

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Definisi malnutrisi

Malnutrisi adalah keadaan dimana tubuh tidak mendapat asupan gizi yang cukup, malnutrisi dapat juga disebut keadaan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan di antara pengambilan makanan dengan kebutuhan gizi untuk mempertahankan kesehatan. Ini bisa terjadi karena asupan makan terlalu sedikit ataupun pengambilan makanan yang tidak seimbang. Selain itu, kekurangan gizi dalam tubuh juga berakibat terjadinya malabsorpsi makanan atau kegagalan metabolik (Oxford medical dictionary, 2007).

Gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi atau nutrisinya di bawah standar rata-rata. Status gizi buruk dibagi menjadi tiga bagian, yakni gizi buruk karena kekurangan protein (disebut kwashiorkor), karena kekurangan karbohidrat atau kalori (disebut marasmus), dan kekurangan kedua-duanya. Gizi buruk ini biasanya terjadi pada anak balita (bawah lima tahun) dan ditampakkan oleh membusungnya perut (busung lapar) (Nency, 2005).

Anak balita (bawah lima tahun) sehat atau kurang gizi dapat diketahui dari pertambahan berat badannya tiap bulan sampai usia minimal 2 tahun (baduta). Apabila pertambahan berat badan sesuai dengan pertambahan umur menurut suatu standar organisasi kesehatan dunia, dia bergizi baik. Kalau sedikit dibawah standar disebut bergizi kurang yang bersifat kronis. Apabila jauh dibawah standar dikatakan bergizi buruk. Jadi istilah gizi buruk adalah salah satu bentuk kekurangan gizi tingkat berat atau akut (Pardede, 2006).

2. Etiologi

Penyebab malnutrisi yang berkaitan dengan gizi buruk atau *undernutrition*, antara lain :

a. Kejadian Infeksi

Penyakit infeksi akan menyebabkan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu menghilangkan bahan makanan melalui muntah-muntah dan diare. Selain itu penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan dapat juga menurunkan nafsu makan (Arisman, 2004).

Beberapa penyakit infeksi yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk adalah Infeksi Saluran Pernapasan bagian Atas (ISPA) dan diare (Iqbal Kabir dkk., 1994). Menurut Ezzel dan Gordon (2000) penyakit paru-paru kronis juga dapat menyebabkan gizi buruk.

ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan bagian Atas) adalah penyakit dengan gejala batuk, mengeluarkan ingus, demam, dan tanpa sesak napas (Priyanti, 1996). Diare adalah penyakit dengan gejala buang air besar ≥ 4 kali sehari dengan konsistensi cair dengan atau tanpa muntah (Suandi, 1998).

b. Tingkat Konsumsi Zat Gizi

Gizi kurang merupakan keadaan tidak sehat karena tidak cukup makan dalam jangka waktu tertentu (Winarto, 1990). Menurut Arnelia & Sri Muljati (1991) kurangnya jumlah makanan yang dikonsumsi baik secara kualitas maupun kuantitas dapat menurunkan status gizi. Anak yang makanannya tidak cukup maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan mudah terserang infeksi.

3. Epidemiologi

Tercatat, empat persen atau sekitar 900 ribu balita Indonesia menyandang status gizi buruk. Ini mengakibatkan Indonesia menduduki peringkat lima besar pemilik gizi buruk balita. (tribunnews, 2012). Gizi Kementerian Kesehatan menyebutkan di Indonesia (2010) tercatat jumlah anak penderita gizi buruk sebesar 10,6%. Prevalensi anak gizi buruk untuk Provinsi D.I Yogyakarta tercatat sebesar 1,4% (DBGKK, 2010). Kabupaten Kulonprogo termasuk tercatat sebagai salah satu daerah yang

memiliki tingkat anak penderita gizi buruk terbesar di provinsi D.I Yogyakarta dengan prevalensi 1% (BPS, 2010).

4. Faktor Risiko

Malnutrisi memiliki beberapa faktor resiko diantaranya adalah :

a. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Dasar

Status gizi anak berkaitan dengan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan dasar. Anak balita sulit dijangkau oleh berbagai kegiatan perbaikan gizi dan kesehatan lainnya karena tidak dapat datang sendiri ke tempat berkumpul yang ditentukan tanpa diantar (Sediaoetama, 2000).

