

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

2.1.1 Definisi Status Gizi

Istilah gizi dapat diartikan sebagai proses dari organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pembuangan, yang dipergunakan untuk memelihara hidup, pertumbuhan fungsi organ tubuh dan produksi serta menghasilkan energi (Supriasa, 2001).

Status gizi merupakan faktor yang terdapat dalam level individu (level yang paling mikro). Faktor yang mempengaruhi secara langsung adalah asupan makanan dan infeksi. Pengaruh tidak langsung dari status gizi yaitu ketahanan pangan di keluarga, Pola pengasuhan anak, dan lingkungan kesehatan yang tepat, termasuk pelayanan kesehatan (Riyadi, 2001 dalam Simarmata, 2009).

Status gizi juga dapat diartikan sebagai keadaan kesehatan fisik seseorang atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran-ukuran gizi tertentu (Soekirman, 2000). Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa status gizi merupakan suatu ukuran keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrisi yang diindikasikan oleh variabel tertentu (Supriasa, 2001).

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan keserasian antara perkembangan fisik dan perkembangan mental. Tingkat keadaan gizi normal tercapai bila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi. Tingkat gizi seseorang dalam suatu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada masa lampau, bahkan jauh sebelum masa itu.

Status gizi baik atau optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja

dan kesehatan secara umum. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan, sedangkan status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat esensial. Status gizi seseorang dipengaruhi oleh konsumsi makanan yang bergantung pada jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasukan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Dibedakan atas status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih (Almatsier,2006).

Menurut Hadi (2002), status gizi merupakan ekspresi satu aspek atau lebih dari *nutriture* seorang individu dalam suatu variabel sedangkan menurut Supariasa (2001), status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutriture dalam bentuk variabel tertentu. Gibson (1990) menyatakan status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilisasinya.

2.1.2 Penilaian Status Gizi

Menurut Supariasa (2001), penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung.

2.1.2.1 Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi 4 penilaian, yaitu: Antropometri, Klinis, Biokimia dan Biofisik. Pengukuran status gizi bertujuan untuk memperoleh suatu gambaran dimana masalah gizi terjadi dan dianalisa faktor-faktor ekologi yang langsung atau tidak langsung sehingga dapat dilakukan upaya-upaya perbaikan (Suhardjo, 1990).

A. Antropometri

Secara umum pengertian antropometri yaitu ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, 2001).

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat adanya 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, 2001).

Dalam prakteknya ukuran yang sering digunakan untuk mengidentifikasi masalah (Kurang Energi Protein) KEP diantaranya yang sudah dikenal adalah Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Lingkar Lengan Atas (LILA), Lingkar Kepala (LK), Lingkar Dada (LD), dan Lapis Lemak Bawah Kulit (LLBK). Diantara beberapa macam antropometri tersebut yang paling sering digunakan adalah Umur, Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan, yaitu:

➤ **Berat Badan menurut Umur (BB/U)**

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat 2 kemungkinan

perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Supariasa,2001).

Tabel 2.1 Kelebihan dan Kekurangan BB/U

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum	Dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat edema maupun asites
2	Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis	Memerlukan data umur yang akurat, terutama untuk anak dibawah usia lima tahun
3	Dapat mendeteksi kegemukan (<i>Over Weight</i>)	Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan (Supariasa, 2001)
4	Sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan kecil	

Sumber : Supariasa,2001

Tabel 2.2 Indikator Status Gizi Berdasarkan BB/U Menurut Baku WHO

Z-score	Kategori
<-3 SD	Gizi Buruk
-3 SD sampai dengan <-2 SD	Gizi Kurang
-2 SD sampai dengan 2 SD	Gizi Baik
>2 SD	Gizi Lebih

➤ **Tinggi Badan menurut Umur TB/U**

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak

seperti berat badan, relative kurang sensitive terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relative lama. Berdasarkan karakteristik tersebut, maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu.

Tabel 2.3 Kelebihan dan Kekurangan PB/U

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Baik untuk menilai status gizi masa lampau	Tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun
2	Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah, dan mudah dibawa	Pengukuran relative lebih sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya

Sumber : Supriasa,2001

Tabel 2.4 Indikator Status Gizi Berdasarkan PB/U Menurut Baku WHO

Z-Score	Kategori
<-3 SD	Sangat Pendek
-3 SD sampai dengan <-2 SD	Pendek
-2 SD sampai dengan 2 SD	Normal
>2 SD	Tinggi

➤ **BB/TB**

Pengukuran antropometri yang baik adalah menggunakan indicator BB/TB, karena ukuran ini dapat menggambarkan status gizi saat ini dengan lebih sensitive. Artinya mereka yang BB/TB kurang dikategorikan sebagai “kurus” atau “*wasted*”.

Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan berat badan dengan kecepatan tertentu. Dengan demikian berat badan yang normal akan proporsional dengan tinggi badannya.

Oleh karena itu indikator BB/TB merupakan indikator terhadap umur

Tabel 2.5 Kelebihan dan Kekurangan BB/TB

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Tidak memerlukan data umur	Tidak memberikan gambaran, apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umurnya, karena factor umur tidak dipertimbangkan..
2	Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, dan kurus)	Dalam praktek sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan pada kelompok balita.
3		Membutuhkan dua macam alat ukur
4		Pengukuran relative lama
5		Membutuhkan dua orang untuk melakukannya

Sumber : Supariasa,2001

Tabel 2.6 Indikator Status Gizi Berdasarkan BB/TB Menurut Baku WHO

Z-Score	Kategori
<-3 SD	Sangat Kurus
-3 SD sampai dengan <-2 SD	Kurus
-2 SD sampai dengan 2 SD	Normal
>2 SD	Gemuk

B. Klinis

Pemeriksaan klinis didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Dapat dilihat pada jaringan epitel (supervicial epithelial tissues) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Susilowati,2008).

