

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Hambatan

Hambatan atau yang memiliki sinonim halangan adalah hal yang menjadi sebab tidak terlaksananya suatu rencana (maksud, keinginan) atau terhentinya suatu pekerjaan (Kamus bahasa Indonesia). Ada pun faktor-faktor penghambat dalam pelaksanaan *home care*, sebagai berikut (Patmiati, 2011) :

- a. Sarana dan prasarana yang dimiliki kurang memadai, misalnya : alat transportasi, sehingga dalam pelaksanaannya kurang lancar dan jangkauan pelayanan terbatas.
- b. Kualitas sumber daya manusia (SDM) yang ada belum semuanya memiliki kemampuan secara baik/tidak kompeten dalam melaksanakan *home care*. Di samping itu juga, kemampuan mengidentifikasi dan menganalisis masalah masih sangat kurang, sehingga permasalahan yang dihadapi belum semuanya dapat terungkap.
- c. Keluarga masih banyak yang belum memahami kegiatan *home care service*, dan semua permasalahan diserahkan kepada petugas tanpa pendampingan dari keluarga, sehingga komunikasi antara petugas dengan keluarga kurang maksimal.

- d. Adanya rasa kurang atau belum percayanya masyarakat atau keluarga terhadap pelayanan *home care*.
- e. Terbatasnya tenaga kesehatan
- f. Adanya panggilan kunjungan yang tidak diperlukan, hal ini akan membuang waktu, tenaga dan biaya.
- g. Hambatan yang datang dari pasien dan keluarga
- h. Ketergantungan penderita dan atau keluarga
- i. Untuk kolaborasi dengan tim profesional lain membutuhkan waktu yang cukup lama
- j. Letak geografis yang jauh dapat mempengaruhi efektivitas pelayanan dan biaya yang diperlukan

2. *Home Care*

a. Definisi

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).

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). *Home care* modern merupakan dasar dari pelayanan keperawatan komunitas, yang memberikan pelayanan komprehensif baik pada individu yang sakit maupun yang sehat di rumah (Shannon, 2010).

b. 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 (Potter & Perry, 2009).

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.

d. Pemberi Pelayanan *Home Care*

Menurut Allender (1997) pemberi pelayanan dalam *home 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.

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.

e. Standar Pelayanan *Home Care*

Standar keperawatan di negara Indonesia mengacu pada pelaksanaan proses keperawatan, dimana standar keperawatan bagi 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:

1) 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.

2) Standar 2

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

3) Standar 3

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

4) Standar 4

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

5) Standar 5

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

6) 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.

7) 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.

8) Standar 8

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

9) Standar 9

Kolaborasi interdisiplin yaitu perawat memulai dan mempertahankan hubungan kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan yang tepat dan menjamin bahwa seluruh upaya dapat melengkapi satu sama lainnya secara efektif.

10) Standar 10

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

11) Standar 11

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

12) Standar 12

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

f. Tahap Dalam *Home Care*

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

- 1). Tahap perkenalan: 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.

2). Tahap implementasi

a. 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.

b. 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.

c. Pendidikan kesehatan

Di bagian ini perawat hendaknya menjelaskan secara singkat dan sederhana baik kepada klien maupun keluarga tentang prosedur – prosedur khusus yang harus dijalankan, misalnya :

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

3). 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.

4). Tahap aktivitas "*post visit*"

a. Komunikasi

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.

b. 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.

g. Bentuk Pelayanan *Home Care*

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 tanda vital 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).

3. Balita

a. Definisi

Balita adalah tahap kehidupan dari usia 1 sampai 3 tahun. masa ini disebut juga dengan masa *todler*, yang merupakan masa dimana *todler* berada dalam rentang dari masa kanak-kanak mulai berjalan sendiri sampai mereka berjalan dan berlari dengan mudah, yaitu mendekati usia

12 sampai 36 bulan dan biasanya ditandai dengan peningkatan kemandirian yang diperkuat dengan mobilitas fisik dan kognitif lebih besar (Potter & Perry, 2005)

Menurut BKKBN (2003) 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 periode*, 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).

b. Masalah gizi pada balita dan strategi penyelesaiannya

Menurut Barasi (2009) beberapa masalah gizi yang mungkin timbul pada anak usia balita serta strategi penanganannya adalah:

- 1). Penolakan terhadap makanan, sulit makan, hanya sedikit jenis makanan yang dimakan. Dengan kondisi ini strateginya adalah dengan orang tua atau pengasuh perlu memberi contoh, makan bersama

keluarga, memperkenalkan makanan secara bertahap, terus mencoba makanan baru, jangan menawarkan berbagai macam alternatif untuk makanan yang tidak disukai.

