GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA TENTANG KEKURANGAN ENERGI PROTEIN DAN STATUS GIZI ANAK YANG DIRAWAT DI BANGSAL RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh :
DIMAS ISMAIL
NIM : 70 2012 021

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2017

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA TENTANG KEKURANGAN ENERGI PROTEIN DAN STATUS GIZI ANAK YANG DIRAWAT DI BANGSAL RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh

DIMAS ISMAIL

NIM : 70 2012 021

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 11 Februari 2017

Menyetujui :

dr. H. M. Nazir, Sp. A (K)
Pembimbing Pertama

dr. Hj. Yanti Rosita. M.Kes
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran

dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc
NBM/NIDN. 0603 4709 1062484/002 008 4707

PERSETUJUAN PENGALIHAN HAK PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Dengan Penyerahan naskah artikel dan *softcopy* berjudul: Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua Tentang Kekurangan EnergI Protein dan Status Gizi Anak yang Dirawat di Bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Kepada Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UP2M) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (FK-UMP), Saya:

Nama	: Dimas Ismail
NIM	: 702012021
Program Studi	: Pendidikan Kedokteran Umum
Fakultas	: Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
Jenis Karya Ilmiah	: Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, setuju memberikan kepada FK-UMP, Pengalihan Hak Cipta dan Publikasi Bebas Royalti atas Karya Ilmiah, Naskah, dan *softcopy* diatas. Dengan hak tersebut, FK-UMP berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikan, menampilkan, mempublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis, tanpa perlu meminta izin dari Saya, selama tetap mencantumkan nama Saya, dan Saya memberikan wewenang kepada pihak FK-UMP untuk menentukan salah satu Pembimbing sebagai Penulis Utama dalam Publikasi. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam Karya Ilmiah ini menjadi tanggungjawab Saya pribadi.

Demikian pernyataan ini, Saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Palembang
Pada tanggal : 18 Februari 2017
Yang Menyetujui,

METERAI TEMPEL
2B077AEF404288053
6000
ENAM RIBU RUPIAH

Dimas Ismail
NIM 702012021

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 26 Januari 2017

Yang membuat pernyataan

METERAI TEMPEL

C0432AEF404283052

6000

ENAM RIBU RUPIAH

(Dimas Ismail)

NIM. 70 2012 021

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

"Kemenangan dicapai dengan tekad, tekad tercapai dengan pemikiran, dan pikiran dibentuk dengan menjaga rahasia" (Ali bin Abi Thalib RA).

Dengan izin-Mu ya Allah, ku persembahkan karya sederhana ini untuk

- Kedua orangtua ku tercinta, dr. Jon Ganefi, SpPD, FINASIM, M.kes dan Surya Desi yang memberikan semangat, nasihat yang memotivasiku agar menjadi pribadi yang baik, doa dan kasih sayang disetiap langkahku. *You're my everything.*
- Adikku tersayang, Devi Kartika Sari yang membantu saya dalam kehidupan sehari-hari. *You're the best.*
- Pembimbingku dr. H. M. Nazir, Sp. A (K) dan dr. Hj. Yanti Rosita, M.Kes yang memberikan masukan dan meluangkan waktunya untuk membimbingku dengan sabar agar menjadi lebih baik.
- Sahabatku Alqodri Setiawan, M. Iqbal Ali Rabbani, Rangga Tagari, dan M. Bagus Hadi Kesuma yang senantiasa membantuku selama proses kuliah dan skripsi.
- Seluruh teman-teman angkatan 2012 yang berjuang bersama. Sukses untuk kita semua, teman sejawat.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, JANUARI 2017
DIMAS ISMAIL

Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua Tentang Kekurangan Energi Protein dan Status Gizi Anak yang dirawat di Bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

xv + 78 halaman + 9 Tabel + 10 Gambar + 7 lampiran

ABSTRAK

Kekurangan Energi Protein merupakan masalah gizi yang belum tuntas di Indonesia terutama di Provinsi Sumatera Selatan. Meskipun sudah ada usaha untuk mengatasi masalah tersebut, tetapi masalah ini masih belum terselesaikan. Faktor perilaku orang tua disini menjadi salah satu dari sekian banyak hal yang dapat menyebabkan terjadinya Kekurangan Energi Protein pada anak. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran pengetahuan dan sikap orang tua terhadap anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein. Selain itu pada penelitian ini juga meneliti gambaran dari status gizi anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Sampel diambil menggunakan metode *total sampling* sebanyak 50 orang. Data diperoleh dengan cara wawancara menggunakan kuisioner untuk menilai pengetahuan dan sikap, sedangkan status gizi anak dengan melakukan penilaian antropometri. Pengambilan data dilakukan pada periode 20 September 2016 sampai 13 Oktober 2016. Analisis data meliputi analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi. Hasil penelitian didapatkan 58% pengetahuan orang tua mengenai Kekurangan Energi Protein adalah baik, 24% sedang, dan 18% rendah. Sedangkan 70% sikap orang tua terhadap anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein adalah baik, 26% cukup dan 4% rendah. Status gizi anak dengan gizi normal sebanyak 72%, 6% *overweight*, dan 22% gizi kurang.

Referensi : **34 (1989-2015)**
Kata Kunci : **Pengetahuan, sikap, status gizi**

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY

ESSAY, JANUARY 2017
DIMAS ISMAIL

Description of Knowledge and Attitude of parents to Protein Calorie Malnutrition and Nutritional Status of children admitted to pediatric ward at Muhammadiyah Hospital Palembang.

xv + 78 pages + 9 Tables + 10 Pictures + 7 Enclosures

ABSTRACT

Protein Calorie Malnutrition is nutrition problems that has not been unresolved in Indonesia especially in the Province of South Sumatra. Altough there have been efforts to overcome these problem but it still remain unresolved. The parents behaviour in this problem is one of many things that can cause Protein Calorie Malnutrition in children. Therefore, this research is conducted to know the description of knowledge and attitude of parents to Protein Calorie Malnutrition. In addition this study also see the overview of the Nutritional Status of children admitted to pedriatic ward at Muhammadiyah Hospital Palembang. This research is descriptive. Samples were taken using total sampling method as many as 50 people in total. Data collected by interview using a questionnaire to assess knowledge and attitudes, while the children's nutritional status by anthropometric assessment. Data were collected in the period from 20 September 2016 until 13 October 2016. Data analysis included univariate analysis to determine the frequency distribution. The result show 58% parental Knowledge about Protein Calorie Malnutrition is good, 24% is moderate, 18% is low. While 70% the attitude of parent to children who suffered Protein Calorie Malnutrition is good, 26% is moderate, and 4% is low. The nutritional status of children with normal nutrition is 72%, 6 % overweight, and 22% suffered malnutrition.

References *: 34 (1989-2015)*
Keywords ***: Knowledge, attittude, nutritional status***

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada Allah SWT karena dengan limpahan rahmat, karunia, dan ridhoNya, peneliti dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul **"Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Orang Tua Tentang Kekurangan Energi Protein Dan Gambaran Status Gizi Anak Yang Dirawat Dibangsal Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang".** Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu syarat peneliti untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Peneliti menyadari ketidaksempurnaan dan keterbatasan dalam penyusunan penelitian ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh peneliti.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada semua pihak.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga penelitian ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran serta selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 11 Februari 2017

Dimas Ismail

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PENGESAHAN i
HALAMAN PERNYATAAN ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO iii
ABSTRAK iv
ABSTRACT v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xi

BAB I. PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 3
1.3. Tujuan Penelitian 3
1.3.1. Tujuan Umum 3
1.3.2. Tujuan Khusus 3
1.4..Manfaat Penelitian 4
1.4.1. Manfaat Teoritis 4
1.4.2. Manfaat Praktisi 4
1.4.3. Manfaat Instansi 4
1.5. Keaslian Penelitian 5

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA
2.1. Landasan Teori 8
2.1.1. Pengetahuan dan sikap 8
2.1.2. Gizi pada anak 12
2.1.3. Penilaian status gizi 13
2.1.4. Kekurangan energi protein 20
2.1.5. Faktor-faktor predisposisi KEP 24
2.2. Kerangka Teori 30

BAB III. METODE PENELITIAN
3.1. Jenis Penelitian 31
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian 31
3.3. Populasi dan Sampel 31
3.3.1. Populasi 31
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel 31
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eklusi 31
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel 32
3.4. Variabel Penelitian 32
3.5. Definisi Operasional 32

3.6. Cara Pengumpulan Data 35
3.6.1. Data Primer 35
3.7. Metode Teknis Analisis Data 44
3.7.1. Cara Pengolahan dan Analisis Data 44
3.8. Alur Penelitian 45

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN
4.1. Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang 46
4.2. Profil Responden Penelitian 46
4.3. Hasil Penelitian 46
4.4. Pembahasan 51

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN
5.1. Kesimpulan 59
5.2. Saran 59

DAFTAR PUSTAKA xii
LAMPIRAN 61
BIODATA xv

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian..... 5

Tabel 2.1 Kriteria Gizi Menurut Berat Badan/Tinggi Badan..... 21

Tabel 3.1 Definisi Operasional..... 32

Tabel 4.1 Distribusi Pengetahuan..... 48

Tabel 4.2 Distribusi Sikap 48

Tabel 4.3 Distribusi Status Gizi Anak..... 49

Tabel 4.4 Distribusi Pendidikan Orang Tua..... 50

Tabel 4.5 Distribusi Pekerjaan Orang Tua..... 51

Tabel 4.6 Distribusi Pemberian ASI Eksklusif..... 51

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran

1. Lembar Pernyataan kesediaan menjadi responden 61
2. Kuisioner..... 62
3. Nilai *Z Score* WHO 2005 untuk BB/TB..... 66
4. Data Responden Penelitian..... 74
5. Distribusi Data Penelitian 75
6. Surat Pengantar Penelitian 77
7. Berita Acara Selesai Penelitian..... 78

DAFTAR GAMBAR

Gambar Halaman

Gambar 2.1 Kurva pertumbuhan CDC anak laki-laki 2-20 tahun..... 16
Gambar 2.2 Kurva pertumbuhan CDC anak perempuan 2-20 tahun.....17
Gambar 2.3 Kurva status gizi WHO BB/TB laki-laki 0-2 tahun.....18
Gambar 2.4 Kurva status gizi WHO BB/TB laki-laki 2-5 tahun.....19
Gambar 2.5 Kurva status gizi WHO BB/TB perempuan 0-2 tahun..... 19
Gambar 2.6 Kurva status gizi WHO BB/TB perempuan 0-2 tahun..... 20
Gambar 2.7 Gambaran anak penderita marasmus dan kwashiorkor..... 23
Gambar 2.8 Gambaran anak penderita marasmik-kwashiorkor..... 23
Gambar 2.9 Kerangka teori.....30
Gambar 3.1 Alur Penelitian..... 46

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Memiliki anak yang sehat, cerdas dengan gizi yang seimbang adalah dambaan semua orangtua. Untuk mewujudkannya orangtua harus selalu memperhatikan, mengawasi dan merawat anak pada umur balita. Proses alamiah dalam pertumbuhan anak tergantung pada perilaku orangtua. Apalagi pada masa usia balita merupakan periode penting dalam perkembangan yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis maupun intelegensianya (Sulistiyani, 2003).

Umumnya anak pada usia balita, yang mempengaruhi proses pertumbuhan anak adalah masalah gizinya. Munculnya kasus gizi buruk pada anak-anak balita dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang pada usia balita, anak tidak mendapatkan asuhan gizi yang memadai dan anak menderita penyakit infeksi. Tingkat pengetahuan dan sikap orang tua akan pentingnya asupan gizi yang baik pada anak dan kemiskinan juga merupakan penyebab munculnya kasus gizi buruk.

Tingkat pengetahuan gizi seseorang akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan dan selanjutnya akan berpengaruh pada keadaan gizi individu yang bersangkutan. Keadaan gizi yang rendah pada suatu wilayah akan menentukan tingginya angka prevalensi kurang gizi secara nasional. Pengetahuan gizi yang kurang atau kurangnya menerapkan pengetahuan gizi dalam kehidupan sehari-hari dapat menimbulkan masalah gizi (Rosa, 2011). Sedangkan tingkat pengetahuan gizi dari orang tua akan membentuk sikap terhadap status gizi anak. Pengetahuan dan sikap yang baik diharapkan anak mendapat asupan gizi yang baik agar pertumbuhan anak sesuai dengan usia pertumbuhan dan perkembangan. pengetahuan dan sikap orang tua untuk menyediakan atau menyiapkan makanan sehari-hari dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan gizi anak.

Indonesia merupakan salah satu dari sekian banyak negara yang sedang berkembang, yang masih mempunyai masalah umum seperti masalah kecukupan pangan, masalah ketersediaan layanan kesehatan, masalah pendidikan, dan masalah ketersediaan air bersih. Ditambah lagi, Indonesia masih belum terbebas dari masalah ekonomi, masalah kepadatan penduduk dan masalah politik yang akan berdampak pada status kesehatan dan usia harapan hidup penduduk. Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa Indonesia tergolong sebagai negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi pada tahun 2004. Sehingga mengelompokkan berdasarkan prevalensi gizi kurang, kedalam 4 kelompok yaitu rendah (dibawah 10%), sedang (10-19%), tinggi (20-29%) dan sangat tinggi (30%). Dengan menggunakan pengelompokkan gizi kurang berdasarkan WHO, Indonesia tahun 2004 tergolong negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi karena 5.119.935 (atau 28,47%) dari 17.983.244 balita di Indonesia termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk. Angka ini cenderung meningkat pada tahun 2005-2006.

Selanjutnya, data dari Departemen Kesehatan RI menyebutkan, pada tahun 2004 masalah gizi masih terjadi di 77,3 % kabupaten dan 56 % kota di Indonesia. Data tersebut juga menyebutkan bahwa pada tahun 2003 sebanyak 5 juta anak balita (27,5%) kurang gizi dimana 3,5 juta (19,2 %) termasuk kelompok gizi kurang dan buruk. (Depkes.go.id, 2006)..

Sedangkan untuk Sumatera Selatan sendiri untuk tahun 2011-2013 terjadi peningkatan kasus, di tahun 2011 balita penderita gizi buruk mencapai 112 kasus, kemudian naik di tahun 2012 sebanyak 174 kasus dan naik lagi di tahun 2013 menjadi 209 kasus. Di tahun 2012, Kabupaten Musi Banyuasin menjadi daerah terbanyak dengan 27 kasus. Sementara Kabupaten Musi Rawas terbanyak di tahun 2013 dengan 80 kasus balita gizi buruk.

Data-data yang telah disebutkan merupakan salah satu dari sekian banyak masalah kesehatan masyarakat yang belum pemah tuntas ditanggulangi di dunia terutama di negara berkembang. Selagi penanggulangan masalah gizi kurang belum dapat diatasi, akan timbul era dimana transisi gizi yang meningkatkan

kejadian kurang gizi, obesitas, dan penyakit kronis sehingga masalah gizi menjadi makin rumit (Bardosono, 2009).

Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang merupakan Amal Usaha Persyarikatan Muhammadiyah yang diresmikan tanggal 18 April 1997 oleh Gubernur Propinsi Sumatera Selatan (H. Ramli Hasan Basri) dan Ketua PP Muhammadiyah (Prof. DR. Amien Rais) merupakan amal usaha dibawah langsung PWM Sumsel. Rumah Sakit ini memiliki karateristik orang tua pasien yang bervariasi dari tingkat pengetahuan dan sosial ekonominya sehingga secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi status gizi anak. Penelitian ini juga belum pernah dilaksanakan sebelumnya di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti merasa penting untuk melakukan penelitian mengenai gambaran pengetahuan dan sikap orang tua terhadap Kekurangan Energi Protein di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pengetahuan dan sikap orang tua terhadap Kekurangan Energi Protein di Rumah Sakit Muhammadiyah ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran sikap dan pengetahuan orang tua terhadap Kekurangan Energi Protein di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi sikap orang tua terhadap anak dengan Kekurangan Energi Protein di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang
2. Mengidentifikasi pengetahuan orang tua mengenai Kekurangan Energi Protein di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

3. Mengetahui gambaran status gizi anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Peneliti mendapat pengetahuan dan pengalaman penelitian di masyarakat
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan.
3. Diharapkan dari hasil penelitian ini akan menjadi referensi bagi penelitian- penelitian selanjutnya dikemudian hari.

1.4.2. Manfaat Praktisi

Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan orang tua di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dapat mengetahui informasi mengenai Kekurangan Energi Protein pada anak.

1.4.3. Manfaat Instansi

1. Sebagai bahan rujukan atau referensi untuk penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian Sebelumnya tentang Kekurangan Energi Protein

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Nura Veriyal	Analisis Pola Asuh Gizi Ibu terhadap balita Kurang Energi Protein (KEP) yang mendapat PMT-P di Puskesmas Pagedangan Kabupaten Tangerang	*Cross sectional study*	Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu balita KEP penerima PMT-P di Puskemas Pagedangan Kabupaten Tangerang tidak menerapkan pola asuh gizi yang baik pada balitanya yang ditunjukkan dengan perilaku pemberian makan dan pemeliharaaan kesehatan balita yang secara umum termasuk buruk.
Maubere A.M.	Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu yang memiliki balita usia 15-29 bulan terhadap kejadian Gizi Buruk di Desa Golo Wua Kecamatan Ri'i Kabupaten Manggarai Tahun 2010	*Cross sectional study*	Hasil penelitian umumnya usia orangtua berkisar 19-24 tahun 40,8%, pendidikan tidak tamat SD 38,1%, dan sebagian besar pekerjaannya sebagai petani 71%, pengetahuan responden sebagian besar kurang (85,5%), sedangkan sikap dan

			perilaku responden didapatkan sudah baik (100%).
Salmaini	Gambaran Perilaku Orang Tua Terhadap Anak Balita Penderta Gizi Buruk di Kabupaten Aceh Barat Daya Tahun 2009	*Cross Sectional Study*	Hasil penelitian umumnya pendidikan orangtua tidak tamat SD 50,0%, sebagian besar pekerjaan orangtua sebagai nelayan/tani 89,3%, penghasilan orangtua mayoritas di bawah UMR Aceh 80,4%, pengetahuan orangtua sebagian besar rendah 48,2%, sikap orangtua sebagian besar kurang baik 64,3%, sebagian mengakui ada tradisi 46,4%, ketersediaan pangan orangtua cukup 91,1%, dukungan fasilitas kesehatan tinggi 83,9%, dukungan petugas kesehatan tinggi 64,3% dan tindakan orangtua rendah 76,8%.

Sumber : Veriyal 2010, Maubere 2010, Salmaini 2009

Penelitian yang akan dilakukan berbeda dengan penelitian yang telah ada, penelitian di atas mengenai pola asuh gizi Ibu terhadap balita Kurang Energi Protein yang mendapat PMT-P, bertujuan untuk mengetahui gambaran pola asuh gizi Ibu terhadap balita KEP di Puskesmas Pandegangan Kabupaten Tangerang dengan metode penelitian deskriptif. Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu yang memiliki balita usia 15-29 bulan terhadap kejadian Gizi Buruk di Desa Golo Wua Kecamatan Ri'i Kabupaten Manggarai Tahun 2010 yang bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap dan perilaku ibu terhadap kejadian gizi buruk. Sedangkan untuk penelitian dengan judul "Gambaran perilaku orangtua terhadap anak balita penderita gizi buruk di kabupaten Aceh Barat Daya tahun 2009" yang bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku orangtua terhadap balita penderita gizi buruk di wilayah tersebut.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Pengetahuan dan sikap

A. Definisi

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud disini adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respons (Azwar, 2007).

B. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo S, 2010), yaitu :

1) Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu "tahu" merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa

yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (Application).

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (Analysis).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain, kemampuan analisis dapat dilihat penggunaan kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan sebagainya.

5) Sintesis (Synthesis).

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan suatu bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (Evaluation).

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Umur

Semakin cukup umur tingkat pematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir, belajar, bekerja sehingga pengetahuanpun akan bertambah. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang terlalu rendah akan sulit memahami pesan atau informasi yang disampaikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. (Effendy N, 2008).

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Tingkat pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Pendidikan dasar merupakan tingkat pendidikan yang melandasi tingkat pendidikan menengah, adapun bentuk pendidikan dasar adalah Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau bentuk lain yang

sederajat. Pendidikan menengah adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) atau bentuk lain yang sederajat. Pendidikan tinggi merupakan lanjutan pendidikan menengah adapun bentuk pendidikan tinggi mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis dan dokter yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi (Standar Pendidikan Nasional, 2005).

3) Pengalaman

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan oleh karena pengalaman yang diperoleh dapat memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu. (Notoatmodjo S, 2010).

D. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam berinteraksi sosial, individu beraksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap (Azwar. 2007) terdiri dari:

1) Pengalaman pribadi

Pengalaman yang terjadi secara tiba-tiba atau mengejutkan yang meninggalkan kesan paling mendalam pada jiwa seseorang. Kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-ulang dan terus menerus, lama-kelamaan secara bertahap diserap kedalam individu dan mempengaruhi terbentuknya sikap.

2) Pengaruh orang lain

Dalam pembentukan sikap pengaruh orang lain sangat berperan. Misal dalam kehidupan masyarakat yang hidup dipedesaan, mereka akan mengikuti apa yang diberikan oleh tokoh masyarakatnya.

3) Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap. Dalam kehidupan dimasyarakat, sikap masyarakat diwarnai dengan kebudayaan yang ada di daerahnya.

4) Media masa

Media masa elektronik maupun media cetak sangat besar pengaruhnya terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Dengan pemberian informasi melalui media masa mengenai sesuatu hal akan memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Dalam lembaga pendidikan dan lembaga agama berpengaruh dalam pembentukan sikap, hal ini dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individual.

6) Faktor emosional

Sikap yang didasari oleh emosi yang fungsinya hanya sebagai penyaluran frustasi, atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego, sikap yang demikian merupakan sikap sementara, dan segera berlalu setelah frustasinya hilang, namun dapat juga menjadi sikap yang lebih persisten dan bertahan lama

2.1.2. Gizi pada anak

Masa kanak-kanak (2-12 tahun) adalah merupakan masa pertumbuhan, belajar, dan perkembangan yang cepat. Mereka memiliki kebutuhan gizi yang tinggi dan dalam banyak hal kebutuhan gizinya berbeda dengan kebutuhan gizi orang dewasa. Memastikan asupan makanan yang cukup tetap merupakan tantangan bagi banyak anak di dunia. Sebaliknya,

bagi sebagian besar anak di negara maju membuat pilihan makanan yang lebih tepat dan mempertahankan kebiasaan makan sehat merupakan hal yang terpenting. Rekomendasi diet bagi anak dan remaja diungkapkan dalam dua format yang sangat berbeda, tetapi saling melengkapi: pedoman makanan (memberikan nasihat tentang asupan makanan serta perilaku yang terkait dengan cara yang dapat diakses oleh anggota masyarakat umum), dan nilai asupan nutrien (kadar asupan nutrien yang dihitung untuk meminimalkan risiko defisiensi atau penyakit. (Mann, 2012)

Ada hubungan erat antara kurang gizi dengan kualitas sumber daya generasi penerus. Pembentukan otak anak berlangsung sejak dalam kandungan (masa janin) sampai anak berusia dua tahun. Kurang gizi yang terjadi pada anak sebelum otaknya terbentuk secara lengkap (masa janin 492 sampai usia 2 tahun) akan memberi efek negatif dalam perkembangan fungsinya secara menetap. Pemberian makanan untuk penanggulangan masalah gizi yang dialaminya tersebut hanya dapat memperbaiki pertumbuhan fisik dan kesehatan anak saja. Selain itu, ada hubungan erat antara kurang gizi dengan infeksi. Kurang gizi akan memperlemah sistem kekebalan tubuh serta meningkatkan kemungkinan dan keparahan terkena infeksi. Secara simultan, infeksi yang berulang (yang tersering adalah diare) akan menyebabkan dan/atau memperparah masalah kurang gizi. (Bardosono 2009)

2.1.3. Penilaian status gizi

Sebelum membahas status gizi, pertama sekali kita perlu mengetahui pengertian dari gizi itu sendiri. Gizi adalah suatu proses menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.

Keadaan gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan gizi dan penggunaan zat gizi tersebut atau keadaan fisiologi akibat dari tersedianya zat gizi dalam sel tubuh. Jadi, status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Dibedakan atas status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih (Almatsier, 2006 yang dikutip oleh Simarmata, 2009).

Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting, baik yang bersifat objektif maupun subjektif, untuk kemudian dibandingkan dengan baku yang telah tersedia. Data objektif dapat diperoleh dari data pemeriksaan laboratorium perorangan, serta sumber lain yang dapat diukur oleh anggota tim penilai. Penilaian status gizi dibagi menjadi penilaian langsung (Antopometri, klinis dan biokimia) dan penilaian tidak langsung (Survei asupan makanan). Pada prinsipnya, penilaian status gizi anak serupa dengan penilaian pada periode kehidupan lain. Komponen penilaian status gizi meliputi (1) survei asupan makanan, (2) pemeriksaan biokimia, (3) pemeriksaan klinis, serta (4) pemeriksaan antropometris.

Survei asupan makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasikan kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supariasa, 2002)

Pemeriksaan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Supariasa, 2002)

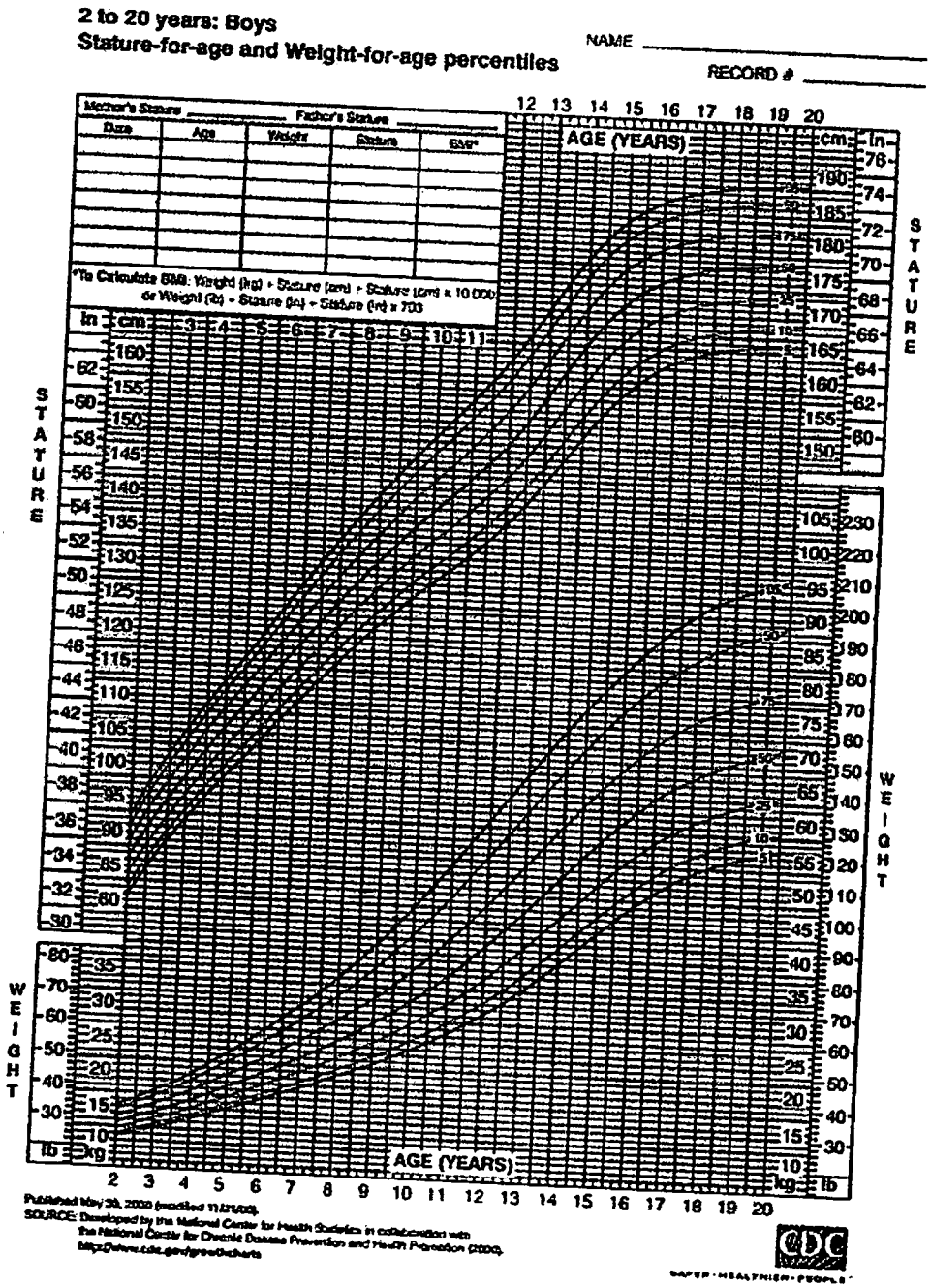
Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas

perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel *(superficial epithelial tissues)* seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

Pemeriksaan antropometri secara umum artinya penilaian ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat usia dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2002). Penilaian antropometri yang penting dilakukan ialah penimbangan berat dan pengukuran tinggi badan, lingkar lengan, dan lipatan kulit triseps. Pemeriksaan ini penting, terutama pada anak yang berkelas ekonomi dan sosial rendah. Pengamatan anak dipusatkan terutama pada percepatan tumbuh. Penilaian antropometri status gizi didasarkan pada pengukuran berat dan tinggi badan, serta usia. Data ini dipakai adalah berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) yang diperuntukkan sebagai petunjuk dalam penentuan status gizi sekarang. Sedangkan untuk tinggi terhadap usia (TB/U) digunakan sebagai petunjuk tentang keadaan gizi di masa lampau dan berat terhadap usia (BB/U) bisa sebagai *growth monitoring*. Kekurangan tinggi terhadap usia meriwayatkan satu masa ketika pertumbuhan tidak terjadi (gagal) pada usia dini selama periode yang cukup lama (Supariasa, 2002)

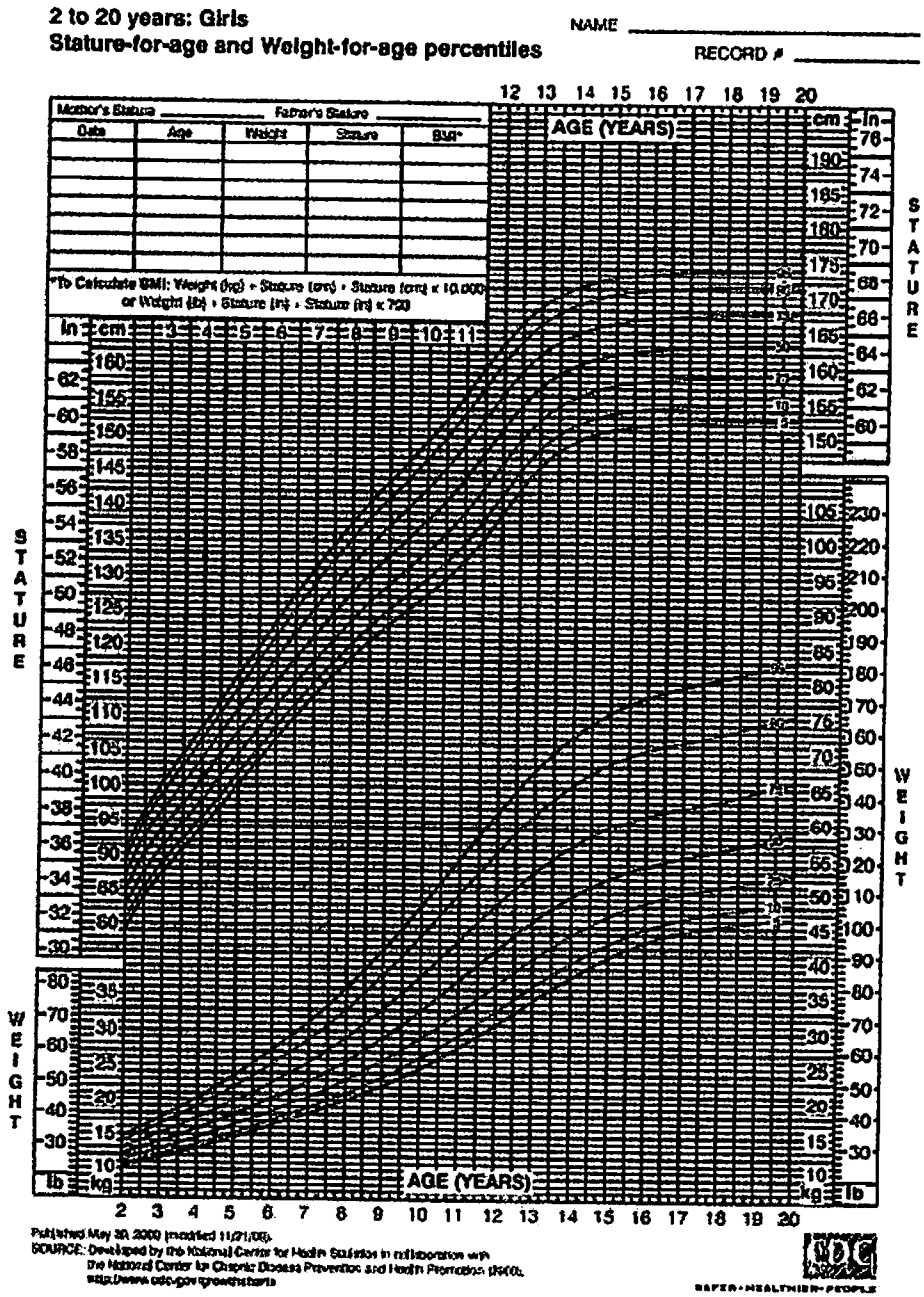
Sedangkan standar (baku) rujukan CDC-NCHS 2000 ditetapkan sebagai pembanding dalam status gizi dan pertumbuhan perorangan maupun masyarakat di Indonesia. Standar ini dipaparkan dalam persentil dan ketentuan indeks dari BB/TB. Hasil pengukuran status gizi berdasarkan indeks dapat digolongkan dalam persentase malnutrisi berat (< 70%),

malnutrisi sedang (≥ 70-80%), malnutrisi ringan (≥ 80 -90%), gizi baik (≥ 90-110%), overweight (≥ 110-120%), dan obesitas (≥ 120%). Untuk menentukan status gizi digunakan berat badan terhadap tinggi badan. (CDC, 2000).



Gambar 2.1. Kurva pertumbuhan CDC-2000 untuk anak Laki-Laki Usia 2-20 tahun

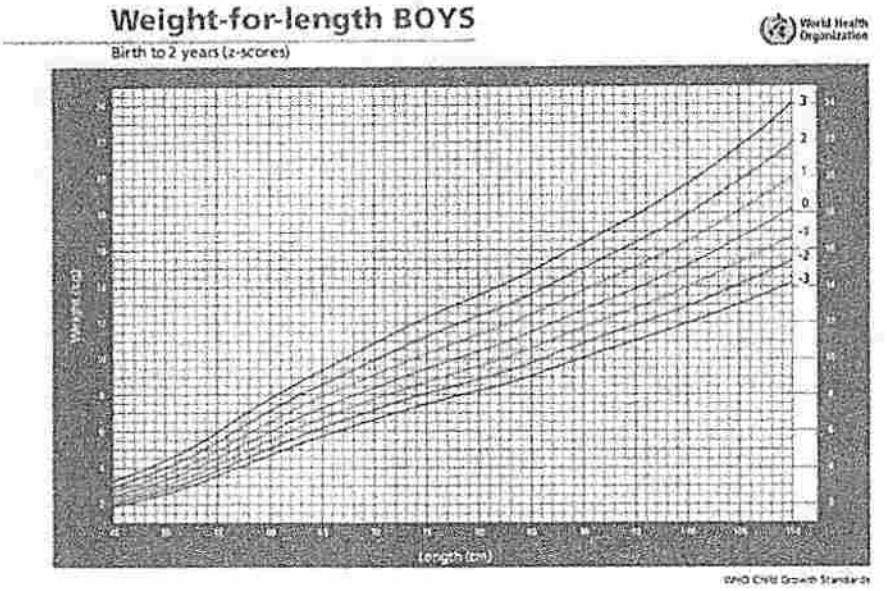
Sumber : /http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c021.pdf



Gambar 2.2. Kurva pertumbuhan CDC-2000 untuk anak Perempuan Usia 2-20 tahun

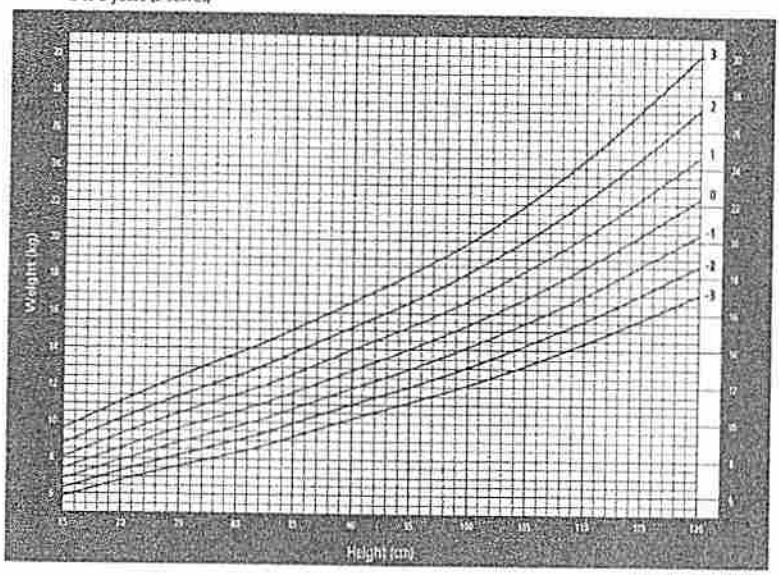
Sumber :/http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf

Sedangkan standar rujukan status gizi menurut WHO Data baku WHO-NCHS indeks BB/U, TB/U dan BB/TB disajikan dalan dua versi yakni persentil *(percentile)* dan skor simpang baku *(standart deviation score = z)*. Menurut Waterlow et al yang dikutip dari Abunaim, gizi anak-anak dinegara-negara yang populasinya relatif baik *(well-nourished)*, sebaiknya digunakan presentil, sedangkan dinegara untuk anak-anak yang populasinya relativf kurang *(under nourished)* lebih baik menggunakan skor simpang baku (SSB) sebagai persen terhadap median baku rujukan.



