

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita

1. Pengertian Balita

Balita adalah anak usia kurang dari usia lima tahun, sehingga bayi dibawah usia satu tahun juga termasuk dalam golongan ini (Setyawan, 2006). Usia anak dibagi menjadi 4 kelompok usia yaitu bayi (*infant*) yaitu usia 0-12 bulan, dibawah tiga tahun (*toddler*) yaitu usia 1-3 tahun, pra sekolah (*pre school*) yaitu usia 3-5 tahun dan anak usia sekolah (*school*) yaitu usia 5-12 tahun (Wong, 2001). Kriteria balita dalam Depkes RI (1995) adalah anak pada usia antara 13 bulan hingga 60 bulan. Usia balita merupakan periode penting dalam tumbuh kembang. Anak usia 0-12 bulan dikategorikan masih bayi. Kurangnya gizi serius pada anak dapat mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan.

BKKBN (2003) menyatakan bahwa anak balita adalah anak dalam lima tahun pertama kehidupan manusia dimana proses perkembangan terjadi sangat cepat. Anak dalam usia ini mengalami periode paling kritis dalam menentukan kualitas sumber daya manusia. Bila anak balita tidak dibina dengan baik, anak akan mengalami gangguan perkembangan emosi, sosial, mental intelektual dan moral yang akan sangat menentukan sikap dan nilai pola perilaku seorang

dikemudian hari. Masa balita merupakan masa keemasan atau *golden period*, dimana pada masa ini pertumbuhan fisik dan mental serta intelektual berkembang sangat cepat. Kehidupan masa ini terbentuk pula dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir dan berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif, dan sebagai awal pertumbuhan moral (Dinkes, 2007).

Masa balita merupakan masa kehidupan yang sangat penting dan perlu perhatian yang serius karena pada masa ini berlangsung proses tumbuh kembang yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik (Depkes, 2000). Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bias diukur dengan ukuran berat, ukuran panjang, umur tulang, dan keseimbangan metabolic. Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik. Seorang bayi yang sehat akan selalu bertambah berat badannya sesuai dengan pertumbuhan usianya (Soetjiningsih, 1998).

Pertumbuhan merupakan parameter kesehatan yang cukup peka untuk dipergunakan dalam menilai kesehatan anak, terutama masa bayi dan balita. Dalam upaya memonitor kesehatan gizi anak dipergunakan Kartu Menuju Sehat di Puskesmas maupun Posyandu (Soeditomo, 1985 cit Pramista 2009). Proses pertumbuhan lebih banyak dinilai pada pemeriksaan antropometri secara berkala. Anak normal akan mengikuti kurva pertumbuhan secara mantap penyimpangan dari arah kurva

normal menunjukkan indicator adanya kelainan baik akibat penyakit, hormonal, atau gizi kurang (Soetjiningsih, 1995).

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensial 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 lingkungannya (Soetjiningsih, 1995).

2. Kebutuhan dasar anak balita

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, menurut Sularyo (dalam Soetjiningsih, 1995) secara umum dapat digolongkan menjadi tiga kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan fisik-biomedis (asuh)

Kebutuhan ini terdiri dari pangan, perawatan kesehatan dasar yang meliputi imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi atau anak teratur, pengobatan kalau sakit, dan lain-lainnya. Selain itu juga kebutuhan papan atau pemukiman yang layak, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani, rekreasi dan lain-lain.

b. Kebutuhan emosi atau kasih sayang (asih)

Kasih sayang dari orang tua (ayah-ibu) dan anggota keluarga lainnya akan menciptakan hubungan batin yang erat dan kepercayaan dasar yang penting untuk tumbuh kembang anak.

c. Kebutuhan akan stimulasi mental (asah)

Stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental (asah) ini mengembangkan perkembangan mental psikososial: kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral etika, produktivitas, dan lain-lain.

B. Kebutuhan Nutrisi

1. Pengertian Nutrisi

Nutrisi adalah substansi makanan atau elemen yang bergizi (Dorland, 2005). Kebutuhan Nutrisi setiap individu berbeda sesuai umur, aktifitas fisik, keadaan tubuh. Kecukupan gizi harus terpenuhi pada anak dan balita untuk pertumbuhan yang optimal. Gizi yang baik harus terpenuhi baik secara kualitas maupun kuantitas. Pemenuhan yang tidak adekuat akan menyebabkan keadaan defisiensi atau kekurangan gizi. Nutrisi-nutrisi pokok yang harus terpenuhi pada setiap anak dan balita adalah:

a. Air

Kandungan air dalam tubuh bayi adalah 70-80% dari berat

badan yang terdiri dari cairan intraseluler. Total cairan tubuh

menurun seiring dengan penambahan usia dan perubahan dalam kandungan lemak tubuh. Air diperoleh dari diet cairan dan juga diperoleh dari oksidasi makanan. Bayi harus mengkonsumsi jauh lebih banyak air dibanding orang dewasa karena besarnya luas permukaan tubuh (Rudolph, 2007). Kekurangan air menyebabkan dehidrasi dan dapat menyebabkan kematian pada bayi.

