

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Perkembangan Balita

Balita adalah anak usia 0-5 tahun (0 bulan-60 bulan). Perubahan fisik dan fisiologik pada usia 1-5 tahun berkembang lebih lambat dari pada satu tahun pertama kehidupan (Murphy, dalam Burns, *et al*, 2004 ; Hockenberry, 2007; FKUI, 2000). Pada anak dengan status gizi yang baik maka pertumbuhannya pun akan berjalan dengan normal. Hal ini terlihat pada perubahan proporsi tubuh, dimana peningkatan berat badan rata-rata pada usia balita adalah 1,8-2,7 kg setiap tahun (Hockenberry, 2007).

Kriteria balita dalam Depkes RI (1995) adalah anak pada usia antara 13 bulan hingga 60 bulan. Pada usia balita merupakan periode penting dalam perkembangan balita. Anak usia 0-12 bulan di kategorikan masih bayi. Kurangnya gizi serius pada balita dapat mengakibatkan terhambatnya perkembangan balita.

Menurut Depkes RI (2009) perkembangan adalah meningkatnya kemampuan manusia dari segi fungsi gerakan otot, kecerdasan, perasaan dan pergaulan sejak dari janin dalam kandungan sampai mati. Perkembangan anak balita adalah meningkatnya kemampuan anak balita dari segi fungsi gerakan otot, kecerdasan, perasaan dan pergaulan sejak dari janin sampai usia 5 tahun.

Perkembangan adalah perubahan tingkah laku dan kebiasaan yang terjadi selama hidup dalam diri seseorang dari yang rendah sampai ke tahap tinggi melalui proses pertumbuhan, pembelajaran, peningkatan kompetensi serta kemampuan beradaptasi (Hockenberry, *et al.*, 2008).

Menurut Soetjningsih, *et al.* (2002) perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, bicara dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

Kedua pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perkembangan adalah bertambahnya kemampuan fungsi tubuh yang dapat dilihat dari berbagai aspek perkembangan seperti motorik, verbal, dan sosial sebagai akibat dari interaksi dengan lingkungan sekitar serta hasil dari proses pertumbuhan.

Perkembangan berkaitan dengan perubahan kualitatif dan kuantitatif yang perubahannya terarah dan teratur sehingga menunjukkan adanya hubungan nyata antara perubahan yang terjadi dalam diri anak tersebut, ini akan mempengaruhi anak dengan bertambahnya usia mereka (Hurlock, 2000). Perkembangan anak menggambarkan peningkatan kematangan fungsi individu, dan merupakan indikator penting dalam menilai kualitas hidup anak. Oleh karena itu perkembangan anak harus dipantau secara berkala (Pusponegoro, *et al.*, 2005).

a. Aspek Perkembangan Balita

Frakenburg, *et al.*, (1981) dalam Soetjiningsih, *et al.* (2002) melalui DDST (*denver development screening test*) mengemukakan 4 parameter perkembangan yang dipakai dalam menilai perkembangan anak yaitu :

1) *Personal Social* (kepribadian/tingkah laku sosial)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. Saat anak semakin mampu dalam melakukan gerakan motorik seperti berdiri, berjalan dan berbicara, anak terdorong untuk melakukan sendiri berbagai hal yang berkaitan dengan kebutuhannya dan terdorong untuk bergaul dengan orang lain selain anggota keluarganya.

Kemampuan dalam pergaulan, berkawan, disiplin, mengenal sopan santun dan kemampuan yang mandiri, misalnya : makan dan minum sendiri tanpa banyak tumpah, dan sebagainya ini akan semakin meningkat sesuai dengan bertambahnya usia.

2) Gerak Motorik Halus (*fine motor adaptive*)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat serta tidak memerlukan banyak tenaga misalnya main puzzle, menempel, meremas – remas kertas, menggambar, menggunting, menulis, memasang tali sepatu, dan lain – lain. Gerak halus juga

merupakan bentuk keterampilan motorik anak yang sangat berpengaruh pada perkembangan pribadi secara keseluruhan.

3) Bahasa (*language*)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

Komunikasi pasif adalah kemampuan untuk memahami isyarat dan pembicaraan orang lain. Contoh : menengok kearah sumber suara, mengerti kalimat sederhana, senang mendengar cerita dan dapat melaksanakan perintah.

Komunikasi aktif adalah kemampuan menyatakan perasaan, keinginan dan pikiran, baik melalui tangisan, gerakan tubuh atau isyarat maupun kata – kata. Contoh : mengucapkan kata – kata yang mempunyai arti, menyebut nama, mulai menyusun kalimat, bertanya dan sebagainya.