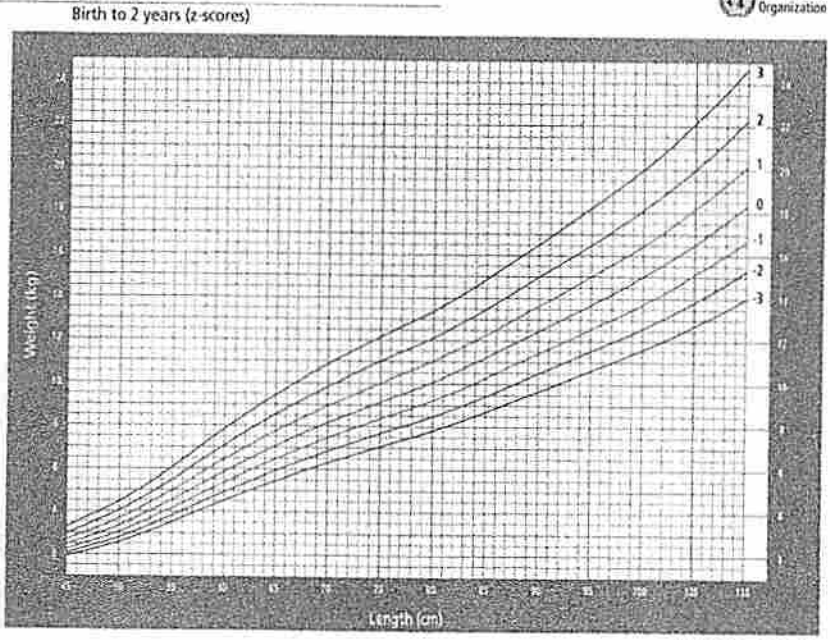
Gambar 2.3. Kurva status gizi WHO berdasarkan BB/TB Laki-laki Usia 0-2 tahun

Sumber: World Health Organization, 2005

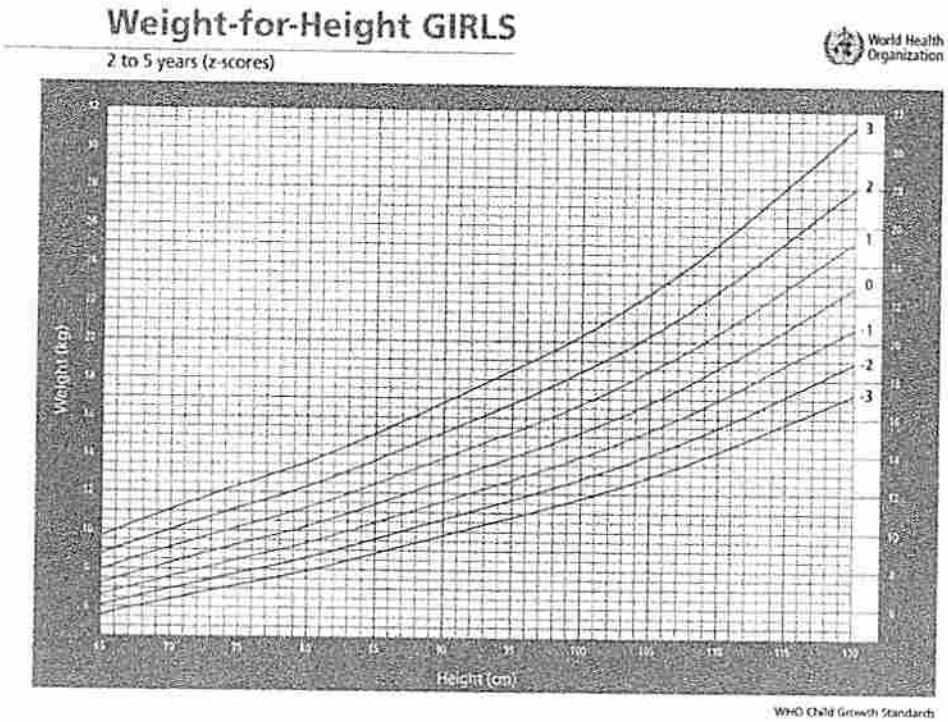


Gambar 2.4. Kurva status gizi WHO berdasarkan BB/TB Laki-laki Usia 2-5 tahun

Sumber: World Health Organization, 2005



Gambar 2.5. Kurva status gizi WHO berdasarkan BB/TB Perempuan Usia 0-2 tahun. Sumber: World Health Organization, 2005



Gambar 2.6. Kurva status gizi WHO berdasarkan BB/TB Perempuan Usia 2-5 tahun

Sumber: World Health Organization, 2005

2.1.4. Kekurangan Energi Protein

Kekurangan gizi merupakan keadaan kurangnya energi (kalori), dimana telah terjadi deplesi energi yang bermanifestasi penurunan berat badan. Nutrien yang esensial, protein, dan mikronutrien cenderung mengalami deplesi secara bersamaan (Mann, 2012). Pada anak-anak dengan kebutuhan protein yang lebih tinggi daripada orang dewasa, deplesi protein yang penting cenderung disertai dengan kurang gizi yang serius. Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya komsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit-penyakit tertentu.

Tabel 2.1 Kriteria Status Gizi Menurut Berat Badan/Tinggi Badan-Panjang Badan

Status gizi	BB/TB WHO 2006
Obesitas	> +3 SD
Overweight	> +2 SD hingga +3 SD
Normal	+2 SD hingga -2 SD
Gizi kurang	< -2 SD hingga -3 SD
Gizi buruk	< -3 SD

Sumber : World Health Organizations (WHO) growth standards. 2006

Kekurangan protein dapat mempengaruhi tubuh dengan dua cara :

1) *Pada kekurangan protein somatik* akan terjadi kehilangan jaringan tubuh yang terlihat sebagai penyusutan otot yang menyeluruh
2) *Pada kekurangan protein viseral* terjadi kehilangan protein yang dialami oleh hati, pankreas, dan usus (jarang terjadi) (Mann, 2012)

Terdapat tiga bentuk KEP yang serius, yaitu Marasmus, Kwashiorkor dan Marasmik-Kwashiorkor.

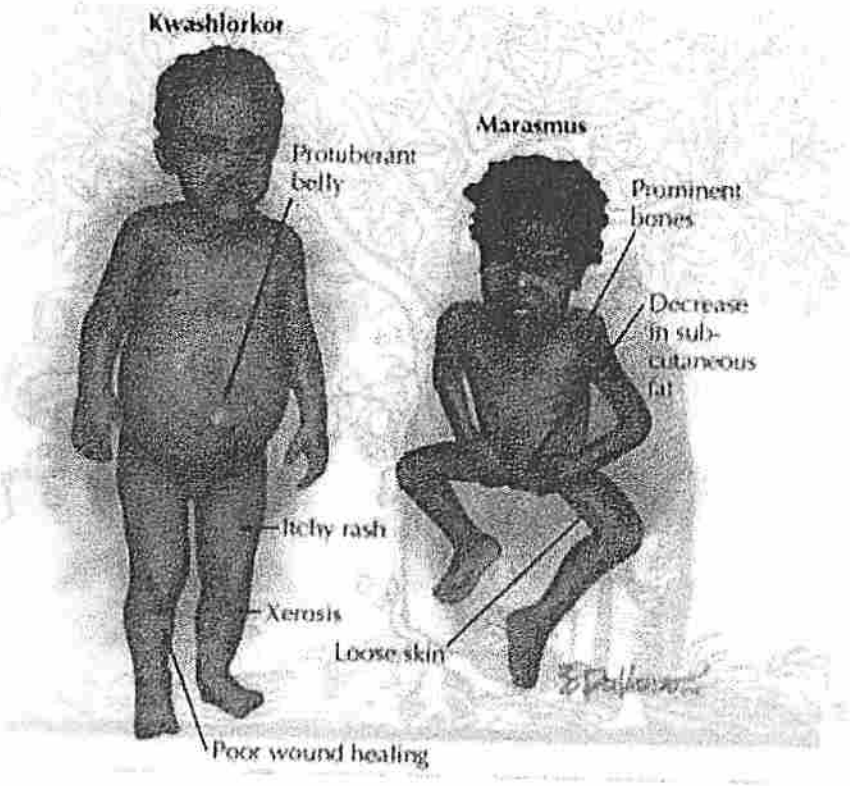
A. Marasmus

Merupakan bentuk yang paling sering ditemukan; marasmus adalah kelaparan pada bayi atau anak kecil. Marasmus adalah gangguan gizi karena kekurangan karbohidrat. Gejala yang timbul diantaranya muka seperti orangtua (berkerut), tidak terlihat lemak dan otot di bawah kulit (kelihatan tulang di bawah kulit), rambut mudah patah dan kemerahan, gangguan kulit, gangguan pencernaan (sering diare), pembesaran hati dan sebagainya. Anak tampak sering rewel dan banyak menangis meskipun setelah makan, karena masih merasa lapar. Gejala pada marasmus antara lain : Anak tampak sangat kurus karena hilangnya sebagian besar lemak dan otot-ototnya, tinggal tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, iga gambang dan perut

cekung, otot paha mengendur (baggy pant), cengeng dan rewel, setelah mendapat makan anak masih terasa lapar:

B. Kwashiorkor

Secara khas, anak yang menderita Kwashiorkor akan mengalami edema menyeluruh. Kwashiorkor berkembang lebih cepat dari Marasmus. Penampilan tipe kwashiorkor seperti anak yang gemuk, bila dietnya mengandung cukup energi disamping kekurangan protein, walaupun dibagian tubuh lainnya terutama dipantatnya terlihat adanya atrofi. Tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh. Gejala pada Kwashiorkor antara lain : Perubahan status mental menjadi cengeng, rewel, kadang apatis. Rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung atau abu-abu dan mudah dicabut, pada penyakit kwashiorkor yang lanjut dapat terlihat rambut kepala kusam. Wajah membulat dan sembab. Pandangan mata anak sayu. Pembesaran hati, hat yang membesar dengan mudah dapat diraba dan terasa kenyal pada rabaan permukaan yang licin dan pinggir yang tajam. Kelainan kulit berupa bercak-bercak pigmentasi yang distribusinya simetris dan paling sering ditemukan didaerah bokong. Kemudian kulit menjadi pecah-pecah dan lapisan luarnya megelupas (Mann, 2012).



Gambar 2.7 Gambaran anak penderita marasmus dan kwashiorkor

Sumber : Servin, 2015

Gambar 2.8 Gambaran anak penderita marasmik-kwashiorkor

Sumber : Ali, 2011

C. Marasmik-Kwashiorkor

Kwashiorkor dan marasmus merupakan penyakit yang berbeda, tetapi dalam masyarakat tempat keduanya dapat terjadi. Kasus-kasus KEP yang berat dapat dijumpai gambaran keduanya (misalnya mereka mengalami kekurangan berat badan dan juga perubahan kulit atau rambut). Keadaan ini disebut Marasmus-kwashiorkor (Mann, 2012).

Gambaran klinis merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus. Makanan sehari-hari tidak cukup mengandung protein dan juga energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita demikian disamping menurunnya berat badan < 60% dari normal, pasien juga memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, dan kelainan biokimiawi.

2.1.5. Faktor-faktor predisposisi yang mempengaruhi KEP

Faktor predisposisi penyebab KEP dibagi menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi dan gangguan kongenital yang mungkin diderita anak. Timbulnya KEP tidak hanya karena *intake* makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi/gizi buruk.

Penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan tingkat keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga *(household food security)* adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh

anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan, adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan. Ketiga faktor penyebab tidak langsung saling berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterampilan kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, demikian juga sebaliknya

A. Penyakit Infeksi

Terjadinya Kekurangan Energi Protein pada anak dapat disebabkan oleh penyakit infeksi. Gangguan tersebut terutama yang terjadi secara kronis dapat mempengaruhi status gizi penderitanya. Diantara penyakit infeksi yang dapat menyebabkan Kekurangan Energi Protein salah satunya adalah diare. Diare merupakan penyebab utama dari malnutrisi. Setiap episode diare dapat menyebabkan kehilangan berat badan (Tanchoco, 2006). Mekanisme yang menyebabkan timbulnya diare ialah gangguan osmotik, gangguan sekresi, dan gangguan motilitas usus. Yang mendasari semua terjadinya diare adalah gangguan transportasi larutan usus, perpindahan air melalui membran usus berlangsung secara pasif dan hal ini ditentukan oleh aliran larutan secara aktif maupun pasif, terutama natrium, klorida dan glukosa (Ulshen, 2000).

Saluran cerna berkembang pesat selama masa pranatal. Tetapi perkembangan saluran cerna belum lengkap pada saat lahir. Perkembangan fungsi saluran cerna akan berlanjut setelah kelahiran, terutama pada masa laktasi. Oleh karena itu, masa pranatal dan masa laktasi

merupakan masa yang rentan dikarenakan perkembangan saluran cerna yang belum sempurna. Dalam masa rentan ini, usus sangat mudah mengalami kerusakan. Seperti pada balita yang mengalami malnutrisi, asupan gizi yang kurang akan menyebabkan atrofi vilus usus halus. Selain itu, malnutrisi juga dapat menyebabkan berkurangnya fungsi imunitas pada tubuh dan perubahan struktur mukosa usus. Tiga hal itu merupakan faktor pencetus terjadinya diare pada balita yang menderita malnutrisi

Selain itu, semakin buruk keadaan gizi anak, semakin sering dan semakin berat diare yang dideritanya. Ada 2 masalah yang berbahaya dari diare, yaitu kematian dan malnutrisi. Diare dapat menyebabkan malnutrisi dan membuat lebih buruk lagi karena pada diare tubuh akan kehilangan nutrien, anak-anak dengan diare mungkin merasa tidak lapar serta ibu tidak memberi makan pada anak ketika mengalami diare. Penderita gizi buruk akan mengalami penurunan produksi antibodi serta terjadinya atropi pada dinding usus yang menyebabkan berkurangnya sekresi berbagai enzim sehingga memudahkan masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh terutama penyakit diare (Suharyono, 2007).

B. Gangguan Kongenital

Pada Kekurangan Energi Protein juga dapat dipicu oleh karena gangguan kongenital yang dialami anak. Contohnya seperti pada penyakit jantung bawaan. Anak dengan penyakit jantung bawaan dapat menunjukkan gangguan pertumbuhan. Gagal tumbuh terjadi sudah sejak masa awal bayi. Beberapa keadaan yang dapat menerangkan gagal tumbuh pada anak dengan penyakit jantung bawaan adalah keadaan hipoksia dan kesulitan bernapas yang menyebabkan persoalan makan pada anak. Anoksia dan kongesti vena pada saluran cerna dapat menyebabkan malabsorpsi makanan, anoksia perifer dan asidosis menyebabkan ketidakcukupan nutrisi serta peningkatan laju metabolik menunjukkan ketidakcukupan masukan makanan untuk pertumbuhan. Anak dengan penyakit jantung bawaan memerlukan

pemantauan pertumbuhan untuk mempertahankan pertumbuhan linier dan peningkatan berat badan agar berhasil dengan optimal (Poskitt, 1995). Berat badan bayi baru lahir dengan penyakit jantung bawaan umumnya normal sesuai masa kehamilan. Toleransi makan bayi dengan penyakit jantung bawaan pada awal pemberian makan pada umumnya masih cukup baik, tetapi sesak dan napas yang cepat membuat anak/bayi kelelahan dan kemudian menyebabkan bayi menghentikan makannya (Nydegger, 2006).

Terdapat beberapa faktor penyebab pertumbuhan pada anak dengan penyakit jantung bawaan tidak optimal. Misalnya ketidak cukupan masukan kalori, malabsorpsi, usia saat operasi dan peningkatan kebutuhan energi. Selain itu pertumbuhan selama masa kanak-kanak tergantung pada faktor-faktor perinatal, termasuk gizi saat kehamilan, tinggi potensi genetik dari orang tua dan nutrisi selama masa pertumbuhan. Pertumbuhan juga dipengaruhi oleh sejumlah hormon, misalnya hormon pertumbuhan *(growth hormone)*, insulin dan hormon seks seperti estrogen, progesteron dan androgen (Weintraub, 2011).

Pada anak dengan penyakit jantung bawaan, pemakaian energi meningkat dan seringkali terjadi bersamaan dengan masukan kalori yang tidak adekuat. Masukan kalori yang tidak adekuat terjadi apabila anak dengan penyakit jantung bawaan mulai kehilangan nafsu makan atau akibat oleh ketidakmampuan tubuh memakai zat-zat gizi untuk pertumbuhan bayi / anak oleh karena anoksia, asidosis, malabsorpsi dan peningkatan kebutuhan zat gizi (Forchielli, 1994). Pembesaran hati oleh karena gagal jantung kongestif menyebabkan pengurangan volume lambung dan potensial menyebabkan refluks gastroesophageal serta aspirasi. Gagal jantung kongestif juga menyebabkan edema dan hipoksia. Peneliti lain menduga bahwa pada anak dengan penyakit jantung bawaan, terjadi perlambatan maturasi serta fungsi saluran cema yang disebabkan oleh hipoksia kronik. *Protein losing enteropathy* dan *steatore* adalah dua keadaan kelainan yang sering terjadi (Salzer, 1989).

C. Pendapatan Keluarga Perkapita

Komsumsi makanan yang berkurang sering dialami oleh penduduk yang berpendapatan rendah. Hal ini disebabkan oleh daya beli keluarga yang rendah. Pendapatan keluarga akan mempengaruhi pola pengeluaran konsumsi keluarga. Tingkat pendapatan yang nyata dari keluarga menentukan jumlah dan kualitas makanan yang diperoleh. Masalah komsumsi pangan, rata- rata komsumsi energi dan protein secara nasional meningkat dengan tajam. Pada tahun 1984 rata – rata komsumsi energi perkapita 1798 kalori,meningkat menjadi 1905 kalori pada tahun 1990 dan menjadi 1962 kalori pada tahun 1995. Sedangkan dalam kurun waktu yang sama rata – rata komsumsi protein meningkat menjadi dari 43,3 gram,45,4 dan 49,2 perkapita/ hari. (SKPG. 1998)

D. Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan sistematis yang berlangsung seumur hidup dalam rangka mengalihkan pengetahuan oleh seseorang kepada orang lain. Pendidikan terutama pendidikan ibu berpengaruh sangat kuat terhadap kelangsungan anak dan bayinya. Pada masyarakat dengan rata –rata pendidikan rendah menunjukan prevalensi gizi kurang yang tinggi dan sebaliknya pada masyarakat yang pendidikannya cukup tinggi prevalensi gizi kurangnya rendah. Ibu yang pendidikan tinggi akan memilih jenis dan jumlah makanan untuk keluarga dengan mempertimbangan syarat gizi disamping mempertimbangkan faktor selera oleh karena itu ibu rumah tangga pada umumnya yang mengatur dan menentukan segala urusan makanan dan kebutuhan keluarga.

Seseorang yang pendidikannya lebih tinggi mempunyai pengertian yang lebih baik akan kesehatan gizi dengan menangkap informasi dan menafsirkan informasi tersebut guna kelangsungan hidupnya. Dengan berbekal pendidikan yang cukup seseorang ibu akan lebih banyak memperoleh informasi serta lebih tanggap terhadap permasalahan yang

dihadapi. Dengan demikian mereka dapat memilih serta menentukan alternatif lebih baik untuk kepentingan rumah tangganya termasuk dalam menentukan pemberian makanan bagi balita yang ada dirumah tangga tersebut (Notoatmodjo, 2003)

Sehingga, tingkat pengetahuan gizi dari seorang ibu akan membentuk sikap terhadap status gizi anak. Pengetahuan dan sikap yang baik diharapkan anak mendapat asupan gizi yang baik agar pertumbuhan anak sesuai dengan usia pertumbuhan dan perkembangan. pengetahuan dan sikap ibu akan memandang untuk menyediakan atau menyiapkan makanan sehari-hari dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan gizi anak.

