BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ilmu kesehatan saat sekarang ini sangat berkembang dengan pesatnya, hal ini untuk mendukung dan meningkatkan derajat kesehatan Nasional terutama kesehatan bagi anak-anak, khususnya masa pra-sekolah (Almatsier, 2010). Salah satu masalah kesehatan dan sosial yang dihadapi Indonesia adalah rendahnya status gizi masyarakat. Hal ini mudah dilihat, misalnya dari berbagai masalah gizi seperti kurang gizi, anemia gizi besi, gangguan akibat kekurangan yodium dan kurang vitamin (Husaini, 2006 dalam Sa'diya, 2015).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.Dibedakan antara status gizi kurang, baik dan lebih.Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang.Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin.Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat dalam jumlah berlebihan (Almatsier, 2010).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujutan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Tinggi rendahnya status gizi, khususnya gizi anak prasekolah erat

hubungannya dengan permasalahan gizi secara umum. Dampak dari kekurangan gizi adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan dan terjadinya percepatan kematian. Angka kematian anak usia prasekolah yang disebabkan oleh kekurangan gizi sedang dan ringan justru jauh lebih besar yaitu 46% secara total lebih separuh kematian anak-anak prasekolah disebabkan oleh faktor kekurangan gizi (Widodo, 2010 dalam Sa'diya, 2015).

Data WHO menunjukkan bahwa kasus anak usia prasekolah *underweight* di dunia sebesar 15,7% dan anak usia prasekolah *overweight* sebanyak 6,6% (WHO, 2013). Menurut data KemenKes tahun 2017, Indonesia memiliki masalah kesehatan yang cukup buruk diantaranya status gizi anak prasekolah. Data menunjukkan angka 3,8% untuk anak prasekolah dengan gizi buruk, 14% diantaranya anak mengalami gizi kurang, 80,4% anak dengan gizi normal dan 1,8% kasus diantaranya anak memiliki gizi lebih. Data Kemenkes tahun 2017 menunjukkan bahwa Riau memiliki kasus anak prasekolah dengan gizi buruk sebanyak 4,2% , 10,5% diantaranya anak mengalami gizi kurang, 80,6% anak dengan gizi normal dan 1,2% kasus diantaranya anak memiliki gizi lebih.

Anak prasekolah yaitu anak yang berusia 3-5 tahun. Pada masa ini terjadi pertumbuhan psikologi, biologis, kognitif dan spiritual yang begitu signifikan.Kemampuan mereka dalam mengontrol diri, berinteraksi dengan orang lain dan penggunaan bahasa dalm berinteraksi merupakan modal awal anak dalam mempersiapkan tahap perkembangan berikutnya, yaitu tahap masa sekolah (Whaley, 2011).

Masa prasekolah (3-5 tahun) merupakan fase ketika anak mulai terlepas dari orang tua, dan mulai berinteraksi dengan lingkungannya (Sayogo, 2012).Tugas perkembangan anak prasekolah adalah mencapai otonomi yang cukup, memenuhi dan menangani diri sendiri tanpa campur tangan orang tua secara penuh.Pada tahap ini, anak dapat dilibatkan dalam kegiatan atau pekerjaan rumah tangga untuk membantu orang tua (Whaley, 2011).

Data badan pusat statistika (BPS) tahun 2016 menyebutkan bahwa jumlah anak pra sekolah di Indonesia dengan rentang usia 2-7 tahun sebanyak 30,26 juta jiwa. Menurut data dinas kependudukan catatan sipil tahun 2018, jumlah penduduk riau adalah 6.074.068 jiwa, dan 333.482 jiwa diantaranya adalah anak usia pra sekolah. Itu artinya 9,1% penduduk Riau adalah anak-anak dengan usia pra sekolah. Sedangkan data dinas kependudukan dan catatan sipil menunjukkan bahwa kecamatan Kampar memiliki anak dengan usia prasekolah sebanyak 2656 jiwa.

Tabel 1.1 Data Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil tahun 2019

No	Desa/ Kelurahan	Usia 3- 4 tahun	usia 5 tahun	Jumlah
1	**Airtiris**	**216**	**110**	**326**
2	penyasawan	182	107	289
3	Batu Belah	187	98	285
4	Rumbio	119	66	185
5	Ranah	114	59	173
6	Padang Mutung	108	64	172
7	Simpang Kubu	196	95	155
8	Tanjung Rambutan	91	45	136
9	Tanjung Berulak	76	44	120
10	Koto Tibun	75	44	119
11	Limau Manis	66	45	111
12	Bukit Ranah	68	38	106
13	Naumbai	63	38	101

14	Pulau Jambu	62	22	84
15	Ranah Baru	46	36	82
16	Pulau Tinggi	41	37	78
17	Pulau Sarak	53	16	69
18	Ranah Singkuang	41	24	65
	Total	**1703**	**953**	**2656**

Sumber: Data dinas pendidikan kabupaten Kampar tahun 2019

Berdasarkan data diatas desa yang berada di kecamatan Kampar yang memiliki anak usia prasekolah yang terbanyak adalah dikelurahan Airtiris dengan jumlah anak sebanyak 326 orang. .

Dari permasalah yang ada, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang **"Gambaran status gizi pada anak prasekolah di kelurahan airtisi wilayah kerja puskemas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019".**

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran status gizi pada anak usia prasekolah di kelurahan Airtiris wilayah kerja puskemas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran status gizi pada anak usia prasekolah dikelurahan Airtiris wilayah kerja puskesmas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi anak yang memiliki status gizi buruk pada anak usia prasekolah dikelurahan Airtiris wilayah kerja puskesmas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019.

b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi anak yang memiliki status gizi kurang pada anak usia prasekolah dikelurahan Airtiris wilayah kerja puskesmas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019.

c. Untuk mengetahui distribusi frekuensi anak yang memiliki status gizi baik pada anak usia prasekolah dikelurahan Airtiris wilayah kerja puskesmas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019.

d. Untuk mengetahui distribusi frekuensi anak yang memiliki status gizi lebih pada anak usia prasekolah dikelurahan Airtiris wilayah kerja puskesmas Kampar kecamatan Kampar tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran status gizi pada anak usia prasekolah. Supaya kemudian dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi dasar dalam menentukan menanggulangi masalah status gizi pada usia prasekolah.