Beberapa aspek pelayanan kesehatan dasar yang berkaitan dengan status gizi anak antara lain: imunisasi, pertolongan persalinan, penimbangan anak, pendidikan kesehatan anak, serta sarana kesehatan seperti posyandu, puskesmas, rumah sakit, praktek bidan dan dokter. Makin tinggi jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dasar tersebut di atas, makin kecil risiko terjadinya penyakit gizi kurang.

b. Ketersediaan Pangan

Penyebab masalah gizi yang pokok di tempat paling sedikit dua pertiga dunia adalah kurang cukupnya pangan untuk pertumbuhan normal, kesehatan, dan kegiatan normal. Kurang cukupnya pangan berkaitan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Tidak tersedianya pangan dalam keluarga yang terjadi terus menerus akan menyebabkan terjadinya penyakit kurang gizi (Winarto, 1990).

c. Higiene Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak lebih mudah terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi (Poedjiadi., 1994). Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Makin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, makin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi (Soekirman, 2000).

d. Pola Pengasuhan Anak

Pola pengasuhan anak adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Bentuk kongkrit pola pengasuhan anak

berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, menjaga kebersihan, memberikan kasih sayang, dan sebagainya. Hal tersebut sangat berkaitan dengan kesehatan ibu, status gizi ibu, pendidikan, pengetahuan, dan adat kebiasaan (Soekirman, 2000).

e. Jumlah Anggota Keluarga

Keluarga miskin akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanannya jika yang diberi makan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia pada sebuah keluarga yang besar mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin merupakan kelompok paling rawan kurang gizi di antara anggota keluarganya. Anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Seandainya anggota keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang. Usia 1 -6 tahun merupakan masa yang paling rawan. Kurang energi protein berat akan sedikit dijumpai pada keluarga yang jumlah anggota keluarganya lebih kecil (Winarno, 1990).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dini Latief, dkk (2000) menunjukkan adanya penurunan rata-rata intake energi dan protein selama terjadi krisis moneter. Distribusi pangan yang dikonsumsi

semakin memburuk pada rumah tangga yang mempunyai anggota yang cukup besar. Pada rumah tangga yang beranggotakan 6 orang atau lebih menunjukkan tingkat konsumsi pangan yang memburuk. Pada rumah tangga yang beranggotakan 3 – 5 orang, rata-rata intake energi dan protein masih mendekati nilai yang dianjurkan.

f. Tingkat Pendapatan

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum di masyarakat. Masalah utama penduduk miskin pada umumnya sangat tergantung pada pendapatan per hari yang pada umumnya tidak dapat mencukupi kebutuhan dasar secara normal. Penduduk miskin cenderung tidak mempunyai cadangan pangan karena daya belinya rendah. Pada Tahun 1998, terdapat 51,0 % rumah tangga di daerah perkotaan dan 47,5 % rumah tangga di daerah pedesaan mengalami masalah kekurangan konsumsi pangan (Latief dkk, 2000).

Batas kriteria miskin menurut BPS untuk daerah pedesaan adalah Rp 72.780,00 /kapita/bulan sedangkan untuk daerah perkotaan Rp 96.959,00 /kapita/bulan (Irawan, 2000).

g. Tingkat Pendidikan Ibu

Pendidikan sangat mempengaruhi penerimaan informasi tentang gizi. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit menerima informasi baru di bidang Gizi (Suharjo, 1992). Selain itu tingkat pendidikan juga ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah dia menyerap informasi yang diterima. (Handayani, 1994).

h. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi

Ibu merupakan orang yang berperan penting dalam penentuan konsumsi makanan dalam keluarga khususnya pada anak balita. Pengetahuan yang dimiliki ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan keluarga (Khumaidi, 1994). Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi berakibat pada rendahnya anggaran untuk belanja pangan dan mutu serta keanekaragaman makanan yang kurang. Keluarga lebih banyak membeli barang karena pengaruh kebiasaan, iklan, dan lingkungan. Selain itu, gangguan gizi juga disebabkan karena kurangnya kemampuan ibu menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari (Winarno, 1990).