E. Pekerjaan

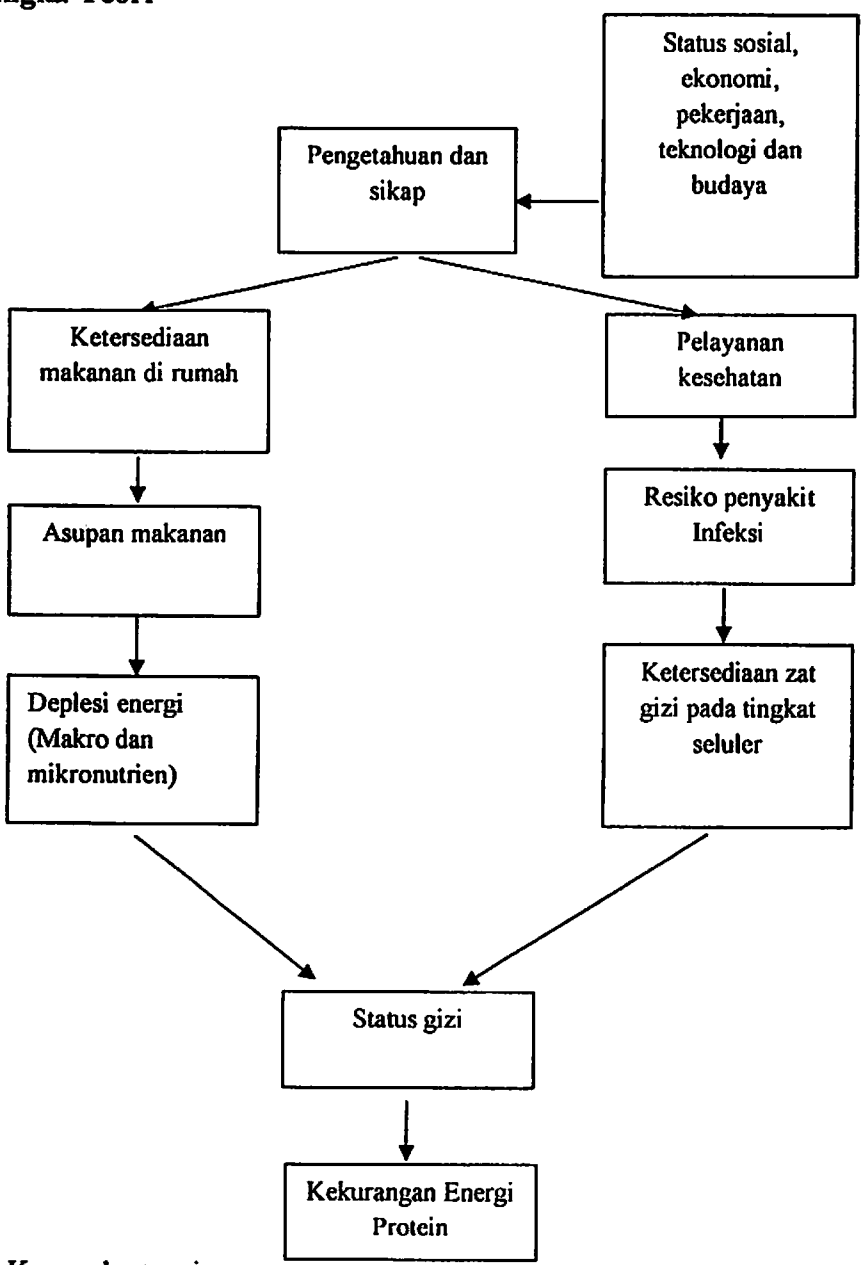
Anak nelayan tradisional mempunyai resiko menjadi kurang gizi tiga kali lebih besar dibanding pada anak peternak, petani pemilik lahan, ataupun tenaga kerja terlatih. Hal penelitian ini juga menunjukan bahwa pengelompokan pekerjaan yang terlalu umum misalnya nelayan saja bisa mengatur pertumbuhan peranan faktor pekerjaan orang tua terhadap resiko anak mereka untuk menderita kurang gizi, resiko kurang gizi pada anak nelayan tradisional tiga kali lebih besar dibanding anak nelayan yang punya perahu bermotor. Efek ganda (interaksi) dari berbagai faktor sosial ekonomi dalam menyebabkan jatuhnya seorang anak pada keadaan kurang gizi perlu diperhitungkan (Nototatmodjo, 2005)

F. Keadaan Sanitasi Lingkungan

Faktor utama yang mempengaruhi kesehatan anak dan juga kesehatan orang dewasa adalah tersedianya air bersih dan sanitasi yang aman. Semua ini bukan saja penting untuk kesehatan dan kesejahteraan manusia, tetapi juga sangat membantu bagi emansipasi kaum wanita dari beban kerja berat yang mempunyai dampak yang merusak terhadap anak – anak, terutama anak- anak perempuan. Kemajuan dalam kesehatan anak tidak mungkin dipertahankan jika sepertiga dari anak- anak didunia ketiga tetap tidak

menikmati sarana sanitasi yang layak. Berdasarkan pengalaman yang lalu, termasuk inovasi yang banyak jumlahnya dalam teknik dan teknologi yang sederhana dan murah untuk menyediakan air bersih dan sarana sanitasi yang aman didaerah pedesaan dan perkampungan kumuh (Notoatmodjo, 2005)

2.2. Kerangka Teori



Gambar 2.9 Kerangka teori
Sumber : Modifikasi Mann, 2012

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode deskriptif untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap orang tua tentang Kekurangan Energi Protein dan status gizi anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan dari September 2016 sampai dengan Desember 2016 dibangsal Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi target adalah seluruh orang tua dan anak di Rumah Sakir Muhammadiyah Palembang. Populasi terjangkau adalah orang tua dengan anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

Sampel penelitian akan dipilih dengan cara *total sampling*, dengan mengambil sampel pada seluruh orang tua anak yang di rawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 20 September 2016 sampai 13 Oktober 2016.

3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eklusi

A. Kriteria inklusi

1. Orang tua yang mempunyai anak usia 2 bulan – 5 tahun yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

2. Pasien didampingi bukan oleh orang tuanya tetapi yang bersangkutan mengetahui pola asuh gizi anak tersebut.
3. Menyetujui untuk berpartisipasi

B. Kriteria eklusi

1. Orang tua yang mempunyai anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah dengan penyakit kronis
2. Menolak untuk berpartisipasi

3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *total sampling.*

3.4. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah pengetahuan, sikap dan status gizi.

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pengetahuan	Hasil dari tahu dan terjadi setelah subjek melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan	Kuisioner	Wawancara menggunakan kuisioner	Ordinal	*Baik*, jika skor > 4. *Sedang*, jika skor 3-4. *Rendah*, jika skor < 3

	seseorang				
Sikap	Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respons.	Kuisioner	Wawancara menggunakan kuisioner	Ordinal	*Baik*, jika skor > 7. *Sedang*, jika skor 5-7. *Rendah*, jika skor < 5
Status Gizi	Keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi, dibedakan antara gizi kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2003)	Timbangan merek *Tanita Precision Bathroom Scale HA-623* untuk anak lebih dari 2 tahun dan *baby scale* untuk bayi, tinggi badan anak lebih dari dua tahun dengan *microtoise, lengthboard* untuk panjang badan bayi.	Penilaian anrtopometri	Nominal	Obesitas: > +3 SD *Overweight:* > +2 SD hingga +3 SD Normal: +2 SD hingga -2 SD Gizi kurang: < -2 SD hingga -3 SD Gizi buruk: < -3 SD (WHO, 2005)
Pendidikan	Tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan	Kuisioner	Wawancara	Nominal	Tidak tamat SD

	tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar (SD/Sederajat), pendidikan menengah (SMP & SMA/Sederajat), dan pendidikan tinggi (UU No. 20 Tahun 2003 Bab I, Pasal 1 Ayat 8)		menggunakan kuisioner		SD/Sederajat SMP/Sederajat SMA/Sederajat Peguruan Tinggi
Pekerjaan	Suatu rangkaian tugas yang dirancang untuk dikerjakan oleh satu orang dan sebagai imbalan diberikan upah dan gaji menurut kualifikasi dan berat ringannya pekerjaan tersebut. (KBJI, 2002)	Kuisioner	Wawancara menggunakan kuisioner	Nominal	*Gol. Pokok 0 :* TNI & POLRI *Gol. Pokok 1 :* Manajer *Gol. Pokok 2 :* Profesional *Gol. Pokok 3 :* Teknisi *Gol. Pokok 4 :* Tenaga tata usaha *Gol. Pokok 5 :* Tenaga usaha jasa & penjualan *Gol. Pokok 6 :* Tenaga usaha pertanian &

					peternakan *Gol. Pokok 7 :* Tenaga pengolahan & kerajinan *Gol. Pokok 8 :* Operator & perakit mesin *Gol. Pokok 9 :* Pekerja kasar (KBJI, 2014)
Pemberian ASI esklusif	Pemberian selama 6 bulan sejak anak lahir dan dianjurkan sampai usia anak 2 tahun atau lebih dengan pemberian makanan tambahan yang sesuai. (Kemenkes tentang ASI eksklusif, 2004)	Kuisioner	Wawancara menggunakan kuisioner	Nominal	Diberikan ASI ekslusif dan tidak diberikan ASI esklusif

3.6. Cara Pengumpulan Data

3.6.1. Data Primer

Data penelitian adalah data primer berupa penilaian status gizi pasien berdasarkan perhitungan berat badan/tinggi badan dan wawancara terhadap orang tua anak tersebut menggunakan kuisioner. Hanya responden yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi yang akan diambil.

Untuk mendapatkan nilai berat badan/tinggi badan, maka sampel diukur terlebih dahulu berat badannya dengan timbangan badan merek *Tanita Precision Bathroom Scale HA-623.* untuk bayi berat badan diukur dengan menggunakan *baby scale*, kemudian diukur tinggi badan anak

menggunakan *microtoise/heightboard/stadiometer* dan *lengthboard* untuk mengukur panjang anak dengan umur kurang dari 24 bulan. Berikut langkah-langkah untuk mendapatkan nilai tersebut:

a) Jika anak sudah bisa berdiri :

1. Memposisikan responden dalam keadaan diam, tegak lurus, pandangan menghadap ke depan, dan membelakangi meteran elastis.
2. Menarik alat pengukur tinggi dan meletakkannya ujungnya sejajar di puncak kepala responden (vertex) kemudian hasil pengukuran dicatat.
3. Responden naik keatas timbangan badan, melepaskan alas kaki dan seluruh aksesoris.
4. Melihat berapa berat badan sampel yang ditunjukan jarum timbangan (dipakai hitungan dalam kilogram) dan di catat hasilnya.
5. Setelah didapat hasil pengukuran BB dan TB, maka dihitung nilai status gizinya.

b) Jika anak belum bisa berdiri :

1. Minta ibu/pengasuh untuk menggendong tanpa selendang. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah ibu dengan menggendong sang anak untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang.
2. Pastikan posisi ibu, badan tegak, mata lurus ke depan, kaki tidak menekuk dan kepala tidak menunduk ke bawah. Sebisa mungkin bayi/anak dalam keadaan tenang ketika ditimbang.
3. Setelah ibu berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan. Mintalah ibu tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan pewawancara harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut.
4. Ulangi proses pengukuran, kali ini hanya ibu saja tanpa menggendong anak.

5. Untuk pengukuran panjang anak; dengan bantuan ibu si anak, baringkan si anak di permukaan yang rata dengan memegang punggung si anak dengan satu tangan dan bagian bawah badan dengan tangan lainnya. Dengan perlahan-lahan turunkan si anak ke atas permukaan tersebut dengan bagian kaki menempel di tembok.

6. Mintalah ibu si anak untuk berlutut di sebelah alat ukur menghadap alat ukur agar si anak lebih tenang.

7. Pegang kepala si anak dari kedua arah telinganya. Dengan menggunakan tangan secara nyaman dan lurus, tempelkan kepala si anak ke bagian atas papan ukur sehingga si anak dapat memandang lurus kearah depan. Garis pandang si anak harus tegak lurus dengan tanah. Kepala anda harus lurus dengan kepala si anak. Pandanglah langsung ke mata si anak.

8. Pastikan si anak berbaring di atas permukaan keras. Tempatkan tangan kiri anda di ujung tulang kering si anak (sedikit di atas sendi mata kaki) atau pada lututnya. Tekanlah dengan kuat ke arah permukaan keras.

9. Dengan menggunakan tangan kanan, geserkan alat pengukur ke arah kepala anak lalu menekan rambut si anak. Jika posisi si anak sudah betul, baca dan catatlah hasil pengukuran.

Untuk data tingkat pengetahuan dan sikap, data diperoleh melalui wawancara dengan orangtua anak yang dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang berpedoman pada kuesioner penelitian yang disiapkan dari sampel yang telah ditetapkan setelah menilai status gizi anak. Aspek pengukuran dalam penelitian ini berdasarkan pada jawaban responden terhadap pertanyaan dari kuesioner. Dengan rincian pertanyaan sebagai berikut :

a) Aspek pengetahuan

1. Apakah anda tahu tentang gizi buruk ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai gizi buruk/Kekurangan Energi Protein dengan meminta penyebutan apa pengertian gizi buruk itu sendiri. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

2. Apakah anda tahu makanan bergizi yang diberikan untuk anak ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul apa saja macam-macam makanan bergizi tersebut dengan meminta penyebutan apa saja jenis-jenisnya misalnya nasi, daging-dagingan, sayur, buah, dan susu. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menyebutkan apa saja jenis makanannya dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

3. Apakah anda tahu yang menyebabkan gizi buruk ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai penyebab gizi buruk/Kekurangan Energi Protein dengan meminta penyebutan apa yang bisa menyebabkan kondisi seorang anak menjadi gizi buruk. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

4. Apakah anda tahu ciri-ciri anak dengan gizi buruk ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah

benar responden tahu betul mengenai ciri-ciri anak dengan gizi buruk/Kekurangan Energi Protein dengan meminta penyebutan apa saja ciri-ciri dari anak dengan Kekurangan Energi Protein misalnya badannya kurus tapi perutnya buncit, rambut kering dan rontok, tidak bisa berjalan, dsb. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

5. Tahukah anda gizi buruk itu akan berpengaruh pada pertumbuhan anak ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai dampak ke pertumbuhan anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein misalnya anak akan tampak lebih tua wajahnya dari anak seusianya, tinggi badan lebih pendek, dsb. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

6. Tahukah anda makanan bergizi itu bermanfaat untuk anak ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai manfaat dari konsumsi makanan bergizi terhadap tumbuh kembang anak misalnya membantu pertumbuhan tinggi badan, membantu anak agar dapat menyerap pelajaran disekolah, dsb. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

7. Apakah anda tahu manfaat ASI untuk anak balita ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai manfaat dari pemberian ASI terhadap tumbuh kembang dan kesehatan anak. Jika responden bisa menjawab maka

nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

8. Apakah anda tahu ikan mempunyai protein yang tinggi ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai kandungan gizi yang tinggi pada ikan, salah satu yang tinggi kandungannya ialah protein yang merupakan zat gizi yang penting dalam tumbuh kembang anak, selain itu pada pertanyaan ini dipilih ikan sebagai makanan bersumber protein karena cukup mudah ditemui di seluruh Indonesia terutama di wilayah Palembang, Sumatera Selatan dan harganya terjangkau. Jika responden bisa menjawab maka nilainya 1, jika responden tidak tahu kandungannya dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

9. Tahukah anda makan ikan berguna untuk pertumbuhan badan anak balita ?

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "ya" dan "tidak", jika responden menjawab "ya" maka peneliti disini akan mengkonfirmasi kembali apakah benar responden tahu betul mengenai manfaat dari konsumsi ikan terhadap tumbuh kembang dan kesehatan anak. Jika responden bisa menjawab apa saja manfaatnya maka nilainya 1, jika responden tidak bisa menjelaskan dan atau menjawab "tidak" maka nilainya 0.

Dari hasil wawancara tadi kemudian di jumlahkan dengan nilai terendah 0 dan tertinggi 9 dengan interpretasi tingkat pengetahuan kategori "baik" jika jumlah nilainya >4, kategori "sedang" jika jumlah nilainya 3-4, dan kategori "rendah" jika jumlah nilainya <3.

b) Aspek sikap

1. Balita membutuhkan konsumsi makanan yang bergizi

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" akan pemberian makanan bergizi terhadap anak untuk menunjang tumbuh kembangnya, maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" maka nilainya 0.

2. Makanan berprotein penting untuk anak-anak untuk menghindari gizi buruk

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" makanan berprotein semisal ikan, daging, susu, dll. diberikan pada anak sebagai salah satu cara terhindar dari kekurangan gizi maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" maka nilainya 0.

3. Untuk kekebalan tubuh, anak perlu diberikan Air Susu Ibu pertama kali segera setelah lahir

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" bahwa pemberian ASI segera setelah lahir dapat membantu pembentukan antibodi/kekebalan terhadap penyakit pada anak maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" maka nilainya 0.

4. Anak yang sakit-sakitan biasanya kurang nafsu makan

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" bahwa anak yang sering sakit biasanya nafsu makannya terganggu maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju", bahwa anak yang sering sakit itu tidak selalu terganggu nafsu makannya maka nilainya 0.

5. Sebaiknya sering membujuk anak agar mau makan

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau anak yang tidak mau makan itu harus dibujuk agar mau makan maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju", bahwa anak tidak mesti dibujuk agar mau makan melainkan dari kemauan anak itu sendiri maka nilainya 0.

6. Anak yang kurang nafsu makan sebaiknya lebih diperhatikan

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau anak yang nafsu makannya kurang itu harus lebih diperhatikan dari anak yang tidak terganggu nafsu makannya dengan cara memperhatikandari segi pemberian jenis makanan atau memeriksakan kondisi anak ke dokter, dsb. maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju", bahwa anak yang nafsu makannya kurang tidak mendapatkan perhatian khusus maka nilainya 0.

7. Makanan yang bervariasi sangatlah penting untuk memenuhi gizi anak

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau makanan yang diberikan untuk memenuhi gizi makanan harus berganti-ganti jenisnya maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju", bahwa makanan tidak harus berganti-ganti jenisnya asalkan memenuhi kebutuhan gizi anak maka nilainya 0.

8. Makanan bervariasi itu berupa nasi, ikan/daging, sayuran, buah, dan susu

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau makanan bervariasi itu jenisnya seperti yang dijelaskan diatas maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" dan menyebutkan variasi makanan selain yang disebutkan diatas maka nilainya 0.

9. Makanan tambahan itu berupa kacang hijau, kue, dan snack

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau makanan tambahan yang dapat diberikan pada anak adalah kacang hijau, kue dan *snack* (makanan ringan) maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" kalau makanan tambahan adalah yang seperti disebutkan diatas maka nilainya 0.

10. Untuk merangsang nafsu makan, anak perlu diberikan vitamin / jamu

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau untuk merangsang nafsu makan anak perlu ditambahkan pemberian vitamin/jamu maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" terhadap pemberian vitamin/jamu sebagai perangsang nafsu makan anak maka nilainya 0.