- 2). Kebiasaan makan camilan diantara waktu makan utama karena dapat mengurangi nafsu makan pada waktu makan. Strategi penanganannya adalah batasi ketersediaan makanan diantara waktu makan utama, jelaskan bahwa makan adalah suatu kegiatan bukan sekedar pelengkap untuk aktifitas lain.
- 3). Tingginya konsumsi jus buah dan minuman ringan, karena akan beresiko mempengaruhi nafsu makan dan kesehatan gigi. Pada kondisi ini strategi yang dapat digunakan adalah cukup memberikan hanya air, jus buah yang diencerkan, minuman ringan hanya sekali saja.
- 4). Diet rendah lemak atau tinggi serat, yang dianggap sehat oleh orang tua. Strategi pada kasus ini adalah pastikan anak cukup makan untuk memenuhi kebutuhannya. Pola pertumbuhan sangatlah penting. Produk rendah lemak tidak cocok untuk anak usia dibawah 2 tahun. Perbanyak makanan utuh secara bertahap selama periode ini, sesuai nafsu makannya.
- 5). Tingginya konsumsi kudapan, misalnya kue, biskuit, keripik, kudapan manis, permen. Strateginya adalah berikan pilihan kudapan yang lain

misalnya buah, yogurt, roti bakar yang dioles, berondong jagung tanpa tambahan rasa, sereal sarapan kering.

- 6). Makanan digunakan sebagai hadiah. Strateginya gunakan hadiah atau penghargaan yang tidak ada hubungannya dengan makanan.

c. Pengukuran Antropometri Pada balita

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2002).

Menurut Supariasa (2002) pengukuran antropometri dibagi menjadi 2 bagian:

1). Pengukuran pertumbuhan linear

Bentuk dari ukuran linear adalah ukuran yang berhubungan dengan panjang. Contoh ukuran linear adalah panjang badan, lingkar dada, dan lingkar kepala. Ukuran linear yang rendah biasanya menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita waktu lampau. Ukuran linear yang paling sering digunakan adalah tinggi atau panjang badan.

2). Pengukuran pertumbuhan massa jaringan

Bentuk dan ukuran masa jaringan adalah masa tubuh. Contoh ukuran masa jaringan adalah berat badan, Lingkar Lengan Atas (LLA), dan tebal lemak bawah kulit. Apabila ukuran ini rendah atau kecil, menunjukkan keadaan gizi kurang akibat kekurangan energi protein yang diderita pada waktu pengukuran dilakukan. Ukuran masa jaringan yang paling sering digunakan adalah berat badan.

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Kombinasi dari parameter disebut indeks antropometri. Jenis-jenis indeks antropometri adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkar lengan atas menurut tinggi badan (LLA/TB) dan lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U).

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 1. Klasifikasi Status Gizi

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

4. Malnutrisi

a. Definisi

Malnutrisi adalah suatu kondisi dimana gizi makanan seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh yang merujuk pada dua kondisi yaitu kelebihan nutrisi atau gizi (*over-nutrition*) dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*under-nutrition*) (Notoatmodjo,2011). 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).

b. Klasifikasi Malnutrisi

Menurut bentuknya, malnutrisi diklasifikasikan oleh Barbara dkk, tahun 1991 dalam Adriani dan Wirjatmadi (2012) adalah sebagai berikut:

- 1). Gizi kurang (*undernutrition*), kondisi ini sebagai akibat dari konsumsi makanan yang tidak memadai jumlahnya pada kurun waktu cukup lama.
- 2). Gizi lebih (*overnutrition*), keadaan ini diakibatkan oleh konsumsi makanan yang berlebihan untuk jangka waktu yang cukup lama.
- 3). Kurang gizi spesifik (*specifik deficiency*), keadaan ini disebabkan oleh kurang relatif atau mutlak pada zat-zat makanan tertentu.
- 4). Gizi tak

seimbang (*inbalance*), kondisi yang merupakan akibat dari tidak seimbangnya jumlah zat makanan tertentu.

