

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Pengertian Gizi**

Istilah “gizi” dan “ilmu gizi” di Indonesia baru dikenal sekitar tahun 1952-1955 sebagai terjemahan kata bahasa Inggris *nutrition*. Kata gizi berasal dari bahasa Arab “*ghidza*” yang berarti makanan. Menurut dialek Mesir, *ghidza* dibaca *ghizi*. Selain itu sebagian orang menterjemahkan *nutrition* dengan mengejanya sebagai “nutrisi”. Terjemahan ini terdapat dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia Badudu-Zain tahun 1994.<sup>10</sup>

WHO (World Health Organization) mengartikan ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup. Proses tersebut mencakup pengambilan dan pengolahan zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh dan menghasilkan energi.<sup>11</sup> Zat gizi (*nutrien*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Makanan setelah dikonsumsi mengalami proses pencernaan. Bahan makanan diuraikan menjadi zat gizi atau nutrien. Zat tersebut selanjutnya diserap melalui dinding usus dan masuk ke dalam cairan tubuh.<sup>12,13</sup>

##### **2. Pengertian Status Gizi**

Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Status gizi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu status gizi kurang, gizi normal, dan gizi lebih. Status gizi normal merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan

energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu. Energi yang masuk ke dalam tubuh dapat berasal dari karbohidrat, protein, lemak, dan zat gizi lainnya. Status gizi kurang atau yang lebih sering disebut *undernutrition* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan. Hal ini dapat terjadi karena jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari anjuran kebutuhan individu. Status gizi lebih (*overnutrition*) merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh lebih besar dari jumlah energi yang dikeluarkan. Hal ini terjadi karena jumlah energi yang masuk melebihi kecukupan energi yang dianjurkan untuk seseorang menjadi gemuk.<sup>12</sup>

Status gizi ini menjadi penting karena merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya kesakitan dan kematian. Status gizi yang baik bagi seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatannya dan juga terhadap kemampuan dalam proses pemulihan. Status gizi masyarakat dapat diketahui melalui penilaian konsumsi pangannya berdasarkan data kuantitatif maupun kualitatif.<sup>13</sup> Status gizi merupakan tanda-tanda penampilan seseorang akibat keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran zat gizi yang berasal dari pangan yang dikonsumsi pada suatu saat berdasarkan pada kategori dan indikator yang digunakan.<sup>14</sup> Status gizi ditentukan oleh ketersediaan semua zat gizi dalam jumlah dan kombinasi yang cukup serta waktu yang tepat. Dua hal yang penting adalah terpenuhi semua zat gizi yang dibutuhkan tubuh dan faktor-faktor yang menentukan kebutuhan, penyerapan dan penggunaan zat gizi tersebut.<sup>15</sup>

### **3. Penilaian Status Gizi Secara Antropometri.**

Ada beberapa cara mengukur status gizi anak, yaitu dengan pengukuran antropometrik, klinik, laboratorik. Diantara ketiganya, pengukuran antropometrik adalah yang paling relatif sederhana dan banyak dilakukan.<sup>17</sup> Kata antropometri berasal dari bahasa latin *antropos* dan *metros*. *Antropos* artinya tubuh dan *metros* artinya

ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran dari tubuh. Pengertian dari sudut pandang gizi, antropometri adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat usia dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit.<sup>28</sup>

Dari beberapa pengukuran tersebut berat badan, tinggi badan dan lingkaran lengan sesuai dengan usia adalah yang paling sering dilakukan dalam survei gizi. Untuk keperluan perorangan dan keluarga, pengukuran berat badan (BB) dan kadang-kadang tinggi badan (TB) atau panjang badan (PB) adalah pengukuran yang paling banyak dilakukan. Indeks antropometri adalah pengukuran dari beberapa parameter. Indeks antropometri bisa merupakan rasio dari satu pengukuran terhadap satu atau lebih pengukuran atau yang dihubungkan dengan usia. Ada beberapa indeks antropometri yang umum dikenal yaitu berat badan menurut usia (BB/U), tinggi badan menurut usia (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).<sup>13</sup>