i. Krisis Ekonomi, Sosial dan Politik

Krisis ekonomi, sosial dan politik yang terjadi sejak Tahun 1997 merupakan akar dari masalah gizi. Krisis tersebut menyebabkan turunnya daya beli masyarakat. Hal ini menyebabkan menurunnya konsumsi pangan masyarakat dan akhirnya status gizi masyarakat mengalami penurunan (Aritonang, 2002).

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada gizi buruk berdasarkan penyebabnya, dibagi menjadi 3 tipe gizi buruk yaitu marasmus, kwashiorkor, dan marasmus- kwashiorkor.

a. Marasmus

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. Berikut adalah gejala pada marasmus adalah (Depkes RI, 2000) :

- 1) Anak tampak sangat kurus karena hilangnya sebagian besar lemak dan otot-ototnya, tinggal tulang terbungkus kulit
- 2) Wajah seperti orang tua
- 3) Iga gambang dan perut cekung
- 4) Otot paha mengendor (*baggy pant*)
- 5) Cengeng dan rewel, setelah mendapat makan anak masih terasa lapar

b. Kwashiorkor

Penampilan tipe kwashiorkor seperti anak yang gemuk (*sugar baby*), bilamana 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

- 1) Perubahan status mental seperti cengeng, rewel, kadang apatis
- 2) Rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung dan mudah dicabut, pada penyakit kwashiorkor yang lanjut dapat terlihat rambut kepala kusam
- 3) Wajah membulat dan sembab
- 4) Pandangan mata anak sayu

- 5) Pembesaran hati, hati yang membesar dengan mudah dapat diraba dan terasa kenyal pada rabaan permukaan yang licin dan pinggir yang tajam.
- 6) Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah menjadi coklat kehitaman dan terkelupas

c. Marasmik-Kwashiorkor

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 memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, sedangkan kelainan biokimiawi terlihat pula (Depkes RI., 2000).

6. Patofisiologi

Gizi Buruk adalah akibat dari kegagalan untuk memenuhi persyaratan energi dan gizi yang sudah bersifat kumulatif dan kronis. Manifestasi proses ini tergantung pada beberapa faktor, seperti usia, infeksi, kondisi gizi sebelumnya, keterbatasan makanan, dan sebagainya. Studi eksperimental klasik terhadap kekurangan energi makanan dan kelaparan para hewan dan manusia dan penelitian pada anak yang

kekurangan gizi parah pada awal penelitian dan selama penyembuhan telah menambah pemahaman kita, walaupun situasi ini semakin dipersulit dengan berbagai penyebab malnutrisi pada kebanyakan anak.

Tanpa adanya infeksi kondisi kelaparan bisa menyebabkan berkurangnya simpanan lemak dan simpanan glikogen yang dimediasi oleh perubahan metabolik dan endokrin yang memiliki fungsi umum untuk menjaga fungsi-fungsi vital, sehingga memungkinkan hewan atau manusia bertahan hidup sampai energi makanan bisa dipulihkan. Perubahan-perubahan secara dini antara lain berkurangnya aktivitas yang menghemat pengeluaran energi. Pertumbuhan lambat, mengurangi energi yang diperlukan untuk mempertahankan kondisi ini, dan perubahan terjadi pada komposisi tubuh. Laju metabolisme dinyatakan dalam kaitannya dengan tinggi atau pengurangan massa tubuh. Otak dan viscera relatif terlindungi, yang menghasilkan komposisi tubuh yang merupakan ciri khas dari anak penderita marasmus. Ada peningkatan total air dalam tubuh, yang utamanya berada di luar sel tapi bisa juga berada dalam sel.

Penyesuaian metabolisme ini terhadap kelaparan diperantai, sekurang-kurangnya oleh hormon. Konsentrasi kortisol meningkat tetapi tetap merespon terhadap stress. Sekresi insulin berkurang, dan terjadi pengurangan kadar dalam plasma, respon yang berkurang terhadap glukosa, dan kekebalan insulin perifer.