2. Aspek praktis

a. Bagi orangtua

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada orang tua agar tentang status gizi anak sehingga orangtua dapat meningkatkan asupan nutrisi yang bergizi kepada anak sehingga dapat menaikkan derajat status kesehatan anak menjadi baik.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi acuan dalam penelitian terkait status kesehatan gizi pada anak prasekolah dan mampu menjadi sumber data untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Dasar Anak Usia Pra Sekolah

a. Pengertian Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan usia anak sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat dan membutuhkan asupan gizi yang relatif besar. Untuk itu, pada usia ini nutrisi memiliki peranan penting bagi tumbuh kembang anak, karena nutrisi didapatkan dari makanan yang mereka makan (Fitriani, 2009). Anak usia prasekolah sedang mengalami proses tumbuh kembang dan digolongkan dalam konsumen pasif (Santoso, 2009).

Masa prasekolah (usia 3-5 tahun) merupakan fase ketika anak mulai terlepas dari orang tuanya, dan mulai berinteraksi dengan lingkunganya (Juliana, 2010). Pada anak prasekolah ditemukan masalah kesulitan makan sebesar lebih dari 20 %.Hal ini disebabkan karena anak sudah dapat memilih-milih makanan yang disukainya dan hanya mau makan makanan tertentu saja (Fitriani, 2009).

b. Kebutuhan Makanan Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan kelompok masyarakat yang disebut kelompok retan gizi, yaitu kelompok masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi, anak usia prasekolah sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat, dan memerlukan zat-zat gizi yang relatif besar. Anak usia prasekolah sedang dalam proses perkembangan non fisik dimana mereka sedang dibina untuk mandiri, berperilaku menyesuaikan dengan lingkungan, peningkatan berbagai kemampuan, dan berbagai perkembangan lain yang membentuk fisik yang sehat. Maka kesehatan yang baik ditunjang oleh keadaan gizi yang baik, merupakan hal yang utama untuk tumbuh kembang optimal anak. Kondisi ini hanya dapat dicapai melalui proses pendidikan dan pembiasaan serta penyediaan kebutuhan yang sesuai, khususnya melalui makanan sehari-hari seorang anak (Santoso, 2009).

Menurut Santoso (2009), makan dapat dijadikan media untuk mendidik anak supaya dapat menerima, menyukai, memilih makanan yang baik, juga untuk menentukan jumlah makanan yang cukup dan bermutu. Dengan demikian dapat dibina kebiasaan pola makan yang baik tentang waktu makan dan melalui cara pemberian makan yang teratur anak biasa makan pada waktu yang lazim dan sudah ditentukan.

Supartini (2009) mengemukakan sama halnya dengan anak usia toddler, anak prasekolah mengalami pertumbuhan sedikit lambat. Beberapa karakteristik yang terkait dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang perlu diperhatikan pada anakprasekolah adalah : 1)Nafsu makan berkurang, 2)Anak lebih tertarik pada aktivitas bermain dengan teman atau lingkungannyadaripada makan3)Anak mulai senang mencoba jenis makanan baru, 4)Waktu makan merupakan kesempatan yang baik bagi anak untuk belajar danbersosialisasi dengan keluarga.

Anjuran untuk orang tua dalam kaitannya dengan karakteristik tersebutadalah :1)Pertahankan kebiasaan makan yang baik dengan cara mengajarkan anak mengenal nutrisi, misalnya dengan menggambar atau melakukan aktivitas bermain yang lain. 2)Apabila makanan yang dikonsumsi cenderung sedikit, berikan dengan frekuensi lebih sering, yaitu 4 samapi 5 kali sehari. Apabila memberikan makanan padat, seperti nasi, 3 kali dalam sehari, berikan makanan ringan atau kudapan diantara waktu makan tersebut.Susu cukup diberikan 1-2 kali sehari. 3)Fasilitas anak untuk mencoba jenis makanan baru. Makanan baru tidak harus yang berharga mahal, yang penting memenuhi gizi seimbang. 4)Fasilitas anak untuk dapat mengekspresikan ide, pikiran, serta perasaanya saat makan bersama dan fasilitas anak untuk

berinteraksi secara efektif dengan andaatau anggota keluarga yang lain.

c. Karakteristik Perkembangan anak usia prasekolah

Menurut Yusuf (2016), perkembangan pada fase anak usia prasekolah merupakan ketika anak mulai memiliki kesadaran tentang dirinya wanita atau pria dan mengatur diri dalam buang air (*toilet training)* dan mengenal beberapa hal yang dianggap berbahaya. Diantara perkembangan anak usia prasekolah adalah:

1) Perkembangan fisik

Perkembangan fisik merupakan dasar bagi kemajuan perkembangan berikutnya. Dengan meningkatnya pertumbuhan tubuh, baik menyangkut ukuran berat dan tinggi maupun kekuatannya memungkinkan anak untuk dapat lebih mengembangkan keterampilan fisiknya dan eksplorasi terhadap lingkungan tanpa bantuan dari orangtua (Yusuf,2016).

Proporsi tubuhnya berubah secara dramatis, seperti pada usia tiga tahun, rata-rata tingginya sekitar 80-90 cm, dan beratnya sekitar 10-13 kg ; sedangkan pada usia lima tahun, tingginya sudah mencapai 100-110 cm. Tulang kakinya tumbuh dengan cepat, namun pertumbuhan tengkoraknya tidak secepat usia sebelumnya. Pertumbuhan tulangnya semakin besar dan kuat. Pertumbuhan otaknya

pada usia lima tahun mencapai 75% dari ukuran otak orang dewasa, dan 90% pada usia enam tahun. . Disamping itu perkembangan fisik juga ditandai dengan berkembangnya kemampuan dan keterampilan motorik, baik yang kasar maupun yang halus. Pada usia 3-4 tahun kemampuan motorik kasar anak berkembang seperti anak sudah bisa naik turun tangga, meloncat dengan dua kaki dan melempar bola. Untuk perkembangan motorik halusnya juga ditandai dengan anak mampu menggunakan krayon, menggunakan benda atau alat dan meniru bentuk (meniru gerakan orang lain) (Yusuf,2016).

2) Perkembangan Intelektual

Menurut Piaget (dalam Yusuf,2016) , perkembangan kognitif pada usia ini berada pada periode pre operasional, yaitu tahap dimana anak belum mampu menguasai operasi mental secara logis. Yang dimaksud dengan operasi adalah kegiatan-kegiatan yang diselesaikan secara mental bukan fisik. Periode ini ditandai dengan berkembangnya representasional atau *symbolic function* yaitu kemampuan menggunakan sesuatu untuk mempresentasikan (mewakili) sesuatu yang lain dengan menggunakan symbol (kata-kata, bahasa gerak dan benda). Dapat juga dikatakan sebagai *semiotic function* yaitu kemampuan untuk menggunakan

simbol- simbol (bahasa, gambar, tanda/isyarat, benda, *gesture* atau peristiwa) untuk melambangkan suatu kegiatan, benda yang nyata atau peristiwa(Yusuf,2016).