Air diserap melalui saluran intestinal. Jumlah air dalam ruang interstitial mudah berubah untuk mempertahankan keadaan homeostatis antara ruang vaskuler dan intraseluler. Pertukaran air pada ruang-ruang ini tergantung pada kadar protein dan elektrolit. Pengeluaran cairan tubuh pada keadaan yang disadari (*sensible water loss*) adalah melalui urin, keringat, dan feses. Pengeluaran cairan yang tidak disadari (*insensible water loss*) berlangsung terus menerus melalui evaporasi dari traktus respiratorius dan difusi melalui kulit.

Tabel 1.

Perkiraan kebutuhan cairan bayi dan anak (Rudolph, 2007).

Berat Badan (Kg)	Kebutuhan Cairan
1-10	100 mL/Kg
11-20	100 mL ditambah 50 mL untuk tiap Kg diatas 10 Kg
21 +	1500 mL ditambah 20 mL untuk tiap Kg diatas 20 Kg

b. Energi

Energi dibutuhkan untuk melakukan proses biokimiawi kehidupan dan untuk aktifitas fisik. Energi diperoleh dari metabolisme makanan. Energi yang di peroleh dari makanan berasal dari karbohidrat, lemak, dan protein. Setiap gram karbohidrat memberikan 4 kkal energi dan lemak memberikan 9 kkal energi. Kebutuhan energi setiap anak bervariasi sesuai umur dan keadaan tubuhnya. Pada keadaan aktivitas, penyakit dan stress, kebutuhan energi harus disesuaikan lebih lanjut.

World Health Organization (WHO) mendefenisikan kebutuhan energi adalah tingkat asupan energi dari makanan yang akan memenuhi pengeluaran energi apabila individu memiliki ukuran dan komposisi tubuh serta tingkat aktivitas fisik yang konsisten dengan kesehatan jangka panjang dan yang memungkinkan terpeliharanya aktivitas fisik yang diperlukan secara ekonomis dan dikehendaki secara sosiologis (Rudolph, 2007). *Committee on Dietary Allowances* menganjurkan kebutuhan energi rata-rata pada bayi adalah 108 kkal/g/hari usia 0-6 bulan, dan 98 kkal/g/hari untuk bayi usia 6-12 bulan. Penentuan kecukupan asupan energy dilakukan dengan memantau parameter pertumbuhan. Apabila pertumbuhan normal dipertimbangkan asupan energinya baik

c. Protein

Protein merupakan zat gizi dasar yang berguna dalam pembentukan protoplasma sel, selain itu tersedianya protein dalam jumlah yang cukup penting untuk pertumbuhan dan perbaikan sel jaringan dan sebagai larutan untuk keseimbangan osmotik. Protein ini terdiri dari dua puluh empat asam amino diantaranya sembilan asam amino esensial diantaranya threonin, valin, leusin, isoleusin, lisin, triptofan, fenilalanin, metionin, dan histidin, selebihnya asam amino nonesensial. Jumlah protein dalam tubuh tersebut harus tersedia dalam jumlah yang cukup apabila jumlahnya berlebih atau tinggi dapat memperburuk insufisiensi ginjal demikian juga apabila jumlahnya kurang maka dapat menyebabkan kelemahan, edem, dapat kwashiorkor apabila kekurangan protein saja tetapi jika kekurangan protein dan kalori menyebabkan marasmus. Komponen zat gizi protein dapat diperoleh dari susu, telur, daging, ikan, unggas, keju, kedele, kacang, buncis, dan padi-padian (Pudjiadi, 2001).

Protein yang berkualitas tinggi mengandung semua asam amino esensial yaitu threonin, valin, leusin, isoleusin, lisin, triptofan, fenilalanin, metionin, dan histidin. Kebutuhan asupan protein berbanding terbalik dengan kualitas protein yang dikonsumsi. Asupan protein yang berkualitas tinggi akan

bayi usia 0-1 tahun adalah 13-14 gram, untuk usia 1-3 tahun 16 gram dan untuk usia 4-6 tahun adalah 24 gram (Nelson, 2000).

d. Karbohidrat

Karbohidrat adalah penyedia energi tubuh terbesar. Kekurangan atau tidak ada karbohidrat, maka tubuh akan menggunakan protein dan lemak untuk mendapatkan energi. Kurangnya konsumsi karbohidrat dapat menurunkan jumlah protein tubuh dan dapat menyebabkan defisiensi kalori-protein (Nelson, 2000).