Menurut sumber yang lain 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. Sedangkan tipe yang ketiga adalah kombinasi dari keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek (*London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009 cit Huriah, 2012*)

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 (bawah lima tahun) dan ditampakkan oleh membusungnya perut (busung lapar).

c. Faktor penyebab gizi buruk

Menurut Soekirman (2008) timbulnya 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.

Penyebab langsung gizi kurang atau malnutrisi, yaitu yang Pertama adalah makanan yang tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat di manfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan tinggi dengan tingginya angka kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan dimana kondisi infeksi akan menyebabkan gizi kurang dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Fitriyani, 2009).

Penyebab tidak langsung gizi kurang selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, ruangan dalam rumah terkena sinar matahari dan lingkungan rumah yang bersih. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan (Kemenkes,2011). Selanjutnya, ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku dan pelayanan kesehatan (Correa *et al.*, 2009; Goudet *et al.*, 2011). Sedangkan faktor-faktor lain selain faktor kesehatan,

kemiskinan, pendidikan yang rendah, stigma masyarakat juga mempengaruhi terjadinya gizi buruk (Kingori *et al.*, 2010; Firestone, 2011).

Terdapat juga 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 di berikan 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 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; Goudet *et al.*, 2011; Svedberg, 2011; Huriah 2012)

d. Dampak gizi buruk

Dampak dari 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; Nency, 2005)

e. 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:

1) 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.

2) 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.

3) Anemia

Penyakit ini dikarenakan konsumsi zat besi (Fe) pada tubuh tidak seimbang atau kurang dari kebutuhan tubuh.

4) *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 disebut dengan rabun senja atau buta ayam, tidak sanggup melihat pada cahaya remang-remang

5) Penyakit gondok endemic

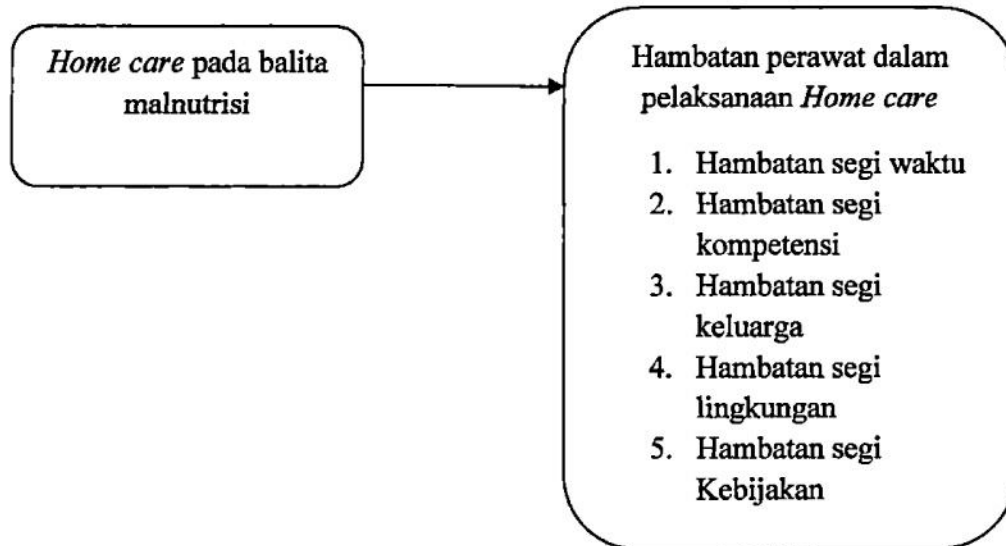
Kekurangan zat iodium berakibat kondisi *hypothyroidisme* (kekurangan iodium) dan tubuh mencoba untuk mengkompensasi dengan menambah jaringan kelenjar gondok. Akhirnya terjadi *hypertrophi* (membesarnya kelenjar *thyriod*), yang kemudian disebut dengan penyakit gondok.

f. Upaya penanggulangan gizi buruk

Penanganan kasus gizi kurang memerlukan peranan dari pemerintah, praktisi kesehatan, maupun keluarga. Para praktisi harus meningkatkan pelayanan dan pemberdayaan keluarga agar keluarga dapat menatasi masalah gizi kurang (Fitriyani, 2009). Depkes (2006) menjelaskan bahwa kebijakan upaya perbaikan gizi dikembangkan dan diarahkan untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

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.

B. Kerangka konsep



Skema 1. Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

Variabel yang diteliti : _____

Variabel yang tidak diteliti : - - - - -