value}$ lebih kecil dari nilai α maka H_0 ditolak yang artinya terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda. Hasil Analisis *odd ratio* menunjukkan nilai 13.640 yang berarti anak dengan status gizi normal berpeluang 13.640 kali memiliki perkembangan motorik kasar normal dibandingkan anak dengan motorik kasar *caution* dan *delayed* (CI = 4.152-44.814).
7. Analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel status gizi dengan perkembangan motorik halus $p\text{ value} 0.045$ dengan nilai $\alpha = 0.05$, jika dibandingkan dengan nilai $p\text{ value}$ lebih kecil dari nilai α maka H_0 ditolak yang artinya terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik halus anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda. Hasil analisis *odd ratio* menunjukkan nilai 3.422 yang berarti anak dengan status gizi normal berpeluang 3.422 kali memiliki perkembangan motorik kasar normal dibandingkan anak dengan motorik kasar *caution* dan *delayed* (CI = 1.138-10.287).

8. Analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar p value = 0.961 dengan nilai $\alpha = 0.05$, jika dibandingkan dengan nilai p value lebih besar dari nilai α maka H_0 gagal ditolak atau diterima artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik kasar anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda.
9. Analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik halus p value = 0.031 dengan nilai $\alpha = 0.05$, jika dibandingkan dengan nilai p value lebih dari nilai α maka H_0 ditolak yang artinya terdapat hubungan bermakna antara perawatan kesehatan dengan perkembangan motorik halus anak usia prasekolah di TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda.

B. Saran

Penelitian ini memiliki beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam meningkatkan perkembangan serta menjaga kesehatan anak khususnya bagi TK ABA 3,6,7 dan 8 Kota Samarinda, yaitu:

1. Bagi institusi sekolah

Berdasarkan hasil penelitian diharapkan pihak sekolah lebih sering memantau perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta sekolah dapat memantau status gizi pada anak. Pemantauan

status gizi sendiri bisa dilakukan dengan menghitung berat badan berdasarkan umur (BB/U), tinggi badan berdasarkan umur (TB/U). Diharapkan pihak sekolah juga dapat berkolaborasi dengan pelayanan kesehatan dalam pemantauan tumbuh kembang anak.

2. Bagi keluarga/orang tua

Berdasarkan hasil penelitian diharapkan para orang tua dapat memberikan makanan 4 sehat 5 sempurna yaitu yang terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayur-mayur, buah-buahan dan disempurnakan dengan susu dan pemberian makanan tersebut juga harus dengan porsi yang seimbang agar anak tidak berstatus gizi kurang atau lebih. Serta bagi orang tua memperhatikan perawatan kesehatan pada anak dengan membawa anak pemeriksaan setiap bulannya secara rutin ke pelayanan kesehatan untuk memantau perkembangan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Rekomendasi untuk peneliti yang selanjutnya adalah lebih mengkaji lebih dalam lagi faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi perkembangan anak. Hasil pengamatan dan fenomena saat penelitian bahwa faktor pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, H.A., Komang. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Adriana, D. 2013. *Tumbuh Kembang & Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Almatsier, Sunita. 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- _____. 2010. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Arifin, Zainal. 2012. *Evaluasi Pembelajaran*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- _____. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi VI*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Arisman. 2010. *Gizi Dalam Dasar Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Azwar, Saifuddin. 2014. *Reliabilitas dan Validitas (Edisi IV)*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Budiyanto, M. 2005. *Gizi dan Kesehatan*. Malang: Bayu Media dan UMM Malang.
- Chandra. 2006. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Palembang: Penerbit Buku Kedokteran.
- Chindy, dkk. 2016. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Anak Usia 1-3 Tahun di Kelurahan Bitung Kecamatan Amurang Kabupaten Minahasa Selatan*. Volume 4, nomor 2.
- Cochran, W.G. 1954. *Some Methods for Strengthening the Common χ^2 Test*. *Biometrics*. <http://wordpress.com/2015/05/05/statistik-uji-chi-square/> amp.html, diperoleh 5 februari 2018.
- Dahlan. M.S. 2012. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan (Edisi 3)*. Jakarta: Salemba Medika.

- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Depkes RI.
- _____. 2012. *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2012*. <http://www.depkes.go.id>, diperoleh 24 Oktober 2017.
- Desmika. 2012. *Hubungan Antara Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia 1-5 Tahun di Posyandu Buah Hati Ketelan Banjarsari Surakarta*. *Jurnal Kesehatan* Volume 5, Nomor 2.
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta:EGC.
- Green, L.W. dan Kreuter, M. W. 2005. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. New York: McGraw-Hill.
- Hartiyanti, Y., & Triyanti. 2007. *Penilaian Status Gizi Dalam Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Hasnadiana, HR. 2014. *Gizi, Pemanfaatan Gizi, Diet dan Obesitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hastono, Sutanto. 2007. *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. A. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayani, Rini dkk. 2006 *Psikologi Perkembangan Anak*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Irianto, Koes. 2006. *Mikrobiologi*. Bandung: Yraman Widya.
- Laksmi, Wardani. 2013. *Hubungan Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga dengan Perkembangan Balita di Bina Keluarga Balita (BKB) Glagahwero Kecamatan Kalisat Jember*. Skripsi Universitas Jember.

- Linde, M.C. 2006. *Biokimia Nutrisi dan Metabolisme*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Kemenkes RI. 2010. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*.
Kemenkes RI.
- _____. 2016. *Pemantauan Status Gizi*. Kemenkes RI.
- Lemeshow. 1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian*. Yogyakarta:UGM.
<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtptunimus-prasistiyabab3.pdf>, diperoleh 15 Desember 2017.
- Mariani, dkk. 2015. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Halus Pada Anak Usia Prasekolah di TK GMIM Solafide Kelurahan Uner Kecamatan Kawangkoan Induk Kabupaten Minahasa*. *Jurnal Keperawatan* Volume 3, Nomor 1.
- Moonik, dkk. 2015. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Perkembangan Anak Taman Kanak-Kanak*. *Jurnal e-Clinic* Volume 3, Nomor 1.
- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas, Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika. <http://jtptunimus-gdl-rahmadsant-6733-2-babiia.pdf>, diperoleh 3 Februari 2018.
- Muliadi. 2007. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*. Jakarta: Salemba Empat.
- Musfiroh, Tadkiroatun. 2008. *Cerdas Melalui Bermain*. Jakarta: Grassindo.
- Nency, Y. 2006. *Gizi Buruk Ancaman Generasi yang Hilang*. *Jurnal Inovasi Online Kesehatan*, Vol 5 No XVII.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2008. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- _____. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurjanah, dkk. 2011. *Penerapan Model Pembelajaran Predict-Observe-Explain (POE) Untuk Meningkatkan Penguasaan Konsep Tekanan dan Keterampilan Berpikir Kreatif Siswa MTS*. Bandung:Tesis FPMIPA Universitas Pendidikan Indonesia.

- Nurjantara, Isti. 2014. *Pengembangan Kreativitas Menggambar Melalui Aktivitas Menggambar pada Kelompok B2 di TK ABA Kalakijo Guwosari Pajang Batul*. Skripsi Universitas Negeri Yogyakarta.
- Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
<http://dokumen.tips/document>
Penelitian-deskriptif.html, diperoleh 31 Desember 2017.
- Patmonodewo, Soemiarti. 2008. *Pendidikan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta. <http://digilib.uinsby.ac.id/11056/4/bab2.pdf>, diperoleh 29 September 2017.
- Persagi. 2009. *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Gramedia.
- Pusat Data dan Informasi Depkes RI.2006. *Peta Kesehatan Indonesia Tahun 2004*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Rahyubi, Heri. 2012. *Teori-Teori Belajar dan Aplikasi Pembelajaran Motorik*. Bandung: Nusa Media.
<http://eprints.uny.ac.id/14653/SKRIPSI.pdf>, diperoleh 11 November 2017.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesda). 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rospond, R. M. 2008. *Penilaian Status Nutrisi*
<http://www.lyrawati.files.wordpress.com/2008/07/penilaianstatusnutrisi.pdf>, diperoleh 3 Februari 2018.
- Sediaoetomo, D. 2010. *Ilmu Gizi*. Jakarta: Dian Rakyat. <http://jtptunimus-gdl-budimarian-7528-3-babii.pdf>, diperoleh 3 Februari 2018.
- Setiadi. 2008. *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.<http://repository.usu.ac.id/bitstream/41404/4/chapter252011.pdf>, diperoleh 3 Februari 2018.