Survey ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi.

Untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit (Susilowati,2008).

C. Biokimia

Pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain darah, urin, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Susilowati, 2008).

Pemeriksaan ini digunakan untuk peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik (Susilowati, 2008).

D. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Metode ini secara umum digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemic (epidemic of night blindness). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2.1.2.2 Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

A. Survei konsumsi makanan

Yaitu metode penilaian status gizi dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Survey ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi. Metode penelitian asupan makanan menjadi dua kelompok, yaitu metode kuantitatif meliputi *food recall*, *estimated food record* dan metode penimbangan makanan (*food weighing*) dan metode kualitatif yaitu *dietary history* dan metode frekuensi makanan (*food frequency*).

B. Statistik vital

Yaitu dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan, kematian akibat penyebab tertentu, dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

C. Penilaian variabel ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa factor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan lingkungan (Susilowati, 2008).

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi

Faktor yang secara langsung mempengaruhi status gizi adalah asupan makanan dan penyakit infeksi. Berbagai faktor yang melatarbelakangi kedua factor tersebut misalnya factor ekonomi, keluarga (Suhardjo, 2003).

2.1.3.1 Faktor Langsung

A. Konsumsi pangan

Penilaian konsumsi pangan rumah tangga atau secara perorangan merupakan cara pengamatan langsung yang dapat menggambarkan pola konsumsi penduduk menurut daerah, golongan social ekonomi dan social budaya. Konsumsi pangan lebih sering digunakan sebagai salah satu teknik untuk memajukan tingkat keadaan gizi.

B. Infeksi

Penyakit infeksi dan keadaan gizi anak merupakan 2 hal yang saling mempengaruhi. Dengan adanya infeksi, nafsu makan anak mulai menurun dan mengurangi konsumsi makanannya, sehingga berakibat berkurangnya zat gizi ke dalam tubuh anak. Dampak infeksi yang lain adalah muntah dan mengakibatkan kehilangan zat gizi. Infeksi yang menyebabkan diare pada anak

dan mengakibatkan cairan dan zat gizi didalam tubuh berkurang. Kadang-kadang orang tua juga melakukan pembatasan makan akibat infeksi yang diderita dan menyebabkan asupan zat gizi sangat kurang sekali bahkan bila berlanjut lama mengakibatkan terjadinya gizi buruk (Moechji, 2003).

2.1.3.2 Faktor Tidak Langsung

A. Tingkat pendapatan

Tingkat pendapatan sangat menentukan bahan makanan yang akan dibeli. Pendapatan merupakan factor yang penting untuk menentukan kualitas dan kuantitas makanan, maka erat hubungannya dengan gizi.

B. Pengetahuan gizi

Pengetahuan tentang gizi adalah kepandaian memilih makanan yang merupakan sumber zat-zat gizi dan kepandaian dalam mengolah bahan makanan. Status gizi yang baik penting bagi kesehatan setiap orang, termasuk ibu hamil, ibu menyusui dan anaknya. Pengetahuan gizi memegang peranan yang sangat penting dalam penggunaan dan pemilihan bahan makanan dengan baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang seimbang (Suhardjo, 2003).

C. Besar keluarga

Besar keluarga atau banyaknya anggota keluarga berhubungan erat dengan distribusi dalam jumlah ragam pangan yang dikonsumsi anggota keluarga (Suhardjo, 2003).

Keberhasilan penyelenggaraan pangan dalam satu keluarga akan mempengaruhi status gizi keluarga tersebut. Besarnya keluarga akan menentukan besar jumlah makanan yang dikonsumsi untuk tiap anggota keluarga. Semakin besar jumlah anggota keluarga maka semakin sedikit jumlah asupan zat gizi atau makanan yang didapatkan oleh masing-masing anggota

keluarga dalam jumlah penyediaan makanan yang sama (Supariasa, 2001).

2.1.4 Angka Kecukupan Gizi

Angka kecukupan gizi adalah nilai yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan untuk hidup sehat setiap hari. Angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi hampir semua populasi, menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh dan tingkat kegiatan fisik agar hidup sehat dan dapat melakukan kegiatan sosial ekonomi dan sosial yang diharapkan (Widjayanti L, 2009). Dilihat dari jenis zat gizi, tubuh manusia memerlukan sekitar 45-50 macam asam amino, 3 macam asam lemak, sekitar 14 vitamin A dan 15-19 macam mineral disamping kebutuhan energy (Widjayanti L, 2009).

Tabel 2.7 Angka Kecukupan Gizi

Umur (bulan)	BB (kg)	TB(cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
0-6 bulan	6	61	550	12	34	58
7-11 bulan	9	71	725	18	36	82
1-3 tahun	13	91	1125	26	44	155
4-6 tahun	19	112	1600	35	62	220

Sumber : Supariasa,2001

Perhitungan kecukupan gizi yang dianjurkan berdasarkan pada rata-rata patokan berat badan untuk masing-masing kelompok umur dan jenis kelamin. Penyesuaian perbedaan berat badan ideal dalam AKG dengan berat badan aktual, dilakukan berdasarkan rumus:

$$\frac{\text{berat badan aktual}}{\text{berat badan ideal}} \times \text{AKG standart}$$

(Sumber supariasa,2001)

Untuk mengetahui tingkat konsumsi energi dan protein menggunakan rumus :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{asupan energi (kkal)}}{\text{angka kecukupan gizi individu}} \times 100\%$$