11. Sebaiknya anak-anak lebih diutamakan diberikan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa

Pada kolom jawaban terdapat pilihan "setuju" dan "tidak setuju", jika responden menjawab "setuju" kalau anak-anak perlu diberi perhatian khusus terhadap pemberian konsumsi makanan bergizi maka peneliti disini akan memberikan nilai 1, jika responden menjawab "tidak setuju" kalau ada perbedaan perhatian terhadap pemberian makanan bergizi pada anak dan orang dewasa maka nilainya 0.

Dari hasil wawancara tadi kemudian di jumlahkan dengan nilai terendah 0 dan tertinggi 11 dengan interpretasi tingkat sikap kategori "baik" jika jumlah nilainya >7, kategori "sedang" jika jumlah nilainya 5-7, dan kategori "rendah" jika jumlah nilainya <5.

3.7. Metode Teknis Analisis Data

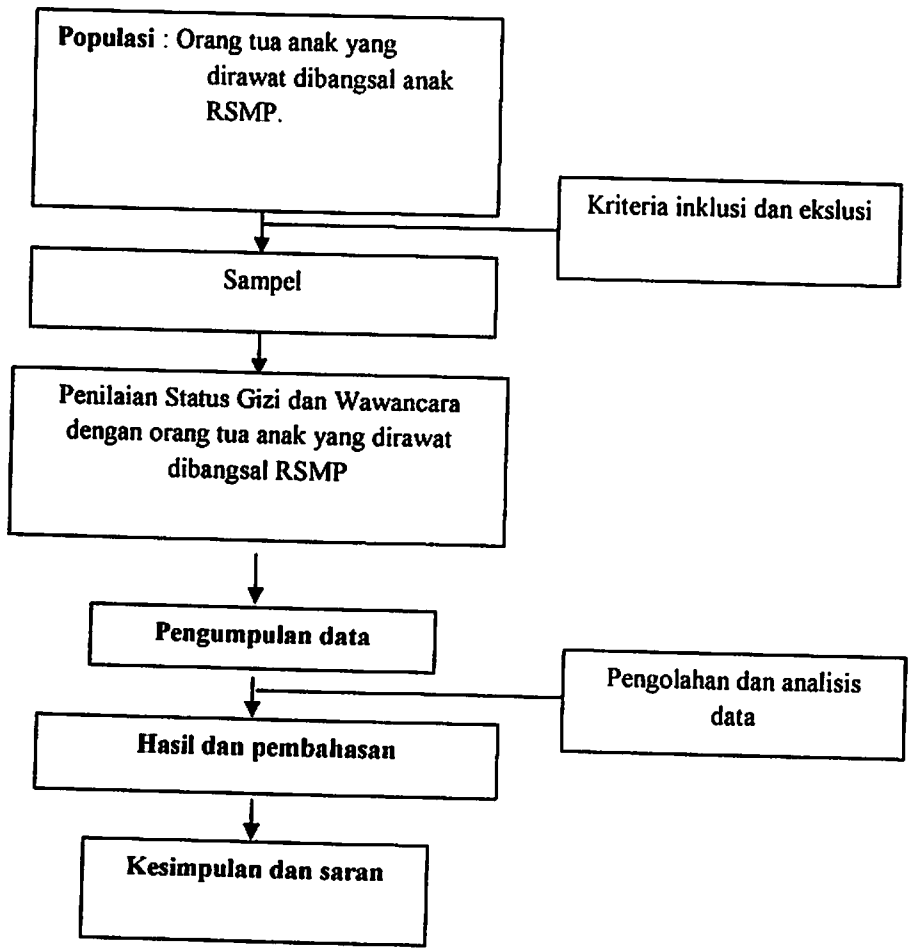
3.7.1. Cara Pengolahan dan Analisis Data

Langkah-langkah dalam pengolahan data sebagai berikut:

1. *Editing* adalah setiap lembar *checklist* diperiksa untuk memastikan bahwa setiap pertanyaan yang terdapat dalam *checklist* telah terisi semua.
2. *Coding* adalah pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dalam *checklist* untuk memudahkan proses pengolahan data.
3. *Processing* adalah melakukan pemindahan atau memasukan data dari *checklist* kedalam komputer untuk diproses secara komputerisasi.
4. *Cleaning* adalah proses yang dilakukan setelah data masuk ke komputer, data akan diperiksa apakah ada kesalahan atau tidak.
5. *Tabulating* pada tahap ini jawaban-jawaban responden yag sama dikelompok dengan teliti dan teratur lalu dihitung dan dijumlahkan, kemudian dituliskan dalam bentuk tabel-tabel.

Analisis data yang dilakukan adalah analisis *univariat*. Dimana semua variabel dianalisa lalu di tabulasi, diolah dan disajikan kedalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel, kemudian dianalisa secara deskriptif yang digambarkan dalam persentase.

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1 : Alur Penelitian

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

4.1.1. Profil umum

RSMuhammadiyahPalembang ialah salah satu Layanan Kesehatan milik OrganisasiSosial Kota Palembang yang berupa RSU, dinaungi olehRS SWASTA Islam dan termaktub kedalam RS Kelas C. Layanan Kesehatan ini telah terdaftar sejak 23/02/2012 dengan Nomor Surat Izinwalikota/003/IZ/2013 dan Tanggal Surat Izin 25/02/2018 dariwali kota palembang dengan Sifat Perpanjang, dan berlakusampai25FEBRUARI2018.SesudahmelangsungkanProsedur AKREDITASI RS Seluruh Indonesia dengan proses Penetapan I (5 Pelayanan) akhirnya diberikan status Lulus Akreditasi Rumah Sakit. RSU ini bertempat di Jl. A. Yani 13 Ulu, Palembang, Kota Palembang, Indonesia.

RS Muhammadiyah Palembang Memiliki Layanan Unggulan di Bidang USG 4 DIMENSI. RSU Milik Organisasi Sosial Kota Palembang ini Memiliki Luas Tanah 42962 m^2dengan Luas Bangunan 6096 m^2

4.2. Profil Responden penelitian

4.2.1. Jumlah dan kategori sampel

Sampel penelitian adalah dipilih dengan cara *total sampling,* dengan mengambil sampel pada seluruh orang tua anak yang di rawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada periode 20 September 2016 sampai13 Oktober 2016 terkumpul sebanyak 50 responden dan telah sesuai dengan kriteria inklusi dan eklusi.

4.3. Hasil Penelitian

4.3.1. Analisis Univariat

A. Pengetahuan orang tua mengenai Kekurangan Energi Protein

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	29	58.0
Sedang	12	24.0
Rendah	9	18.0
Total	**50**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.1pengetahuan orang tua mengenai Kekurangan Energi Protein yang anaknya dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 responden didapatkan hasil 29 orang (58.0%) dengan pengetahuan kategori baik, 12 orang (24.0%) dengan pengetahuan kategori sedang, dan 9 orang (18.0%) dengan pengetahuan kategori rendah.

B. Sikap orang tua terhadap anak dengan Kekurangan Energi Protein

Tabel 4.2 Distribusi Tingkatan Sikap responden terhadap anak penderita Kekurangan Energi Protein

Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	35	70.0
Sedang	13	26.0
Rendah	2	4.0
Total	**50**	**100**

Variabel sikap dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, sedang dan rendah. Dari 50 orang responden didapatkan hasil 35 orang (70.0%) dengan sikap kategori baik, 13 orang (26.0%) dengan sikap kategori sedang, dan 2 orang (4.0%) dengan sikap kategori rendah.

C. Status Gizi

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Status Gizi anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Status Gizi (TB/BB)	Frekuensi	Persentase (%)
Obesitas	0	0
Overweight	3	6.0
Normal	36	72.0
Gizi Kurang	11	22.0
Gizi Buruk	0	0
Total	**50**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.3status gizi anak yang dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 responden anak dengan rincian 27 anak laki-laki (54.0%) dan 23 anak perempuan (46%), didapatkan hasil 3 orang (6.0%) dengan status gizi *Overweight*, 36 orang (72.0%) dengan status gizi normal, dan 11 orang (22.0%) dengan status gizi kurang. Namun untuk kategori anak dengan obesitas dan kurang gizi tidak dijumpai pada penelitian ini.

D. Pendidikan Orang Tua

Tabel 4.4 Distribusi Karakteristik Pendidikan Orang Tua anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak tamat SD	0	0
SD/Sederajat	17	34.0
SMP/Sederajat	10	20.0
SMA/Sederajat	16	32.0
Perguruan Tinggi	7	14.0
Total	**50**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.4pendidikan terakhir orang tua anak yang dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 responden yang diwawancarai didapatkan hasil 17 orang (34.0%) dengan pendidikan terakhirnya adalah SD/Sederajat, pendidikan tamatan SMP/Sederajat adalah sebanyak 10 orang responden (20.0%). Untuk yang memiliki pendidikan terakhirnya SMA/Sederajat adalah sebanyak 16 orang (32.0%), sedangkan yang dengan pendidikan terakhirnya adalah Perguruan Tinggi adalah sebanyak 7 responden (14.0%). Untuk kategori pendidikan terakhirnya Tidak tamat SD tidak dijumpai pada penelitian ini.

E. Pekerjaan Orang Tua

Tabel 4.5 Distribusi Karakteristik Pekerjaan Orang Tua anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Guru	1	2.0
Ibu Rumah Tangga	34	68.0
Karyawan	3	6.0
Karyawati	2	4.0
Pedagang	2	4.0
Petani	4	8.0
Wirausaha	4	8.0
Total	**50**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.5 pekerjaan orang tua anak yang dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 responden yang diteliti didapatkan hasil 1 orang (2.0%) dengan pekerjaan sebagai Guru, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga adalah sebanyak 34 orang (68.0%), Karyawan sebanyak 3 orang (6.0%), Karyawati 2 orang (4.0%), sebagai Pedagang didapatkan sebanyak 2 orang (4.0%), Petani sebanyak 4 orang (8.0%), dan yang bekerja sebagai Wirausaha adalah sebanyak 4 orang (8.0%).

F. Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 4.6 Distribusi Karakteristik Pemberian ASI eksklusif ke anak yang dirawat dibangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Pemberian ASI	Frekuensi	Persentase (%)
Diberikan ASI	34	68.0
Tidak diberikan ASI	16	32.0
Total	**50**	**100**

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan 34 anak yang diteliti di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang diberikan ASI eksklusif (68.0%), sedangkan sebanyak 16 anak (32.0%) tidak mendapatkan asupan ASI ekslusif.

4.4. Pembahasan

4.4.1. Analisis Univariat

A. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Pengetahuan

Berdasarkan tabel 4.1 dari 50 orang responden penelitian diperoleh 29 orang (58.0%) memiliki Pengetahuan kategori baik, pengetahuan kategori sedang sebanyak 12 orang (24.0%), dan pengetahuan kategori rendah sebanyak 9 orang (18.0%).

Untuk responden dengan kategori pengetahuan "baik" terhadap Kekurangan Energi Protein, dari 29 orang tersebut memiliki riwayat pendidikan yang paling tidak adalah tamatan SMA atau Perguruan Tinggi. Untuk responden yang masuk dalam penegetahuan kategori "sedang" terhadap Kekurangan Energi Protein didapatkan dari hasil penelitian bahwa memiliki riwayat pedidikan terakhir setidaknya SMP atau SMA. Sedangkan yang memiliki kategori pengetahuan "rendah" terhadap Kekurangan Energi Protein memiliki riwayat pendidikan terakhirnya adalah SD. Untuk yang memiliki riwayat pendidikan tidak tamat SD tidak ditemukan pada penelitian ini.

Dari penjelasan diatas dapat dikatakan bahwa hal ini sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo (2010) yang menjelaskan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh faktor umur, pendidikan dan pengalaman. Tetapi untuk faktor umur, peneliti disini tidak terlalu meneliti lebih lanjut mengenai hubungan secara

langsungnya dalam mempengaruhi pengetahuan terhadap Kekurangan Energi Protein, tapi didapatkan bahwa umur responden tertinggi adalah 55 tahun dan terendah adalah 18 tahun.

Untuk faktor pendidikan terdapat pengaruh yang cukup besar dipenelitian ini dalam mempengaruhi kemampuan dalam menjawab pernyataan mengenai gizi, makanan tambahan dan kesehatan. Karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan semakin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Notoadmodjo, 2010).

Selain itu menurut hasil penelitian Salmaini (2009), orang tua yang memiliki pendidikan rendah buta sama sekali soal gizi, kebersihan, kesehatan, dan makanan tambahan yang baik dikonsumsi oleh anak balita. Yang mana dari hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini.

Untuk faktor pengalaman menurut Notoatmodjo (2010), merupakan sumber pengetahuan atau bisa dikatakan pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Dapat diartikan bahwa pengalaman disini adalah bagaimana cara suatu individu dalam mendapatkan suatu pengatahuan tersebut dari masa lalu yang telah dialaminya. Tetapi faktor pengalaman dalam mempengaruhi pengetahuan dalam hal ini orang tua dalam memahami apa itu Kekurangan Energi Protein tidak diuji lebih lanjut oleh peneliti pada penelitian ini.

B. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Sikap

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh responden yang memiliki sikap terhadap anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein kategori "baik" adalah sebanyak 35 responden (70.0%), responden dengan sikap kategori "sedang" adalah sebanyak 13 responden (26.0%) dan responden dengan kategori sikap "buruk" adalah sebanyak 2 orang (4.0%).

Dari 50 responden yang diteliti didapatkan data sebanyak 35 orang tua dengan anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang mempunyai sikap terhadap anak dengan Kekurangan Energi Protein adalah kategori "baik" ini mengindikasikan bahwa sikap disini dipengaruhi antara lain oleh faktor : pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, dan kebudayaan. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Salmaini (2009), bahwa didapatkan sikap orang tua terhadap anak dengan Kekurangan Gizi terbanyak masuk dalam kategori "Rendah" karena dipengaruhi oleh faktor pengetahuan dan wilayah dermografi yang diteliti. pada penelitian yang dilakukan di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan responden sebanyak 70.0% yang memiliki sikap kategori "baik" memiliki pengetahuan yang mumpuni sebagai orang awam dalam memahami Kekurangan Energi Protein dan memiliki lingkungan tempat tinggal yang mendukung dalam memahami Kekurangan Energi Protein. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan Salmaini (2009), orang tua anak memiliki pengetahuan yang rendah tentang Kekurangan Energi Protein dan tinggal di wilayah yang tidak memiliki pendukung dalam memahami penyakit tersebut (Penyuluhan dari Puskesmas).

C. Distribusi Karateristik Responden berdasarkan Status Gizi

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh responden yang memiliki sikap terhadap anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein kategori "baik" adalah sebanyak 35 responden (70.0%), responden dengan sikap kategori "sedang" adalah sebanyak 13 responden (26.0%) dan responden dengan kategori sikap "buruk" adalah sebanyak 2 orang (4.0%). Dalam pembahasan ini status gizi akan dibahas hubungannya dengan sikap, pengetahuan, pekerjaan orang tua dan diberikan atau tidaknya ASI eksklusif pada anak yang diteliti pada penelitian ini. Pada saat melakukan pemeriksaan antropometri pada penelitian ini, tidak semua data status gizi berupa berat badan dan tinggi badan bisa diukur langsung. Karena ada anak yang ketika dirawat tidak dimungkinkan untuk diukur pada saat itu dikarenakan anak sedang diinfus. Untuk itu peneliti disini memakai data sekunder dari bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang untuk mendapatkan data tersebut, baru dinilai menggunakan kriteria WHO (BB/TB).

Orang tua dengan anak yang memiliki status gizi "normal" memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi yaitu SMA atau Perguruan Tinggi. Sedangkan yang berpendidikan SMP ada juga yang memiliki anak dengan status gizi normal, tetapi tidak banyak. Untuk yang orang tua anak dengan pendidikan terakhir setara SD hampir seluruhnya memiliki anak dengan status gizi kurang. Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2010), yang menyatakan bahwa pengetahuan, dalam kasus ini pengetahuan akan kesehatan gizi dengan menangkap informasi dan menafsirkan informasi tersebut guna kelangsungan hidupnya.

Untuk tingkat pengetahuan orang tua yang memiliki kategori sudah baik sebagian besar memiliki anak dengan status gizi normal, sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan

sedang dan rendah memiliki stattus gizi anak sebagian besar gizi kurang. Tetapi ada juga yang memiliki tingkat pengetahuan sudah baik terhadap Kekurangan Energi Protein namun memiliki anak dengan gizi kurang. Ada kemungkingan status gizi disini bukan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan orang tua terhadap Kekurangan Energi Protein, namun oleh karena faktor lain yaitu, anak mengidap penyakit infeksi atau mengalami kelainan kongenital atau karena asupan nutrisi yang inadekuat. Tapi pada penelitian ini tidak diteliti lebih lanjut penyebab kekurangan gizi pada anak tersebut.

Untuk sikap orang tua terhadap anak dengan Kekurangan Energi Protein didapatkan 35 orang (70.0%) memiliki sikap kategori "baik", 13 orang (26.0%) kategori "sedang". Dari 2 kelompok tersebut memiliki anak dengan status gizi bervariasi mulai dari normal, *overweight* dan kurang gizi. Dan 2 orang responden dengan sikap kategori "rendah" (4.0%) memiliki anak dengan gizi kurang. Dari uraian tersebut dapat dihubungkan dengan teori Azwar (2007) bahwa sikap yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi tidak dapat mempengaruhi langsung ke lingkungan sekitarnya, karena dari hasil didapatkan bahwa orang tua dengan sikap yang baik terhadap Kekurangan Energi Protein, tidak semuanya memiliki anak dengan status gizi normal, meskipun pada orang tua dengan kategori sikap rendah memiliki anak dengan status gizi kurang, namun pada penelitian ini didapatkan tidak banyak orang tua dengan kategori tersebut.

Pekerjaan orang tua anak yang dirawat dibangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 responden yang diteliti didapatkan hasil 1 orang (2.0%) dengan pekerjaan sebagai Guru dengan status gizi anak normal, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga adalah sebanyak 34 orang (68.0%), yang memiliki anak gizi normal sebanyak 25 orang; 3 anak

mengalami *overweight;* 6 orang anak mengalami gizi kurang, Karyawan sebanyak 3 orang (6.0%) dengan status gizi anak normal, Karyawati 2 orang (4.0%) dengan status gizi anak normal, bekerja sebagai Pedagang didapatkan sebanyak 2 orang (4.0%) dengan status gizi anak 1 orang normal dan lainnya gizi kurang, Petani sebanyak 4 orang (8.0%) 3 orang anak dengan gizi kurang dan 1 orang anak memiliki status gizi normal, sedangkan yang bekerja sebagai Wirausaha adalah sebanyak 4 orang (8.0%) dengan anak status gizi normal 3 orang dan 1 orang anak dengan gizi kurang. Untuk jenis kelamin orang tua yang peneliti wawancarai didapatkan 7 orang adalah ayah dari anak yang dirawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Tidak adanya ibu dari anak pada saat diwawancarai adalah karena ibu anak tidak sedang berada di tempat pada saat wawancara. Walaupun demikian yang bersangkutan dalam hal ini ayah dari anak tersebut sudah bisa memenuhi kriteria inklusi dari responden penelitian ini. Dari uraian tersebut, yang menjadi sorotan adalah anak dengan orang tua bekerja sebagai petani, IRT, pedagang dan wirausaha karena memiliki anak dengan status gizi kurang dan *overweight.* Hal ini sesuai dengan penelitian Salmaini (2009) bahwa pekerjaan orang tua berpengaruh terhadap status gizi anak. Yaitu dengan faktor ekonomi dari orang tua tersebut untuk memenuhi gizi anaknya, meskipun pada penelitian ini tidak diteliti lebih lanjut mengenai status ekonomi keluarga tersebut. Tapi dari pekerjaan yang dilakukan orang tua anak tersebut didapatkan gambaran umum status ekonominya.