Indikator BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat diukur) karena mudah berubah. Namun indikator BB/U tidak spesifik karena berat badan selain dipengaruhi oleh U juga dipengaruhi oleh TB. Indikator TB/U menggambarkan status gizi masa lalu, dan indikator BB/TB menggambarkan secara sensitif dan spesifik status gizi saat ini.<sup>17</sup> Untuk mengetahui apakah berat badan dan tinggi badan normal, lebih rendah atau lebih tinggi dari yang seharusnya, dilakukan perbandingan dengan suatu standar internasional yang ditetapkan oleh WHO. Pada dasarnya perhitungan BB/U, TB/U seorang anak didasari pada nilai Z-nya (relatif deviasinya). *Cut off point* (nilai ambang batas) untuk tiap indikator status gizi baik adalah  $\pm 2$  SD dan status gizi  $< -3SD$  dikategorikan sebagai gizi kurang berat.<sup>17,18</sup>

#### a. Indikator Berat Badan Menurut Usia (BB/U)

Indikator BB/U dapat normal, lebih, rendah, atau lebih tinggi setelah dibandingkan dengan standar WHO. Apabila BB/U normal, digolongkan pada status gizi baik, BB/U rendah dapat berarti status gizi kurang atau buruk. Sedang BB/U tinggi dapat digolongkan status gizi lebih. Baik status gizi kurang maupun status gizi lebih kedua-duanya mengandung resiko yang tidak baik bagi kesehatan. Status gizi kurang yang diukur dengan indikator BB/U di dalam ilmu gizi dikelompokkan kedalam kelompok “berat badan rendah” (BBR) atau *underweight*. Menurut tingkat keparahannya BBR dikelompokkan lagi kedalam kategori BBR tingkat ringan (*mild*), sedang (*moderate*), dan berat (*severe*). BBR tingkat berat atau sangat buruk.<sup>17</sup>

Menurut standar WHO-NCHS maka indikator BB/U dikelompokkan atas gizi lebih jika nilai Z score  $> + 2 SD$ , gizi baik jika nilai Z score diantara  $- 2 SD$  s/d  $+ 2SD$ , gizi kurang jika nilai Z score diantara  $\geq - 3SD$  s/d  $< - 2 SD$  dan gizi buruk jika nilai Z score  $< - 3 SD$ .<sup>18</sup>

Penggunaan indikator BB/U sebagai indikator status gizi memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihan indikator BB/U yaitu dapat dengan mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum, sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek, dapat mendeteksi kegemukan. Sedangkan kelemahan indikator BB/U yaitu interpretasi status gizi dapat keliru apabila terdapat pembengkakan atau oedema, data usia yang akurat sering sulit diperoleh terutama di negara-negara yang sedang berkembang, kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak yang tidak dilepas atau dikoreksi dan anak yang bergerak terus, masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orang tua untuk tidak mau menimbang anaknya karena dianggap sebagai barang dagangan.

### **b. Indikator Tinggi Badan Menurut Usia (TB/U)**

TB/U dapat digunakan sebagai indeks status gizi populasi karena merupakan estimasi keadaan yang telah lalu atau status gizi kronik. Seorang yang tergolong pendek-pendek tak sesuai usianya (PTSU) kemungkinan keadaan gizi masa lalu tidak baik. Dalam keadaan normal tinggi badan tumbuh bersamaan dengan bertambahnya usia. Pertambahan tinggi atau panjang badan relatif kurang sensitive terhadap gizi kurang dalam waktu singkat. Pengaruh gizi kurang terhadap pertumbuhan tinggi badan baru terlihat dalam waktu yang cukup lama.<sup>17,18</sup>

Menurut standar WHO-NCHS indikator TB/U dikelompokkan atas normal jika nilai Z score  $\geq 2$  SD dan pendek/*stunted* jika nilai Z score  $< - 2$  SD. Penggunaan indikator TB/U sebagai indikator status gizi memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihan indikator TB/U yaitu dapat memberikan gambaran riwayat keadaan gizi masa lampau dan dapat dijadikan indikator keadaan sosial ekonomi penduduk. Sedangkan kelemahan indikator TB/U yaitu kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan pada kelompok usia balita, tidak dapat menggambarkan keadaan gizi saat ini, memerlukan data usia yang sering sulit diperoleh di negara-negara berkembang, kesalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur, terutama bila dilakukan oleh petugas non profesional.<sup>18</sup>