4) Perkembangan Motorik Kasar (*gross motor*)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan sebagian besar bagian tubuh karena dilakukan oleh otot-otot yang lebih besar sehingga memerlukan cukup tenaga misalnya berlari dan berjalan. Gerakan kasar merupakan salah satu dari keterampilan motorik anak yang kemampuannya diperoleh melalui interaksi antara faktor kematangan (*maturation*) dan latihan (*exercise*) selama kehidupan yang dapat dilihat melalui pergerakan yang dilakukan. Contoh : awalnya bayi hanya bisa terlentang, setelah melalui beberapa proses dan tahapan akhirnya dapat mengangkat kepala dan duduk.

b. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Balita

Secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh terhadap perkembangan balita, yaitu faktor genetik merupakan dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Faktor ini juga merupakan faktor bawaan anak, yaitu potensi anak yang menjadi ciri khasnya. Melalui genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang.

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan merupakan lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai meninggal. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi faktor yang mempengaruhi anak pada waktu masih di dalam kandungan (faktor pranatal) dan faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor postnatal).

c. Tahap – Tahap Perkembangan Balita

Bagian psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia bersama Unit Kerja Pediatric Sosial Ikatan Dokter Anak Indonesia menyusun skema praktis perkembangan mental anak balita termasuk didalamnya gerakan-

gerakan kasar dan halus, emosi, sosial, perilaku dan bicara yang disebut Skala Yaumil-Mimi. (Soetjiningsih, 1995). Berikut penjelasannya :

- 1) Dari lahir sampai 3 bulan : belajar mengangkat kepala, belajar mengikuti obyek dengan matanya, melihat kemuka orang dengan tersenyum, bereaksi terhadap suara/bunyi, mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, dan kontak. menahan barang yang dipegangnya dan mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh.
- 2) Dari 3 sampai 6 bulan : mengangkat kepala 90 derajat dan mengangkat dada dengan bertopang tangan, mulai belajar meraih benda-benda yang ada dalam jangkauannya atau diluar jangkauannya, menaruh benda-benda di mulutnya, berusaha memperluas lapangan pandangan, tertawa dan menjerit karena gembira bila diajak bermain, mulai berusaha mencari benda-benda yang hilang
- 3) Dari 6-9 bulan : dapat duduk tanpa dibantu, dapat tengkurep iian berbalik sendiri, dapat merangkak meraih benda atau mendekati seseorang, memindahkan benda dari satu tangan ke tangan yang lain, memegang benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk, bergembira dengan melempar benda-benda, mengeluarkan kata-kata yang tanpa arti, mengenal muka anggota-anggota keluarga dan takut kepada orang asing/lain dan mulai berpartisipasi dalam permainan tepuk tangan, dan sembunyi-sembunyian
- 4) Dari 9-12 bulan : dapat berdiri sendiri tanpa dibantu, dapat berjalan dengan dituntun menirukan suara, mengulang bunyi yang didengarnya,

belajar menyatakan satu atau dua kata mengerti perintah sederhana atau larangan, memperlihatkan minat yang besar dalam mengeksplorasi sekitarnya, ingin menyentuh apa saja dan memasukkan benda-benda ke mulutnya dan berpartisipasi dalam permainan

- 5) Dari 18-24 bulan : naik turun tangga, menyusun 6 kotak menunjuk mata dan hidungnya menyusun dua kata, belajar makan sendiri, menggambar garis di kertas atau pasir, mulai belajar mengontrol buang air besar dan buang air kecil/kencing, menaruh minat kepada apa yang dikerjakan oleh orang-orang yang lebih besar dan memperlihatkan minat kepada anak lain dan bermain-main dengan mereka
- 6) Dari 2 sampai 3 tahun : belajar meloncat, memanjat, melompat dengan satu kaki, jembatan dengan 3 kotak, mampu menyusun kalimat , mempergunakan kata-kata saya, bertanya, mengerti kata-kata yang ditujukan kepadanya, menggambar lingkaran, bermain bersama dengan anak lain dan menyadari adanya lingkungan lain di luar keluarganya, berjalan dan mengeksplorasi rumah serta sekeliling rumah, menyusun 2 atau 3 kotak, dapat mengatakan 5-10 kata dan memperlihatkan rasa cemburu dan rasa bersaing
- 7) Dari 3 sampai 4 tahun : berjalan-jalan sendiri mengunjungi tetangga berjalan pada jari kaki, belajar berpakaian dan membuka pakaian sendiri menggambar garis silang, menggambar orang hanya kepala dan badan mengenal 2 atau 3 warna, bicara dengan baik, menyebut namanya, jenis kelamin dan umurnya banyak bertanya, bertanya bagaimana anak

dilahirkan, mengenal sisi atas, sisi bawah, sisi muka, sisi belakang mendengarkan cerita-cerita, bermain dengan anak lain, menunjukkan rasa sayang kepada saudara-saudaranya dan dapat melaksanakan tugas-tugas sederhana