(Sumber supariasa,2001)

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{asupan protein (gr)}}{\text{angka kecukupan gizi individu}} \times 100\%$$

(Sumber supariasa,2001)

Angka kecukupan Energi (AKG energi) dan Angka Kecukupan Protein (AKG protein) dihitung dengan menggunakan koreksi berat badan, sedangkan untuk mengetahui kategori tingkat kecukupan energi dan protein dilihat pada tabel :

Tabel 2.8 Tingkat Kecukupan Energi Protein

No	Tingkat kecukupan (%AKG)	Kategori
1	<70%	Defisit tingkat berat
2	70-79%	Defisit tingkat sedang
3	80-89%	Defisit tingkat ringan
4	90-119%	Normal
5	>119%	Diatas kecukupan

Sumber : Supariasa,2001

2.1.5 Masalah Gizi

1. Kurang Energi Protein

Keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energy dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) dalam jangka waktu yang lama. Ciri fisik KEP adalah skor-z berat badan berada dibawah -2SD baku normal.

2. Kurang Gizi Akut

Kondisi kurang gizi yang diukur berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dibandingkan dengan standar, biasanya digunakan pada balita. Kurang gizi akut disebut juga wasting. Bila skor-z BB/TB dibawah -2SD baku normal (misalnya WHO) diklasifikasikan kurang gizi akut, bila skor-z BB/TB dibawah -3SD diklasifikasi kurang gizi akut tingkat berat. Bila skor-z BB/TB diatas -2SD diklasifikasikan normal.

3. Kurang Gizi Kronis

Keadaan kurang gizi yang diukur berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan standar, biasanya digunakan pada balita. Kurang gizi kronis disebut juga stunting, dimana terjadi pertumbuhan linier pada anak. Bila skor-z TB/U dibawah -2SD diklasifikasi kurang gizi akut, bila skor-z TB/U diatas -3SD diklasifikasi kurang gizi akut tingkat berat. Bila skor-z TB/U diatas -2SD diklasifikasikan normal.

4. Marasmus-kwasiorkor

Kurang gizi tingkat paling berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energy dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama, dengan tanda dan gejala campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus, disertai edema yang tidak mencolok.

5. Marasmus

Kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energy dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama dengan tanda dan gejala tampak sangat kurus, hingga tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng, rewel, kulit keriput, jaringan lemak subkutan sangat sedikit sampai tidak ada (pada daerah pantat tampak seperti memakai celana longgar/baggy pants), perut cekung, iga gambang, sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berulang), dan diare.

6. Kwashiorkor

Kurang gizi tingkat berat yang umumnya terjadi pada balita dengan gejala edema umumnya seluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis), wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, perubahan status mental, apatis, dan rewel,

pembesaran hati, otot mengecil (hipotrofi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, kelainan kulit berupa bercak merah mudayang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (crazy pavement dermatosis), sering disertai penyakit infeksi, umumnya akut, anemia, dan diare. (Persagi, 2009)

2.2 Perkembangan

2.2.1 Definisi Perkembangan

Perkembangan adalah suatu proses untuk menghasilkan peningkatan kemampuan untuk berfungsi pada tingkat tertentu. Perkembangan berhubungan proses yang terjadi secara simultan dengan pertumbuhan yang menghasilkan kualitas individu untuk berfungsi. Jadi jika tubuh anak semakin besar dan tinggi, kepribadiannya secara simultan juga semakin matang (Marlow, 1998 dalam Supartini, 2009). Perkembangan terjadi pada individu secara alami, karena didalam dirinya telah terdapat komponen-komponen psikologis yang menunjang perkembangannya. Komponen psikologis dalam perkembangan individu diantaranya, psiko-kognitif, psiko-motorik dan psiko-afektif. Perkembangan merupakan suatu proses yang panjang, dan membutuhkan dorongan atau stimulus untuk berlangsungnya suatu kehidupan (Baraja, 2008).

Menurut Wong (2009), perkembangan adalah suatu proses yang terjadi secara simultan dengan pertumbuhan yang dihasilkan melalui proses pematangan dan proses belajar dari lingkungannya. Perkembangan anak adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual

dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Soetjiningsih, 2008).

2.2.2 Ciri-Ciri Perkembangan

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2008), ciri-ciri perkembangan anak ada enam, yaitu :

1) Perkembangan melibatkan perubahan

Perkembangan terjadi secara bersamaan dengan pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi, misal : perkembangan intelegensia disertai peryumbuhan otak dan serabut saraf. Perubahan ini meliputi perubahan ukuran tubuh secara umum, perubahan proporsi tubuh, berubahnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru sebagai tanda kematangan organ tubuh tertentu.

2) Perkembangan awal menentukan pertumbuhan selanjutnya

Seorang anak tidak akan dapat melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya, contoh: seorang anak tidak akan berjalan sebelum dia dapat berdiri. Perkembangan awal merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

3) Perkembangan mengikuti pola yang tetap.

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu: a) Perkembangan terjadi terlebih dahulu di daerah kepala kemudian menuju ke arah kaudal. Pola ini disebut sefalokaudal. b) Perkembangan terjadi terlebih dahulu di daerah proksimal (gerakan kasar) lalu berkembang ke bagian-bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerakan halus. Pola ini disebut proksimodistal.

4) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan.

Tahap perkembangan dilalui seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak dapat terjadi

terbalik, misalnya anak terlebih dahulu membuat lingkaran sebelum mampu gambar kotak, berdiri sebelum berjalan, dan sebagainya.

5) Perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda.

Perkembangan berlangsung dalam kecepatan yang berbeda-beda. Kaki dan tangan berkembang pesat pada awal remaja, sedangkan bagian tubuh yang lain mungkin berkembang pesat pada masa lainnya.

6) Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan.

Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, ingatan, daya nalar, asosiasi dan lain-lain.

2.2.3 Tahap-Tahap Perkembangan

Tingkat perkembangan anak berdasarkan umur (IG.N. GDE RAHUH, hlm.60)

Tabel 2.9 Perkembangan Anak Berdasarkan Umur

UMUR	PERKEMBANGAN
4 – 6 minggu	Tersenyum spontan, dapat mengeluarkan suara 1 – 2 minggu kemudian
12 – 16 minggu	Menegakkan kepala, tengkurap sendiri Menoleh ke arah suara Memegang benda yang ditaruh di tangannya
20 minggu	Meraih benda yang didekatkan kepadanya
6 – 8 bulan	Dapat memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya. Duduk dengan bantuan kedua tangannya bersuara da.....da....
9 – 10 bulan	Menunjuk dengan jari telunjuk Memegang benda dengan ibu jari dan jari telunjuk Merangkak
13 bulan	Berjalan tanpa bantuan Mengucapkan kata-kata tunggal

2.2.4 Aspek-Aspek Perkembangan

1) Motorik kasar (gross motor) merupakan keterampilan meliputi aktivitas otot-otot besar seperti gerakan lengan, duduk, berdiri,

berjalan dan sebagainya. (Santrock, 2011 hlm 210 dalam Saputri, 2014).

- 2) Motorik halus (fine motor skills) merupakan keterampilan fisik yang melibatkan otot kecil dan koordinasi mata dan tangan yang memerlukan koordinasi yang cermat. Perkembangan motorik halus mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, menggambar orang, mampu menjempit benda, melambaikan tangan dan sebagainya. (Hidayat, 2009 hlm 26 dalam Saputri, 2014).
- 3) Bahasa (Language) adalah kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan, dan berkomunikasi. (Hidayat, 2009 hlm.26 dalam Saputri, 2014).
- 4) Sosialisasi dan kemandirian merupakan aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri (makan sendiri, mebereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. (Rusmil, 2008 dalam saputri, 2014).

2.2.5 Masalah Tumbuh Kembang

Beberapa masalah tumbuh kembang anak yang sering ditemukan adalah sebagai berikut :

a. Gangguan pertumbuhan fisik

Gangguan pertumbuhan fisik meliputi gangguan pertumbuhan diatas normal dan gangguan pertumbuhan dibawah normal. Pemantauan berat badan menggunakan KMS (Kartu Menuju Sehat). Menurut Soetjiningsih (2003) dalam Abdul Rajab(2013) bila grafik berat badan anak lebih dari 120% kemungkinan anak mengalami obesitas atau kelainan hormonal. Sedangkan apabila grafik berat badan dibawah normal kemungkinan anak mengalami kurang gizi, menderita penyakit kronis, atau kelainan hormonal. Lingkar kepala juga menjadi salah satu parameter yang penting.

Ukuran lingkaran kepala menggambarkan isi kepala termasuk otak dan cairan serebrospinal. Lingkaran kepala yang lebih dari normal dapat dijumpai pada anak yang menderita hidrosefalus, megaensefali, tumor otak. Sedangkan apabila lingkaran kepala kurang dari normal dapat diduga anak menderita retardasi mental, malnutrisi kronis.

b. Gangguan perkembangan motorik

Perkembangan motorik yang lambat dapat disebabkan oleh beberapa hal. Salah satu penyebab gangguan perkembangan motorik adalah kelainan tonus otot atau penyakit neuromuskular. Anak dengan cerebral palsy dapat mengalami keterbatasan perkembangan motorik sebagai akibat spastisitas, athetosis, ataksia, atau hipotonia. Kelainan sumsum tulang belakang seperti spina bifida juga dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik. Namun, tidak selamanya gangguan perkembangan motorik selalu didasari adanya penyakit tersebut. Faktor lingkungan serta kepribadian anak juga dapat mempengaruhi keterlambatan perkembangan motorik. Anak yang tidak mempunyai kesempatan belajar seperti sering digendong atau diletakkan di baby walker dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan motorik. (Nur, 2009 dalam Rajab, 2013)

c. Gangguan perkembangan bahasa

Kemampuan bahasa merupakan kombinasi seluruh sistem perkembangan anak, kemampuan berbahasa melibatkan kemampuan motorik, psikologis, emosional dan perilaku. (Widyastuti, 2008). Gangguan perkembangan bahasa pada anak dapat diakibatkan berbagai faktor, yaitu adanya faktor genetik, gangguan pendengaran, kurangnya interaksi anak dengan lingkungan, maturasi yang terlambat. Selain itu, gangguan perkembangan bicara dapat juga disebabkan oleh kelainan fisik seperti bibir sumbing dan serebral pasli. (Nur, 2009 dalam Rajab, 2013).

d. Gangguan suasana hati (mood disorders)

Gangguan tersebut antara lain adalah major depression yang ditandai dengan disforia, kehilangan minat, sukar tidur, sukar konsentrasi, dan nafsu makan terganggu. (Rajab, 2013).

e. Gangguan perkembangan pervasif dan psikosis pada anak.