Karbohidrat merupakan sumber energy yang tersedia dengan mudah di setiap makanan, karbohidrat harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan karbohidrat sekitar 15% dari kalori yang ada maka dapat menyebabkan terjadi kelaparan dan berat badan menurun demikian sebaliknya apabila jumlah kalori yang tersedia atau berasal dari dari karbohidrat dengan jumlah yang tinggi dapat menyebabkan terjadi peningkatan berat badan (obesitas). Jumlah karbohidrat yang cukup didapatkan dari susu, padi-padian, buah-buahan, sukrosa, sirup, tepung, dan sayur-sayuran (Hidayat, 2005).

e. Lemak

Lemak merupakan zat gizi yang berperan dalam pengangkut vitamin A, D, E, K yang larut dalam lemak. Komponen lemak terdiri dari lemak alamiah sekitar 98% diantaranya trigliserida dan

gliserol sedangkan 2%-nya adalah asam lemak bebas diantaranya monogliserida, digliserida, kolesterol dan fosfolipid termasuk lesitin, sefalin, sfingomielin dan serebrosid. Lemak ini merupakan sumber yang kaya akan energi, sebagai pelindung organ tubuh seperti pembuluh darah, saraf, organ, dan lain-lain terhadap suhu tubuh, dapat membantu rasa kenyang (penundaan waktu pengosongan lambung), komponen lemak dalam tubuh harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan lemak akan menyebabkan terjadinya perubahan kulit khususnya asam linoleat yang rendah, berat badan kurang, akan tetapi apabila jumlah lemak yang banyak akan menyebabkan terjadi hiperlipidemia, hiperkolesterol, atau dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah dan lain-lain, dan untuk mendapatkan jumlah lemak yang cukup dapat diperoleh dari susu, mentega, kuning telur, daging, ikan, keju, kacang-kacangan, dan minyak sayur (Pudjiadi, 2001).

f. Vitamin

Vitamin adalah setiap kelompok substansi organik yang tidak saling berhubungan, terdapat dalam makanan dengan jumlah kecil dan diperlukan dalam jumlah sngat kecil untuk fungsi metabolik normal tubuh (Dorland, 2005). Vitamin berfungsi sebagai kofaktor dalam berbagai reaksi metabolik. Vitamin ada yang larut dalam air dan ada yang larut dalam lemak. Vitamin yang larut dalam air adalah vitamin A, Vitamin D, dan vitamin E, sedangkan vitamin yang larut

dalam lemak adalah vitamin C, vitamin K, vitamin B, *folat, thiamin, niasin, dan riboflavin.*

g. Mineral

Sekitar 98% dari kandungan mineral tubuh terdiri dari kalsium, fosfor, dan magnesium dengan tulang mengandung 99% dari kalsium, 80% fosfor, dan 60% magnesium. Kalsium tubuh total meningkat pesat selama dua bulan gestasi dan selama masa remaja. Rasio kalsium terhadap fosfor (Ca:P) sangat mempengaruhi penyerapan mineral dan sangat bervariasi sesuai jenis makanan. Makanan yang kaya fosfor mungkin memudahkan penyusunan tulang.

2. Akibat Kurang Gizi Pada Balita

Pada anak yang kurang gizi pada tingkat tertentu menyebabkan berat otak, jumlah sel, ukuran besar sel dan zat-zat biokimia lainnya lebih rendah pada anak normal. Makin muda usia anak yang menderita kurang gizi, makin berat akibat yang ditimbulkan. Keadaan akan menjadi lebih berat lagi, apalagi kurang gizi dimulai sejak dalam kandungan. Kemunduran mental yang diakibatkan oleh keadaan kurang gizi yang berat dapat bersifat permanen. Tetapi pada kenyataannya kurang gizi yang ringan maupun sedang, kecenderungan mental dapat dipulihkan sejak dengan bertambah baiknya keadaan gizi dan lingkungan anak dibesarkan (Gibney, 2005).

Standar baku nasional tentang klasifikasi status gizi anak dibawah lima tahun (balita) berdasarkan keputusan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1995/MENKES/SK/XXI/2010, adapun disepakati sebagai berikut:

Tabel.2 Klasifikasi Status Gizi

Indeks Antropometri	Kategori status gizi	Ambang batas (Z-Score)
Berat Badan	Gizi Buruk	< -3 SD
Menurut Umur (BB/U) Anak 0-60 Bulan	Gizi Kurang	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) anak umur 0-60 bulan	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2SD
	Tinggi	>2 SD
Berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) Anak umur 0-60 bulan	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Masa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak 5-18 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2SD
	Obesitas	>2SD

C. Malnutrisi

1. Pengertian Malnutrisi

Menurut Notoadmojo (2008), apabila konsumsi gizi makanan pada seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi kesalahan akibat gizi (*malnutrition*). Masalah gizi yang dalam bahasa inggris disebut *malnutrition*, yang artinya adalah gangguan kesehatan seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh tidak seimbangnya pemenuhan kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Gizi salah (*malnutrition*) dapat didefinisikan sebagai keadaan sakit atau penyakit yang disebabkan oleh kekurangan relatif atau mutlak dan kelebihan satu atau lebih zat makanan esensial yang berguna dalam tubuh manusia (Adriani & Wirjatmadi, 2012).

