

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Balita

Balita adalah anak yang berumur satu sampai kurang dari lima tahun. Masa lima tahun pertama merupakan masa terbentuknya dasar-dasar kepribadian manusia, kemampuan pengindraan, berfikir, keterampilan berbahasa dan berbicara serta bertingkah laku sosial (Depkes, 2002). Kesehatan balita sangat ditentukan oleh asupan gizi yang diterimanya. Anak akan menjadi sehat dan tumbuh kembang sesuai dengan usia apabila asupan gizinya mencukupi (Soesanto, Mutaqin, 2008).

Balita merupakan istilah yang berasal dari kependekan kata bawah lima tahun, istilah ini cukup populer dalam program kesehatan, balita merupakan kelompok usia tersendiri yang menjadi sasaran program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di lingkup kesehatan, balita merupakan masa pertumbuhan tubuh dan otak yang sangat pesat dalam pencapaian keoptimalan fungsinya. Periode tumbuh kembang anak adalah masa balita karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan, kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya (Supartini, 2004).

2. Malnutrisi

Malnutrisi adalah suatu keadaan tidak terpenuhinya energy, protein atau keduanya dari asupan makanan. Malnutrisi pada pasien bisa terjadi karena proses penyakit yang dideritanya yang bisa mempengaruhi asupan makanan, meningkatkan kebutuhan, merubah metabolisme dan bisa terjadi malabsorpsi dan bisa juga karena tidak adekuatnya asupan kalori makanan yang dikonsumsi oleh pasien (Nurfatimah, 2002; Warda, 2006)

Istilah malnutrisi merujuk pada dua kondisi yaitu kelebihan (*over-nutrition*) dan kekurangan nutrisi (*under-nutrition*). Kekurangan nutrisi merupakan kondisi kekurangan energy dan atau zat gizi, sedangkan kelebihan nutrisi merupakan suatu kondisi dimana zat gizi berlebih seperti kondisi obesitas (Saunders, 2010;RCN, 2006). Sebelum istilah gizi buruk, sebelumnya dikenal malnutrisi sama dengan Kurang Energi Proten (KEP). Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umurnya dengan rujukan (standar) yang telah ditetapkan (Depkes, 2005).

Kriteria anak gizi buruk terdiri dari gizi buruk tanpa komplikasi dan gizi buruk dengan komplikasi. Gizi buruk tanpa komplikasi memiliki tanda-tanda seperti: BB/TB : $< - 3$ SD, terlihat sangat kurus, adanya edema, lingkar lengan atas $< 11,5$ cm untuk anak 6-59 bulan sedangkan tanda-tanda balita gizi buruk dengan komplikasi yaitu: gejala dengan tanda-tanda pada gizi buruk tanpa komplikasi disertai salah satu atau lebih dari tanda-tanda komplikasi medis berikut seperti:

anoreksia, pneumonia berat, anemia berat, dehidrasi berat, demam sangat tinggi, penurunan kesadaran. (Departemen Gizi dan Kesehatan masyarakat, 2012).

3. Klasifikasi malnutrisi

Dua klasifikasi dari malnutrisi adalah malnutrisi energy 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 energy 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 dengan cepat atau kegagalan bertambahnya berat badan ke arah normal, anak akan terlihat sangat kurus. Malnutrisi kronis adalah kekurangan nutrisi dalam jangka waktu lama sehingga menyebabkan kegagalan pertumbuhan secara linear. Pada malnutrisi kronis, anak akan terlihat pendek, sehingga tipe yang ketiga adalah kombinasi keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek (*London school of hygiene and topical medicine, 2009*).

a. Malnutrisi karena Kekurangan Energy Protein (KEP).

Protein merupakan sumber energi dan berfungsi sebagai sintesis (pembangun) jaringan tubuh dalam pertumbuhan, pertahanan, dan perbaikan. Kolagen, hormone, enzim, sel imun, DNA, dan RNA, semuanya tersusun dari protein. Pembekuan darah, regulasi cairan, dan keseimbangan asam basa membutuhkan protein. Protein ini membawa nutrisi dan banyak obat dalam

KEP terbagi menjadi dua yaitu KEP ringan sedang dan KEP berat, KEP ringan sedang memiliki gejala klinis utama penyusutan berat badan yang disertai dengan penipisan jaringan lemak bawah kulit. Jika KEP berlangsung menahun atau kronis, pertumbuhan anak akan terhenti sehingga anak akan bertubuh pendek. KEP yang kedua adalah KEP berat, pada prinsipnya, diagnosis KEP berat ditegakkan berdasarkan riwayat pangan serta gambaran klinis. Marasmus dan kwashiorkor masuk dalam kategori KEP ini (Arisman, 2010).