Meliputi autisme (gangguan komunikasi verbal dan non verbal, gangguan perilaku dan interaksi sosial). Asperger (gangguan interaksi sosial, perilaku yang terbatas dan diulang-ulang, obsesif), childhood disintegrative disorders. (Rajab, 2013)

2.2.6 Penilaian Perkembangan

Kartu Kembang Anak (KKA) berfungsi ganda yaitu sebagai alat penanda dan sekaligus sebagai alat komunikasi dalam membahas perkembangan anak, dari dan untuk ibu strut keluarga dalam masyarakat. Namun yang paling utama adalah untuk memfasilitasi interaksi antara ibu (beserta keluarga seluruhnya) dengan anak (Soetjiningsih, 1995).

Kartu tersebut dapat dipergunakan dalam setiap kesempatan interaksi ibu dan anak. Juga dalam keluarga dan pertemuan ibu-ibu, sebagai wahana belajar bersama. Sehingga penggunaan KKA di kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB) bersama KMS di Posyandu, dapat untuk memantau tumbuh kembang anak.

Perkembangan yang baik adalah meningkat secara bertahap sesuai dengan usia yang diukur dengan KKA (Kartu Kembang Anak), (BKKBN, 2013). Perkembangan anak akan dinilai normal jika perkembangan anak sesuai dengan kurva pada KKA, dan dikatakan terlambat jika perkembangan anak tidak mengikuti kurva pada KKA.

2.3 Status Merokok

2.3.1 Rokok

1. Definisi Rokok

Rokok adalah hasil olahan tembakau yang terbungkus, dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (Heryani, 2014)

2. Bahan Baku Rokok

Bahan baku yang digunakan untuk membuat rokok adalah sebagai berikut:

a. Tembakau

Jenis tembakau yang dibudidayakan dan berkembang di Indonesia termasuk dalam spesies *Nicotiana tabacum* (Santika, 2011).

b. Cengkeh

Bagian yang biasa digunakan adalah bunga yang belum mekar. Bunga cengkeh dipetik dengan tangan oleh para pekerja, kemudian dikeringkan di bawah sinar matahari, kemudian cengkeh ditimbang dan dirajang dengan mesin sebelum ditambahkan ke dalam campuran tembakau untuk membuat rokok kretek (Anonim, 2013)

c. Saus Rahasia

Saus ini terbuat dari beraneka rempah dan ekstrak buah-buahan untuk menciptakan aroma serta cita rasa tertentu. Saus ini yang menjadi pembeda antara setiap merek dan varian kretek (Anonim, 2013).

3. Kandungan Rokok

Menurut Muhibah (2011) racun rokok yang paling utama adalah sebagai berikut:

a. Nikotin

Nikotin dapat meningkatkan adrenalin yang membuat jantung

berdebar lebih cepat dan bekerja lebih keras, frekuensi jantung meningkat dan kontraksi jantung meningkat sehingga menimbulkan tekanan darah meningkat (Tawbariah et al., 2014).

b. Tar

Tar adalah substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru, mengandung bahan-bahan karsinogen (Mardjun, 2012).

c. Karbon monoksida (CO)

Merupakan gas berbahaya yang terkandung dalam asap pembuangan kendaraan. CO menggantikan 15% oksigen yang seharusnya dibawa oleh sel-sel darah merah. CO juga dapat merusak lapisan dalam pembuluh darah dan meninggikan endapan lemak pada dinding pembuluh darah, menyebabkan pembuluh darah tersumbat.

d. Timah hitam (Pb) yang terkandung dalam sebatang rokok menghasilkan polutan sebanyak 0,5 mikro gram, maka dapat diperkirakan bila seseorang mengkonsumsi satu bungkus (20 batang) rokok dalam satu hari polutan yang dihasilkan adalah 10 mikro gram. Batas ukuran timah hitam yang masuk ke dalam tubuh adalah 20 mikro gram per hari. Bila 40 batang rokok rata-rata dikonsumsi oleh perokok berat setiap harinya, maka jumlah polutan berbahaya yang masuk ke dalam tubuh adalah dua kali lipat dari 20 batang rokok.

2.3.2 Definisi Merokok

Merokok adalah membakar tembakau yang kemudian dihisap isinya, baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa (Saleh, 2011).

2.3.3 Kategori Merokok

Berdasarkan asap rokok yang dihirup dapat dibedakan menjadi dua kategori perokok yaitu perokok pasif dan perokok aktif.

a. Perokok pasif

Perokok pasif adalah asap rokok yang di hirup oleh seseorang yang tidak merokok (Passive Smoker). Asap rokok merupakan polutan bagi manusia dan lingkungan sekitarnya. Asap rokok lebih berbahaya terhadap perokok pasif daripada perokok aktif. Asap rokok sigaret kemungkinan besar berbahaya terhadap mereka yang bukan perokok, terutama di tempat tertutup. Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan terhirup oleh perokok pasif, lima kali lebih banyak mengandung karbon monoksida, empat kali lebih banyak mengandung tar dan nikotin (Wardoyo, 2005).

b. Perokok aktif Menurut (Bustan,M.N., 2005)

Rokok aktif adalah asap rokok yang berasal dari isapan perokok atau asap utama pada rokok yang dihisap (mainstream). Dari pendapat diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa perokok aktif adalah orang yang merokok dan langsung menghisap rokok serta bisa mengakibatkan bahaya bagi kesehatan diri sendiri maupun lingkungan sekitar.