2. Klasifikasi Malnutrisi

Malnutrisi diklasifikasikan oleh Barbara dkk, tahun 1991 dalam Adriani dan Wirjatmadi (2012) adalah sebagai berikut: a). Gizi kurang (*undernutrition*), kondisi ini sebagai akibat dari konsumsi makanan yang tidak memadai jumlahnya pada kurun waktu cukup lama. b). Gizi lebih (*overnutrition*), keadaan ini diakibatkan oleh konsumsi makanan yang berlebihan untuk jangka waktu yang cukup lama. c). Kurang gizi spesifik (*specific deficiency*), keadaan ini disebabkan oleh kurang relatif atau mutlak pada zat-zat makanan tertentu. d). Gizi tak seimbang (*imbalance*)

kondisi yang merupakan akibat dari tidak seimbangnya jumlah zat makanan tertentu.

Sumber yang lain menyebutkan ada dua klasifikasi dalam malnutrisi yaitu malnutrisi energi dan protein yang disebabkan oleh defisiensi dari sebagian atau semua zat gizi, dan malnutrisi mikronutrien yang disebabkan oleh defisiensi zat gizi mikro. Terdapat tiga klasifikasi malnutrisi energi protein yaitu malnutrisi akut, malnutrisi kronik dan malnutrisi akut-kronik. Malnutrisi akut adalah kondisi tidak memadainya zat gizi sehingga terjadi kehilangan berat badan dengan cepat atau kegagalan bertambahnya berat badan kearah normal, anak akan terlihat sangat kurus. Malnutrisi kronik adalah kekurangan nutrisi dalam jangka waktu lama sehingga menyebabkan kegagalan pertumbuhan secara linier. Pada malnutrisi kronik, anak terlihat pendek. Tipe yang ketiga adalah kombinasi dari keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek (*London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009*).

3. Gizi Buruk

Gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, dan nutrisinya dibawah standar rata-rata. Status gizi 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 (bayak lima tahun) dan ditampakkan oleh

4. Faktor penyebab gizi buruk

Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait, penyebab gizi buruk dapat bersifat primer. cara garis besar penyebab anak kekurangan gizi disebabkan karena asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit atau terkena infeksi.

a. Asupan yang kurang

Asupan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor, antara lain :

- 1) Tidak tersedianya makanan secara adekuat. Tidak tersedianya makanan yang adekuat terkait langsung dengan kondisi sosial ekonomi. Kadang kadang bencana alam, perang, maupun kebijaksanaan politik maupun ekonomi yang memberatkan rakyat akan menyebabkan hal ini. Kemiskinan sangat identik dengan tidak tersedianya makan yang adekuat. Data Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak malnutrisi berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentasi anak yang kekurangan gizi.
- 2) Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energy dan protein, tetapi juga

mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. 3) Pola makan yang salah.

b. Sering sakit (*frequent infection*)

Penyakit infeksi menjadi penyebab terpenting kedua kekurangan gizi, apalagi di negara-negara terbelakang dan yang sedang berkembang seperti Indonesia, dimana kesadaran akan kebersihan / *personal hygiene* yang masih kurang, serta ancaman endemisitas penyakit tertentu, khususnya infeksi kronik seperti misalnya tuberkulosis (TBC) masih sangat tinggi. Kaitan infeksi dan kurang gizi seperti layaknya lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Israr *et al.*, 2009).

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi status gizi Individu, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong (berpengaruh). Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat makanan beragam, bergizi seimbang, dan aman. Pada tingkat makro, konsumsi makanan individu dan keluarga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan yang ditunjukkan oleh tingkat

produksi dan distribusi pangan. Khusus untuk bayi dan anak telah

dikembangkan standar emas makanan bayi yaitu: 1) inisiasi menyusu dini, 2) memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, 3) pemberian makanan pendamping ASI yang berasal dari makanan keluarga, diberikan tepat waktu mulai bayi berusia 6 bulan; dan 4) ASI terus diberikan sampai anak berusia 2 tahun.

Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Untuk itu, cakupan universal untuk imunisasi lengkap pada anak sangat mempengaruhi kejadian kesakitan yang perlu ditunjang dengan tersedianya air minum bersih dan higienis.

Faktor penyebab tidak langsung, selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok dan memasak di dalam rumah, sirkulasi udara dalam rumah yang baik, ruangan dalam rumah terkena sinar matahari dan lingkungan rumah yang bersih. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan (Kemenkes, 2011).

