

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Status Gizi Balita

Masa balita merupakan proses pertumbuhan yang pesat dimana memerlukan perhatian dan kasih sayang dari orang tua dan lingkungannya. Disamping itu balita membutuhkan zat gizi yang seimbang agar status gizinya baik, serta proses pertumbuhan tidak terhambat, karena balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi (Santoso dan Lies, 2004).

Status gizi bisa diartikan suatu keadaan tubuh manusia akibat dari konsumsi suatu makanan dan penggunaan zat-zat gizi dari makanan tersebut yang dibedakan antara status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih (Almatsier, 2002). Status gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan sumber daya manusia dan kualitas hidup. Untuk itu, program perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi konsumsi pangan, agar terjadi perbaikan status gizi masyarakat (Muchtadi, 2002: 95).

Kehandalan balita dari dimensi pertumbuhan dapat ditunjukkan diantaranya adalah status gizi dan kesehatannya. Status gizi merupakan tanda-tanda atau penampilan seseorang akibat keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran zat gizi yang berasal dari pangan yang dikonsumsi (Sunarti, 2004).

Pengukuran status gizi balita dapat dilakukan dengan penilaian status gizi secara langsung dan penilaian tidak langsung. Penilaian status gizi secara

langsung adalah dengan pemeriksaan secara antropometri, biokimia, klinis dan biofisik. Penilaian status gizi secara tidak langsung adalah dengan pemeriksaan survey makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Waryana, 2010).

Pemeriksaan antropometri dilakukan dengan cara mengukur tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas, tebal lemak tubuh. Pengukuran antropometri bertujuan mengetahui status gizi berdasarkan satu ukuran menurut ukuran lainnya, misalnya berat badan dan tinggi badan menurut umur (BB dan TB/U) berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), Lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U), lingkar lengan atas menurut tinggi badan (LLA/TB) (Sibagariang, 2010).

Dari beberapa cara pengukuran status gizi, pengukuran antropometri merupakan cara yang paling sering digunakan karena memiliki beberapa kelebihan yaitu alat mudah diperoleh, pengukuran mudah dilakukan, biaya murah, hasil pengukuran mudah disimpulkan, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan dapat mendeteksi riwayat gizi masa lalu. Penilaian berdasarkan pengukuran indeks massa tubuh (IMT) adalah untuk mengetahui status gizi orang dewasa berusia 18 tahun atau lebih yaitu dengan pengukuran berat dan tinggi badan (Arisman, 2007).

Penilaian status gizi menurut WHO (2005) adalah :

a. Antropometri

1). BB/U (Berat Badan menurut Umur)

Indeks antropometri dengan BB/U mempunyai kelebihan diantaranya lebih mudah dan lebih cepat dimengerti masyarakat umum,

baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis, berat badan dapat berfluktuasi, sangat sensitiveterhadap perubahan kecil dan dapat mendeteksi kegemukan. Untuk pengkategorian status gizi berdasarkan BB/U dapat dilihat di bawah ini.

1. Gizi Normal : jika skor simpangan baku $-2,0 \leq Z < +1$
2. Gizi Kurang : jika skor simpangan baku $-3,0 \leq Z < -2,0$
3. Gizi Sangat Kurang : jika nilai Z-Skor $< -3,0$

2). TB/U (Tinggi Badan menurut Umur)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Keuntungan indeks TB/U diantaranya adalah baik untuk menilai status gizi masa lampau, pengukur panjang badan dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Untuk pengkategorian status gizi berdasarkan TB/U dapat dilihat di bawah ini.

1. Tinggi : jika skor simpangan baku $> 3,0$ SD
2. Normal : jika skor simpangan baku $-2,0 \leq Z \leq 3,0$
3. Pendek : jika skor simpangan baku $-3,0 \leq Z < -2,0$
4. Sangat pendek : jika nilai Z-Skor $< -3,0$ SD

3). BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan)

Dalam keadaan normal berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu, keuntungan dari indeks BB/TB adalah tidak memerlukan data umur dan dapat membedakan

proporsi badan (gemuk, normal dan kurus). Untuk pengkategorian status gizi berdasarkan BB/TB dapat dilihat di bawah ini.

1. Sangat Gemuk : jika skor simpangan baku $> 3,0$ SD
2. Gemuk : jika skor simpangan baku $2,0 < Z \leq 3,0$
3. Risiko Gemuk : jika skor simpangan baku $1,0 \leq Z < 2,0$
4. Normal : jika skor simpangan baku $-2,0 \leq Z < 1,0$
5. Kurus : jika skor simpangan baku $-3,0 \leq Z < -2,0$
6. Sangat Kurus : jika nilai Z-Skor $< -3,0$ SD

b. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang didasarkan atas 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 (Depkes RI, 2005)

c. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium 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. Digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi (Depkes RI, 2005).

d. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan (Depkes RI, 2005).