Perokok aktif dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu perokok ringan dan perokok berat. Perokok ringan adalah perokok yang menghisap < 10 batang perhari dan perokok berat adalah orang yang menghisap \geq 10 batang perhari (Nindriani, 2013). Bila dilihat dari riwayat lamanya merokok, perokok aktif dapat dibagi menjadi dua, yaitu perokok ringan dan perokok berat. Perokok ringan adalah perokok yang mengkonsumsi rokok < 10 tahun, sedangkan perokok berat adalah orang yang mengkonsumsi rokok \geq 10 tahun (Bustan, 2000). Bila dilihat dari kebiasaan merokok, perokok aktif dapat dibedakan menjadi dua, yaitu perokok ringan dan perokok berat. Perokok ringan adalah perokok yang merokok tidak setiap hari,

sedangkan perokok berat adalah orang yang merokok tidak setiap hari (Riskesdas, 2010).

2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Merokok

1. Pendapatan keluarga

Pendapatan salah satu faktor dalam menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Tingkat pendapatan ikut menentukan jenis pangan yang akan dibeli dengan tambahan uang tersebut. Orang miskin membelanjakan sebagian pendapatan tambahan untuk makanan sedangkan orang kaya jauh lebih rendah (Agoes, 2005). Ahli ekonomi berpendapat bahwa dengan perbaikan taraf ekonomi maka tingkat gizi pendukung akan meningkat. Namun ahli gizi dapat menerima dengan catatan, bila hanya faktor ekonomi saja yang merupakan penentu status gizi. Kenyataannya masalah gizi bersifat multi kompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan tetapi faktor-faktor lain ikut menentukan. Oleh karena itu perbaikan gizi dapat dianggap sebagai alat maupun sebagai sasaran dari pada pembangunan (Suhardjo, 2005). Pendapatan sangat erat kaitannya dengan ketersediaan pangan dalam keluarga, yang akan mempengaruhi konsumsi zat gizi, dan akhirnya akan mempengaruhi status gizi. Gambaran ketersediaan pangan serta tingkat konsumsi energi dan protein dalam keluarga dijadikan sebagai indikator untuk mengetahui keadaan pangan dalam keluarga. Keterjaminan pangan dalam keluarga menjadi penting untuk pertumbuhan atau pemeliharaan jaringan tubuh, terutama untuk keluarga yang anggotanya ada balita maupun ibu hamil, sebab sangat berisiko untuk terjadinya masalah kesehatan dan gizi. Anak-anak yang sedang bertumbuh membutuhkan kecukupan gizi sesuai dengan pertumbuhan. (Laura, 2004).

2. Pendidikan

Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan & Dewi, 2011). Tingkatan pendidikan dalam keluarga khususnya ibu dapat menjadi faktor yang mempengaruhi status gizi anak dalam keluarga. Semakin tinggi pendidikan orang tua maka pengetahuannya gizi akan lebih baik dari yang berpendidikan rendah. Salah satu penyebab gizi kurang pada anak adalah kurangnya perhatian orang tua akan gizi anak. Hal ini disebabkan karena pendidikan dan pengetahuan gizi ibu yang rendah. Pendidikan formal ibu akan mempengaruhi tingkat pengetahuan gizi, semakin tinggi pendidikan ibu, maka semakin tinggi kemampuan untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan formal terutama melalui masa media. Hal serupa juga dikatakan oleh Roogecit. Berg (2006) yang menyatakan bahwa makin baik tingkat pendidikan orang tua, maka baik pula keadaan gizi anaknya. Seorang ibu memegang peranan penting dalam pengasuhan anaknya. Pola pengasuhan pada tiap ibu berbeda karena dipengaruhi oleh faktor yang mendukungnya, antara lain: latar belakang pendidikan ibu, pekerjaan, jumlah anak dan sebagainya. Banyak peneliti berpendapat bahwa status pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap kualitas pengasuhannya. Pendidikan ibu yang rendah masih sering ditemui, semua hal tersebut sering menyebabkan penyimpangan terhadap keadaan tumbuh kembang dan status gizi anak terutama pada anak usia balita (Sekartini, 2007).

3. Jumlah anggota keluarga

Menurut mantra (2005) yang termasuk jumlah anggota keluarga adalah seluruh jumlah anggota keluarga rumah tangga yang tinggal dan makan dari satu dapur dengan kelompok penduduk yang sudah termasuk dalam kelompok tenaga kerja. Kelompok yang dimaksud

makan dari satu dapur adalah bila pengurus kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu. Jadi, yang termasuk dalam jumlah anggota keluarga adalah mereka yang belum bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari karena belum berkerja (dalam umur non produktif) sehingga membutuhkan bantuan orang lain (dalam hal orang tua). Jumlah keluarga juga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga. Sehingga dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi. Semakin besar ukuran rumah tangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang pada akhirnya akan semakin berat beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Demikian pula jumlah anak yang bertanggung dalam keluarga dan anggota-anggota keluarga yang cacat maupun lanjut usia akan berdampak pada besar kecilnya pengeluaran suatu keluarga. Mereka tidak bisa menanggung biaya hidupnya sendiri sehingga mereka bergantung pada kepala keluarga dan istrinya. Anak-anak yang belum dewasa perlu di bantu biaya pendidikan, kesehatan dan biaya hidup lainnya.

4. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan

dan sebagainya. Oleh sebab itu, tahu itu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah (Wawan dan dewi, 2011).

2.3.5 Keluarga Perokok Dan Bukan Perokok

Keluarga perokok adalah sebuah keluarga yang terdapat satu atau lebih anggotanya merokok baik perempuan maupun pria. Merokok sudah menjadi kebiasaan sebagian besar orang dewasa, kebanyakan dari mereka yaitu laki-laki. Sebagai kepala keluarga sering sekali mereka tidak menyadari bahwa rokok yang mereka hisap tidak hanya berdampak pada dirinya sendiri namun juga berdampak buruk bagi anggota keluarganya yang lain, khususnya anggota keluarga yang merupakan kelompok rawan seperti balita, ibu hamil, dan anak usia sekolah. Sedangkan keluarga bukan perokok adalah sebuah keluarga yang tidak ada anggota keluarganya yang merokok. Dalam keluarga ini dana yang dialokasikan ke makanan jauh lebih besar dibandingkan pada keluarga perokok. Dan tingkat terpenuhinya asupan makanan untuk balita jauh lebih tinggi. Dan balita yang tinggal bersama keluarga perokok status gizinya lebih baik.