Menurut Yusuf (2016), meskipun berpikir melalui simbol ini dipandang lebih maju dari berpikir periode sensorimotor, namun kemampuan berpikir ini masih mengalami keterbatasan. Karakteristik periode *preoperasional* ini adalah sebagai berikut:

a) *Egosentrisme,* makna *egosentrisme* ini bukan egosi atau sombong namun merujuk kepada (1) sdeferensiasi diri, lingkungan orang lain yang tidak sempurna, dan (2) kecenderungan untuk mempersepsi, memahami dan menafsirkan sesuatu berdasarkan sudut pandang sendiri.

b) Kaku dalam berpikir *(rigidity of thought).* Salah satu karakteristik berpikir *preoperasional* adalah kaku, contohnya berpikirnya itu bersifat *centration* (memusatkan), yaitu kecenderungan berfikir atas dasar satu dimensi, baik mengenai objek maupun peristiwa dan tidak menolak dimensi-dimensi lainnya.

c) *Semilogical reasoning,* anak-anak mencoba untuk menjelaskan peristiwa-peristiwa alam yang misterius, yang dialaminya dalam kehidupan sehari-hari. Salah

satu pemecahannya dalam menjelaskannya maka dianalogikan dengaan tingkah laku manusia (Yusuf,2016).

3) Perkembangan Emosional

Menurut Yusuf (2016), beberapa jenis emosi yang berkembang pada masa anak, yaitu sebagai berikut:

a) Takut yaitu perasaan terancam oleh suatu objek yang dianggap membahayakan. Rasa takut sesuatu berlangsung melalui tahapan: (1) mula- mula tidak takut, karena anak belum sanggup melihat kemungkinan bahaya yang terdapat dalam objek, (2) timbul rasa takut setelah mengenal adanya bahaya, dan (3) rasa takuit bisa hilang kembali setelah mengetahui cara-cara menghindar dari bahaya.

b) Cemas yaitu perasaan takut yang bersifat khayalan yang tidak ada objeknya. Kecemasan ini muncul mungkin dari situasi-situasi yang dikhayalkan, berdasarkaan pengalaman yang diperoleh baik perlakuan orangtua, buku-buku bacaan/komik, radio, atau film.

c) Marah merupakan perasaan yang tidak senang, atau benci baik terhadap orang lain, diri sendiri, atau objek tertentu yang diwujudkan dalam bentuk verbal (kata-

kata kasar,makian, sumpah serapah) atau nonverbal (mencubit, memukul, menampar, menendang dan merusak).

d) Cemburu yaitu perasaan tidak senang terhadap orang lain yang dipandang telah merebut kasih sayang dari seseorang yang telah mencurahkan kasih sayang kepadanya. Sumber yang menimbulkan rasa cemburu selalu bersifat situasi social, hubungan dengan orang lain. Seperti kakak cemburu kepada adiknya, karena dia telah merebut kasih sayang orangtuanya. Perasaan cemburu ini diikuti dengan ketegangan, yang biasanya dapat diredakan dengan reaksi-reaksi: (1) agresif atau permusuhan terhadap saingan; (2) regresif, yaitu perilaku kekanak-kanakan, seperti ngompol, atau mengisap jempol; (3) sikap tidak peduli; dan (4) menajuhkan diri dari saingan.

e) Kegembiraan, kesenangan, kenikmatan yaitu perasaan yang positif, nyaman, karena terpenuhi keinginannya. Kondisi yang melahirkan perasaan gembira pada anak diantaranya terpenuhinya kebutuhan jasmani (makan dan minum).

f) Kasih sayang yaitu perasaan senang untuk memberikan perhatian atau perlindungan terhadap orang lain.

Perasaan ini berkembang berdasarkan pengalamannya yang menyenangkan dalam hubungan dengan orang lain (orangtua, saudara, dan teman), hewan (kucing dan burung) atau benda (seperti mainan).

g) *Phobi,* yaitu perasaan takut terhadap objek yang tidak patut ditakutinya (takut yang abnormal). Perasaan ini muncul akibat perlakuan orangtua yang suka menakut-nakuti anak, sebagai cara orangtua untuk menghukum, atau menghentikan perilaku anak yang tidak disenananginya.

h) Ingin tahu *(curiosity),* yaitu perasaan ingin mengenal, mengetahui segala sesuatu atau objek-objek baik yang bersifat fisik maupun nonfisik. Perasaan ini ditandai dengan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan anak. Seperti anak bertanya tentang dari mana dia berasal, siapa Tuhan, dan dimana Tuhan berada. Masa bertanya (masa haus nama) ini dimualai pada usia 3 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 6 tahun (Yusuf,2016).

4) Perkembangan Bahasa

a) Perkembangan bahasa anak usia prasekolah, dapat diklasifikasikan kedalam dua tahap (sebagai kelanjutan dari dua tahap sebelumnya), yaitu sebagai berikut:

(1) Masa ketiga (2,0 – 2,6 tahun) yang bercirikan

(a) Anak sudah mulai bisa menyusun kalimat tunggal yang sempurna

(b) Anak sudah mampu memahami tentang perbandingan

(c) Anak banyak menanyakan nama dan tempat

(d) Anak sudah banyak menggunakan kata-kata yang berawalan dan yang berakhiran

(2) Masa keempat (2,6 – 6,0 tahun) yang bercirikan

(a) Anak sudah dapat menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya

(b) Tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak sudah banyak menanyakan soal waktu- sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan : kapan, kemana, mengapa dan bagaimana (Yusuf,2016).

5) Perkembangan Sosial

Pada usia prasekolah (terutama mulai usia 4 tahun), perkembangan sosial anak sudah tampak jelas, karena mereka sudah mulai aktif berhubungan dengan teman sebaya. Tanda-tanda perkembangan sosial pada tahap ini adalah:

a) Anak mulai mengetahui aturan-aturan, baik di lingkungan keluarga maupun dalam lingkungan bermain.
b) Sedikit demi sedikit anak sudah mulai tunduk pada peraturan
c) Anak mulai menyadari hak atau kepentingan orang lain
d) Anak mulai dapat bermain bersama anak-anak lain, atau teman sebaya.

Perkembangan sosial anak sangat dipengaruhi oleh iklim sosio-psikologis keluarganya. Apabila dilingkungan keluarga tercipta suasana yang harmonis, saling memperhatikan, saling membantu (bekerja sama) dalam menyelesaikan tugas-tugas keluarga atau anggota keluara, terjalin komunikasi antaranggota keluarga dan konsisten dalam melaksanakan aturan, maka anak akan memiliki kemampuan atau penyesuaian sosial dalam hubungan dengan orang lain (Yusuf,2016).