Selanjutnya, pola asuh bayi dan anak serta jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Pola asuh, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, akses informasi, dan tingkat pendapatan keluarga (Correa *et al.*, 2009; Gondat *et al.*, 2011; Svedberg, 2011).

5. Penyakit Akibat Malnutrisi

Malnutrisi ini mencakup kelebihan nutrisi atau gizi disebut gizi lebih (*overnutrition*) dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*undernutrition*). Penyakit-penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan akibat dari kelebihan atau kekurangan zat gizi dan yang merupakan masalah kesehatan masyarakat, khususnya di Indonesia menurut Notoatmodjo (2011) antara lain: a) Penyakit kurang kalori dan protein. Penyakit ini terjadi karena ketidakseimbangan antara konsumsi kalori atau karbohidrat dan protein dengan kebutuhan energi, atau terjadinya defisiensi atau defisit energi dan protein. Pada umumnya penyakit ini terjadi pada balita, karena pada umur tersebut anak mengalami pertumbuhan yang pesat. b) Penyakit kegemukan. Penyakit ini terjadi akibat adanya ketidakseimbangan antara konsumsi kalori dan kebutuhan energi, yakni konsumsi kalori terlalu berlebih dibandingkan dengan kebutuhan atau pemakaian energi. Kelebihan energi ini disimpan dalam bentuk lemak. Seseorang dikatakan obesitas apabila laki-laki berat badannya melebihi 15% dan pada wanita melebihi 20% dari berat badan ideal menurut umurnya. c) Anemia. Penyakit ini dikarenakan konsumsi zat besi (Fe) pada tubuh tidak seimbang atau kurang dari kebutuhan tubuh. d) *Zerophthalmia* (defisiensi vitamin A). Penyakit ini disebabkan karena kekurangan konsumsi vitamin A dalam tubuh. Fungsi mata berkurang menjadi *hemeralopa* atau *nictalpia*, yang oleh orang awam

cahaya remang-remang. e) Penyakit gondok endemik. Kekurangan zat iodium berakibat kondisi *hypothyroidisme* (kekurangan iodium) dan tumbuh mencoba untuk mengkompensasi dengan menambah jaringan kelenjar gondok. Akhirnya terjadi *hypertrophi* (membesarnya kelenjar *thyriod*), yang kemudian disebut dengan penyakit gondok.

6. Pengukuran status gizi

Menurut panduan 13 pesan Dasar Gizi Seimbang Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1995), gizi berasal dari bahasa Arab :*al gizzal* yang artinya makanan dan manfaatnya untuk kesehatan, juga diartikan sari makanan yang bermanfaat untuk kesehatan.

Status gizi adalah keadaan nutrisi individu atau populasi pada suatu periode waktu tertentu, atau dengan pengertian lain status gizi adalah status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara keadaan kesehatan fisik seseorang atau kelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran-ukuran gizi tertentu. Pembagian status gizi ada 2 macam, yaitu:

- a. Keadaan nutrisi normal, berarti bahwa ketersediaan nutrisi (karbonhidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral) sesuai, baik secara kualitas maupun kuantitasnya terhadap kebutuhan metabolic tubuh dalam berbagai keadaan seperti pertumbuhan, perkembangan

b. Keadaan nutrisi tidak normal disebut malnutrisi, didefinisikan sebagai keadaan fisiologis yang dihasilkan dari kekurangan atau kelebihan satu atau lebih nutrisi esensial (Trenggono, 2008).

Cara khusus agar status gizi dan kesehatan anak diketahui oleh keluarga adalah dengan mengetahui berat badan anak setiap bulannya melalui penimbangan balita. Perlu diingat bahwa anak sehat bertambahnya umur, bertambah pula berat badannya. Penilaian status gizi (*nutritional assessment*) adalah konsumsi energi, protein dan makanan sehari-hari dalam waktu yang cukup lama. Pengukuran ini didasarkan pada data antropometrik, klinis, biokimiawi, biofisik. Pengukuran-pengukuran tersebut adalah pengukuran dengan cara langsung. Cara pengukuran status gizi yang tidak langsung adalah survey konsumsi makanan dan statistik vital.

D. Pengetahuan

1. Definisi pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil tahu, dan pengetahuan terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan rasa. Sebab besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain

2. Tingkat pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu, tahu (*know*), mamahami (*comprehension*), penerapan (*application*), analisis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Pada penelitian ini, hanya 3 domain kognitif yang diterapkan. Yaitu : tahu (*know*), mamahami (*comprehension*), penerapan (*application*),

- a. Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari suatu bahan yang telah dipelajari atau rangsangan diterima.
- b. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi 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.
- c. Penerapan atau aplikasi (*application*) mencakup kemampuan untuk menerapkan suatu kaidah atau metode bekerja suatu kasus atau masalah yang nyata, misalkan: mengajarkan, memanfaatkan, menggunakan, mendemonstrasikan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat pengetahuan. Menurut Notoadmodjo (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah :

a. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan, maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut.

b. Informasi

Seseorang yang mempunyai sumber informasi lebih banyak, akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Untuk mempermudah pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (cetak atau elektronik) sebagai alat saluran untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Pengalaman

Pengalaman berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, maksudnya adalah pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalaman akan

d. Kultur (budaya dan agama)

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, karena informasi yang baru akan disaring kira-kira sesuai atau tidak dengan budaya dan agama yang dianut.

e. Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial ekonomi akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang, sedangkan ekonomi baik, tingkat pendidikan akan tinggi sehingga pengetahuan akan tinggi juga.