2.3.6 Dampak Rokok Bagi Kesehatan

Menurut Center of Disease Control (CDC) dalam Octafriada (2011) merokok membahayakan setiap organ di dalam tubuh. Merokok menyebabkan penyakit dan memperburuk kesehatan, seperti :

1. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)

PPOK sudah terjadi pada 15% perokok. Individu yang merokok mengalami penurunan pada Forced Expiratory Volume in second (FEV1), dimana kira-kira hampir 90% perokok berisiko menderita PPOK (Saleh, 2011).

2. Pengaruh Rokok terhadap Gigi

Hubungan antara merokok dengan kejadian karies, berkaitan dengan penurunan fungsi saliva yang berperan dalam proteksi gigi. Risiko

terjadinya kehilangan gigi pada perokok, tiga kali lebih tinggi dibanding pada bukan perokok (Andina, 2012).

3. Pagaruh Rokok Terhadap Mata

Rokok merupakan penyebab penyakit katarak nuklear, yang terjadi dibagian tengah lensa. Meskipun mekanisme penyebab tidak diketahui, banyak logam dan bahan kimia lainnya yang terdapat dalam asap rokok dapat merusak protein lensa (Muhibah, 2011).

4. Pengaruh Terhadap Sistem Reproduksi

Merokok akan mengurangi terjadinya konsepsi, fertilitas pria maupun wanita. Pada wanita hamil yang merokok, anak yang dikandung akan mengalami penurunan berat badan, lahir prematur, bahkan kematian janin (Anggraini, 2013).

2.4 Hubungan Status Merokok Keluarga Dengan Status Gizi

Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak, dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa. Untuk pertumbuhannya, bayi memerlukan nutrisi yang adekuat, sehingga dapat menjamin tumbuh kembang berlangsung seoptimal mungkin. Nutrisi terbaik bayi pada 6 bulan pertama kehidupannya adalah ASI (IDAI,2008)

Pada penelitian Maria (2014) pertumbuhan balita berdasarkan indeks BB/U dengan kategori gizi kurang di Kecamatan Berastagi, jumlah paling tinggi adalah balita pada keluarga perokok yaitu 84,21% dibandingkan dengan keluarga bukan perokok yaitu 15,78%. Sedangkan pada kategori gizi baik, jumlah paling tinggi adalah balita pada keluarga bukan perokok yaitu 54,34% dibandingkan dengan keluarga perokok yaitu 45,65%. Pertumbuhan tinggi badan balita yang termasuk dalam kategori sangat pendek hanya ada pada keluarga perokok yaitu 100%. Sedangkan untuk tinggi badan balita yang tergolong pendek, jumlah yang paling tinggi ada pada keluarga perokok yaitu 64,44% dibandingkan dengan keluarga perokok yaitu 35,55%. Dan untuk tinggi badan balita yang tergolong normal, lebih banyak pada keluarga bukan perokok yaitu 58,87% dibandingkan dengan keluarga perokok yaitu 41,12%.

Berdasarkan indeks BB/TB yang tergolong sangat kurus, paling banyak ada keluarga perokok yaitu 89% dibandingkan dengan keluarga bukan perokok yaitu 11%. Sedangkan pada balita yang indeks BB/TB nya tergolong kurus, jumlah yang paling tinggi ada pada keluarga perokok yaitu 73% dibandingkan dengan keluarga bukan perokok yaitu 27%. Untuk balita yang pertumbuhan BB/TB nya normal, lebih tinggi pada keluarga bukan perokok yaitu 56% dibandingkan dengan keluarga perokok yaitu 44%. Kategori gemuk lebih tinggi pada keluarga bukan perokok yaitu 64% dibandingkan dengan keluarga perokok yaitu 36%. Untuk balita resiko gemuk lebih tinggi pada keluarga bukan perokok yaitu 53% dibandingkan dengan keluarga perokok 47%.

Desain penelitian case control yang dilakukan oleh apriliya dan Denny, 2013 menunjukkan bahwa bahwa ada hubungan kausalitas (pengaruh), tetapi tidak bermakna secara statistik antara status merokok pasif bayi dengan perkembangan berat badan dan panjang badan bayi dan demikian juga antara status merokok pasif ibu dengan perkembangan berat badan dan panjang badan bayi.