### **c. Indikator Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)**

Pengukuran antropometrik yang terbaik adalah menggunakan indikator BB/TB. Ukuran ini dapat menggambarkan status gizi saat ini dengan lebih sensitif dan spesifik.<sup>17</sup> Menurut standar WHO-NCHS indikator BB/TB dikelompokkan atas gemuk jika nilai Z score  $> + 2$  SD, normal jika nilai Z score  $\geq - 2$  SD s/d  $+ 2$  SD, kurus/*wasted* jika nilai Z score diantara  $< - 2$  SD s/d  $\geq - 3$  SD, dan sangat kurus jika nilai Z score  $< - 3$  SD.<sup>18</sup>

Penggunaan indikator BB/TB sebagai indikator status gizi memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihan indikator BB/TB yaitu independen terhadap usia dan ras dan dapat menilai status kurus dan gemuk dan keadaan marasmus atau KEP berat lain. Sedangkan kelemahan indikator BB/TB yaitu kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak yang tidak dilepas/dikoreksi dan anak bergerak terus, masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orang tua untuk tidak mau menimbang anaknya karena dianggap seperti barang dagangan, kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan pada kelompok usia balita, kesalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur, terutama bila dilakukan oleh petugas non profesional, tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, normal atau jangkung.

#### **4. Determinan Masalah Gizi**

##### **a. Usia**

Masalah gizi dapat terjadi pada seluruh kelompok usia, bahkan masalah gizi pada suatu kelompok usia tertentu akan mempengaruhi pada status gizi pada periode siklus kehidupan berikutnya (*intergenerational impact*). Masa kehamilan merupakan periode yang sangat menentukan kualitas SDM di masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan. Akan tetapi perlu diingat bahwa keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil ditentukan juga jauh sebelumnya, yaitu pada saat remaja atau usia sekolah.<sup>19</sup>

Masa balita merupakan masa dimana terjadi pertumbuhan badan yang cukup pesat sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi di setiap kilo gram berat badannya. Dalam keadaan seperti ini anak balita justru paling sering mengalami kekurangan gizi sehingga anak balita merupakan kelompok usia yang rentan menderita kekurangan gizi.<sup>20</sup>

## **b. Tempat dan Waktu.**

Berdasarkan perkembangan masalah gizi, di Indonesia pada tahun 2005 sekitar 5 juta anak balita menderita gizi kurang (berat badan menurut usia) 1,5 juta diantaranya menderita gizi buruk. Dari anak yang menderita gizi buruk tersebut ada 150.000 menderita gizi buruk tingkat berat.<sup>21</sup> Prevalensi nasional gizi buruk pada balita pada tahun 2007 yang diukur berdasarkan BB/U adalah 5,4%, dan gizi kurang pada balita adalah 13,0%. Prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target *Millenium Development Gold* (MDG) untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka secara nasional target-target tersebut sudah terlampaui. Namun pencapaian tersebut belum merata di 33 provinsi. Berdasarkan provinsi sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang diatas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam (26,5%), Sumatera Utara (22,7%), Sumatera Barat (20,2%), Riau (21,4%), Jambi (18,9%), Nusa Tenggara Barat (24,8%), Nusa Tenggara Timur (33,6%), Kalimantan Barat (22,5%), Kalimantan Tengah (24,2%), Kalimantan Selatan (26,6%), Kalimantan Timur (19,2%), Sulawesi Tengah (27,6%), Sulawesi Tenggara (22,7%), Gorontalo (25,4%), Sulawesi Barat (16,4%), Maluku (27,8%), Maluku Utara (22,8%), Papua Barat (23,2%) dan Papua (21,2%).<sup>10</sup>