6) Perkembangan Bermain

Usia anak prasekolah dapat dikatakan sebagai masa bermain, karena setiap waktunya diisi dengan kegiatan bermain. Yang dimaksud dengan kegiatan bermain disini adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan kebebasan batin untuk memperoleh kesenangan (Yusuf,2016).

7) Perkembangan Kepribadian

Yusuf (2016), menyebutkan masa ini lazim disebut masa *trotzalter* (periode perlawanan atau masa krisis pertama). Krisis ini terjadi karena ada perubahan yang hebat dalam dirinya, yaitu dia mulai sadar akan akunya, anak menyadari bahwa dirinya terpisah dari lingkungan atau orangtua, anak suka menyebut nama dirinya apabila berbicara dengan orang lain (orangtua, saudara, guru dan teman sebaya). Dia mulai menemukan bahwa tidak setiap keinginannya dipenuhi orang lain, memperhatian kepentingannya. Pertentangan antara kemauan diri dan tuntutan lingkungannya, dapat mengakibatkan ketegangan dalam diri anak, sehingga tidak jarang anak meresponsnya dengan sikap membandel atau keras kepala. Aspek-aspek perkembangan kepribadian anak itu meliputi hal-hal berikut:

a) *Dependency & Self – Image*

Perkembangan sikap independensi dan kepercayaan diri anak amat terkait dengan cara perlakuan orangtuanya. Sebagai orangtua, mereka memberikan perlindungan kepada anak dari sesuatu yang membahayakan, dan dari kefrustasian. Gaya perlakuan orangtua kepada anak, ternyata sangat

beragam, ada yang terlalu memanjakan, bersikap keras, penerimaan dan kasih sayang serta acuh tak acuh (permisif). Masing-masing perlakuan itu cenderung memberikan dampak yang beragam bagi kepribadian anak (Yusuf,2016).

Anak yang biasa dihukum karena pelanggaran biasa dengan tidak memberikan kasih sayang atau perhatian kepada anak, maka ia akan cenderung lebih dependen daripada anak yang diikuti keinginannya dengan pengasuhan yang penuh kasih sayang. Namun apabila perlindungan orangtua itu terlalu berlebihan (terlalu memanjakan) maka anak cenderung kurang bertanggung jawab dan kurang mandiri. Salah satu penelitian Braumrind (Ambon, 1981 dalam Yusuf 2019) menemukan bahwa anak yang orangtuanya memberikan pengasuhan atau perawatan yang penuh kehangatan, dan pemahaman serta memberikan arahan atau tuntutan (pemberian tugas yang sesuai dengan umurnya), maka anak akan memiliki rasa percaya diri (*seld- confidence),* bersikap ramah, mempumyai tujuan yang jelas dan mampu mengontrol (mengendalikan) diri. Sementara anak yang dikembangkan dalam keluarga yang memperturutkan semua keinginan anak

dan bersikap permisif, cenderung mengembangkan pribadi anak yang kurang memiliki arah hidup yang jelas dan kurang percaya diri (Yusuf,2016).

b) *Initiative vs Guilt*

Erikson (dalam Yusuf,2016) mengemukakan suatu teori bahwa anak prasekolah mengalami krisi perkembangan, karena mereka menjadi kurang dependent, mengalami konflik antara *initiative vs guilt.* Anak berkembang, baik secara fisik maupun kemampuan intelektual serta berkembangnya rasa percaya diri untuk melakukan sesuatu. Anak mulai memahami bahwa orang lain memiliki perbedaan dengan dirinya, baik menyangkut persepsi maupun motivasi (keinginan) dan mereka menyenangi kemampuan dirinya untuk melakukan sesuatu.

Perkembangan ini semua mendorong lahirnya apa yang disebut Erikson dengan *initiative* (inisiatif). Pada tahap ini, anak sudah siap dan berkeinginan untuk belajar dan bekerja sama dengan orang laian untuk mencapai tujuannya. Yang berbahaya pada tahap ini, adalah tidak tersalurkannya energi yang mendorong anak untuk aktif (dalam rangka memenuhi keinginannya), karena mengalami hambatan atau

kegagalan, sehingga anak mengalami *guilt* (rasa bersalah). Perasaan bersalah ini berdampak kurang baik bagi perkembangan kepribadian anak, dia bisa menjadi nakal atau pendiam (kurang bergairah) (Yusuf, 2016).

8) Perkembangan Moral

Pada masa ini, anak sudah memiliki dasar tentang sikap moralitas terhadap kelompok sosialnya (orangtua, saudara, dan teman sebaya). Melalui pengalaman berinteraksi dengan orang lain (orangtua, saudara dan teman sebaya) anak belajar memahami tentang kegiatan atau perilaku mana yang baik dan buruk. Pada pengenalan konsep baik burukm benar salah atau menanamkan disiplin pada anak, orangtua harus menjelaskan tentang alasannya, seperti (1) mengapa menggosok gigi sebelum tidur itu baik,(2) mengapa sebelum makan harus mencuci tangan atau (3) mengapa tidak boleh membuang sampah sembarangan. Penanaman disiplin disertai alas an diharapkan dapat mengembangkan kemampuan untuk mengendalikan diri, atau mendisiplinkan diri berdasarkan kesadaran sendiri pada anak (Yusuf,2016).

d. Cara Mengatasi Kesulitan Makan

Menurut Winarsho (2009), mengatasi anak sulit makan bukanlah persoalan mudah, ada beberapa cara mengatasi kesulitan makan antara lain :

1) Perhatikan variasi menu makanan dan bentuknya, buatlah semenarik mungkin agar anak tidak merasa bosan. Bila anak enggan mengkonsumsi nasi, bisa diganti dengan roti, macaroni, atau pasta.
2) Sajikan camilan padat kalori semisal buah potong, jus buah, kacang hijau dengan susu, atau yoghurt menjelang jam makan sehingga anak tidak merasa lapar.
3) Hindari makanan manis, seperti permen, minuman ringan, coklat dan snack mengandung MSG mendekati jam makan.
4) Jangan memberikan susu terlalu banyak. Berikan susu dua kali saja dalam sehari. Dua gelas susu dapat mencukupi kebutuhan kalsium dan fosfor dalam sehari.
5) Orang tua memberi contoh pola makan sehat pada anak. Anak akan meniru apa yang dilakukan oleh keluarganya. Ajak anak makan panganan sehat.
6) Perhatikan kondisi anak, jika ia sakit atau sedih, umumnya menjadi sulit makan, karena itu siasati dengan memberikan makanan ringan padat kalori.

2. Konsep Dasar Status Gizi

a. Pengertian status gizi

Status gizi adalah keadaan fisiologis tubuh yang merupakan akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi dalam tubuh. Status gizi dapat dibedakan menjadi status gizi buruk, kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2009).