Hormon pertumbuhan pada umumnya tinggi, dan penekanan normal oleh muatan glukosa hilang, walaupun ada pengecualian untuk marasmus. Aktivitas faktor 1 pertumbuhan seperti-insulin, yang merupakan efektor metabolisme dari pertumbuhan yang mempromosikan efek hormon pertumbuhan. Efek dari perubahan-perubahan hormonal ini adalah mobilisasi lemak, degradasi protein otot, dan reduksi laju metabolisme dasar. Aldosteron yang meningkat dapat memberikan kontribusi bagi kehilangan potassium yang sebelumnya dihambat oleh efek keterbatasan energi dan pengurangan sintesis adenosin triposfat pada pompa sodium (nutrition up date, 2012)

Patofisiologi gizi buruk dapat dilihat dari 3 aspek yaitu:

a. Adaptasi terhadap intake protein yang berkurang

KEP adalah manifestasi dari kurangnya asupan protein dan energi, dalam makanan sehari-hari yang tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG), dan biasanya juga disertai adanya kekurangan dari beberapa nutrisi lainnya. Disebut malnutrisi primer bila kejadian KEP akibat kekurangan asupan nutrisi yang pada umumnya didasari oleh masalah sosial ekonomi, pendidikan serta rendahnya pengetahuan dibidang gizi. Malnutrisi sekunder bila kondisi masalah nutrisi seperti diatas disebabkan karena adanya penyakit utama, seperti kelainan

bawaan, infeksi kronis ataupun kelainan pencernaan dan metabolik, yang mengakibatkan kebutuhan nutrisi meningkat, penyerapan nutrisi yang turun dan meningkatnya kehilangan nutrisi.

Makanan yang tidak adekuat akan menyebabkan mobilisasi berbagai cadangan makanan untuk menghasilkan kalori demi penyelamatan hidup, dimulai dengan pembakaran cadangan karbohidrat kemudian cadangan lemak serta protein dengan melalui proses katabolik. Kalau terjadi stres katabolik (infeksi) maka kebutuhan protein akan meningkat, sehingga dapat menyebabkan defisiensi protein yang relatif.

Dengan demikian pada KEP dapat terjadi gangguan pertumbuhan, atrofi otot, penurunan kadar albumin serum, penurunan hemoglobin, penurunan sistem kekebalan tubuh, penurunan berbagai sintesa enzim.

b. Perubahan Elektrolit

Perubahan komposisi kimia dari tubuh yang terjadi selama malnutrisi memiliki dampak penting untuk perawatan. Khususnya sodium potassium, dan posfat, meski perubahan elektrolit lain, seperti magnesium dan kalsium, juga kemungkinan penting tapi belum diteliti secara mendalam.

Proporsi total potassium dalam tubuh yang paling banyak adalah dalam sel (intraseluler), sebaliknya dengan sodium, yang secara aktif dikeluarkan dari sel melalui pompa sodium. Baik pada marasmus maupun kwashiorkor, retensi sodium terjadi, yang menyebabkan peningkatan total sodium dalam seluruh tubuh, walaupun kadar daerah bisa rendah, yang mencerminkan peningkatan cairan ekstraseluler. Ada penurunan potassium secara menyeluruh, walaupun potassium darah bisa tetap normal. Alleyne dan rekan-rekannya menjelaskan bagaimana kinetika potassium dapat berubah selama penyembuhan. Ada represi akut awal dari potassium ketika hypokalemia dan defisiensi menyeluruh meningkat, diikuti dengan fase recovery membran sel yang lebih lama dan pembentukan ulang gradien Na/K yang normal. Fase ketiga terjadi apabila pertumbuhan otot skeletal yang cepat meningkatkan kebutuhan potassium. Nichols dan rekan-rekannya menghitung bahwa 7,0 mmol/kg potassium diperlukan pada pekan pertama atau fase recovery akut, sebuah jumlah yang mirip dengan kadar suplemen yang dapat memberikan hasil terbaik pada sebuah trial klinik di Malawi.