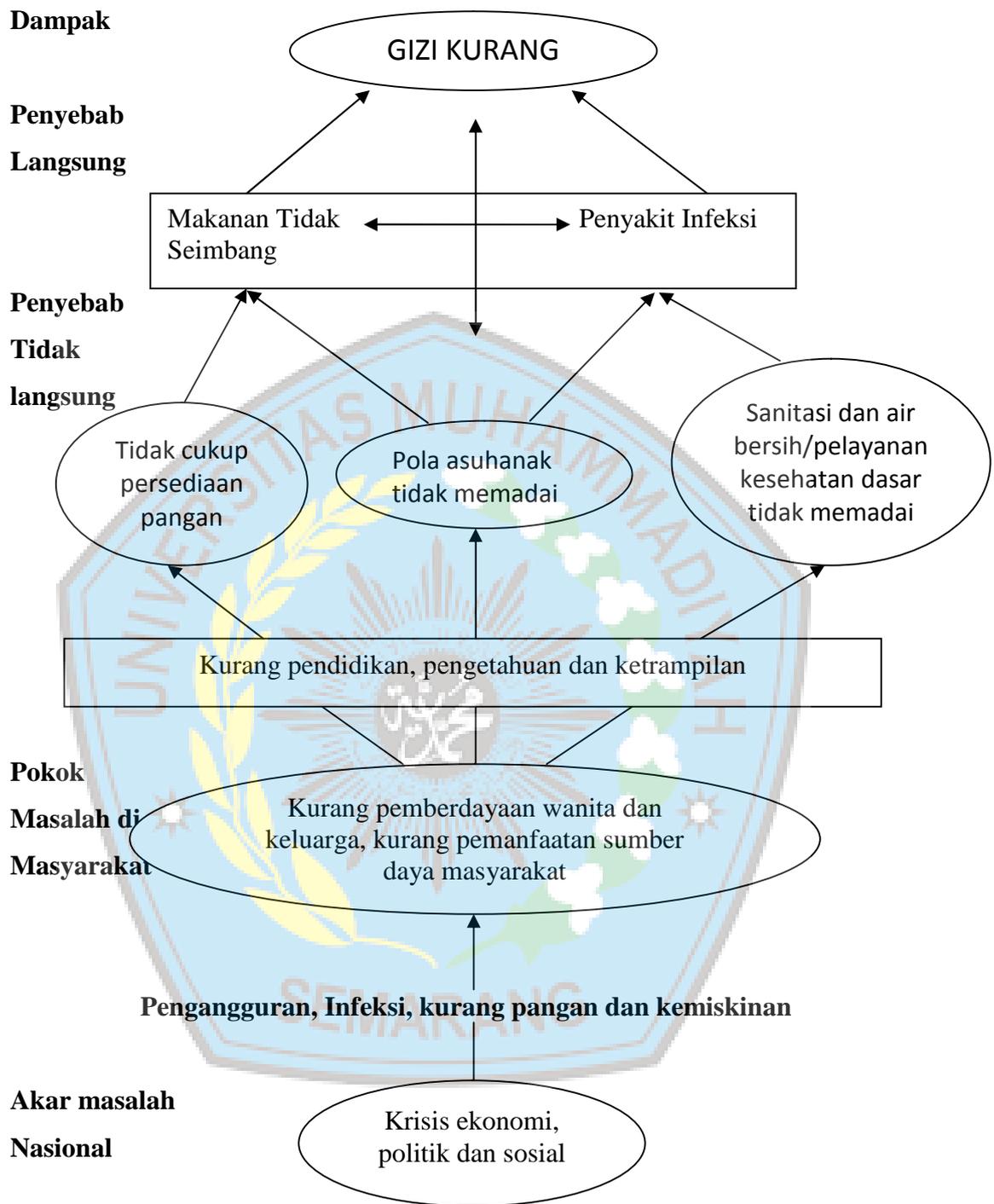
Secara nasional berdasarkan kabupaten/kota, 10 kabupaten/kota dengan prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang pada Balita tertinggi berturut-turut adalah Aceh Tenggara (48,7%), Rote Ndao (40,8%), Kepulauan Aru (40,2%), Timor Tengah Selatan (40,2%), Simeulue (39,7%), Aceh Barat Daya (39,1%), Mamuju Utara (39,1%), Tapanuli Utara (38,3%), Kupang (38,0%), dan Buru (37,6%). Sedangkan 10 kabupaten/kota dengan

prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita terendah adalah Kota Tomohon (4,8%), Minahasa (6,0%), Kota Madiun (6,8%), Gianyar (6,8%), Tabanan (7,1%), Bantul(7,4%), Badung (7,5%), Kota Magelang (8,2%), Kota Jakarta Selatan (8,3%), dan Bondowoso (8,7%).<sup>10</sup>

### c. Sumber Permasalahan Gizi

Proses riwayat terjadinya penyakit pada masalah gizi (gizi kurang) melalui berbagai tahap yaitu diawali dengan terjadinya interaksi antara pejamu, sumber penyakit dan lingkungan. Ketidakseimbangan antara ketiga faktor ini, misalnya terjadi ketidakcukupan zat gizi dalam tubuh. Akibat kekurangan zat gizi, maka simpanan zat gizi dalam tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama, maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan. Proses ini berlanjut sehingga menyebabkan malnutrisi, walupun hanya ditandai dengan penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat.<sup>18</sup>