- 8) Dari 4 sampai 5 tahun : melompat dan menari, menggambar orang terdiri dari kepala, lengan, badan, menggambar segi empat dan segi tiga, pandai bicara, dapat menghitung jari-jarinya, dapat menyebut hari-hari dalam seminggu, mendengar dan mengulang hal-hal penting dan cerita, minat kepada kata baru dan artinya memprotes bila dilarang apa yang diinginkannya, mengenal 4 warna, memperkirakan bentuk dan besarnya benda, membedakan besar dan kecil dan menaruh minat kepada aktivitas orang dewasa

d. Pengukuran Perkembangan Balita

Ada beberapa jenis tes perkembangan yang sering digunakan yaitu Tes Intelegensi Stanford-Binet (*The Stanford-Binet Test*), Skala Intelegensi Wechsler untuk anak prasekolah dan sekolah, skala perkembangan menurut Gesell (*Gesell Infant Scale*), Skala Bayley (*Bayley Infant Scale of Development*), tes skrining perkembangan menurut Denver (*Denver Development Screening Test/DDST*) dan Kuisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

Kuisioner pra skrining perkembangan (KPSP) ini berisi 9-10 pertanyaan yang ditujukan kepada tenaga medis atau orang tua/pengasuh. Menurut

2. Malnutrisi

Malnutrisi merupakan penyebab utama kematian pada anak balita (Prudhon *et al.*, 2006; Briend *et al.*, 2006; dan Ashworth, 2006; Myatt *et al.*, 2006; Gatchell *et al.*, 2006; Tanner&Collins, 2004). Malnutrisi akut yang parah didefinisikan dengan indeks BB/TB atau BB/PB yang sangat rendah (dibawah - 3 *z score of the median WHO growth standards*) atau oleh adanya edema (Myatt *et al.*, 2006). Pada anak usia 6-59bulan, lingkaran lengan atas kurang dari 115 mm juga menunjukkan keadaan malnutrisi akut.

Istilah malnutrisi merujuk kepada dua kondisi yaitu kelebihan (*over-nutrition*) dan kekurangan nutrisi (*under-nutrition*). Kekurangan nutrisi merupakan kondisi kekurangan energi dan atau zat gizi sedangkan kelebihan nutrisi merupakan suatu kondisi dimana zat gizi berlebih seperti kondisi obesitas (Saunders, 2010; RCN, 2006).

Tabel 1. Kriteria diagnostik malnutrisi akut berat pada anak usia 6-60 bulan(WHO, 2009)

Indikator	Pengukuran	Cut-off
<i>Severe wasting</i>	BB/TB atau BB/PB	< - 3 SD
<i>Severe wasting</i>	LiLA	< 115 mm
Edema bilateral	Tanda Klinis	

Dua klasifikasi dari malnutrisi adalah malnutrisi energi dan protein yang disebabkan oleh defisiensi dari sebagian atau semua zat gizi, dan malnutrisi defisiensi mikronutrien yang disebabkan karena defisiensi zat gizi mikro. Terdapat tiga klasifikasi malnutrisi energi protein yaitu malnutrisi akut, malnutrisi kronik dan malnutrisi akut dan kronik. Malnutrisi akut adalah kondisi tidak memadainya zat gizi sehingga terjadi kehilangan berat badan

dengan cepat atau kegagalan bertambahnya berat badan ke arah 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. Sedangkan tipe yang ketiga adalah kombinasi dari keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek (*London School of Hygiene and Tropical Medicine, 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 menyusui 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 sanitasi yang merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung.

Faktor penyebab tidak langsung, selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan cuci 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; Goudet *et al.*, 2011; Svedberg, 2011).

Penyebab tidak langsung yang lain yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku, pelayanan kesehatan (Correa *et al.*, 2009; Goudet *et al.*, 2011). Faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah stigma masyarakat, sosial budaya, kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja sebagai dampak urbanisasi (Kingori *et al.*, 2010; Firestone, 2011).