Penyakit KEP diberi nama secara internasional yakni *calori protein nutrient* (CPN), penyakit ini mulai diselidiki di Afrika dan diberi nama lokal Kwashiorkor, atau penyakit rambut merah. Kwashiorkor adalah istilah pertama dari Afrika yang artinya sindroma perkembangan anak dimana anak tersebut tidak mendapatkan ASI setelah satu tahun karena orang tua menanti kelahiran bayi berikutnya, makanan pengganti ASI sebagian besar terdiri dari pati atau air gula sehingga kurang protein baik kualitas dan kuantitasnya. Selain kwashiorkor, Marasmus sebagai salah satu bentuk KEP diakibatkan karena defisiensi energy dan zat gizi, sedangkan kwashiorkor lebih disebabkan karena defisiensi protein. (Departemen Gizi UI, 2012: Adriyani, Wirjatmaji, 2012)

Manutrisi karena Kekurangan Energi Protein dibagi menjadi :

1). Kwashiorkor

Kwashiorkor diperkenalkan dalam dunia medis oleh Williams pada tahun 1933. Kwashiorkor adalah penyakit yang diderita bayi yang berhenti menyusu dikarenakan ibunya melahirkan lagi, hal ini mengindikasikan

bahwa kwashiorkor merupakan keadaan yang terjadi akibat pengabaian seorang ibu dalam kewajiban menyusui. Pendapat tersebut di kalangan masyarakat Indonesia pun terdapat di kalangan para ibu dan masyarakat yang kurang mampu ekonominya, kondisi anak dengan KEP dianggap biasa yang terjadi pada anak balita yang sudah punya adik, pembesaran hati (*hepatomegali*) yang terjadi pada penderita KEP terlihat oleh para ibu di Indonesia sebagai pembuncitan perut dan dikenal lah dengan sebutan busung lapar (Adriyani, Wirjatmaji, 2012).

Kwashiorkor adalah sindroma klinis akibat defisiensi protein berat dan masukan kalori tidak cukup. Dari kekurangan masukan atau dari kehilangan yang berlebihan atau kenaikan angka metabolic yang disebabkan oleh infeksi kronik, akibat defisiensi vitamin dan mineral dapat turun menimbulkan gejala-gejala tersebut. Kwashiorkor adalah bentuk paling serius dari penyakit akibat kekurangan gizi (Nelson, 2000).

Gambaran klinis utama pada anak yang menderita kwashiorkor adalah terdapatnya edema yang jika ditekan melekek, tidak sakit, dan lunak, biasanya terjadi di kaki. Edema bahkan dapat meluas sampai ke perineum, ekstremitas atas, dan muka, pada daerah edema tak jarang akan menimbulkan lesi kulit, eritema yang timbul di daerah edema biasanya berkilap, ada bagian yang kering, hyperkeratosis dan hiperpigmentasi yang cenderung menyatu, epidermis mengelupas sehingga jaringan di bawah kulit mudah terinfeksi, rambut kering rapuh, tidak berkilap dan mudah dicabut tanpa menimbulkan rasa sakit, penderita tampak pucat, tungkai berwarna

kebiruan dan teraba dingin. Ketiadaan nafsu makan, muntah segera setelah makan, serta diare sering terjadi (Arisman, 2010).

Etiologi dan gejala kwashiorkor Indikasi yang jelas pada kwashiorkor yaitu kekurangan protein (protein malnutrisi), baik kualitas dan kuantitas protein ataupun kedua-duanya yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perbaikan sel yang rusak, tetapi umumnya cukup kebutuhan kilokalori. Pendrerita kwashiorkor biasanya terjadi pada anak lepas susu (1-4 tahun) hingga balita dan tempat tinggal di daerah tropis, subtropics, dimana ekonomi, sosial budaya merupakan kombinasi faktor yang kerap menimbulkan malnutrisi pada anak-anak (Departemen Gizi UI, 2012; Adriani, Wirjatmadi, 2012).