Ketidakkonsistenan antara potassium darah dan potassium total dalam tubuh dapat dijelaskan dengan peristiwa-peristiwa yang terjadi pada membran sel. Pada marasmus, terjadi penurunan aktivitas pompa

sodium tergantung-energi yang sensitif ouabuin, yang menyebabkan meningkatnya sodium intraseluler dan berkurangnya potasium. Perubahan-perubahan membran sel ini terkait dengan perubahan-perubahan intraseluler, dengan kadar K intraseluler yang relatif rendah dan kadar sodium yang relatif tinggi. Ada banyak mekanisme yang berlangsung pada kwashiorkor, dimana terdapat peningkatan kebocoran membran sel. Sodium, yang merespon terhadap gradien elektrolit, memasuki sel, menstimulasi aktivitas pompa sodium yang meningkat tapi tidak cukup untuk mencegah peningkatan Na dan kehilangan K. Perbedaan yang serupa antara marasmus dan kwashiorkor dilaporkan oleh Kaplay di India. Forrester dan rekan-rekannya menemukan bahwa perubahan elektronit ini bisa direproduksi pada eritrosit in vitro jika glutathion dikurangi secara buatan, yang menyerupai situasi pada kwashiorkor. Sodium dalam sel yang meningkat disertai dengan meningkatnya cairan sel, yang juga bisa menjadi salah satu penjelasan untuk edema pada kwashiorkor. Hypoinsulinemia juga terlibat dalam proses ini. Perubahan elektrolit-elektrolit ini merupakan dasar untuk rekomendasi pembatasan sodium pada makanan, penggunaan larutan rehidrasi oral yang bersodium rendah (ROS), dan suplementasi potasium pada semua anak-anak yang kekurangan gizi parah.

Hypoposfatemia telah terbukti terjadi pada anak-anak kekurangan gizi dan terkait dengan mortalitas yang tinggi. Pada sebuah penelitian yang dilaksanakan di Afrika Selatan, 10 dari 60 pasien meninggal, semua pasien ini memiliki kadar fosfat dalam darah yang sangat rendah kecuali satu pasien. Kadar fosfat dalam darah yang terendah terkait dengan diare dan dehidrasi. Sebuah penelitian yang lebih baru dari Malawi mendukung hubungan antara hypoposfatemia dengan mortalitas yang meningkat. Akan tetapi, kita sulit membedakan pengaruh fosfat rendah dengan hypokalemia, yang juga menyebabkan hypotonia dan kematian tiba-tiba. Di Jamaika, kadar fosfat dalam darah pada umumnya lebih tinggi dibanding yang ditemukan di Afrika dan walaupun berkorelasi dengan edema namun tidak terkait dengan mortalitas. Repleksi memerlukan waktu 2 hingga 3 pekan, bahkan untuk diet susu. Di India, hypoposfatemia parah tidak terlihat.

c. Interaksi dengan Infeksi

Selama infeksi, terjadi perubahan metabolik yang memusatkan sumber energi tubuh pada produksi protein fase-akut dalam hati dan seringkali berlawanan dengan yang terlihat pada kelaparan. Produksi protein fase-akut dan konsekuensi metabolik dari infeksi dimediasi

oleh sitokin protein, faktor-faktor dari lipid yang mencakup prostaglandin, leukotriene, dan faktor aktivasi platelet.

Perubahan endokrin juga memegang sebuah peranan; konsentrasi hormon katabolisme seperti glukokortikoid, glukagon, dan epinefrin juga meningkat. Interleukin sitokin (IL)-6 meningkatkan norepinefrin, kortisol, dan glukagon dan merupakan stimulus utama untuk mobilisasi protein fase akut dalam hati. Sitokin juga meningkatkan pengaruh hormon-hormon yang terkait stress terhadap produksi protein fase akut. Karena interaksi antara keterbatasan makanan dan infeksi dalam patogenesis malnutrisi, maka setiap pendekatan terpadu untuk menjelaskan patofisiologinya harus mempertimbangkan kedua hal ini. Perbedaan antara kwashiorkor dan marasmus bisa dijelaskan sebagian oleh meningkatnya pergeseran terhadap konsekuensi infeksi metabolik pada **anak** penderita kwashiorkor. Disamping itu, status gizi sebelumnya bisa merubah efek infeksi terhadap metabolisme. Contohnya adalah laju penguraian dan sintesis protein yang meningkat sebagai respon terhadap infeksi pada anak-anak yang mengalami marasmus tapi tidak pada anak-anak yang menderita kwashiorkor dan penyembuhan yang lebih lambat dari diare infeksi (nutrition up date, 2012)