2. Malnutrisi

a. Definisi

Pengertian Gizi buruk (*severe malnutrition*) menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2008) adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran, gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun.

Anak balita (bawah lima tahun) sehat atau kurang gizi dapat diketahui dari penambahan berat badannya tiap bulan sampai usia minimal 2 tahun (baduta). Apabila penambahan berat badan sesuai dengan penambahan 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, J, 2006).

Anak yang mengalami gizi buruk disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut penyebab langsung yaitu tidak mendapat makanan bergizi seimbang pada usia balita dan penyakit infeksi dan penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan lingkungan (Dinkes Propsi, 2006).

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 ditampakan oleh membusungnya perut (busung lapar). Gizi buruk adalah suatu kondisi di mana seseorang dinyatakan kekurangan zat gizi, atau dengan ungkapan lain status gizinya berada di bawah standar rata-rata. Zat gizi yang dimaksud bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori.

b. Klasifikasi

Malnutrisi memiliki dua klasifikasi yaitu malnutrisi energy dan protein disebabkan oleh defisiensi dari sebagian atau semua zat gizi dan malnutrisi defisiensi mikronutrien yang di sebabkan karena defisiensi zat gizi mikro. Terdapat tiga klasifikasi malnutrisi energi protein (*London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009*) yaitu:

- 1). Malnutrisi akut adalah kondisi tidak memadai zat gizi sehingga terjadi kehilangan berat badan ke arah normal seperti anak akan terlihat kurus.
- 2). Malnutrisi kronik adalah kekurangan nutrisi dalam jangka waktu lama sehingga menyebabkan kegagalan pertumbuhan secara linier dan anak akan terlihat pendek.
- 3). Malnutrisi akut dan kronik adalah kombinasi antara keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek.

Sedangkan menurut Pudjiadi (2005), klasifikasi malnutrisi terdiri dari:

- 1). Kurang energi protein ringan, terdapat pertumbuhan yang kurang, sedangkan kelainan biokimiawi dan gejala klinis tidak di temukan.
- 2). Kurang energy protein berat, terdapat gangguan pertumbuhan, kelainan biokimiawi, dengan gejala klinis sebagai berikut:

a). *Kwashiorkor*

Edema, umumnya seluruh tubuh terutama pada punggung dan kaki, wajah bulat, sembab, pandangan mata sayu, *apatis*, rewel, sering di sertai penyakit infeksi (*acute*), anemia dan diare, berat badan >60% dari berat badan normal.

b). *Maramus*

Tidak ada *edema*, berat badan <60% dari berat badan normal, tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng, kulit keriput, perut cekung, jaringan lemak sub kutis sangat sedikit samapai tidak ada (pada daerah pantat tampak sepperti memakai celaana longgar "*baggy pants*"), sering di sertai penyakit infeksi (kronis berulang) dan diare.

c). *Maramus kwashiorkor*

Gambaran klinis merupakan campuran dari beberapa gejala klinis *maramus* dan *kwashiorkor*, misalnya: berat badan <60% dari berat badan normal, ada *edema*.

c. Faktor penyebab gizi buruk

masalah gizi kurang pada anak balita, bukanlah sesuatu yang berdiri sendiri namun disebabkan oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang dapat di kelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung (soekirman, 2008).

Penyebab langsung kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi, menderita penyakit infeksi, cacat bawaan dan menderita penyakit kanker. Anak yang mendapat makanan cukup baik tetapi sering diserang atau demam akhirnya menderita kurang gizi (Dinkes SU, 2006).

Penyebab tidak langsung adalah ketersediaan Pangan rumah tangga, perilaku, pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Oleh karena itu untuk mengatasi gizi buruk dibutuhkan kerjasama lintas sektor. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik maupun gizinya (Dinkes SU, 2006).

Secara garis besar gizi buruk disebabkan oleh karena asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit, atau terkena infeksi.

Asupan makanan yang kurang disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain tidak tersedianya makanan secara adekuat, anak tidak cukup salah mendapat makanan bergizi seimbang, dan pola makan yang salah. 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 (Nency, 2005).

d. Dampak gizi buruk

Dampak kekurangan gizi adalah akibat negative dari kekurangan gizi terhadap kesejahteraan perorangan, keluarga dan masyarakat sehingga dapat merugikan pembangunan nasional suatu bangsa (Soekirman, 2000). Gizi kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan perkembangan fisik maupun mental, mengurangi tingkat kecerdasan, kreatifitas dan produktifitas penduduk (Depkes, 2005).

Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan sistem, karena kondisi gizi buruk ini sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro atau makro nutrient lain yang sangat diperlukan bagi tubuh (Macallan, 2009). Gizi buruk akan memporak porandakan sistem pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme maupun mempertahankan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi.

Beberapa penelitian menjelaskan, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi apatis,

mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang dari gizi buruk adalah penurunan skor tes IQ, penurunan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi anak (Jalal, 2009; Bhoomika, 2008; Nancy, 2005).

e. Upaya penanggulangan gizi buruk

Intervensi yang telah dilakukan dalam mengatasi gizi kurang adalah dengan menggiatkan pemantauan pertumbuhan anak di posyandu, pemberian makanan suplemen (Makanan pendamping ASI, Vitamin A dan tablet zat besi), pendidikan dan konseling gizi, pendampingan keluarga dan promosi keluarga sadar gizi serta Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) atau *local area monitoring* melalui uskesmas dan posyandu (Hardiansyah, 2008).

Intervensi keperawatan komunitas pada populasi balita gizi kurang dapat dilakukan dengan tiga tingkat pencegahan masalah yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Menurut Stanhope dan Lancaster (2003), pencegahan primer adalah suatu upaya untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah munculnya penyakit. Pencegahan sekunder dapat berupa deteksi dini keadaan kesehatan masyarakat dan pelaksanaan yang tepat untuk mengatasi masalah. Sedangkan pencegahan tersier adalah upaya untuk mengembalikan kemampuan individu agar dapat berfungsi secara optimal.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang pada balita pada level pencegahan primer adalah dengan cara memberikan edukasi pada orang tua tentang nutrisi anak, melakukan kunjungan rumah, dan membantu keluarga dalam penyediaan makanan. Sedangkan pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan skrining atau deteksi dini status gizi balita dan pemantauan status gizi. Intervensi pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara upaya rujukan balita yang sudah mengalami gizi buruk serta rehabilitasi gizi buruk setelah di rawat di rumah sakit (Huriah, 2007).

3. Home Care

a. Definisi

Home care adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis & Mc. Ewen, 2007) untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis, terapi paliatif, dan rehabilitasi (Potter & Perry, 2009). *Home care* modern merupakan dasar dari pelayanan keperawatan komunitas, yang memberikan pelayanan yang komprehensif baik pada individu yang sakit maupun yang sehat di rumah (Shannon, 2010).

Home care pada anak di definisikan sebagai suatu pelayanan pada anak dan keluarganya yang mempunyai kebutuhan yang sederhana maupun kompleks akan perawatan kesehatan dengan tujuan meningkatkan,

mencegah, atau mengembalikan fungsi kesehatan pada tingkat kemandirian yang maksimal dengan meminimalkan dampak ketidakmampuan dan penyakit termasuk penyakit terminal (Hockenberry,2007).

b. Tujuan home care

Tujuan utama home care adalah untuk mencegah terjadinya suatu penyakit dan meningkatkan kesehatan klien (Stanhope, 2004; Clark, 2003) melalui promosi kesehatan dan edukasi yang berfokus pada kemandirian klien dan keluarganya (Potter & Perry, 2009).

Nuryandari (2004), menyebutkan bahwa tujuan umum dari *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal selama mungkin yang dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan. Tujuan khusus dari home care adalah meningkatkan upaya promosi, preventif, kuratif dan rehabilitative, mengurangi frekuensi hospitalisasi, meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga dan pemikiran.

c. Manfaat *home care*

Berbagai keuntungan dari pelayanan *home care* bagi klien menurut Setyawati (2004) antara lain:

- 1) Pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif.
- 2) Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan.

- 3) Kebutuhan klien akan dapat terpenuhi sehingga klien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang professional.

Bentuk pelayanan dalam program *home care* (Potter & Perry, 2009) yaitu:

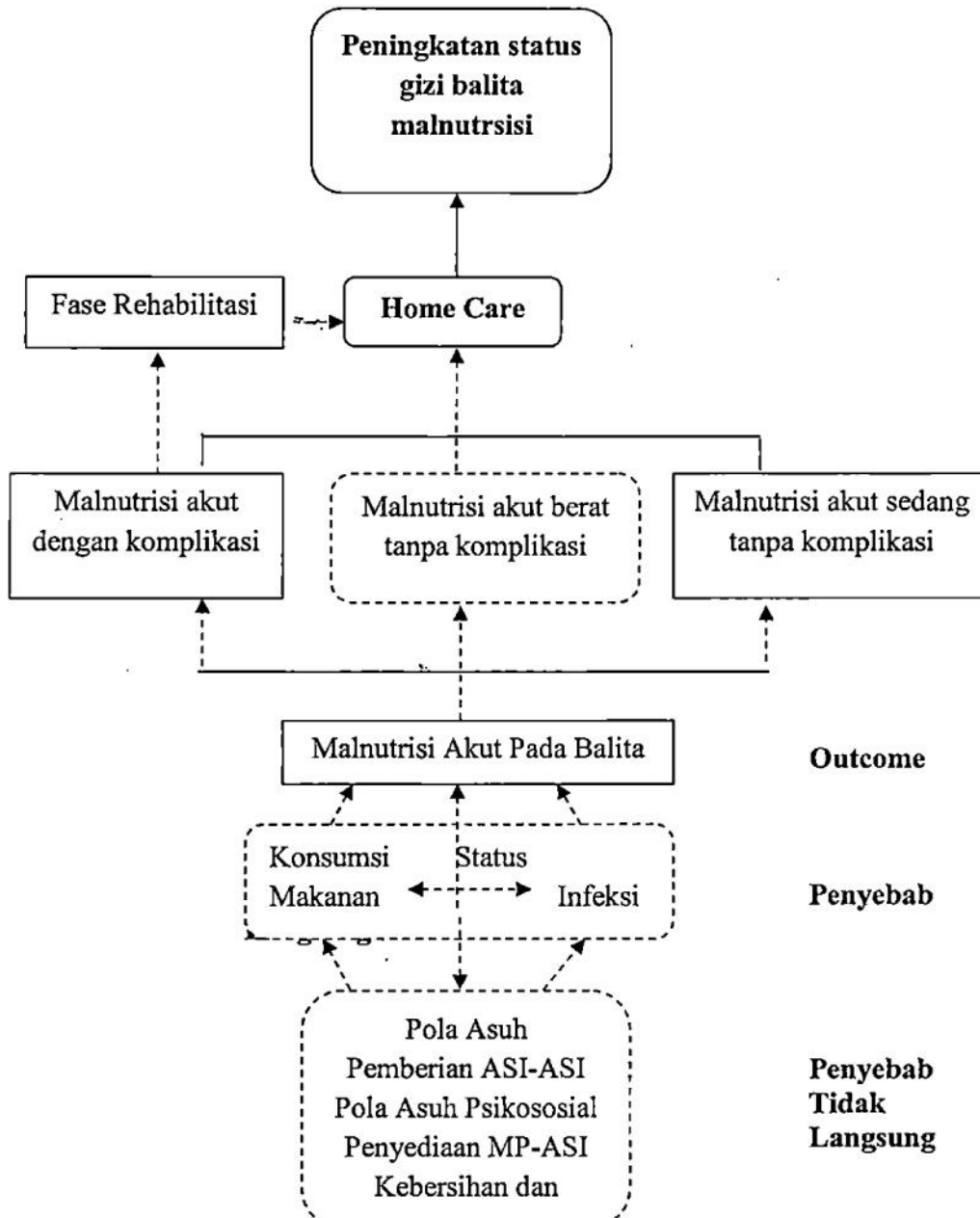
- 1) Perawatan luka (penggantian perban steril, debridemen, irigasi, dan instruksi teknik perawatan luka kepada klien dan keluarga).
- 2) Tanda vital (memonitor tekanan darah dan instruksi pengukuran tandavital kepada klien dan keluarga).
- 3) Nutrisi (penilaian status gizi dan hidrasi).
- 4) Rehabilitasi (pelatihan rawat jalan, penggunaan alat bantu, instruksi teknik transfer terhadap klien dan keluarga).
- 5) Pengobatan (memonitor kepatuhan, melakukan injeksi, instruksi informasi obat terhadap klien dan keluarga, mempersiapkan obat, dan langkah yang di ambil jika ada efek samping).
- 6) Terapi intravena (penggunaan produk darah, analgesik, dan agen kemoterapi, serta hidrasi jangka panjang, instruksi penggunaan alat intravena kepada klien dan keluarga).

d. Pemberi pelayanan *home care*

Menurut Allender (1997) pemberi pelayanan dalam *home health care* meliputi:

- 1) Pelayanan keperawatan dapat diberikan oleh *registered nurse*, perawat vokasional, pembantu dalam *home health* yang disupervisi oleh perawat.
- 2) Supplemental therapiest meliputi terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasional, dan terapi rekreasi.
- 3) Pelayanan pekerja sosial.
- 4) Menurut Stackhouse (1998) pada saat *home care* balita malnutrisi, keluarga adalah partner di setiap tahapan proses keperawatan, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, intervensi, implementasi dan evaluasi

B. Kerangka Konsep



Skema 1. Kerangka konsep penelitian (UNICEF, 1990, WHO, 1998)

Keterangan :

Variabel yang diteliti : _____

Variabel yang tidak diteliti : - - - - -

C. Hipotesis

Home Care dapat meningkatkan status gizi balita malnutrisi.