Tanda-tanda awal pada malnutrisi protein tidak jelas tetapi meliputi letargis, apatis, bila terus maju akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan, kurang stamina, kehilangan jaringan maskuler, bertambah kerentanan terhadap infeksi, dan oedem. Dapat terjadi anoreksia, kehilangan tonus otot, terjadi penggelapan kulit, rambut jarang dan tipis, pada anak dengan kwashiorkor terjadi perubahan mental dimana anak cengeng dan pada stadium lanjut menjadi apatis, kulit kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan depigmentasi dan pernisikan kulit (EKU, 2005; Nelson, 2000).

2). Marasmus

Gambaran penderita marasmus dapat diwakili dengan istilah 'tulang terbalut kulit' itu dikarenakan jaringan lemak dibawah kulit penderita marasmus hampir lenyap, otot mengecil, berat badan penderita marasmus biasanya hanya sekitar 60% dari berat badan seharusnya, dan pada anak akan mengalami kemunduran pertumbuhan longitudinal. Kulit kering, tipis, tidak lentur, serta mudah berkerut, nafsu makan bagi sebagian penderita hilang sama sekali, sebagian lagi masih bisa mengutarakan rasa lapar (Arisman, 2010).

Penyebab marasmus adalah masukan kalori yang tidak cukup karena diet yang tidak cukup, karena kebiasaan makan yang tidak tepat seperti anak dan orangtua yang hubungannya terganggu, atau karena kelainan metabolic atau malformasi congenital. Pada mulanya ada kelainan menaikkan berat badan kemudian berakibat kurus kering dengan kehilangan turgor kulit sehingga menjadi berkerut dan longgar karena subkutan hilang (Nelson, 2000).

Gejala marasmus yaitu: kurus kering, tampak hanya tulang dan kulit, otot dan lemak bawah kulit atropi, wajah seperti orang tua, keriput, layu, diare, merasa lapar dan cengeng, defisiensi mikronutrient yang berhubungan dengan pola diet di tempat, gagalnya pertumbuhan, tidak ada jaringan lemak dibawah kulit, tidak ada edema dan warna kulit tidak berubah (Adriyani dan Wiriatmadi, 2012)

4. Penyebab malnutrisi pada balita

UNICEF (2001) menyebutkan dua penyebab langsung gizi buruk, yaitu intake zat gizi dari makanan yang kurang dan adanya penyakit infeksi. Kedua penyebab langsung ini dipengaruhi oleh tiga faktor yang merupakan penyebab tak langsung yaitu ketersediaan pangan keluarga yang rendah, perilaku kesehatan termasuk pola asuh atau perawatan anak yang tidak benar serta pelayanan kesehatan rendah dan lingkungan yang buruk atau tidak sehat.

a. Penyebab langsung

1). Konsumsi makanan

Konsumsi makanan yang tidak adekuat mengarah pada bahwa makanan yang dikonsumsi oleh balita kurang memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang. Konsumsi makanan yang tidak seimbang akan menimbulkan ketidakcukupan pasokan zat gizi ke dalam sel-sel tubuh (Indrawani dalam Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI, 2007).

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih

terjadi bila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Almatsier, 2001).

Kekurangan energi protein (KEP) sering dijumpai pada anak usia enam bulan sampai lima tahun dimana pada usia ini tubuh memerlukan zat gizi yang sangat tinggi, sehingga apabila kebutuhan zat gizi tidak terpenuhi maka tubuh akan menggunakan cadangan zat gizi yang ada dalam tubuh, yang akibatnya semakin lama cadangan semakin habis. Pada anak-anak khususnya balita meskipun metabolisme nya sama dengan orang dewasa tetapi mereka lebih aktif dalam perkembangan tubuhnya, sehingga membutuhkan tambahan zat gizi untuk pertumbuhan. Lebih muda umur anak maka lebih banyak makanan yang diperlukan untuk tiap kilogram berat badanya (Adriani, Wirjatmaji, 2012).

2). Penyakit infeksi

Malnutrisi baik kwashiorkor maupun marasmus disebabkan oleh penyakit infeksi dan investasi cacing yang dapat memberikan hambatan absorpsi zat-zat gizi, penyakit infeksi yang biasa menyebabkan KEP antara lain cacar air, batuk rejan, TBC, malaria, diare, dan cacing misalnya cacing *ascaris lumricoides* (Departemen Gizi UI, 2012).