7. Penatalaksanaan

- a. Pemberian micronutrition powder (MNP) yang mengandung berbagai macam vitamin dan mineral dinilai dapat digunakan sebagai tahap pertama untuk mempertahankan kehidupan
- b. Malnutrisi ringan-sedang dapat diterapi dengan penggantian nutrisi, namun untuk malnutrisi berat diperlukan perawatan rumah sakit untuk melihat perkembangan status nutrisi serta memudahkan asupan nutrisi melalui pipa makanan (Emedicine, 2011)

B. Hubungan antara kepemilikan sarana keluarga dan malnutrisi

Kepemilikan sarana keluarga meliputi beberapa hal yang dapat mendukung kegiatan sebuah keluarga, dalam hal ini meliputi kepemilikan toilet pribadi, sarana air bersih, alat-alat elektronik, rumah pribadi, hewan ternak, kebun, dan lahan pertanian.

1. Kepemilikan toilet pribadi dan sarana air bersih

Kepemilikan toilet pribadi dan sarana air bersih sangat erat hubungannya dengan sanitasi lingkungan. Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak lebih mudah terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi (Poedjiadi, 1994). Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih,

ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Makin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, makin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi (Soekirman, 2000).

2. Ketersediaan Pangan

Hewan ternak, kebun, lemari es, dan lahan pertanian berhubungan dengan ketersediaan pangan dan sangat erat kaitannya dengan malnutrisi karena penyebab masalah gizi yang pokok di tempat paling sedikit dua pertiga dunia adalah kurang cukupnya pangan untuk pertumbuhan normal, kesehatan, dan kegiatan normal. Kurang cukupnya pangan berkaitan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Tidak tersedianya pangan dalam keluarga yang terjadi terus menerus akan menyebabkan terjadinya penyakit kurang gizi (Winarto, 1990).