Masalah gizi merupakan masalah yang multidimensi, dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab. Masalah gizi berkaitan erat dengan masalah pangan.<sup>22</sup> Masalah gizi pada anak balita tidak mudah dikenali oleh pemerintah, atau masyarakat bahkan keluarga, karena anak tidak tampak sakit. Terjadinya gizi kurang (KEP) tidak selalu didahului oleh terjadinya bencana kurang pangan dan kelaparan seperti KEP dewasa. Hal ini berarti dalam kondisi pangan melimpah, masih mungkin terjadi kasus kurang gizi pada anak balita. Kurang Energi Protein (KEP) pada anak balita sering disebut sebagai kelaparan tersembunyi atau *hidden hunger* dan penyebab KEP anak balita lebih kompleks dan melalui berbagai tahapan, yaitu penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah, dan pokok masalah. ( Bagan 2.1)



**Bagan 2.1.Penyebab gizi kurang balita<sup>17</sup>**

Sumber Permasalahan gizi antara lain:

### 1) Agen

Penyebab langsung timbulnya gizi kurang pada anak balita adalah makanan tidak seimbang dan penyakit infeksi yang mungkin di derita anak. Kedua penyebab tersebut saling berpengaruh. Dengan demikian timbulnya gizi kurang tidak hanya kurang makan tetapi juga karena penyakit, terutama diare dan ISPA. Anak yang mendapat makanan cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang tidak memperoleh makanan cukup dan seimbang, daya tahan tubuhnya (*immunitas*) dapat melemah. Dalam keadaan demikian anak mudah diserang infeksi dan kurang nafsu makan sehingga anak kekurangan makan, akhirnya berat badan anak menurun. Apabila keadaan ini terus berlangsung, anak menjadi kurus dan timbul gizi kurang (KEP). Dalam kenyataan keduanya (makanan dan penyakit) secara bersama-sama merupakan penyebab gizi kurang.<sup>17,18</sup>

Penyebab langsung seperti diuraikan pada bagan 2.1, timbul karena ketiga faktor penyebab tidak langsung, yaitu: (1) tidak cukup tersedia pangan atau makanan di keluarga, (2) pola pengasuhan anak yang tidak memadai, dan (3) keadaan sanitasi yang buruk dan tidak tersedia air bersih, serta pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai. Ketiga faktor penyebab tidak langsung tersebut tidak berdiri sendiri tetapi saling berkaitan.<sup>22</sup>

## 2) Host

### a) Berat Badan Lahir Anak Balita

Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir. Berat badan lahir rendah merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. Berat badan lahir berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak di masa yang akan datang. Bayi lahir dengan berat di bawah 2.500 gram dikategorikan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Bayi dengan BBLR akan mengalami gangguan dan belum sempurna pertumbuhan dan pematangan organ atau alat-alat tubuh, akibatnya BBLR sering mengalami komplikasi yang berakhir dengan kematian.<sup>14</sup>

Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum kehamilan dan selama kehamilan akan menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR).<sup>15</sup> Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa dari hasil penimbangan berat badan waktu lahir 11,5% lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram atau BBLR. Jika dilihat dari jenis kelamin, persentase BBLR lebih tinggi pada bayi perempuan dibandingkan laki-laki yaitu masing-masing 13% dan 10%.<sup>10</sup> Penelitian Hermansyah(2002) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa berat badan lahir anak balita berhubungan dengan status gizi balita. ( $p= 0,000$ ).<sup>23</sup>

## **b) Status Imunisasi**

Imunisasi berasal dari kata imun yang berarti kebal atau resisten. Anak yang diimunisasi berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Dalam imunologi, kuman atau racun kuman (toksin) disebut sebagai antigen. Imunisasi merupakan upaya pemberian ketahanan tubuh yang terbentuk melalui vaksinasi. Tujuan imunisasi adalah mencegah penyakit dan kematian anak balita yang disebabkan oleh wabah yang sering terjangkit, artinya anak balita yang telah memperoleh imunisasi yang lengkap sesuai dengan usianya otomatis sudah memiliki kekebalan terhadap penyakit tertentu maka jika ada kuman yang masuk ketubuhnya secara langsung tubuh akan membentuk antibodi terhadap kuman tersebut. Penyakit-penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah tuberculosis, difteri, batuk rejan (pertusis, tetanus, campak, polio dan hepatitis-B.<sup>24</sup>