Menurut Lani (2017), Status gizi merupakan suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Status gizi dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu:

1) status gizi kurang

   status gizi kurang atau *undernutrition* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energy yang masuk lebih sedikit dari[ada energi yang keluar. Hal ini diakibatkan jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari anjuran kebutuhan individu.

2) status gizi normal

   status gizi normal merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikelurakan sesuai dengan kebutuhan seseorang.

3) status gizi lebih

   status gizi lebih (*overnutrition)* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masul ke dalam tubuh lebih besar dari

jumlah energi yang dikeluarkan. Hal ini dikarenakan jumlah energy yang masuk melebihi kecukupan energi yang dianjurkan untuk seseorang.

b. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi anak serupa dengan periode kehidupan yang lain. Menurut Supariasa (2008, dalam Hutmawati, 2014), penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Sedangkan penilaian status gizi tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu survey konsumsi makanan, statistika vital dan gaktor ekologi.

Menurut KemenKes RI (2017), kategori status gizi dinilai menurut 3 indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi badan menurut umur (TB/U), berat bdan menurut tinggi badan (BB/TB). Z-Score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurt pertumbuhan WHO. Menurut WHO, batasan untuk kategori status gizi anak usia prasekolah menurut indeks BB/U, TB/U, BB/TB dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi Prasekolah

Indicator	Status gizi	Z- score
BB/U	Gizi Buruk Gizi kurang Gizi Baik Gizi Lebih	< - 3,0 SD -3,0 SD s/d < - 2,0 SD -2,0 SD s/d 2,0 SD > 2,0 SD
TB	Sangat Pendek Pendek Normal	< - 3,0 SD -3,0 SD s/d < - 2,0 SD ≥ - 2,0 SD
BB/TB	Sangat kurus Kurus Normal Gemuk	< - 3,0 SD -3,0 SD s/d < - 2,0 SD -2,0 SD s/d 2,0 SD > 2,0 SD

Sumber : Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penialaian status gizi anak

c. Pengukuran Status Gizi

Penilaian status gizi dengan pengukuran langsung berupa: antropometri, biokimia, klinis, dan biofisik; dan pengukuran tidak langsung langsung berupa survey konsumsi, statistic vital dan faktor ekologi (Sofiatun, 2017).

Menurut Hartriyanti dan Triyanti (2007 dalam Sofiatun, 2017) menyatakan bahwa 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 lebih. Penilaian status gizi tersebut terdiri dari dua jenis, yaitu:

1) Penilaian langsung

a) Antropometri

Antropometri merupakan salah satu cara penilaian status gizi yang berhubungan dengan ukuran tubuh yang

disesuaikan dengan umur dan tingkat gizi seseorang. Pada umumnya antropometri mengukur dimensi dan komposisi tubuh seseorang. Metode antropometri sangat berguna untuk melihat ketidakseimbangan energy dan protein. Akan tetapi, antropometri tidak dapat digunakan untuk mengidentifikasi zat-zat yang spesifik.

b) Pemeriksaan 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 oermukaan tubuh.

c) Biokimia

Pemeriksaan biokimia disebut juga cara laboratorium. Pemeriksaan biokimia adalah pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi adanya defesiensi zat gizi pada kasus yang lebih parah lagi, dimana dilakukan pemeriksaan dalam suatu behan biopsy sehingga dapat diketahui kadar zat gizi atau adanya simpanan di jaringan yang paling sensitive terhadap deplesi, uji ini disebut uji biokimia statis Baliwati (2004 dalam Sofiatun, 2017).

d) Biofisik

Pemeriksaan biofisik 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.

2) Penilaian tidak langsung

a) Survey konsumsi Makanan

Survey 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 yang sesuai dengan kebutuhan gizi Baliwati (2004 dalam Sofiatu, 2017).

b) Statistik Vital

Statistik vital merupakan salah satu metode penilaian status gizi melalui data-data mengenai statistic kesehatan yang berhubungan dengan gizi, seperti angka kematian menurut umur tertentu, angka penyebab kesakitan dan kematian, statistic pelayanan kesehatan, dan angka penyakit infeksi

yang berkaitan dengan kekurangan gizi Hartriyanti dan Triyanti (2007 dalam Sofiatun, 2017).

c) Faktor ekologi

Penilaian status gizi dengan menggunakan faktor ekologi karena masalah gizi dapat terjadi karena infeksi beberapa faktor ekologi, seperti faktor biologis, faktor fisik, dan lingkungan budaya. Penilaian berdasarkan faktoe ekologi digunakan utnutk mengetahui penyebab kejadian gizi salah (*malnutrition)* di suatu masyarakat yang nantinya akan sangat berguna untuk melakukan intervensi gizi Supariasa (2002 dalam Sofiatun, 2017).

Penggunaan antropometri untuk menilai status gizi merupan pengukuran yang paling sering dipakai. Antropometri dilakuakn dengan mengukur beberapa parameter sebagai salah satu indicator status gizi diantaranya umur, tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggulo, dan tebal lemak di bawah kulit. Pada penelitian ini pengukuran status gizi menggunakan antropometri (Supariasa, 2014). Namun dalam pembahasan ini adaempat parameter yang dibahas, diantaranya:

1) Berat Badan

Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang. Berat badan dijadikan pilihan utama

karena berbagai pertimbagan antara lain: pengukuran standar yang paling baik, kemudahan dalam melihat perubahan dan dalam waktu yang relative singkat yang disebabkan perubahan kesehatan dan pola konsumsi; dapat mengecek status gziz saat ini dan bila dilakukan secara berkala dapat memberikan gambaran pertumbuhan; berat badan juga merupakan ukuran antropometri yang sudah digunakan secara luas di Indonesia; keterampilan pengukur tidak banyak mempengaruhi ketelitian pengukuran. Faktor penting lainnya untuk penilaian status gizi adalah umur, makan perhitungan berat badan terhadap tinggi badan merupakan parameter yang tidak tergantung pada umur. pengukuran berat badan dilakukan dengan menimbang. Alat yang digunakan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan yaitu; mudah dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain, harganya relating murah dan mudah diperoleh, skalanya mudah dibaca dan ketelitian penimbangan maksimum 0,1 kg (Supariasa, 2014).

2) Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan kedaan sekarang. Selain itu, faktor umur dapat dikesampingkan dengan menghubungkan berat badan dengan tinggi badan (*Quac stick).* Pengukuran tinggi badan pata dilakukan dengan menggunakan alat pengukr tinggi *mikrotoa (microtoise)* dengsn ketelitian 0,1 cm (Supariasa, 2014).