- Setyowati, Arita. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press. <http://jtptunimus-gdl-rahmadsant-6733-2-babiia.pdf>, diperoleh 3 Februari 2018.
- Soekirman. 2010. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Soetjiningsih. 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- _____. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Suherman. 2000. *Dasar-Dasar Penjaskes*. Jakarta: Debdikbud. <http://eprints.ums.ac.id/18722/2/2-bab1.pdf>, diperoleh 25 Oktober 2017.
- Sujiono, Yuliani Nurani. 2009. *Konsep Dasar Anak Usia Dini*: Jakarta: Indeks. http://digilib.unila.ac.id/10761/20/BAB_2.pdf, diperoleh 11 November 2017.
- Sukanti, Endang R. 2007. *Diktat Perkembangan Motorik*. Yogyakarta: FIK. UNY. <http://eprints.uny.ac.id/7873/3/bab2.pdf>, diperoleh 12 November 2017.
- Sukardi. 2008. *Metodologi Penelitian Pendidikan, Kompensasi dan Prakteknya*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Supardi. 2013. *Aplikasi statistika dalam Penelitian Konsep Statistika yang Lebih Komprehensif*. Jakarta: Change Publication.
- Sulisyastuti & Purwanto. 2011. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Untuk Psikologi dan Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Sujiono, Yuliani Nurani. 2009. *Konsep Dasar Pendidikan Anak Usia Dini*. Jakarta: PT. Indeks.
- Supariasa, I.D.N., Bakrie, B., Fajar, L. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- _____. 2013. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Supartini. 2012. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta:EGC.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dan Praktik*. Jakarta: EGC.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/41404/4/chapter252011.pdf>,
diperoleh 3 Februari 2018.
- Taju, dkk. *Hubungan antara Status Pekerjaan Ibu dengan Perkembangan Motorik Halus dan Motorik Kasar Anak Usia Prasekolah di PAUD GMIM Bukit Hermon dan TK Idhata Kecamatan Malalayang Kota Manado*. *Jurnal Keperawatan* Volume 3, Nomor 2.
- Umar, H. 2002. *Metode Riset Bisnis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- UNICEF Indonesia. *Laporan Tahunan*. Ganeva: UNICEF 2011.
www.unicef.org/indonesia.id, diperoleh 25 Oktober 2017.
- Wahyu dan Irdawati. 2011. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Tumbuh Kembang Bayi Prematur Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Banjarsari*.
- Waqidil dan Andini. 2016. *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Perkembangan Balita Usia 3-5 Tahun*. *Asuhan Kesehatan* Vol. 7, Nomor 2.
- Whaley, & Wong. 2002. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta:EGC.
<http://digilib.unimus.ac.id/.../jtptunimus-gdl-sukesihg2a-5144-3-bab2.pdf>, diperoleh 3 Oktober 2017.
- WHO. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. Ganeva: WHO
- Widati, Tri. 2012. "Meningkatkan Kemampuan Motorik Halus Anak Melalui Metode Melipat Kertas pada Anak Kelompok B TK ABA Gani Socokangsi Jatinom Klaten Tahun Ajaran 2011/2012". Skripsi. Surakarta: Fakultas Pendidikan, Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/30726/13/Naskahpublikasi.pdf>, diperoleh 3 Oktober 2017.
- William, L & Wilkins. 2010. *Nursing: Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Alih Bahasa Paramita: Jakarta: PT Indeks.
- Wiryo, Hananto. 2002. *Peningkatan Gizi Bayi, Anak, Ibu Hamil dan Menyesuaikan Dengan Bahan Makanan Local*. Jakarta: Sagung Seto.

Wiyani & Barnawi. 2015. *Format PAUD*. Yogyakarta:Ar-ruzz Media.

Wong, D.L. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta:EGC.

_____. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol 1 Edisi 6*.
Jakarta:EGC.

Yusuf, Syamsu. 2011. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*.
Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Zulaikha, Siti. 2010. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Anak
Usia 2-3 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Kota
Surakarta*.

Zulkifli, Amsya. 2001. *Manajemen Sistem Informasi*. Jakarta: Gramedia.
<http://pendidikanjasmani13.blogspot.co.id/2012/06/perkembanganmotorik.html>, diperoleh 3 Oktober 2017.