Berdasarkan pedoman penatalaksanaan balita malnutrisi dari WHO (1999), maka balita yang dapat dirawat di rumah adalah balita yang sudah memasuki fase rehabilitasi. Prinsip manajemen pada fase rehabilitasi adalah untuk mendorong anak makan sebanyak mungkin, memulai kembali dan atau mendorong pemberian ASI, menstimulasi perkembangan fisik dan emosional

anak dan mempersiapkan ibu untuk merawat anaknya di rumah.

Kriteria anak yang dapat dilakukan perawatan di rumah adalah nafsu makan sudah baik, kondisi emosi sudah membaik (senyum, merespon rangsangan, tertarik dengan kondisi lingkungan), beraktivitas sesuai usianya, suhu normal, tidak ada muntah maupun diare, tidak ada edema, peningkatan berat badan > 5gram/kg BB per hari. Beberapa pendekatan penanganan balita malnutrisi berbasis komunitas adalah Program puskesmas yang berbasis komunitas, Rumah Pemulihan Gizi atau *Community Feeding Center* (CFC) dan *community care*.

Program *Community-based Treatment*, saat ini telah menjadi suatu pilihan untuk meningkatkan kesehatan balita. Perkembangan teknologi telah memberikan dampak yang besar pada bervariasinya kebutuhan kesehatan anak (Hockenberry, 2007). Hal yang penting adalah pada saat kelompok swabantu, keluarga dapat berkontribusi maksimal saat memberikan perawatan pada anak (Therry, 2005).

3. Kelompok Swabantu

Terapi kelompok adalah terapi yang dilakukan pada beberapa individu yang mempunyai masalah dan tujuan yang sama, tergabung dalam suatu kelompok dengan saling memberikan dukungan, dan berbagai pengalaman untuk membantu menyelesaikan masalah yang mereka alami (Stuart & Laraia, 1998). Terapi kelompok ini biasanya dilakukan pada kasus-kasus yang membutuhkan dukungan dari orang lain. Diharapkan melalui terapi kelompok

ini, dukungan untuk merubah perilaku adaptif menjadi maladaptif menjadi adaptif akan mudah diperoleh klien. Salah satu contoh terapi kelompok adalah *Self Help Group* atau kelompok swabantu.

Self Help Group ini merupakan suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi, terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki masalah serupa untuk saling berbagi pengalaman dan cara mengatasi masalah yang dihadapinya. Anggota kelompok ini berpegangan pada pandangan bahwa orang-orang yang mengalami masalah dapat saling bantu membantu satu sama lain dengan empati yang lebih besar dan lebih membuka diri (Keliat, *et al.*,2008).

Terapi kelompok swabantu yang dikemukakan oleh Townsend merupakan suatu terapi dimana setiap anggota saling berbagi pengalaman tentang kesulitan dan cara mengatasinya, hal ini dikarenakan untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada individu bahwa mereka tidak sendiri dan banyak dari mereka yang bertahan dengan kondisi seperti ini (Townsend,2005).