3) Lingkar lengan atas (LILA)

Pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mengetahui resiko. Kekurangan Energi Protein (KEP) pada wanita usia subur. Pemantauan LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Menurut Depkes RI (1994) pengukuran LILA pada kelompok WUS adalah salah satu cara deteksi dini yang mudah untuk mengetahui resiko kekurangan energi kronis (KEK))(Supariasa, 2014).

4) Lingkar Perut (LP)

LP lebih banyak digunakan secara klinis untuk menilai obesitas abnormal, dengan mengukur lemak yang terpusat di perut. Beberapa hasil penelitian menunjukkan pengukuran lingkar perut merupakan predictor terbaik untuk resiko penyakit degeratif (Triwinarto et al, 2012).

d. Sifat indikator Status Gizi

1) Indeks berat badan menurut umur (BB/U)

e) Memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan.

f) Berat badan menurut umur rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau menderita penyakit infeksi (masalah gizi akut).

2) Indeks Tinggi Badan menurut umur (TB/U)

a) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama.

b) Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan asupan makanan kurang dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek.

3) Indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

a) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tak lama (singkat). Misalnya terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang menyebabkan anak menjadi kurus.

b) Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada resiko berbagai penyakit degenerative pada saat dewasa.

e. Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi

Menurut Supariasa (2001 dalam Karomah, 2013) mengatakan bahwa status gizi ditentukan oleh dua faktor yaitu faktor secara langsung dan tidak langsung antara lain faktor kesehatan dan konsumsi makanan. Sedangkan untuk faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi adalah sebagai berikut:

1) Daya beli keluarga

Kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga untuk membeli bahan pangan dipengaruhi oleh besar kecilnya pendapatan

keluarga, harga bahan makanan dan tingkat pengetahuan sumber daya lahan dsan pekarangan.

2) Kebiasaan makan

Pola makan yang benar dengan memperhatikan frekuensi makanan utama dan makanan selingan serta memperhatikan porsi yang pas akan menjadi salh satu cara seseoran mencapai status gizi yang optimal, karna dengan hal tersebut metabolism akan lancer dan badan akan terasa lebih sehat.

3) Sosial budaya

Penduduk yang tinggal di daerah perkotaan dan mempunyai pendapatan yang cukup tinggi, akan lebih memilih makanan kaleng dan olahan pabrik dikarenakan adanya gengsi. Sedangkan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan menganggap bahwa ayah mempunyai kedudukan yang tinggi sehingga ayah mendapatkan bagian yang paling besar.

4) Zat gizi dalam makanan

Makanan yang baik adalalah mengandung zat-zat gizi bagi tubuh, terdiri dari mikronutrien dan makronutrien. Dengan asupan makanan yang bergizi diharapkan kesehatan akan terjaga dan status gizi baik.

5) Pemeliharaan kesehatan

Seseorang yang sadar akan kesehatannya akan berusaha menjaga tubuhnya agar tetap dalam kondisi yang prima. Dengan

pemeriksaan kesehatan secara rutin, maka secara tidak langsung akan berdampak baik bagi kesehatan. Disamping itu individu perlu melakukan kegiatan-kegiatan *preventive* agar tidak mudah terserang penyakit.

6) Kebesihan lingkungan

Penyakit infeksi berhubungan dengan kebersihan lingkungan. Bila penyakit infeksi ini menyerang pada individu makan akan menyebabakan terganggunya status gizi. Lingkungan yang sehat akan membuat makanan yang dikonsumsi terbatas dari kuman penyebab penyakit infeksi sehingga gizi baik dapat tercapai.

f. Komponen Zat Gizi

1) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energy yang tersedia dengan mudah disetiap makanan, karbohidrat harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan karbohidrat sekitar 15% dari kalori yang ada maka dapat menyebabkan terjadi kelaparan dan berat badan menurun demikian sebaliknya, akan mengakibatkan obesitas.

2) Lemak

Lemak merupakan zat gizi yang berperan dalam pengangkutan vitamin A,D,E,K yang larut dalam lemak. Lemak ini juga merupakan sumber yang kaya akan energy, sebagai pelindung organ tubuh seperti pembuluh darah, saraf, organ, dan lain-lain terhadap suhu tubuh.

3) Protein

Protein merupakan zat gizi dasar yang berguna dalam pembentukan proto plasma sel, selain itu tersediannya protein dalam jumlah yang cukup penting untuk pertumbuhan dan perbaikan sel jaringan dan sebagai larutan untuk keseimbangan osmotic.

4) Air

Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting, air bagi tubuh dapat berfungsi sebagai pelarut untuk pertukaran seluler, sebagai medium untuk ion, transport nutrient dan produk buangan dan pengaturan suhu tubuh. Sumber zat air dapat diperoleh dari air dan semua makanan.

5) Vitamin

Vitamin merupakan senyawa organic yang digunakan untuk mengkatalisator metabolism sel yang dapat berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan serta dapat mempertahankan organism.

6) Mineral

Mineral merupakan komponen zat gizi yang tersedia dalam kelompok mikro yang terdiri dari kalsium, klorida, kromium, kobalt, tembaga, flourin, yodium, besi, magnesium, magan, fospor,

kalium, natrium, sulfur dan seng. Kesemuanya harus tersedia dalam jumlah yang cukup (Hidayat, 2008 dalam Faradiba, 2012).

3. Penelitian Terkait

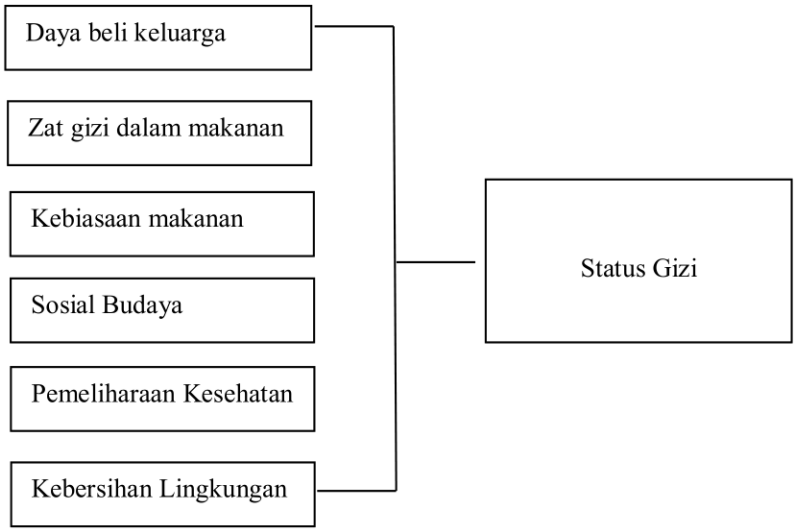
a. Penelitian Lani (2017) dengan judul hubungan frekuensi sarapan dan kebiasaan jajanan dengan status gizi pada siswa sekolah dasar. Jenis penelitian menggunakan desain *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah siswa SDN Tancep 1 usia 9-12 tahun di Kecamatan Ngawen, Kabupaten Gunungkidul. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, analisa bivariat dan analisa multivariate, dalam analisa univariat menggunakan uji *chi square* dan untuk analisa multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara frekuensi sarapan, konsumsi jajanan, aktifitas fisik dan asupan energi.