Status gizi dan pemberian ASI eksklusif pada balita adalah hal cukup besar pengaruhnya. Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan 34 anak yang diteliti di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang diberikan ASI eksklusif yaitu

sebesar 68.0% dengan status gizinya normal sebanyak 30 anak; yang mengalami *overweight* sebanyak 2 orang anak; 2 orang anak mengalami gizi kurang, sedangkan sebanyak 16 anak (32.0%) tidak mendapatkan asupan ASI eksklusif dengan rincian: 9 anak mengalami gizi kurang, 6 anak dengan status gizinya normal, 1 anak *overweight*. Dari data tersebut dapat disimpulkan adanya pengaruh pemberian ASI ekslusif terhadap status gizi pada anak terutama balita dibandingkan yang tidak mendapat asupan ASI eksklusif. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Widyastuti (2007) yang menyatakan bahwa pemberian ASI, terutama ASI eksklusif dapat mencegah terjadinya kekurangan gizi pada balita. Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti disini, ASI ekslusif diberikan pada anak setidaknya dari sejak lahir sampai usia 6 bulan (0-6 bulan) (Kemenkes No. 450/MENKES/SK/VI/2004). Untuk anak yang telah diberikan ASI tapi masih mengalami gizi kurang, hal itu karena dipengaruhi oleh pekerjaan orang tuanya yaitu petani. Hal ini berdampak pada status gizinya secara tidak langsung walaupun diberi asupan ASI. Bisa juga kemungkinan karena kurangnya fasilitas kesehatan dilingkungan tempat tinggal anak tersebut sehingga tidak tercapainya status gizi yang baik sesuai tumbuh kembangnya.

Untuk anak yang tidak diberikan ASI eksklusif dari hasil penelitian didapatkan banyak yang mengalami gizi kurang. Hal ini juga ditambah dengan pengetahuan yang kurang terhadap Kekurangan Energi Protein, pendidikan, dan pekerjaan orang tua. Untuk alasan yang ditemui peneliti ketika ditanya mengapa tidak diberikan ASI terutama yang eksklusif ke anaknya ialah karena tidak keluarnya ASI setelah melahirkan, ada juga yang anaknya muntah-muntah ketika diberikan ASI sehingga diberikan susu formula sebagai penggantinya. Untuk anak yang

status gizinya normal walaupun tidak diberikan ASI eksklusif kemungkinan karena faktor lingkungan yang mempengaruhi keadaan anak tersebut tidak mengalami keadaan kurang gizi.

Jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Salmaini (2009) di daerah Kabupaten Aceh Barat Daya yang merupakan daerah dengan angka kejadian tertinggi gizi buruk di Provinsi Aceh. Pada peneletian ini tidak ditemui adanya anak yang mengalami gizi buruk ataupun obesitas, hal ini kemungkinan karena wilayah dermografis yang peneliti teliti tidak merupakan wilayah yang memiliki angka kejadian gangguan tumbuh kembang tersebut ditambah dengan pemahaman dan sikap yang baik terhadap anak dengan gizi kurang, akan secara tidak langsung menekan kejadian anak dengan gizi buruk.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari 50 orang responden dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengetahuan orang tua mengenai Kekurangan Energi Protein di bangsal anak Rumah Sakit Palembang didapatkan 29 orang (58.0%) dengan kategori baik, 12 orang (24.0%) kategori sedang, dan 9 orang (18.0%) kategori rendah.
2. Sikap orang tua terhadap anak yang mengalami Kekurangan Energi Protein di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan 35 orang (70.0%) dengan kategori baik, 13 orang (26.0%) kategori sedang, dan 2 orang (4.0%) kategori rendah.
3. Status Gizi anak yang di rawat di bangsal anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan sebanyak 3 orang anak (6.0%) dengan status gizi *Overweight*, 36 orang anak (72.0%) dengan status gizi normal, dan 11 orang anak (22.0%) dengan status gizi kurang. Namun untuk anak dengan status gizi obesitas dan kurang gizi tidak ditemukan pada penelitian ini.

5.2. Saran

Saran-saran yang dapat diberikan penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Instansi Terkait

   Perlunya edukasi ke masyarakat mengenai makanan gizi seimbang dan gangguan yang bisa terjadi pada anak terutama tumbuh kembang agar tidak mengurangi kualitas hidupnya nanti. Selain itu perlunya pencegahan dini secara aktif terhadap masyarakat yang beresiko anaknya mengalami

kekurangan gizi oleh semua tenaga kesehatan dan pihak terkait, terutama oleh tenaga kesehatan diwilayah kerjanya masing-masing.

2. Bagi Masyarakat

   Dari hasil penelitian ini di harapkan masyarakat lebih memahami pentingya memperhatikan gizi anaknya dengan pemberian makanan gizi seimbang sesuai perjalanan tumbuh kembangnya. Dan juga perlunya pemahaman mengenai pemberian ASI eksklusif pada anak yang dapat mempengaruhi kesehatan dan status gizi anak tersebut di masa yang akan datang.

3. Bagi Peneliti Lain

   Peneliti berharap terdapat penelitian lain yang dapat meneruskan penelitian ini agar lebih sempurna. Peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat mempertimbangkan indikator yang lain untuk diikutsertakan sebagai variabel dan melihat apakah ada hubungan antara variabel-variabel tersebut agar dapat lebih menunjang mengenai gambaran pengetahuan dan sikap terhadap anak dengan Kekurangan Energi Protein.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, A., R. 2011. Masalah gizi buruk dan tanda-tanda klinisnya *(https://arali2008.files.wordpress.com/2011/07/slide3.jpg, diakses 3 September 2015)*

Almatsier, S. 2003 . *Prinsip Dasar Ilmu Gizi* . Gramedia Pustaka Utama. Jakarta

Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya.* Pustaka Pelajar. Yogyakarta

Bardosono, S. 2009. Masalah Gizi di Indonesia. 59 (1), *(http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/viewFile/922/918, Diakses 25 Agustus 2015).*

Center for Disease Control and Prevention. 2000. Growthcharts. *(http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c021.pdf, diakses 28 Agustus 2015)*

Departemen Kesehatan. 2006. Kebijakan Pusat Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan. 2004. Pemberian ASI Eksklusif, Jakarta.

Effendy, N. 1998. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat.* EGC. Jakarta. Hal. 34

Forchielli, M.L., McColl, R., Walker, W.A. 1994. Nutrition Grand Rounds. *Children with congenital heart disease: A nutrition challenge.* Nutrition Reviews ;52: 348-53.

Kementrian Ketenagakerjaan dan Badan Pusat Statistik. 2014. *Klasifikasi Baku Jabatan Indonesia*, Jakarta. Hal. 3-45

Mann., Jim., Trusswell, A., S. 2012. *Buku Ajar Ilmu Gizi Edisi 4.* EGC. Jakarta. .

Maubere, A. M. 2010. *Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu yang memiliki balita usia 15-29 bulan terhadap kejadian Gizi Buruk di Desa Golo Wua Kecamatan Ri'i Kabupaten Manggarai.* Skripsi, Jurusan Pendidikan Dokter Universitas Kristen Maranatha. *(http://repository.maranatha.edu/2244/1/0710044_Abstract_TOC.PDF, diakses 1 September 2015)*

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi.* Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan.* Rineka Cipta. Jakarta.

Nyoman, D. 2002. *Penilaian Status Gizi.* EGC. Jakarta. Hal 46

Nydegger, A., Bines, J.,E. 2006. *Applied nutritional investigation: energy metabolism in infants with congenital heart disease.* Nutrition; 22: 697-704

Palembang Pos. 2013. *Kasus Gizi Buruk Meningkat.* Palembang Pos (Koran), 25 Januari 2013. Hal 23

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2005 Tentang Standar Nasional Pendidikan. 2005. Balai Pustaka, Jakarta.

Poskitt, E.,M.,E. *Failure to thrive in congenital heart disease.* 1993. Arch Dis Child; 68: 150-60

Salmaini. 2009. *Gambaran Perilaku Orangtua Terhadap Anak Balita Penderita Gizi Buruk Di Kabupaten Aceh Barat Daya.* Skripsi, Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. *(http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/17028/3/Chapter%20II I-VI.pdf, diakses 1 September 2015)*

Salzer, H., R, Haschke, F., Wimmer, M., Heil, M., Schilling, R.. 1989. *Growth and nutritional intake of infants with congenital heart disease.* Pediatric Cardiol; 10: 17-23

Servin, A. 2015. Malnutrition *(https://prezi.com/rt_bchilc_4q/malnutrition/, diakses 2 September 2015)*

Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi Republik Indonesia. 1998. Balai Pustaka. Jakarta

Soekirman. 1999. Besar dan Karateristik Masalah Gizi di Indonesia. Jakarta : Akademi Gizi. Depkes RI

Suharyono, 2007 . *Diare akut* : Klinik dan laboratorik. Jakarta : Rineka Cipta. Hal 48

Sulistiyani, A. T. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia.* Grasindo. Jakarta. Hal 65.

Supariasa. 2002. *Penilaian Status Gizi.* EGC. Jakarta

Tanchoco, C.C., et al. 2006. *Diet Supplemented With BCT Oil In The Management* Of *Childhood Diarrhea.* Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468085%5B Accessed 8 Maret 2016.

Ulshen, M., 2000. *Manifestasi Klinis Penyakit Saluran Pencernaan.* In: Behrman, Kliegman & Arvin, Nelson, ed. Ilmu Kesehatan Anak vol. 2 Edisi 15. Jakarta: EGC. Hal. 1273-1274.

Veriyal, Nura. 2010. *Analisis Pola Asuh Gizi Ibu terhadap balita Kurang Energi Protein (KEP) yang mendapat PMT-P di Puskesmas Pagedangan Kabupaten Tangerang.* Skripsi, Jurusan Pendidikan Dokter UIN Syarif Hidayatullah.
(http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/1285/1/NURA%20VERIYAL-FKIK.PDF, diakses 1 September 2015)

Weintraub, B. 2011. *Growth.* Pediatric Rev;32: 404

Widyastuti, E. 2007. *Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Bayi 6-12 Bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007.* Tesis, Program Studi Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Hal 81.

World Health Organization. 2005. Child growth standarts.
(http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_length/en/, diakses 3 September 2015)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Dimas Ismail	PEMBIMBING I : dr. H. M. Nasir, Sp. A (K)
NIM : 70201202021	PEMBIMBING II : Sr. Yanti Fasih, M. Kes.

JUDUL SKRIPSI : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua Tentang kekurangan Energi Protein Pada Anak Yang Dirawat di Bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dan gambaran Status gizi

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING I	PARAF PEMBIMBING II	KETERANGAN
1	7/1 2017	BAB IV			revisi
2	10/1 2017	Bab IV			revisi
3	19/1 - 2017	Kab IV			revisi
4	21/1 - 2017	Kusioner, Frame			kam
5	/1 - 2017	acc			acc
6	25/1 2017	Bab I - IV			perbaiki
7	26/1 2017	acc			
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : / /

a.n. Dekan
Ketua UPK, a.n.

dr. Putri Zalika Laila, M.Pd. Ked.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar pernyataan kesediaan menjadi responden

Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

Penelitian yang berjudul

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA TENTANG KEKURANGAN ENERGI PROTEIN PADA ANAK YANG DIRAWAT DI BANGSAL RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Bersedia dengan sukarela menjadi responden penelitian "GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA TENTANG KEKURANGAN ENERGI PROTEIN PADA ANAK YANG DIRAWAT DI BANGSAL RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG"

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Palembang, 2016

Yang Menyatakan,

Ttd dan Nama Terang

Lampiran 2. Kuisioner wawancara penelitian

I. KARAKTERISTIK

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Jenis Kelamin :
5. Pekerjaan : 1. PNS
   2. TNI/POLRI
   3. Wiraswasta/Karyawan/Honorer
   4. Tani/Nelayan
   5. Lain-lain.....
5. Pendidikan : 1. Tidak tamat SD
   2. SD/Sederajat
   3. SMP/Sederajat
   4. SMA/Sederajat
   5. Perguruan Tinggi
6. Nama anak : .....
7. Tanggal lahir/umur : .....
8. Jenis Kelamin : .....
9. Anak Ke : .....

II. PENGETAHUAN

Isilah titik-titik dan berilah tanda (x) pada jawaban "Ya/Tidak" (Ya = 1, Tidak = 0)

1. Apakah anda tahu tentang gizi buruk ?
   1. Ya
   2. Tidak

   Jika Ya, jelaskan .....
2. Apakah anda tahu makanan bergizi yang diberikan untuk anak ?
   1. Ya
   2. Tidak

Jika Ya, apa saja.....

3. Apakah anda tahu yang menyebabkan gizi buruk ?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja .....

Jika Tidak, kenapa.....

4. Apakah anda tahu ciri-ciri anak dengan gizi buruk ?

1.Ya

2. TIdak

Jika Ya, apa saja.....

5. Tahukah anda gizi buruk itu akan berpengaruh pada pertumbuhan anak:?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja pengaruhnya .....

6. Tahukah anda makanan bergizi itu bermanfaat untuk anak ?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja manfaatnya.....

7. Apakah anda tahu manfaat ASI untuk anak balita ?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja manfaatnya.....

8. Apakah anda tahu ikan mempunyai protein yang tinggi?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja proteinnya.....

9. Tahukah anda makan ikan berguna untuk pertumbuhan badan anak balita ?

1. Ya

2. Tidak

Jika Ya, apa saja manfaat tersebut.....

III SIKAP

Berilah tanda (x) pada jawaban "Ya/Tidak" (Ya = 1, Tidak = 0)

1. Balita membutuhkan konsumsi makanan yang bergizi
   1. Setuju
   2. Tidak setuju
2. Makanan berprotein penting untuk anak-anak untuk menghindari gizi buruk
   1. Setuju
   2. Tidak setuju
3. Untuk kekebalan tubuh, anak perlu diberikan Air Susu Ibu pertama kali segera setelah lahir
   1.Setuju
   2.Tidak setuju
4. Anak yang sakit-sakitan biasanya kurang nafsu makan
   1.Setuju
   2. Tidak Setuju
5. Sebaiknya sering membujuk anak agar mau makan
   1. Setuju
   2. Tidak setuju
6. Anak yang kurang nafsu makan sebaiknya lebih diperhatikan
   1. Setuju
   2. Tidak Setuju
7. Makanan yang bervariasi sangatlah penting untuk memenuhi gizi anak
   1. Setuju
   2. Tidak setuju

   Jika setuju kenapa.....
8. Makanan bervariasi itu berupa nasi, ikan/daging, sayuran, buah, dan susu
   1. Setuju
   2. Tidak Setuju

   Jika tidak setuju, apa saja.....
9. Makanan tambahan itu berupa kacang hijau, kue, dan *snack*

1. Setuju
2. Tidak setuju

10. Untuk merangsang nafsu makan, anak perlu diberikan vitamin / jamu
    1. Setuju
    2. Tidak setuju
11. Sebaiknya anak-anak lebih diutamakan diberikan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa
    1. Setuju
    2. Tidak setuju

Weight-for-length BOYS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
45.0	1.9	2.0	2.2	2.4	2.7	3.0	3.3
45.5	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.1	3.4
46.0	2.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.5
46.5	2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	3.2	3.6
47.0	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.6	3.7
47.5	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.8
48.0	2.3	2.5	2.7	2.9	3.2	3.6	3.9
48.5	2.3	2.6	2.8	3.0	3.3	3.7	4.0
49.0	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.8	4.2
49.5	2.5	2.7	3.0	3.2	3.5	3.9	4.3
50.0	2.6	2.8	3.0	3.3	3.6	4.0	4.4
50.5	2.7	2.9	3.1	3.4	3.8	4.1	4.5
51.0	2.7	3.0	3.2	3.5	3.9	4.2	4.7
51.5	2.8	3.1	3.3	3.6	4.0	4.4	4.8
52.0	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.5	5.0
52.5	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.6	5.1
53.0	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.9	5.3
53.5	3.2	3.5	3.8	4.1	4.5	4.9	5.4
54.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.1	5.6
54.5	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.8
55.0	3.6	3.8	4.2	4.5	5.0	5.4	6.0
55.5	3.7	4.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1
56.0	3.8	4.1	4.4	4.8	5.3	5.8	6.3
56.5	3.9	4.2	4.6	5.0	5.4	5.9	6.5
57.0	4.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1	6.7
57.5	4.1	4.6	4.9	5.3	5.7	6.3	6.9
58.0	4.3	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	7.1
58.5	4.4	4.7	5.1	5.6	6.1	6.6	7.2
59.0	4.5	4.8	5.3	5.7	6.2	6.8	7.4
59.5	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	7.0	7.6

Weight-for-length BOYS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
60.0	4.7	5.1	5.5	6.0	6.5	7.1	7.8
60.5	4.8	5.2	5.6	6.1	6.7	7.3	8.0
61.0	4.9	5.3	5.8	6.3	6.8	7.4	8.1
61.5	5.0	5.4	5.9	6.4	7.0	7.6	8.3
62.0	5.1	5.6	6.0	6.5	7.1	7.7	8.5
62.5	5.2	5.7	6.1	6.7	7.2	7.9	8.6
63.0	5.3	5.8	6.2	6.8	7.4	8.0	8.8
63.5	5.4	5.9	6.4	6.9	7.5	8.2	8.9
64.0	5.5	6.0	6.5	7.0	7.6	8.3	9.1
64.5	5.6	6.1	6.6	7.1	7.8	8.5	9.3
65.0	5.7	6.2	6.7	7.3	7.9	8.6	9.4
65.5	5.8	6.3	6.8	7.4	8.0	8.7	9.6
66.0	5.9	6.4	6.9	7.5	8.2	8.9	9.7
66.5	6.0	6.5	7.0	7.6	8.3	9.0	9.9
67.0	6.1	6.6	7.1	7.7	8.4	9.2	10.0
67.5	6.2	6.7	7.2	7.9	8.5	9.3	10.2
68.0	6.3	6.8	7.3	8.0	8.7	9.4	10.3
68.5	6.4	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.5
69.0	6.5	7.0	7.6	8.2	8.9	9.7	10.6
69.5	6.6	7.1	7.7	8.3	9.0	9.8	10.8
70.0	6.6	7.2	7.8	8.4	9.2	10.0	10.9
70.5	6.7	7.3	7.9	8.5	9.3	10.1	11.1
71.0	6.8	7.4	8.0	8.6	9.4	10.2	11.2
71.5	6.9	7.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.3
72.0	7.0	7.6	8.2	8.9	9.6	10.5	11.5
72.5	7.1	7.6	8.3	9.0	9.8	10.6	11.6
73.0	7.2	7.7	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8
73.5	7.2	7.8	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9
74.0	7.3	7.9	8.6	9.3	10.1	11.0	12.1
74.5	7.4	8.0	8.7	9.4	10.2	11.2	12.2
75.0	7.5	8.1	8.8	9.5	10.3	11.3	12.3