Susanti dalam Norman *et al.* (2008) menyebutkan bahwa banyak negara berkembang mempunyai penyebab utama malnutrisi adalah penyakit. Penyakit apa saja, baik penyakit akut maupun kronis mempunyai pengaruh untuk mengakibatkan atau memperburuk malnutrisi. Penyakit

tersebut dapat terjadi karena reaksi dari trauma, infeksi atau *inflamasi* yang mungkin mengubah metabolisme, nafsu makan, dan penyerapan dari nutrisi. Malnutrisi dan infeksi mempunyai pengaruh timbal balik sehingga merupakan lingkaran setan. Infeksi menyebabkan hilangnya nafsu makan, sehingga masukan makanan menjadi berkurang. Sebaliknya, tubuh sedang memerlukan asupan nutrisi yang lebih sehubungan dengan adanya suhu yang tinggi, sehingga anak dalam keadaan malnutrisi menjadi lebih buruk keadaannya (Pudjiadi, 2005).

b. Penyebab tidak langsung

1). Pola Asuh

Pola asuh adalah suatu model atau cara mendidik anak yang merupakan suatu kewajiban dari setiap orang tua dalam usaha membentuk pribadi anak sesuai dengan harapan masyarakat pada umumnya (Soetjiningsih, 2005).

Asuhan anak atau interaksi ibu dan anak terlihat sebagai indikator kualitas dan kuantitas peranan ibu dalam mengasuh anak. Untuk itu, pola asuh dapat digunakan sebagai peramal atau faktor resiko terjadinya malnutrisi atau gangguan perkembangan anak. Peran ibu dalam keluarga sangat besar dalam menanamkan kebiasaan makan pada anak. Pola asuh pada anak merupakan salah satu kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, yaitu kebutuhan emosi atau kasih sayang dimana kehadiran ibu diwujudkan dengan kontak fisik atau psikis (Adriani Wiriatmaji, 2012)

Pada anak yang menderita kwashiorkor sering disebut dengan “anak tersingkirkan “ yaitu anak yang tidak lagi diberikan ASI dikarenakan Pengetahuan yang kurang dari ibu tentang cara pemeliharaan anak (FKUI, 2005: Nelson, 2000).

Pengaruh orang tua sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Pengetahuan ibu dalam mengatur konsumsi makanan dengan pola menu seimbang sangat diperlukan pada masa tumbuh kembang balita. Pengetahuan ibu tentang gizi tersebut dimaksudkan agar ibu dapat menyusun, membuat makanan yang di konsumsi oleh balita itu bervariasi. Sehingga zat gizi yang dibutuhkan balita sebagai sumber energi (Karbohidrat), zat pembangun (Protein) dan zat pengatur (Vitamin) dapat tercukupi (Handono, 2010).

a). Pemberian ASI

Makanan pertama dan utama bayi adalah Air Susu Ibu (ASI), ASI mengandung karbohidrat berupa laktosa yang lemaknya banyak mengandung polyunsaturated fatty acid (asam lemak tak jenuh ganda), protein utamanya lactalbumin yang mudah dicerna, kandungan vitamin dan mineralnya banyak. ASI mengandung kolostrum yang keluar pertama kali, berwarna jernih kekuningan dan kaya akan zat antibody untuk memacu pertumbuhan lactobacillus bifidus (bakteri yang dianggap dapat mengganggu kolonisasi bakteri pathogen di dalam saluran cerna)(Arisman, 2010).

Dalam penelitian Suryono, Supardi (2004) disebutkan bahwa jika tidak diberi ASI eksklusif akan terjadi 2,86 kali kemungkinan balita mengalami gizi buruk dan hal itu bermakna secara statistic. Di daerah perkotaan dan semi perkotaan ada kecendrungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja (Soekirman, 2001 dalam Rasni, 2009).