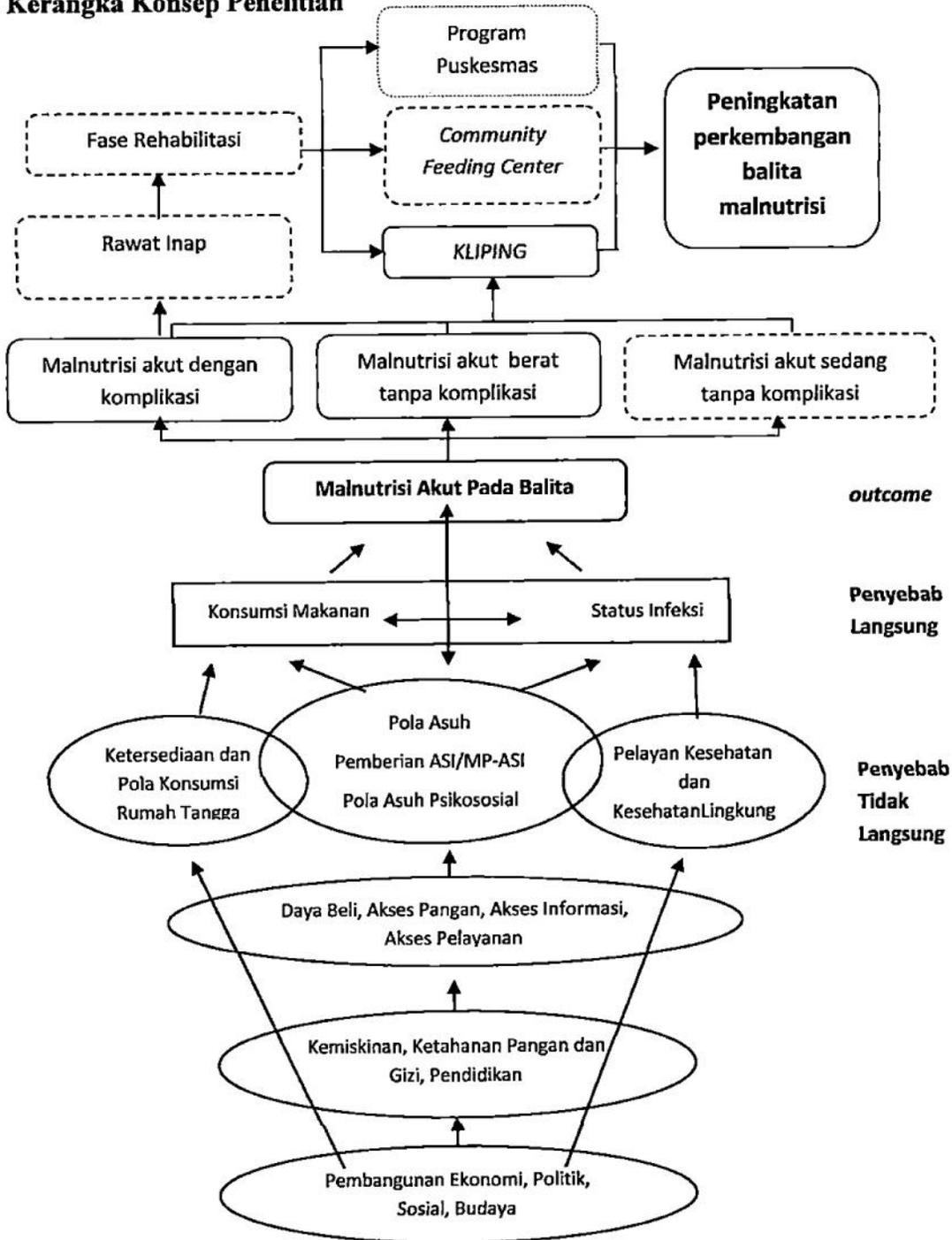
Kelompok swabantu keluarga dilakukan oleh kelompok secara mandiri oleh kelompok yang awalnya difasilitasi oleh tenaga kesehatan dengan tujuan untuk membantu klien menyelesaikan masalah yang dihadapinya melalui proses pembelajaran dan pengalaman orang lain dan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif.

Kelompok yang terdiri dari orang-orang yang memiliki masalah yang sama ini dapat memungkinkan setiap anggotanya untuk dapat

mengungkapkan perasaannya, ketakutan-ketakutannya, dan menceritakan semua masalahnya sehingga anggota lainnya bisa mencari solusi atau cara untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya (Ahmadi,2007).

Kelompok swabantu (SHG) memiliki kualitas yang lebih positif karena kelompok ini berkaitan dengan hubungan sosial (bersahabat atau ramah, tidak menyenangkan atau menyenangkan). Tercapainya tujuan yang diinginkan dalam *Self Help Group* (SHG) ditentukan oleh dinamika kelompok itu sendiri. Keberhasilan dari kelompok swabantu ini dapat dilihat dari tercapainya tujuan yang diharapkan dari kelompok, yang salah satunya misalnya menurunkan gejala (Chamberlin & Rogers, 1990).

B. Kerangka Konsep Penelitian



Skema 1. Kerangka Konsep penelitian diadopsi dari conceptual framework for malnutrition UNICEF, 1990, WHO, 1998, RAPGN 2011-2015, *The Lancet* 362 (2003) : 249 dalam Tanner, Caroline, Steve (2004)

Keterangan :

Variabel yang tidak diteliti

Variabel yang diteliti

C. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori, maka hipotesis pada penelitian ini

adalah :

1. Terdapat peningkatan nilai normalperkembangan balita malnutrisi setelah diberikan intervensi KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 3 bulan.
2. Terdapat perbedaan peningkatan nilai normalperkembanganbalita malnutrisi setelah diberikan intervensi KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 3 bulan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.