Weight-for-length BOYS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
75.5	7.6	8.2	8.8	9.6	10.4	11.4	12.5
76.0	7.6	8.3	8.9	9.7	10.6	11.5	12.6
76.5	7.7	8.3	9.0	9.8	10.7	11.6	12.7
77.0	7.8	8.4	9.1	9.9	10.8	11.7	12.8
77.5	7.9	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0
78.0	7.9	8.6	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1
78.5	8.0	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.2
79.0	8.1	8.7	9.5	10.3	11.2	12.2	13.3
79.5	8.2	8.8	9.5	10.4	11.3	12.3	13.4
80.0	8.2	8.9	9.6	10.4	11.4	12.4	13.6
80.5	8.3	9.0	9.7	10.5	11.5	12.5	13.7
81.0	8.4	9.1	9.8	10.6	11.6	12.6	13.8
81.5	8.5	9.1	9.9	10.7	11.7	12.7	13.9
82.0	8.5	9.2	10.0	10.8	11.8	12.8	14.0
82.5	8.6	9.3	10.1	10.9	11.9	12.9	14.2
83.0	8.7	9.4	10.2	11.0	12.0	13.1	14.3
83.5	8.8	9.5	10.3	11.2	12.1	13.2	14.4
84.0	8.9	9.6	10.4	11.3	12.2	13.3	14.6
84.5	9.0	9.7	10.5	11.4	12.4	13.5	14.7
85.0	9.1	9.8	10.6	11.5	12.5	13.6	14.9
85.5	9.2	9.9	10.7	11.6	12.6	13.7	15.0
86.0	9.3	10.0	10.8	11.7	12.8	13.9	15.2
86.5	9.4	10.1	11.0	11.9	12.9	14.0	15.3
87.0	9.5	10.2	11.1	12.0	13.0	14.2	15.5
87.5	9.6	10.4	11.2	12.1	13.2	14.3	15.6
88.0	9.7	10.5	11.3	12.2	13.3	14.5	15.8
88.5	9.8	10.6	11.4	12.4	13.4	14.6	15.9
89.0	9.9	10.7	11.5	12.5	13.5	14.7	16.1
89.5	10.0	10.8	11.6	12.6	13.7	14.9	16.2
90.0	10.1	10.9	11.8	12.7	13.8	15.0	16.4
90.5	10.2	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.5

Weight-for-length BOYS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
91.0	10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.7
91.5	10.4	11.3	12.1	13.1	14.2	15.4	16.8
92.0	10.5	11.4	12.2	13.2	14.3	15.6	17.0
92.5	10.6	11.5	12.3	13.3	14.4	15.7	17.1
93.0	10.7	11.5	12.4	13.4	14.6	15.8	17.3
93.5	10.7	11.6	12.5	13.5	14.7	16.0	17.4
94.0	10.8	11.7	12.6	13.7	14.8	16.1	17.6
94.5	10.9	11.8	12.7	13.8	14.9	16.3	17.7
95.0	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.4	17.9
95.5	11.1	12.0	12.9	14.0	15.2	16.5	18.0
96.0	11.2	12.1	13.1	14.1	15.3	16.7	18.2
96.5	11.3	12.2	13.2	14.3	15.5	16.8	18.4
97.0	11.4	12.3	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5
97.5	11.5	12.4	13.4	14.5	15.7	17.1	18.7
98.0	11.6	12.5	13.5	14.6	15.9	17.3	18.9
98.5	11.7	12.6	13.6	14.8	16.0	17.5	19.1
99.0	11.8	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2
99.5	11.9	12.8	13.9	15.0	16.3	17.8	19.4
100.0	12.0	12.9	14.0	15.2	16.5	18.0	19.6
100.5	12.1	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8
101.0	12.2	13.2	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0
101.5	12.3	13.3	14.4	15.6	16.9	18.5	20.2
102.0	12.4	13.4	14.5	15.7	17.1	18.7	20.4
102.5	12.5	13.5	14.6	15.9	17.3	18.8	20.6
103.0	12.6	13.6	14.8	16.0	17.4	19.0	20.8
103.5	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2	21.0
104.0	12.8	13.8	15.0	16.3	17.8	19.4	21.2
104.5	12.9	14.0	15.2	16.5	17.9	19.6	21.5
105.0	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7
105.5	13.2	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9
106.0	13.3	14.4	15.6	16.9	18.5	20.2	22.1

Weight-for-length BOYS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
106.5	13.4	14.5	15.7	17.1	18.6	20.4	22.4
107.0	13.5	14.6	15.9	17.3	18.8	20.6	22.6
107.5	13.6	14.7	16.0	17.4	19.0	20.8	22.8
108.0	13.7	14.8	16.2	17.5	19.2	21.0	23.1
108.5	13.8	15.0	16.3	17.8	19.4	21.2	23.3
109.0	14.0	15.1	16.5	17.9	19.6	21.4	23.6
109.5	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7	23.8
110.0	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9	24.1

WHO Child Growth Standards

Weight-for-height BOYS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
65.0	5.9	6.3	6.9	7.4	8.1	8.8	9.6
65.5	6.0	6.4	7.0	7.6	8.2	8.9	9.8
66.0	6.1	6.5	7.1	7.7	8.3	9.1	9.9
66.5	6.1	6.6	7.2	7.8	8.5	9.2	10.1
67.0	6.2	6.7	7.3	7.9	8.6	9.4	10.2
67.5	6.3	6.8	7.4	8.0	8.7	9.5	10.4
68.0	6.4	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.5
68.5	6.5	7.0	7.6	8.2	9.0	9.8	10.7
69.0	6.6	7.1	7.7	8.4	9.1	9.9	10.8
69.5	6.7	7.2	7.8	8.5	9.2	10.0	11.0
70.0	6.8	7.3	7.9	8.6	9.3	10.2	11.1
70.5	6.9	7.4	8.0	8.7	9.5	10.3	11.3
71.0	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.4	11.4
71.5	7.0	7.6	8.2	8.9	9.7	10.6	11.6
72.0	7.1	7.7	8.3	9.0	9.8	10.7	11.7
72.5	7.2	7.8	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8
73.0	7.3	7.9	8.5	9.2	10.0	11.0	12.0
73.5	7.4	7.9	8.6	9.3	10.2	11.1	12.1
74.0	7.4	8.0	8.7	9.4	10.3	11.2	12.2
74.5	7.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.3	12.4
75.0	7.6	8.2	8.9	9.6	10.5	11.4	12.5
75.5	7.7	8.3	9.0	9.7	10.6	11.5	12.6
76.0	7.7	8.4	9.1	9.8	10.7	11.7	12.8
76.5	7.8	8.5	9.2	9.9	10.8	11.8	12.9
77.0	7.9	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0
77.5	8.0	8.6	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1
78.0	8.0	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.3
78.5	8.1	8.8	9.5	10.3	11.2	12.2	13.4
79.0	8.2	8.8	9.6	10.4	11.3	12.3	13.5
79.5	8.3	8.9	9.7	10.5	11.4	12.4	13.6

Weight-for-height BOYS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
80.0	8.3	8.9	9.7	10.6	11.5	12.6	13.7
80.5	8.4	9.1	9.8	10.7	11.6	12.7	13.8
81.0	8.5	9.2	9.9	10.8	11.7	12.8	14.0
81.5	8.6	9.3	10.0	10.9	11.8	12.9	14.1
82.0	8.7	9.3	10.1	11.0	11.9	13.0	14.2
82.5	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.1	14.4
83.0	8.8	9.5	10.3	11.2	12.2	13.3	14.5
83.5	8.9	9.6	10.4	11.3	12.3	13.4	14.6
84.0	9.0	9.7	10.5	11.4	12.4	13.5	14.8
84.5	9.1	9.8	10.7	11.5	12.5	13.7	14.9
85.0	9.2	10.0	10.8	11.7	12.7	13.8	15.1
85.5	9.3	10.1	10.9	11.8	12.8	13.9	15.2
86.0	9.4	10.2	11.0	11.9	12.9	14.1	15.4
86.5	9.5	10.3	11.1	12.0	13.1	14.2	15.5
87.0	9.6	10.4	11.2	12.2	13.2	14.4	15.7
87.5	9.7	10.5	11.3	12.3	13.3	14.5	15.8
88.0	9.8	10.6	11.5	12.4	13.5	14.7	16.0
88.5	9.9	10.7	11.6	12.5	13.6	14.8	16.1
89.0	10.0	10.8	11.7	12.6	13.7	14.9	16.3
89.5	10.1	10.9	11.8	12.8	13.9	15.1	16.4
90.0	10.2	11.0	11.9	12.9	14.0	15.2	16.6
90.5	10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.7
91.0	10.4	11.2	12.1	13.1	14.2	15.5	16.9
91.5	10.5	11.3	12.2	13.2	14.4	15.6	17.0
92.0	10.6	11.4	12.3	13.4	14.5	15.8	17.2
92.5	10.7	11.5	12.4	13.5	14.6	15.9	17.3
93.0	10.8	11.6	12.6	13.6	14.7	16.0	17.5
93.5	10.9	11.7	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6
94.0	11.0	11.8	12.8	13.8	15.0	16.3	17.8
94.5	11.1	11.9	12.9	13.9	15.1	16.5	17.9
95.0	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1

Weight-for-height BOYS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
95.5	11.2	12.1	13.1	14.2	15.4	16.7	18.3
96.0	11.3	12.2	13.2	14.3	15.5	16.9	18.4
96.5	11.4	12.3	13.3	14.4	15.7	17.0	18.6
97.0	11.5	12.4	13.4	14.6	15.8	17.2	18.8
97.5	11.6	12.5	13.6	14.7	15.9	17.4	18.9
98.0	11.7	12.6	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1
98.5	11.8	12.8	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3
99.0	11.9	12.9	13.9	15.1	16.4	17.9	19.5
99.5	12.0	13.0	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7
100.0	12.1	13.1	14.2	15.4	16.7	18.2	19.9
100.5	12.2	13.2	14.3	15.5	16.9	18.4	20.1
101.0	12.3	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5	20.3
101.5	12.4	13.4	14.5	15.8	17.2	18.7	20.5
102.0	12.5	13.6	14.7	15.9	17.3	18.9	20.7
102.5	12.6	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1	20.9
103.0	12.8	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3	21.1
103.5	12.9	13.9	15.1	16.4	17.8	19.5	21.3
104.0	13.0	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7	21.6
104.5	13.1	14.2	15.4	16.7	18.2	19.9	21.8
105.0	13.2	14.3	15.5	16.8	18.4	20.1	22.0
105.5	13.3	14.5	15.6	17.0	18.5	20.3	22.2
106.0	13.4	14.6	15.8	17.2	18.7	20.5	22.5
106.5	13.5	14.7	15.9	17.3	18.9	20.7	22.7
107.0	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1	20.9	22.9
107.5	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3	21.1	23.2
108.0	13.9	15.1	16.4	17.8	19.5	21.3	23.4
108.5	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7	21.6	23.7
109.0	14.1	15.3	16.7	18.2	19.8	21.8	23.9
109.5	14.3	15.5	16.8	18.3	20.0	22.0	24.2
110.0	14.4	15.6	17.0	18.5	20.2	22.2	24.4
110.5	14.5	15.8	17.1	18.7	20.4	22.4	24.7

Weight-for-height BOYS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
111.0	14.6	15.9	17.3	18.9	20.7	22.7	25.0
111.5	14.8	16.0	17.5	19.1	20.9	22.9	25.2
112.0	14.9	16.2	17.6	19.2	21.1	23.1	25.5
112.5	15.0	16.3	17.8	19.4	21.3	23.4	25.8
113.0	15.2	16.5	18.0	19.6	21.5	23.6	26.0
113.5	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7	23.9	26.3
114.0	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9	24.1	26.6
114.5	15.6	16.9	18.5	20.2	22.1	24.3	26.9
115.0	15.7	17.1	18.6	20.4	22.4	24.6	27.2
115.5	15.8	17.2	18.8	20.6	22.6	24.9	27.5
116.0	16.0	17.4	19.0	20.8	22.8	25.1	27.8
116.5	16.1	17.5	19.2	21.0	23.0	25.4	28.0
117.0	16.2	17.7	19.3	21.2	23.3	25.6	28.3
117.5	16.4	17.9	19.5	21.4	23.5	25.9	28.6
118.0	16.5	18.0	19.7	21.6	23.7	26.1	28.9
118.5	16.7	18.2	19.9	21.8	23.9	26.4	29.2
119.0	16.8	18.3	20.0	22.0	24.1	26.6	29.5
119.5	16.9	18.5	20.2	22.2	24.4	26.9	29.8
120.0	17.1	18.6	20.4	22.4	24.6	27.2	30.1

WHO Child Growth Standards

Weight-for-length GIRLS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
45.0	1.9	2.1	2.3	2.6	2.7	3.0	3.3
45.5	2.0	2.1	2.3	2.5	2.8	3.1	3.4
46.0	2.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5
46.5	2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6
47.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7
47.5	2.2	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8
48.0	2.3	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6	4.0
48.5	2.4	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7	4.1
49.0	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2
49.5	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3
50.0	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	4.5
50.5	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6
51.0	2.8	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.8
51.5	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.9
52.0	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6	5.1
52.5	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.2
53.0	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.4
53.5	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.5
54.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.2	5.7
54.5	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.9
55.0	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.5	6.1
55.5	3.6	3.9	4.3	4.7	5.1	5.7	6.3
56.0	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.8	6.4
56.5	3.8	4.1	4.5	5.0	5.4	6.0	6.6
57.0	3.9	4.3	4.6	5.1	5.6	6.1	6.8
57.5	4.0	4.4	4.8	5.2	5.7	6.3	7.0
58.0	4.1	4.5	4.9	5.4	5.9	6.5	7.1
58.5	4.2	4.6	5.0	5.5	6.0	6.6	7.3
59.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.2	6.8	7.5
59.5	4.4	4.8	5.3	5.7	6.3	6.9	7.7

Weight-for-length GIRLS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
60.0	4.5	4.9	5.4	5.9	6.4	7.1	7.8
60.5	4.6	5.0	5.5	6.0	6.6	7.3	8.0
61.0	4.7	5.1	5.6	6.1	6.7	7.4	8.2
61.5	4.8	5.2	5.7	6.3	6.9	7.6	8.4
62.0	4.9	5.3	5.8	6.4	7.0	7.7	8.5
62.5	5.0	5.4	5.9	6.5	7.1	7.8	8.7
63.0	5.1	5.5	6.0	6.6	7.3	8.0	8.8
63.5	5.2	5.6	6.2	6.7	7.4	8.1	9.0
64.0	5.3	5.7	6.3	6.9	7.5	8.3	9.1
64.5	5.4	5.8	6.4	7.0	7.6	8.4	9.3
65.0	5.5	5.9	6.5	7.1	7.8	8.6	9.5
65.5	5.5	6.0	6.6	7.2	7.9	8.7	9.6
66.0	5.6	6.1	6.7	7.3	8.0	8.8	9.8
66.5	5.7	6.2	6.8	7.4	8.1	9.0	9.9
67.0	5.8	6.3	6.9	7.5	8.3	9.1	10.0
67.5	5.9	6.4	7.0	7.6	8.4	9.3	10.2
68.0	6.0	6.5	7.1	7.7	8.5	9.4	10.3
68.5	6.1	6.6	7.2	7.9	8.6	9.5	10.5
69.0	6.1	6.7	7.3	8.0	8.7	9.6	10.6
69.5	6.2	6.8	7.4	8.1	8.8	9.7	10.7
70.0	6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	9.9	10.9
70.5	6.4	6.9	7.6	8.3	9.1	10.0	11.0
71.0	6.5	7.0	7.7	8.4	9.2	10.1	11.1
71.5	6.5	7.1	7.7	8.5	9.3	10.2	11.3
72.0	6.6	7.2	7.8	8.6	9.4	10.3	11.4
72.5	6.7	7.3	7.9	8.7	9.5	10.5	11.5
73.0	6.8	7.3	8.0	8.8	9.6	10.6	11.7
73.5	6.9	7.4	8.1	8.9	9.7	10.7	11.8
74.0	6.9	7.5	8.2	9.0	9.8	10.8	11.9
74.5	7.0	7.6	8.3	9.1	9.9	10.9	12.0
75.0	7.1	7.7	8.4	9.1	10.0	11.0	12.2

Weight-for-length GIRLS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
75.5	7.1	7.9	8.5	9.2	10.1	11.1	12.3
76.0	7.2	7.8	8.5	9.3	10.2	11.2	12.4
76.5	7.3	7.9	8.6	9.4	10.3	11.4	12.5
77.0	7.4	8.0	8.7	9.5	10.4	11.5	12.6
77.5	7.4	8.1	8.8	9.6	10.5	11.6	12.8
78.0	7.5	8.2	8.9	9.7	10.6	11.7	12.9
78.5	7.6	8.2	9.0	9.8	10.7	11.8	13.0
79.0	7.7	8.3	9.1	9.9	10.8	11.9	13.1
79.5	7.7	8.4	9.1	10.0	10.9	12.0	13.3
80.0	7.8	8.5	9.2	10.1	11.0	12.1	13.4
80.5	7.9	8.6	9.3	10.2	11.2	12.3	13.5
81.0	8.0	8.7	9.4	10.3	11.3	12.4	13.7
81.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.4	12.5	13.8
82.0	8.1	8.8	9.6	10.5	11.5	12.6	13.9
82.5	8.2	8.9	9.7	10.6	11.6	12.8	14.1
83.0	8.3	9.0	9.8	10.7	11.8	12.9	14.2
83.5	8.4	9.1	9.9	10.9	11.9	13.1	14.4
84.0	8.5	9.2	10.1	11.0	12.0	13.2	14.5
84.5	8.6	9.3	10.2	11.1	12.1	13.3	14.7
85.0	8.7	9.4	10.3	11.2	12.3	13.5	14.9
85.5	8.8	9.5	10.4	11.3	12.4	13.6	15.0
86.0	8.9	9.7	10.5	11.5	12.6	13.8	15.2
86.5	9.0	9.8	10.6	11.6	12.7	13.9	15.4
87.0	9.1	9.9	10.7	11.7	12.8	14.1	15.5
87.5	9.2	10.0	10.9	11.8	13.0	14.2	15.7
88.0	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1	14.4	15.9
88.5	9.4	10.2	11.1	12.1	13.2	14.5	16.0
89.0	9.5	10.3	11.2	12.2	13.4	14.7	16.2
89.5	9.6	10.4	11.3	12.3	13.5	14.8	16.4
90.0	9.7	10.5	11.4	12.5	13.7	15.0	16.5
90.5	9.8	10.6	11.5	12.6	13.8	15.1	16.7

Weight-for-length GIRLS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
91.0	9.9	10.7	11.7	12.7	13.9	15.3	16.9
91.5	10.0	10.8	11.8	12.8	14.1	15.5	17.0
92.0	10.1	10.9	11.9	13.0	14.2	15.6	17.2
92.5	10.1	11.0	12.0	13.1	14.3	15.8	17.4
93.0	10.2	11.1	12.1	13.2	14.5	15.9	17.5
93.5	10.3	11.2	12.2	13.3	14.6	16.1	17.7
94.0	10.4	11.3	12.3	13.5	14.7	16.2	17.9
94.5	10.5	11.4	12.4	13.6	14.9	16.4	18.0
95.0	10.6	11.5	12.5	13.7	15.0	16.5	18.2
95.5	10.7	11.6	12.7	13.8	15.2	16.7	18.4
96.0	10.8	11.7	12.8	14.0	15.3	16.8	18.6
96.5	10.9	11.8	12.9	14.1	15.4	17.0	18.7
97.0	11.0	11.9	13.0	14.2	15.6	17.1	18.9
97.5	11.1	12.1	13.1	14.4	15.7	17.3	19.1
98.0	11.2	12.2	13.3	14.5	15.9	17.5	19.3
98.5	11.3	12.3	13.4	14.6	16.0	17.6	19.5
99.0	11.4	12.4	13.5	14.8	16.2	17.8	19.6
99.5	11.5	12.5	13.6	14.9	16.3	18.0	19.8
100.0	11.6	12.6	13.7	15.0	16.5	18.1	20.0
100.5	11.7	12.7	13.9	15.2	16.6	18.3	20.2
101.0	11.8	12.8	14.0	15.3	16.8	18.5	20.4
101.5	11.9	12.9	14.1	15.5	17.0	18.7	20.6
102.0	12.0	13.1	14.3	15.6	17.1	18.9	20.8
102.5	12.1	13.2	14.4	15.8	17.3	19.0	21.0
103.0	12.3	13.3	14.5	15.9	17.5	19.2	21.3
103.5	12.4	13.4	14.7	16.1	17.6	19.4	21.5
104.0	12.5	13.6	14.8	16.2	17.8	19.6	21.7
104.5	12.6	13.7	15.0	16.4	18.0	19.8	21.9
105.0	12.7	13.8	15.1	16.5	18.2	20.0	22.2
105.5	12.8	14.0	15.3	16.7	18.4	20.2	22.4
106.0	13.0	14.1	15.4	16.9	18.5	20.3	22.6