3. Jumlah Anggota Keluarga

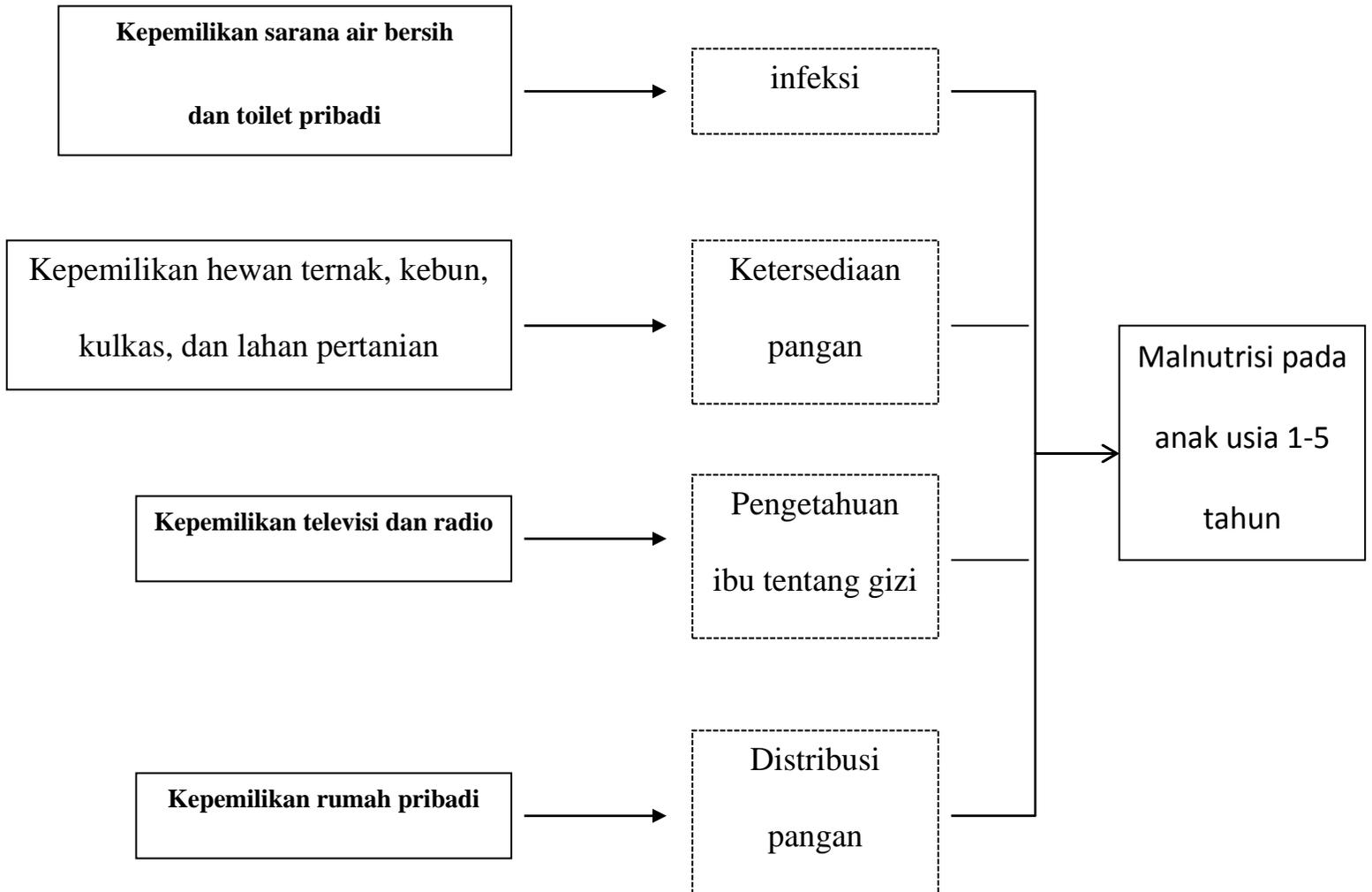
Kepemilikan rumah pribadi berkaitan dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, karena dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Dini Latief, dkk (2000) menunjukkan adanya penurunan rata-rata intake energi dan protein selama terjadi krisis moneter. Distribusi pangan yang dikonsumsi semakin memburuk pada

rumah tangga yang mempunyai anggota yang cukup besar. Pada rumah tangga yang beranggotakan 6 orang atau lebih menunjukkan tingkat konsumsi pangan yang memburuk. Pada rumah tangga yang beranggotakan 3 – 5 orang, rata-rata intake energi dan protein masih mendekati nilai yang dianjurkan.

4. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi

kepemilikan peralatan elektronik seperti televisi dan radio berkaitan dengan pengetahuan dan informasi-informasi tentang gizi yang bisa didapatkan sang ibu karena ibu merupakan orang yang berperan penting dalam penentuan konsumsi makanan dalam keluarga khususnya pada anak balita. Pengetahuan yang dimiliki ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan keluarga (Khumaidi, 1994). Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi berakibat pada rendahnya anggaran untuk belanja pangan dan mutu serta keanekaragaman makanan yang kurang. Keluarga lebih banyak membeli barang karena pengaruh kebiasaan, iklan, dan lingkungan. Selain itu, gangguan gizi juga disebabkan karena kurangnya kemampuan ibu menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari (Winarno, 1990).

C. Kerangka konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan masalah yang telah disusun dan penjelasan di atas, maka dapat ditarik hipotesis yaitu, Ada hubungan antara kepemilikan sarana keluarga dengan kejadian malnutrisi pada anak di Desa Pendoworejo, Kecamatan Girimulyo, Kabupaten Kulonprogo Daerah Istimewa Yogyakarta.