## **c) Status ASI Eksklusif**

ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam organik yang disekresi oleh kelenjar payudara ibu (*Mammae*), sebagai makanan utama bagi bayi. ASI (Air Susu Ibu) sebagai makanan yang alamiah juga merupakan makanan terbaik yang dapat diberikan oleh seorang ibu kepada anak yang baru dilahirkannya dan komposisinya yang sesuai untuk pertumbuhan bayi serta ASI juga mengandung zat pelindung yang dapat menghindari bayi dari berbagai penyakit.<sup>25</sup>

Air susu ibu (ASI) merupakan sumber nutrisi yang sangat penting bagi bayi dan dalam jumlah yang

cukup dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 4-6 bulan pertama. ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan bayi, mengandung zat kekebalan terhadap penyakit, dan tidak perlu dibeli, sekaligus merupakan ungkapan kasih sayang ibu kepada bayi. Seiring dengan bertambahnya usia anak, kandungan zat gizi ASI hanya dapat memenuhi kebutuhan anak sampai usia 6 bulan artinya ASI sebagai makanan tunggal harus diberikan sampai usia 6 bulan. Pemberian ASI tanpa pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) disebut menyusui secara *eksklusif*.<sup>26</sup>

Air susu ibu (ASI) mengandung gizi yang cukup lengkap untuk kekebalan tubuh bayi. Keunggulan lainnya, ASI disesuaikan dengan sistem pencernaan bayi sehingga zat gizi cepat terserap. Berbeda dengan susu formula atau makanan tambahan yang diberikan secara dini kepada bayi. Susu formula sangat susah diserap usus bayi sehingga dapat menyebabkan susah buang air besar pada bayi. Proses pembuatan susu formula yang tidak steril menyebabkan bayi rentan terkena diare. Hal ini akan menjadi pemicu terjadinya gizi kurang pada anak.<sup>20</sup>

Tahun 1990 pemerintah mencanangkan gerakan nasional peningkatan pemberian ASI (PP-ASI) untuk mendukung pemberian ASI Eksklusif di Indonesia, yang salah satu tujuannya adalah untuk membudayakan perilaku menyusui secara eksklusif kepada bayi dari lahir sampai dengan usia 4 bulan. Pada tahun 2004, sesuai dengan anjuran badan kesehatan dunia (WHO), pemberian ASI eksklusif ditingkatkan menjadi 6 bulan sebagaimana dinyatakan dalam Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 450/MENKES/SK/VI/2004 tahun 2004.<sup>27</sup>

Berdasarkan survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002, hanya 3,7% bayi yang memperoleh ASI pada hari pertama. Sedangkan pemberian ASI pada bayi usia kurang 2 bulan sebesar 64%, 2-3 bulan 45,5%, 4-5 bulan 13,9% dan 6-7 bulan 7,8%. Sementara itu cakupan pemberian susu formula meningkat tiga kali lipat dalam kurun waktu antara 1997 sebesar 10,8% menjadi 32,4% pada tahun 2002. Fenomena seperti ini akan berimbas buruk pada kesehatan anak balita.<sup>28</sup> Menurut Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan bahwa 16% kematian bayi baru lahir bisa dicegah bila bayi disusui pada hari pertama kelahiran. Angka harapan hidup bayi akan meningkat menjadi 22% jika bayi disusui pada 1 jam pertama setelah kelahiran.<sup>28</sup> Penelitian Mutiara (2006) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa pemberian ASI Eksklusif berhubungan dengan status gizi balita. ( $p= 0,012$ ).<sup>29</sup>

#### **d) Pemberian Kolostrum**

Pemberian kolostrum mempunyai hubungan dengan status gizi anak. Hal ini sesuai dengan penelitian Hermansyah, (2002) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberian kolostrum terhadap status gizi anak balita. ( $p= 0,000$ ).<sup>23</sup>

#### e) **Tingkat pendidikan Ibu**

Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang gizi yang dimiliki menjadi lebih baik. Masalah gizi sering timbul karena ketidaktahuan atau kurang informasi tentang gizi yang memadai.<sup>13</sup>