Weight-for-length GIRLS
Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
106.5	13.1	14.3	15.6	17.1	18.7	20.7	22.9
107.0	13.2	14.4	15.7	17.2	18.9	20.9	23.1
107.5	13.3	14.5	15.9	17.4	19.1	21.1	23.4
108.0	13.5	14.7	16.0	17.6	19.3	21.3	23.6
108.5	13.6	14.8	16.2	17.8	19.5	21.5	23.9
109.0	13.7	15.0	16.4	18.0	19.7	21.8	24.2
109.5	13.9	15.1	16.5	18.1	20.0	22.0	24.4
110.0	14.0	15.3	16.7	18.3	20.2	22.3	24.7

WHO Child Growth Standards

Weight-for-height GIRLS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
65.0	5.6	6.1	6.6	7.2	7.9	8.7	9.7
65.5	5.7	6.2	6.7	7.4	8.1	8.9	9.8
66.0	5.8	6.3	6.8	7.5	8.2	9.0	10.0
66.5	5.8	6.4	6.9	7.6	8.3	9.1	10.1
67.0	5.9	6.4	7.0	7.7	8.4	9.2	10.2
67.5	6.0	6.5	7.1	7.8	8.5	9.4	10.4
68.0	6.1	6.6	7.2	7.9	8.7	9.5	10.5
68.5	6.2	6.7	7.3	8.0	8.8	9.7	10.7
69.0	6.3	6.8	7.4	8.1	8.9	9.8	10.8
69.5	6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	9.9	10.9
70.0	6.4	7.0	7.6	8.3	9.1	10.0	11.1
70.5	6.5	7.1	7.7	8.4	9.2	10.1	11.2
71.0	6.6	7.1	7.8	8.5	9.3	10.3	11.3
71.5	6.7	7.2	7.9	8.6	9.4	10.4	11.5
72.0	6.7	7.3	8.0	8.7	9.5	10.5	11.6
72.5	6.8	7.4	8.1	8.8	9.7	10.6	11.7
73.0	6.9	7.5	8.1	8.9	9.8	10.7	11.8
73.5	7.0	7.6	8.2	9.0	9.9	10.8	12.0
74.0	7.0	7.6	8.3	9.1	10.0	11.0	12.1
74.5	7.1	7.7	8.4	9.2	10.1	11.1	12.2
75.0	7.2	7.8	8.5	9.3	10.2	11.2	12.3
75.5	7.2	7.9	8.6	9.4	10.3	11.3	12.5
76.0	7.3	8.0	8.7	9.5	10.4	11.4	12.6
76.5	7.4	8.0	8.7	9.6	10.5	11.5	12.7
77.0	7.5	8.1	8.8	9.6	10.6	11.6	12.8
77.5	7.5	8.2	8.9	9.7	10.7	11.7	12.9
78.0	7.6	8.3	9.0	9.8	10.8	11.8	13.1
78.5	7.7	8.4	9.1	9.9	10.9	12.0	13.2
79.0	7.8	8.4	9.2	10.0	11.0	12.1	13.3
79.5	7.8	8.5	9.3	10.1	11.1	12.2	13.4

Weight-for-height GIRLS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
80.0	7.9	8.6	9.4	10.2	11.2	12.3	13.6
80.5	8.0	8.7	9.5	10.3	11.3	12.4	13.7
81.0	8.1	8.8	9.6	10.4	11.4	12.5	13.9
81.5	8.2	8.9	9.7	10.5	11.6	12.7	14.0
82.0	8.3	9.0	9.8	10.7	11.7	12.8	14.1
82.5	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8	12.9	14.3
83.0	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.1	14.5
83.5	8.5	9.3	10.1	11.0	12.1	13.2	14.6
84.0	8.6	9.4	10.2	11.1	12.2	13.4	14.8
84.5	8.7	9.5	10.3	11.3	12.3	13.5	14.9
85.0	8.8	9.6	10.4	11.4	12.5	13.7	15.1
85.5	8.9	9.7	10.6	11.5	12.6	13.8	15.3
86.0	9.0	9.8	10.7	11.6	12.7	14.0	15.4
86.5	9.1	9.9	10.8	11.8	12.9	14.2	15.6
87.0	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0	14.3	15.8
87.5	9.3	10.1	11.0	12.0	13.2	14.5	15.9
88.0	9.4	10.2	11.1	12.1	13.3	14.6	16.1
88.5	9.5	10.3	11.2	12.3	13.4	14.8	16.3
89.0	9.6	10.4	11.4	12.4	13.6	14.9	16.4
89.5	9.7	10.5	11.5	12.5	13.7	15.1	16.6
90.0	9.8	10.6	11.6	12.6	13.8	15.2	16.8
90.5	9.9	10.7	11.7	12.8	14.0	15.4	16.9
91.0	10.0	10.8	11.8	12.9	14.1	15.5	17.1
91.5	10.1	11.0	11.9	13.0	14.3	15.7	17.3
92.0	10.2	11.1	12.0	13.1	14.4	15.8	17.4
92.5	10.3	11.2	12.1	13.3	14.5	16.0	17.6
93.0	10.4	11.3	12.3	13.4	14.7	16.1	17.8
93.5	10.5	11.4	12.4	13.5	14.8	16.3	17.9
94.0	10.6	11.5	12.5	13.6	14.9	16.4	18.1
94.5	10.7	11.6	12.6	13.8	15.1	16.6	18.3
95.0	10.8	11.7	12.7	13.9	15.2	16.7	18.5

Weight-for-height GIRLS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
95.5	10.8	11.8	12.8	14.0	15.4	16.9	18.6
96.0	10.9	11.9	12.9	14.1	15.5	17.0	18.8
96.5	11.0	12.0	13.1	14.3	15.6	17.2	19.0
97.0	11.1	12.1	13.2	14.4	15.8	17.4	19.2
97.5	11.2	12.2	13.3	14.5	15.9	17.6	19.3
98.0	11.3	12.3	13.4	14.7	16.1	17.7	19.5
98.5	11.4	12.4	13.5	14.8	16.2	17.9	19.7
99.0	11.5	12.5	13.7	14.9	16.4	18.0	19.9
99.5	11.6	12.7	13.8	15.1	16.5	18.3	20.1
100.0	11.7	12.8	13.9	15.2	16.7	18.4	20.3
100.5	11.9	12.9	14.1	15.4	16.9	18.6	20.5
101.0	12.0	13.0	14.2	15.5	17.0	18.7	20.7
101.5	12.1	13.1	14.3	15.7	17.2	18.9	20.9
102.0	12.2	13.3	14.5	15.8	17.4	19.1	21.1
102.5	12.3	13.4	14.6	16.0	17.5	19.3	21.4
103.0	12.4	13.5	14.7	16.1	17.7	19.5	21.6
103.5	12.5	13.6	14.9	16.3	17.9	19.7	21.8
104.0	12.6	13.8	15.0	16.4	18.1	19.9	22.0
104.5	12.8	13.9	15.2	16.6	18.2	20.1	22.3
105.0	12.9	14.0	15.3	16.8	18.4	20.3	22.5
105.5	13.0	14.2	15.5	16.9	18.6	20.5	22.7
106.0	13.1	14.3	15.6	17.1	18.8	20.7	23.0
106.5	13.3	14.5	15.8	17.3	19.0	21.0	23.2
107.0	13.4	14.6	15.9	17.5	19.2	21.2	23.5
107.5	13.5	14.7	16.1	17.7	19.4	21.4	23.7
108.0	13.7	14.9	16.3	17.8	19.6	21.7	24.0
108.5	13.8	15.0	16.4	18.0	19.8	21.9	24.3
109.0	13.9	15.2	16.6	18.2	20.0	22.1	24.5
109.5	14.1	15.4	16.8	18.4	20.3	22.4	24.8
110.0	14.2	15.5	17.0	18.6	20.5	22.6	25.1
110.5	14.4	15.7	17.1	18.8	20.7	22.9	25.4

Weight-for-height GIRLS
2 to 5 years (z-scores)

World Health Organization

cm	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
111.0	14.5	15.9	17.3	19.0	20.9	23.1	25.7
111.5	14.7	16.0	17.5	19.2	21.2	23.4	26.0
112.0	14.8	16.2	17.7	19.4	21.4	23.6	26.2
112.5	15.0	16.3	17.9	19.6	21.6	23.9	26.5
113.0	15.1	16.5	18.0	19.8	21.8	24.2	26.8
113.5	15.3	16.7	18.2	20.0	22.1	24.4	27.1
114.0	15.4	16.8	18.4	20.2	22.3	24.7	27.4
114.5	15.6	17.0	18.6	20.5	22.6	25.0	27.8
115.0	15.7	17.2	18.8	20.7	22.8	25.3	28.1
115.5	15.9	17.3	19.0	20.9	23.0	25.5	28.4
116.0	16.0	17.5	19.2	21.1	23.3	25.8	28.7
116.5	16.2	17.7	19.4	21.3	23.5	26.1	29.0
117.0	16.3	17.8	19.6	21.5	23.8	26.3	29.3
117.5	16.5	18.0	19.8	21.7	24.0	26.6	29.6
118.0	16.6	18.2	19.9	22.0	24.2	26.9	29.9
118.5	16.8	18.4	20.1	22.2	24.5	27.2	30.3
119.0	16.9	18.5	20.3	22.4	24.7	27.4	30.6
119.5	17.1	18.7	20.5	22.6	25.0	27.7	30.9
120.0	17.3	18.9	20.7	22.8	25.2	28.0	31.2

WHO Child Growth Standards

Lampiran 4. Responden Penelitian

	Nama	Pengetahuan	Sikap	GenderAnak	StatusGizi	Pekerjaan	PendTerakhir	Umur	ASI	UmurAnakbulan
1	E	Sedang	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SMP/Sederajat	25	ASI eksklusif	5
2	NY	Sedang	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMP/Sederajat	23	Tidak ASI eksklusif	6
3	Y	Sedang	Sedang	Laki-laki	Normal	IRT	SD/Sederajat	29	ASI eksklusif	48
4	WP	Baik	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMA/Sederajat	20	ASI eksklusif	22
5	N	Baik	Baik	Perempuan	Normal	Pedagang	SMA/Sederajat	47	ASI eksklusif	60
6	M	Baik	Baik	Perempuan	Overweight	IRT	SMP/Sederajat	42	ASI eksklusif	6
7	IS	Rendah	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMA/Sederajat	31	ASI eksklusif	27
8	D	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SMA/Sederajat	32	ASI eksklusif	56
9	AF	Baik	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMA/Sederajat	30	ASI eksklusif	11
10	MUR	Baik	Baik	Perempuan	Normal	Karyawan	SMP/Sederajat	29	ASI eksklusif	4
11	D	Sedang	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SMP/Sederajat	25	ASI eksklusif	7
12	IF	Baik	Sedang	Laki-laki	Normal	IRT	SMA/Sederajat	36	ASI eksklusif	9
13	YH	Sedang	Baik	Perempuan	Gizi Kurang	Wirausaha	SMA/Sederajat	30	Tidak ASI eksklusif	49
14	DR	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Karyawan	Perguruan Tinggi	37	ASI eksklusif	3
15	HER	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SD/Sederajat	26	ASI eksklusif	10
16	AM	Rendah	Baik	Laki-laki	Gizi Kurang	IRT	SD/Sederajat	36	Tidak ASI eksklusif	33
17	MAR	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SMA/Sederajat	40	ASI eksklusif	14
18	MS	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Wirausaha	SMA/Sederajat	40	ASI eksklusif	60
19	RAS	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Guru	Perguruan Tinggi	31	Tidak ASI eksklusif	52
20	HIK	Baik	Baik	Perempuan	Overweight	IRT	SD/Sederajat	33	ASI eksklusif	41
21	EK	Baik	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMA/Sederajat	27	Tidak ASI eksklusif	18
22	HAL	Sedang	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMP/Sederajat	28	ASI eksklusif	10
23	IDR	Sedang	Baik	Laki-laki	Gizi Kurang	Petani	SD/Sederajat	23	ASI eksklusif	28
24	MR	Baik	Baik	Perempuan	Gizi Kurang	IRT	SD/Sederajat	33	ASI eksklusif	54
25	HMD	Baik	Sedang	Perempuan	Normal	IRT	SD/Sederajat	50	Tidak ASI eksklusif	13
26	RB	Rendah	Baik	Laki-laki	Normal	Wirausaha	SMA/Sederajat	32	ASI eksklusif	20
27	FTR	Sedang	Baik	Perempuan	Gizi Kurang	IRT	SMA/Sederajat	26	Tidak ASI eksklusif	30
28	KRD	Rendah	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SD/Sederajat	43	ASI eksklusif	58
29	AK	Baik	Sedang	Laki-laki	Normal	Karyawan	Perguruan Tinggi	32	ASI eksklusif	3
30	HSN	Baik	Sedang	Perempuan	Normal	IRT	SD/Sederajat	33	ASI eksklusif	14
31	SN	Baik	Sedang	Perempuan	Overweight	IRT	Perguruan Tinggi	31	Tidak ASI eksklusif	45
32	U	Sedang	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SMA/Sederajat	35	Tidak ASI eksklusif	20
33	ER	Rendah	Sedang	Laki-laki	Normal	IRT	SMP/Sederajat	24	Tidak ASI eksklusif	56
34	SI	Rendah	Rendah	Perempuan	Gizi Kurang	IRT	SMP/Sederajat	16	Tidak ASI eksklusif	19
35	SAI	Sedang	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SD/Sederajat	30	ASI eksklusif	6
36	KIT	Rendah	Baik	Laki-laki	Gizi Kurang	IRT	SMP/Sederajat	33	Tidak ASI eksklusif	10
37	MKB	Baik	Baik	Perempuan	Normal	IRT	SMA/Sederajat	26	ASI eksklusif	21
38	AT	Baik	Sedang	Laki-laki	Normal	IRT	SMA/Sederajat	32	ASI eksklusif	33
39	YA	Sedang	Sedang	Perempuan	Normal	IRT	SD/Sederajat	55	ASI eksklusif	19
40	WG	Baik	Sedang	Perempuan	Gizi Kurang	Petani	SD/Sederajat	36	Tidak ASI eksklusif	42
41	YY	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SD/Sederajat	32	ASI eksklusif	10
42	HN	Baik	Sedang	Perempuan	Normal	IRT	Perguruan Tinggi	32	ASI eksklusif	59
43	RO	Rendah	Rendah	Laki-laki	Gizi Kurang	Petani	SD/Sederajat	50	Tidak ASI eksklusif	45
44	MLR	Baik	Sedang	Perempuan	Normal	Wirausaha	SMP/Sederajat	47	ASI eksklusif	56
45	EB	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Petani	SMA/Sederajat	48	ASI eksklusif	43
46	MSI	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Kryawati	Perguruan Tinggi	30	ASI eksklusif	51
47	HY	Baik	Baik	Laki-laki	Gizi Kurang	IRT	SD/Sederajat	33	Tidak ASI eksklusif	7
48	YP	Baik	Baik	Laki-laki	Normal	Kryawati	Perguruan Tinggi	42	ASI eksklusif	57
49	YTY	Sedang	Baik	Laki-laki	Normal	IRT	SD/Sederajat	27	ASI eksklusif	51
50	AIK	Rendah	Sedang	Laki-laki	Gizi Kurang	Pedagang	SD/Sederajat	45	Tidak ASI eksklusif	23

Lampiran 5. Distribusi data penelitian

1. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	29	58.0	58.0	58.0
	Sedang	12	24.0	24.0	82.0
	Rendah	9	18.0	18.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

2. Distribusi Tingkatan Sikap responden terhadap anak penderita Kekurangan Energi Protein

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	35	70.0	70.0	70.0
	Sedang	13	26.0	26.0	96.0
	Rendah	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

3. Distribusi Karakteristik Status Gizi anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Status Gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Overweight	3	6.0	6.0	6.0
	Normal	36	72.0	72.0	78.0
	Gizi Kurang	11	22.0	22.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

4. Distribusi Karakteristik Pendidikan Orang Tua anak yang dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/Sederajat	17	34.0	34.0	34.0
	SMP/Sederajat	10	20.0	20.0	54.0
	SMA/Sederajat	16	32.0	32.0	86.0
	Perguruan Tinggi	7	14.0	14.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

5. Distribusi Karakteristik Pemberian ASI eksklusif ke anak yang dirawat dibangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Pemberian ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASI eksklusif	34	68.0	68.0	68.0
	Tidak ASI eksklusif	16	32.0	32.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بسم الله الرحمن الرحيم

Palembang, 22 Oktober 2015.

Nomor : 1634/I-13/FK-UMP/X/2015
Lampiran : -
Perihal : Mohon Izin Penelitian

Kepada : Yth. Direktur
Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang
Di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.
Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Dimas Ismail.
NIM : 702012 021
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua Tentang Kekurangan Gizi Protein Dan Gambaran Status Gizi pada Anak yang Dirawat di bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi kepada nama tersebut diatas di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufig Walhidayah.
Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dekan

Dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN. 1062484/0020084707

Tembusan :
1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.

BERITA ACARA SELESAI PENELITIAN

Pada hari ini Selasa tanggal 20 September 2016 sampai dengan hari Kamis tanggal 13 Oktober 2016 saya :

Nama : Dimas Ismail

NIM : 702012021

Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang tua Tentang Kekurangan Energi Protein dan Gambaran Status Gizi Anak yang Dirawat di Bangsal Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Perguruan Tinggi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

Telah melakukan penelitian di Ruang Bangsal Anak dengan baik, sesuai peraturan dan tata tertib yang telah di tentukan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Demikian berita acara ini dibuat, untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Palembang 7/1/2017

Ka.Si/Ka Ru Bangsal Anak

MERY MARTUTY, S.Kep

NBP : 9774 0010

BIODATA

Nama	: Dimas Ismail
Tempat Tanggal Lahir	: Palembang, 15 Januari 1995
Alamat	: Jalan Dwikora II No. 1193 Kelurahan Demang Lebar Daun Kecamatan Ilir Barat 1
Telp/Hp	: 081368888086
Email	: dimasismail99@yahoo.com
Agama	: Islam
Nama Orang Tua	
Ayah	: Jon Ganefi
Ibu	: Suya Desi
Jumlah Saudara	: 2 (dua)
Anak Ke	: Pertama
Riwayat Pendidikan	:

1. SD Muhammadiyah 14 Palembang
2. SMP LTI IGM Palembang
3. SMA LTI IGM Palembang
4. Fakultas Kedokteran UMP 2012-sekarang

Palembang, 26 Januari 2017

Dimas Ismail