2.5 Hubungan Status Merokok Keluarga Dengan Status Perkembangan

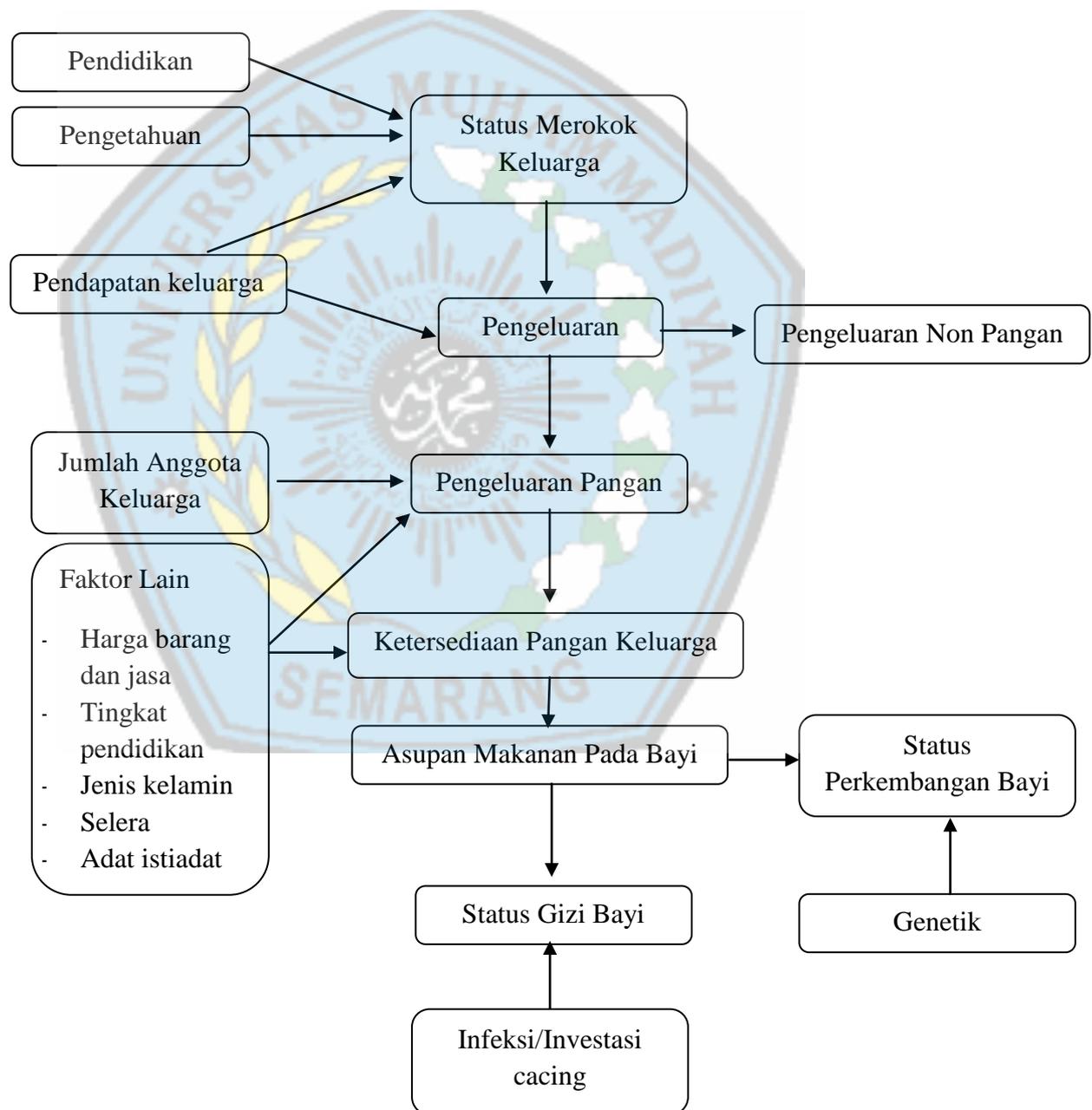
Status gizi yang kurang akan mempengaruhi perkembangan kekuatan dan kemampuan motorik kasar anak (Soetjiningsih, 1995)

Stimulasi adalah rangsangan dari peristiwa-peristiwa sosial yang datang dari lingkungan luar diri anak yang dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan anak, seperti cara orang tua mengasuh, mendidik dan membesarkan anak yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

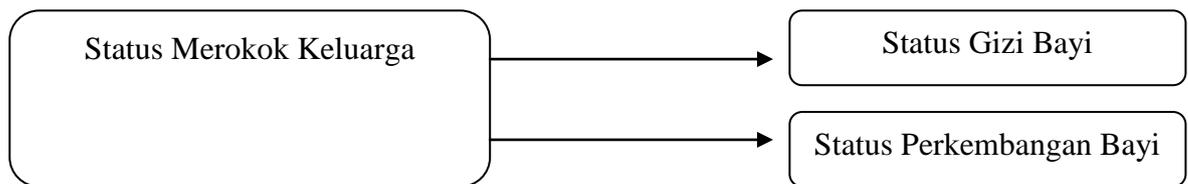
Berdasarkan penelitian Amera (2008), didapatkan hasil bahwa sekitar 16 % dari anak usia di bawah lima tahun (balita) Indonesia mengalami gangguan perkembangan saraf dan otak mulai ringan sampai berat. Menurut Puspongoro (2006), setiap 2 dari 1.000 bayi mengalami gangguan perkembangan motorik, karenanya perlu kecepatan menegakkan diagnosis dan melakukan terapi untuk proses penyembuhannya. Hasil penelitian yang

dilakukan oleh Yekti Rokhani (2008) di wilayah kerja Puskesmas Kampung Sawah pada bayi menunjukkan bayi yang perkembangan motorik kasarnya lambat pada periode tertentu sebanyak 34 anak (77,3%). Sedangkan jumlah bayi yang motorik kasarnya normal dari awal periode perkembangan hanya 10 anak (22,7%).

2.6 Kerangka Teori



2.7 Kerangka Konsep



2.9 Hipotesis

H₀ : Ada hubungan antara status gizi bayi berdasarkan BB/U dengan status merokok

H₀ : Ada hubungan antara status gizi bayi berdasarkan PB/U dengan status merokok

H₀ : Ada hubungan antara status gizi bayi berdasarkan BB/PB dengan status merokok

H₀ : Ada hubungan antara status perkembangan bayi dengan status merokok