E. Home care

1. Definisi *home care*

Pelayanan kesehatan rumah (*home care*) merupakan penyedia layanan dan peralatan profesional medis bagi klien dan keluarganya di rumah untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis dan penanganan penyakit, terapi paliatif dan rehabilitasi (Potter & Perry, 2009). Istilah *home care* merupakan segala hal yang mengacu pada semua layanan yang mempromosikan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan fisik, sosial, atau emosional kepada klien dalam settingan rumah.

Pelayanan *home care* dilakukan didalam rumah suatu individu. Untuk kelancaran masa peralihan dari rumah sakit ke rumah, koordinasi *home care* dikomunikasikan pada anggota keluarga dan perawat *home care* (Clinical Nursing Skill). *Home health care* juga merupakan layanan profesional maupun para profesional yang disediakan untuk klien dan

keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pendidikan klien dan keluarga, pencegahan penyakit, diagnosa dan pengobatan penyakit (Potter & Perry, 2005).

2. Pemberi *Home care*

Home care diberikan dengan sistem membentuk suatu tim, dengan berbagai tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk menyediakan layanan *home care* yang komprehensif kepada kliendan keluarga (*Clinical nursing skill*). Organisasi yang memberikan pelayanan asuhan kesehatan dirumah biasanya pelayanan tersebut dalam bentuk keperawatan, bantuan perawatan dirumah, dan terapi-terapi rehabilitasi (Potter & Perry, 2005).

3. Tujuan *Home care*

Pelayanan *home care* menyediakan berbagai jenis pelayanan kesehatan dirumah klien. Tujuan primer dari pelayanan *home care* adalah promosi kesehatan dan edukasi, tetapi saat ini sebagian klien memperoleh pelayanan rumah karena adanya kebutuhan keperawatan atau pelayanan medis. Fokusnya adalah pada kemandirian klien dan keluarganya. Perawat menangani pemulihan dan stabilisasi penyakit di rumah dan mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan gaya hidup, keamanan, lingkungan, dinamika keluarga, dan praktik layanan kesehatan (Potter & Perry, 2009).

4. Standar pelayanan *home care*

Standar keperawatan di negara Indonesia mengacu pada

perawat yang melakukan *home care* dapat mengacu pada standar yang dibuat oleh *The American Nurses Association* (ANA), 1986 dalam Mubarak (2009). Standar tersebut adalah sebagai berikut:

a. Standar 1

Organisasi pelayanan kesehatan dirumah yakni seluruh pemberi pelayanan kesehatan termasuk perawat, dokter, psikoterapis, terapis okupasi, terapis berbicara serta pekerja sosial perlu diorganisasi dan diatur dengan sistem manajemen tertentu.

b. Standar 2

Teori yaitu perawat mengaplikasikan konsep dan teori sebagai dasar pengambilan keputusan dalam tugasnya.

c. Standar 3

Pengumpulan data yaitu perawat secara terus menerus mengumpulkan data dan mencatat data dengan teliti, sistematis, dan komprehensif.

d. Standar 4

Diagnosis yaitu perawat menggunakan data hasil pengkajian untuk menentukan diagnosis keperawatan.

e. Standar 5

Perencanaan yaitu perawat mengembangkan perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan. Rencana perawatan didasarkan pada diagnosis keperawatan dan menggunakan tindakan-tindakan

f. Standar 6

Intervensi yaitu perawat dengan pedoman rencana perawatan yang memberikan intervensi untuk meningkatkan rasa nyaman, memulihkan, memperbaiki dan meningkatkan kesehatan, mencegah komplikasi, serta meningkatkan hasil rehabilitasi.

g. Standar 7

Evaluasi adalah perawat mengevaluasi respon klien dan keluarga terhadap intervensi perawatan secara berkelanjutan untuk menentukan kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meriview data dasar, diagnosis keperawatan dan rencana perawatan.

h. Standar 8

Kesinambungan perawatan yaitu perawat bertanggungjawab terhadap pemberian perawatan yang tepat dan tidak terputus bagi klien, untuk itu digunakan rencana pulang, manajemen kasus, dan koordinasi dengan sumber-sumber dimasyarakat.