b. Penelitian Sa'diya (2015) yang berjudul hubungan pola makan dengan status gizi anak sekolah di PAUD tunas mulia claket kecamatan pacet mojokerto. Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi dengan pendektan *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah siswa/siswi PAUD tunas mulia claket kecamatan pacet mojokerto. Analisis data yang digunakan adalah uji *Spearman's rho.* Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola makan dengan status gizi anak usia prasekolah di PAUD tunas mulia claket kecamatan pacet mojokerto.

B. Kerangka Teori

Kerangka teroi adalah susunan pokok-pokok pemikiran yang menggambarkan sudut suatu masalah yang akan disoroti. (H. Nawawi, 2001).

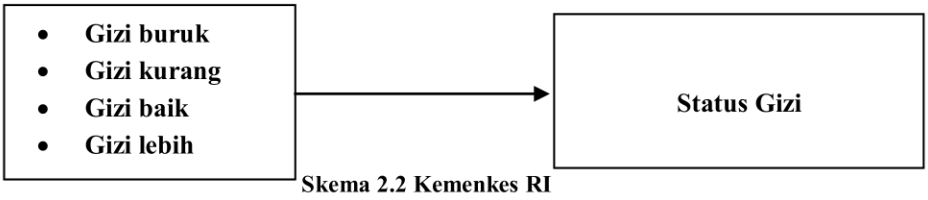
Skema 2.1 : Kerangka Teori



Sumber : Supariasi (2001 dalam Karomah, 2013)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2011).



Skema 2.2 Kemenkes RI

BAB III

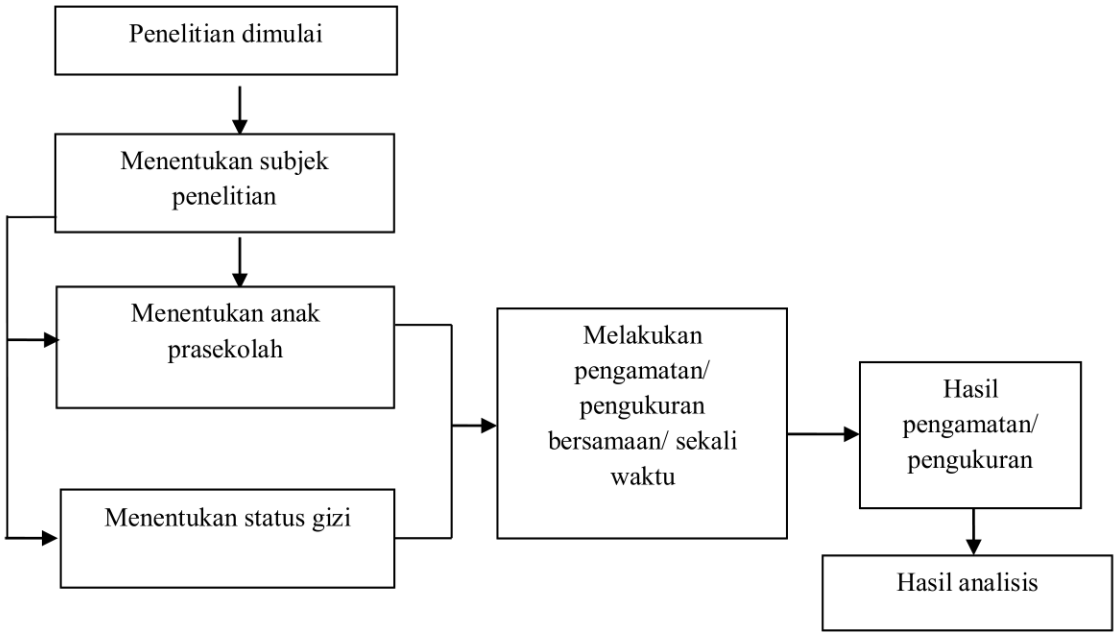
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif analitik dengan desain penelitian *cross sectional,* yaitu penelitian pada beberapa sampel yang diamati pada waktu yang sama (Hidayat,2011). Adapun rancangan dalam penelitian ini adalah:

1. Rancangan Penelitian

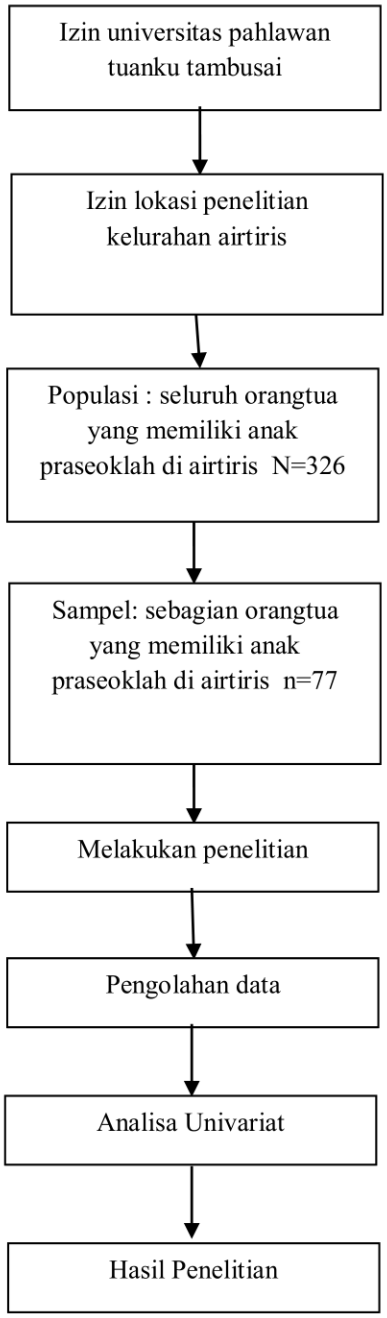
Rancangan dalam penelitian ini adalah jenis rancangan *cross sectional.* Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (sekali waktu) antara faktor resiko/paparan dengan penyakit (Hidayat,2011).