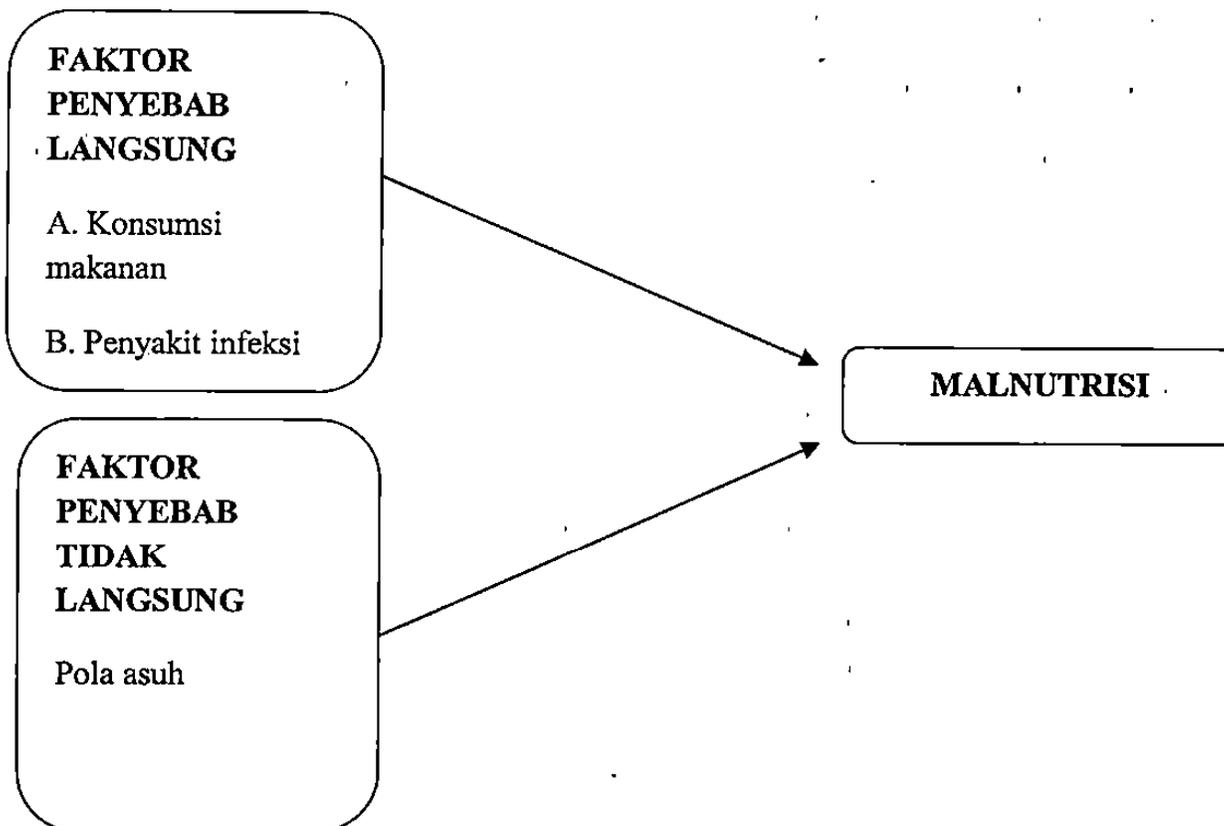
b). Pemberian MP-ASI

Pemberian makanan pendamping ASI diberikan setelah bayi berusia 4 bulan karena kebutuhan gizi bayi meningkat dan tidak dapat sepenuhnya tergantung pada ASI saja namun ASI tetap diberikan selama pengenalan makanan padat, makan diperkenalkan satu per satu (Adriani, Wirjatmaji).

Makin bertambahnya usia anak maka akan bertambah pula kebutuhan makanannya, secara kualitas maupun kuantitas. Untuk memenuhi kebutuhannya tidak cukup dari susu saja. Adapun pola makan orang dewasa yang diberikan dan di perkenalkan kepada balita terdiri dari: sumber zat tenaga seperti roti, nasi, mie dan tepung-tepungan, sumber zat pembangun seperti susu, daging, ikan, tempe, tahu, dan kacang-kacangan, sumber zat pengatur seperti sayur-sayuran dan buah-buahan (Agoes, Poppy, 2001).

Tindak lanjut pemulihan status gizi diberikan kepada anak gizi buruk pasca perawatan dan tidak mau dirawat diberi MP ASI sesuai umur

selama 90 hari, bubur diberikan kepada bayi usia 6-11 bulan, MP-ASI biscuit diberikan kepada anak umur 12-24 bulan, anak umur 25-59 bulan diberikan PMT. Pemberian MP-ASI/PMT bertujuan agar anak tidak jatuh pada kondisi gizi buruk. Anak gizi buruk pasca perawatan dan yang tidak mau dirawat, anak dengan gizi buruk yang telah pulang dari Puskesmas Perawatan atau Rumah Sakit, baik yang sembuh maupun pulang paksa akan mendapatkan pendampingan dan pemberian makanan formula 100(F 100) atau formula modifikasi selama 30 hari, kemudian dilanjutkan dengan PMTA (MP-ASI 100) selama 90 hari.

B. Kerangka konsep

Skema 1 Kerangka konsep faktor-faktor yang mempengaruhi Malnutrisi