i. Standar 9

Kolaborasi interdisiplin yaitu perawat memulai dan mempertahankan hubungan kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan yang tepat dan memastikan bahwa seluruh upaya dapat melingkupi satu sama

j. Standar 10

Pengembangan profesional yakni perawat memiliki tanggungjawab untuk mengembangkan diri secara profesional dan membantu perawat lain mengembangkan sikap profesional.

k. Standar 11

Riset yakni perawat berpartisipasi dalam berbagai riset dan berkontribusi dalam pengembangan profesi dan ilmu dari pelayanan kesehatan di rumah

l. Standar 12

Etik yakni perawat menggunakan standar yang dikembangkan oleh ANA sebagai pedoman bagi pengambilan keputusan dalam praktek keperawatan.

5. Tahapan dalam *home care*

Menurut Smith (1995), aktifitas asuhan keperawatan *home care* terbagi atas beberapa tahap, meliputi:

a. Tahap pengenalan

Pada tahap ini, perawat hendaknya mempersiapkan diri sebelum mengunjungi keluarga dan klien dengan mempelajari dengan seksama data-data klien yang dibawa dari rumah sakit yang merawatnya dulu (*discharge planing*), mempersiapkan kelengkapan peralatan yang perlu dibawa berdasarkan kebutuhan perawatan yang harus dijalani klien. Pada tahap awal pertemuan, perawat harus dapat

memperkenalkan diri dengan jelas kepada klien dan keluarga

menjelaskan tujuan kedatangan dan intervensi yang akan dilakukan pada klien. Sosialisasi dengan klien dan keluarga tentang keadaan umum, lingkungan sosial dan keluarga saat dibutuhkan pada fase ini guna kelancaran proses *home care* yang akan dijalani.

b. Tahap implementasi

Tahap implementasi berupa:

1) Pengkajian.

Pengkajian keperawatan dilakukan sebagai prosedur awal dari implementasi. Pengkajian dilakukan meliputi pengkajian fisik “*head to toe*”, pengkajian sistem tubuh, pengkajian nutrisi, fungsi motorik dan sensorik, psikologis, juga kenyamanan lingkungan klien serta kebutuhan kolaborasi tim medis.

2) Intervensi.

Intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan prosedur keperawatan berdasarkan hasil intervensi dan *discharge planning* yang ada, menetapkan masalah dan menentukan kebutuhan pelayanan keperawatan serta melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan.

3) Pendidikan kesehatan.

Pada bagian ini perawat hendaknya menjelaskan secara singkat dan sederhana baik kepada klien maupun keluarga tentang

prosedur keperawatan yang harus dijalankan misalnya

memberikan obat, membantu memenuhi kebutuhan klien dan pertolongan pertama dalam keadaan darurat.

c. Tahap terminasi

Sebelum mengakhiri kunjungan, perawat berkewajiban mengevaluasi respon klien dan merangkum kegiatan keperawatan bersama klien dan keluarganya serta tidak lupa membuat kontrak kepada klien dengan keluarga untuk kunjungan berikutnya.

d. Tahap aktivitas "*post visit*"

Dalam tahap ini yang harus ada yaitu: 1). Komunikasi. Perlu dilakukan perawat apalagi bila klien memerlukan penanganan tenaga medis maupun non medis lainnya sehingga dengan segera perawat dapat mengkoordinir pelayanan untuk klien tersebut. 2). Dokumentasi. Pendokumentasian dilakukan dengan lengkap, konsisten dan akurat sesuai dengan kenyataan yang ada dilapangan. Pendokumentasian dapat digunakan sebagai bahan laporan atas perkembangan dalam hal – hal yang telah ditempuh klien dari segi hukum, dokumentasi yang dapat melindungi hak-hak klien maupun perawat itu sendiri.