Skema 3.1 Rancangan Penelitian *Cross Sectional*

2. Alur Penelitian

Penelitian ini dapat dibuat dengan alur penelitian sebagai berikut:



Skema 3.1 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

a. Mengajukan surat permohonan pengambilan data di dinas kependudukan dan catatan sipil kabupaten Kampar

b. Mengajukan surat izin pengambilan data kelurahan Airtiris kecamatan Kampar

c. Melakukan seminar proposal

d. Melakukan penelitian

e. Pengolahan data

f. Melakukan seminar hasil

g. Melakukan revisi

h. Melakukan pencetakan

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan waktu penelitian merupakan rencana tentang tempat dan jadwal yang akan dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian (Hidayat,2011). Lokasi penelitian ini adalah kelurahan Airtiris. Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan agustus tahun 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2004 dalam Hidayat, 2011). Populasi dalam penelitian ini

adalah seluruh orangtua yang memiliki anak usia prasekolah di kelurahan Airtiris berjumlah 326 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagai jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian keperawatan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria ekslusi, dimana kriteria tersebut menetukan dapat atau tidaknya sampel tersebut digunakan (Hidayat, 2011) Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian seluruh orangtua di kelurahan Airtiris yang memiliki anak usia prasekolah berjumlah 77 orang yang memiliki kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Sampel

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu di penuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah

a) Orangtua di kelurahan Airtiris yang memiliki anak usia prasekolah

b) Berada ditempat saat melakukan penelitian .

2. Kriteria ekslusi

Kriteria ekslusi adalah cirri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel

a) Tidak bersedia menjadi responden.

b. Teknik sampel

Teknik sampling merupakan proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2011). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *purposive sampling,* yaitu salah satu teknik sampling non random sampling dimana peneliti menentukan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian. Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 77 orangtua .

c. Besar sampel

Untuk menentukan besar sampel pada penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N\ (d)^2}$$

Ket : n = Besar sampel
N= Besar populasi
d= Tingkat yang diinginkan

$$n = \frac{326}{1 + 326\ (0{,}1)^2}$$

$$n = \frac{326}{1+326\ (0{,}01)}$$

$$n=\frac{326}{4{,}26}$$
$$=76{,}5$$

Jadi jumlah sampel yang akan di teliti sebanyak 77 orang

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus dipertimbangkan. Masalah etika yang harus dpertimbangkan antara lain adalah sebagai berikut:

1. *Informed Consent*

   Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka penelitian harus menghormati hak pasien.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

   Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat,2011).

E. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian (Hidayat, 2011).

1. Penimbangan berat Badan

   Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang. Berat badan dijadikan pilihan utama karena berbagai pertimbagan antara lain: pengukuran standar yang paling baik, kemudahan dalam melihat perubahan dan dalam waktu yang relative singkat yang disebabkan perubahan kesehatan dan pola konsumsi; dapat mengecek status gizi saat ini. Alat yang digunakan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan yaitu; mudah dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain, harganya relating murah dan mudah diperoleh, skalanya mudah dibaca dan ketelitian penimbangan maksimum 0,1 kg (Supariasa, 2014).

2. Mengukur Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan kedaan sekarang. Selain itu, faktor umur dapat dikesampingkan dengan menghubungkan berat badan dengan tinggi badan (*Quac stick).* Pengukuran tinggi badan pata dilakukan dengan menggunakan alat pengukr tinggi *mikrotoa (microtoise)* dengsn ketelitian 0,1 cm (Supariasa, 2014).

3. Status gizi

Untuk mengukur status gizi pada anak prasekolah, peneliti melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Kemudian untuk mengukurnya menggunakan analisi z- score, sebelumnya peneliti menyiapkan buku antoprometri kemenkes 2010 (terdapat dalam lampiran) sebagai panduan dalam menentukan standar untuk mencari nilai z score. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Berat Badan/ Tinggi Badan sebagai dasar pengukuran. Kemudian diukur dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$Z - Score = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai media baku rujukan}}{\text{Nilai simpang baku rujukan}}$$

F. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data melalui prosedur sebagai berikut:

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk mengadakan penelitian di kelurahan Airtiris
2. Setelah mendapatkan surat izin, peneliti memohon izin kepada Kepala kelurahan untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
3. Peneliti akan memberikan informasi secara lisan dan tulisan tentang manfaat dan etika penelitian serta menjamin kerahasiaan responden.
4. Jika calon responden bersedia menjadi responden, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang diberikan peneliti.
5. Setelah responden menjawab semua pertanyaan, maka kuesioner dikumpulkan kembali untuk dikelompokkan.

G. Teknik Pengolahan Data

Dalam penelitian ini, data yang diperoleh akan diolah dengan komputerisasi, setelah data terkumpul kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Penyuntingan (*Editing)*

   Hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (*editing)* terlebih dahulu. Secara umum *editing* adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut.
2. Pemberian kode (*coding)*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng "kodean" atau "*coding",* yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan.

3. Memasukkan Data (*data entry)*

   Data yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau "*software"* computer. Dalam proses ini juga dituntut ketelitian dari orang yang melakukan *data entry* ini. Apabila tidak maka akan terjadi bias, meskipun hanya memasukkan data saja.

4. Pembersihan Data (*cleaning)*

   Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau korelasi. Proses ini disebut pembersihan data (*data cleaning)* (Notoatmodjo,2012).

H. Defenisi Operasional

Agar variabel dapat diukur dengan menggunakan instrument atau alat ukur, maka variabel harus diberi batasan atau disebut dengan defenisi operasional. Defenisi operasional ini penting dan diperlukan agar pengukuran variabel atau pengumpulan data (variabel) itu konsisten antara sumber data (responden) yang satu dengan responden yang lain. Di samping variabel harus didefenisi operasionalkan juga perlu dijelaskan cara atau metode pengukuran hasil ukur atau kategorinya, serta skala

pengukuran yang digunakan (Notoatmodjo,2012). Adapun variabel independen dalam penelitian ini adalah asupan nutrisi sarapan dan konsumsi jajanan, sedangkan variabel dependennya adalah status gizi.

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Variabel dependen Status gizi	Suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan untuk tidur terutama untuk tidur dimalam hari.	Standar gizi menurut WHO	Nominal	1. Gizi buruk jika < - 3,0 SD 2. gizi kurang jika -3,0 SD s/d < - 2,0 SD 3. Gizi baik jika -2,0 SD s/d 2,0 SD 4. jika lebih jika > 2,0 SD

I. Analisa data

Analisa deskriptif berfungsi untuk meringkas, mengklasifikasikan, dan menyajikan data (Hidayat,2011). Adapun analisa data dalam penelitian ini adalah:

1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel dengan rumus:

$$p = \frac{f}{N} x\ 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

f = Frekuensi

N = Jumlah seluruh observasi