6. Hak-hak pasien dan keluarga penerima pelayanan *home care*

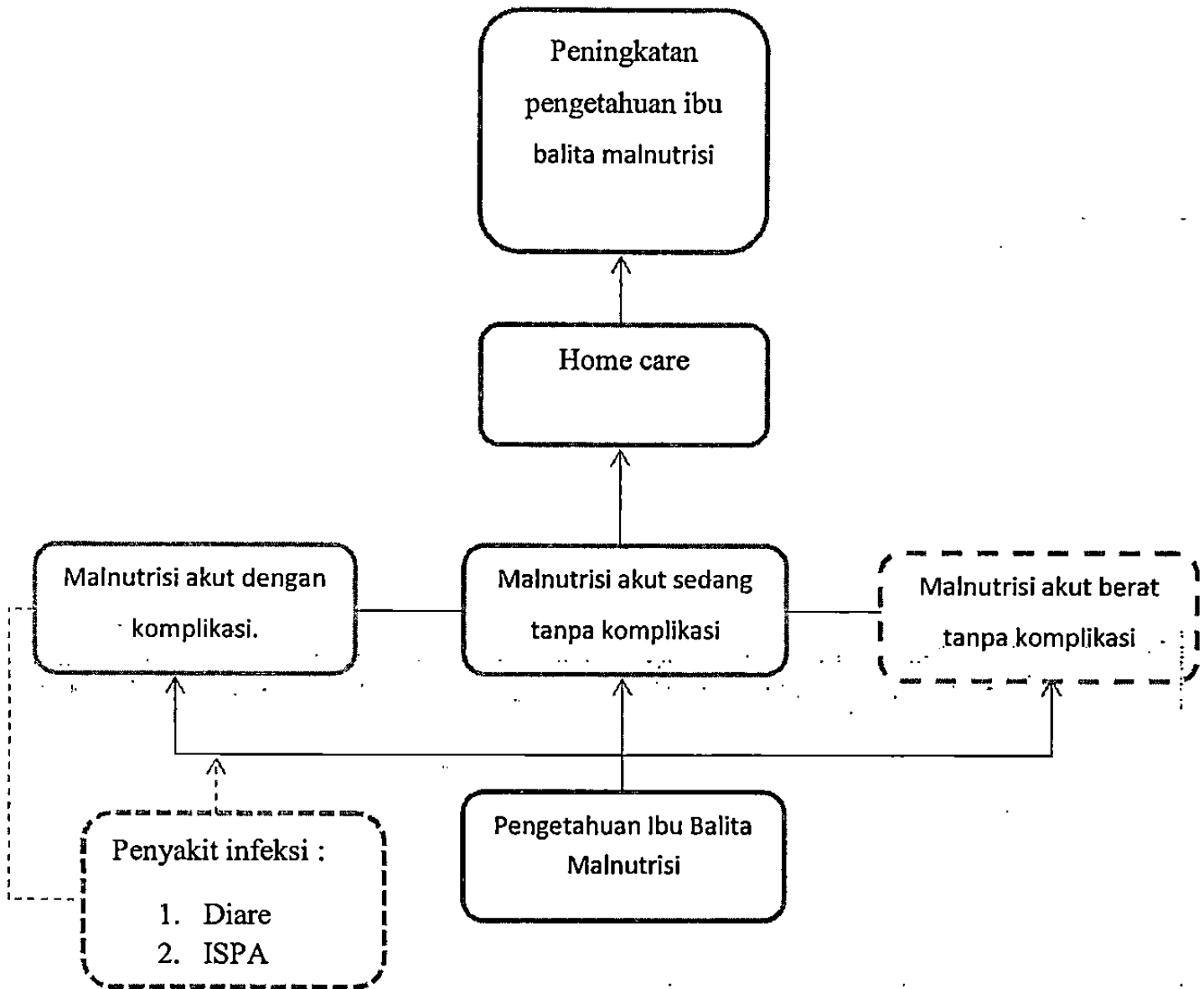
Menurut Smith (1995), hak – hak pasien dan keluarga penerima pelayanan *home care* adalah sebagai berikut : Memperoleh informasi tentang prosedur yang akan dijalani pasien. Pasien maupun keluarga mempunyai hak dalam pengambilan keputusan dalam hal ini klien

berhak untuk diberi penjelasan secara tertulis mengenai peraturan yang harus dijalani, jumlah kunjungan yang akan dilakukan perawat dan kegiatan perawatan yang akan dijalani klien. Pasien maupun keluarga mempunyai hak untuk menolak prosedur keperawatan yang kurang dikehendaki. Klien mempunyai hak privasi untuk dijaga kerahasiaannya baik dari segi pelayanan yang diterima maupun kondisi kesehatannya dari pihak luar. Pasien dan keluarga berhak memperoleh *confirmation* tentang perubahan rencana yang akan dilakukan.

F. Kendala-kendala penanganan gizi buruk

1. Masih tradisionalnya pemikiran masyarakat. Salah satu contohnya yaitu pantangan untuk menggunakan bahan makanan yang sudah turun temurun. Dengan terbtasnya bahan makanan yang dimakan akibat tradisi tadi secara otomatis akan mengurangi asupan makanan yang berakibat terjadinya gizi buruk.
2. Tingkat pendidikan yang rendah dan sulitnya untuk menerapkan informasi yang didapat dalam kehidupan sehari-hari.
3. Rendahnya penghasilan keluarga atau suami sehingga menambah beban dalam menyediakan bahan makanan yang bergizi dan seimbang.
4. Peran pemerintah yang dianggap masih sangat kurang dalam penanganan gizi

G. Kerangka Konsep Penelitian



Skema 1. Kerangka konsep penelitian (Susanti, 2007; Notoadmodjo, 2003)

Keterangan :

Variabel yang diteliti

: _____

A. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah *home care* dapat meningkatkan pengetahuan ibu balita malnutrisi