Analisis data Susenas 2005, memberikan hasil bahwa pada masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah menunjukkan prevalensi gizi kurang yang cukup tinggi, dan sebaliknya pada masyarakat yang tingkat pendidikannya cukup tinggi prevalensi gizi kurangnya rendah. Ada dua sisi kemungkinan hubungan tingkat pendidikan orang tua dengan keadaan gizi anak balita. Pertama, tingkat pendidikan kepala keluarga secara langsung. Kedua, pendidikan ibu modal utama dalam menunjang perekonomian rumah tangga juga berperan dalam pola penyusunan makanan rumah tangga maupun dalam pola pengasuhan anak.<sup>30</sup> Penelitian Sitepu, (2006) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa pendidikan ibu berhubungan dengan status gizi anak balita. ( $p=0,011$ ).<sup>31</sup>

#### f) **Pengetahuan Gizi Ibu**

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tentang gizi akan membantu dalam mencari alternatif pemecahan masalah kondisi gizi keluarga. Untuk menanggulangi kekurangan konsumsi yang disebabkan oleh daya beli yang rendah perlu diusahakan

peningkatan penghasilan keluarga dengan memanfaatkan pekarangan sekitar rumah. Pengetahuan tentang gizi sangat diperlukan agar dapat mengatasi masalah yang timbul akibat konsumsi gizi. Wanita khususnya ibu sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap konsumsi makanan bagi keluarga, ibu harus memiliki pengetahuan tentang gizi baik melalui pendidikan formal maupun informal.<sup>16</sup>

Pentingnya pengetahuan gizi terhadap konsumsi didasari atas tiga kenyataan. Pertama, Status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan. Kedua, Setiap orang hanya akan cukup gizi yang diperlukan jika makanan yang dimakan mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, pemeliharaan dan energy. Ketiga, ilmu gizi memberikan fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan yang baik bagi perbaikan gizi.<sup>32</sup>

Penelitian Andarwati (2007) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa pengetahuan ibu berhubungan dengan status gizi anak balita. Pengetahuan ibu merupakan faktor resiko terhadap status gizi anak balita.<sup>33</sup>

#### **g) Pekerjaan Ibu**

Dalam hal mengasuh anak, ibu adalah orang yang paling banyak terlibat sehingga pengaruhnya sangat besar bagi perkembangan anak. Meningkatnya kesempatan kerja wanita dapat mengurangi waktu untuk tugas-tugas pemeliharaan anak, kurang pemberian ASI. Penelitian Sitepu (2006) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi anak balita.<sup>31</sup>

## **h) Jumlah Anak dalam Keluarga**

Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan gizi kurang, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi makanannya jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin adalah paling rawan terhadap gizi kurang diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Sebagian memang demikian, sebab seandainya besar keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relatif lebih banyak dari pada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang muda mungkin tidak diberi makan.<sup>33</sup> Penelitian Rosmana (2003) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa jumlah anak dalam keluarga berhubungan dengan status gizi anak balita.<sup>34</sup>

## **i) Penyakit Infeksi**

Gangguan gizi dan infeksi sering saling bekerja sama, dan bila bekerja bersama sama akan memberikan dampak yang lebih buruk dibandingkan bila kedua faktor tersebut masing-masing bekerja sendiri-sendiri. Infeksi memperburuk taraf gizi dan sebaliknya, gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi. Kuman-kuman yang tidak terlalu berbahaya pada anak-anak dengan gizi baik, akan bisa menyebabkan kematian pada anak-anak dengan gizi buruk.<sup>20</sup>

Gizi kurang menghambat reaksi imunologis dan

berhubungan dengan tingginya prevalensi dan beratnya penyakit infeksi. Penyakit infeksi pada anak-anak yaitu Kwashiorkor atau Marasmus sering didapatkan pada taraf yang sangat berat. Infeksi sendiri mengakibatkan penderita kehilangan bahan makanan melalui muntah- muntah dan diare. Gizi kurang dan diare sering dihubungkan satu sama lain, walaupun diakui sulit menentukan kelainan yang mana terjadi lebih dulu, gizi kurang, diare atau sebaliknya.<sup>20</sup>

Penelitian Mustafa (2005) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan bahwa penyakit diare berhubungan dengan status gizi anak balita. Penyakit diare merupakan faktor risiko terhadap status gizi anak balita.<sup>35</sup>

Penelitian Mustafa (2005) dengan menggunakan desain *cross sectional* menunjukkan penyakit ISPA berhubungan dengan status gizi anak balita. Penyakit ISPA merupakan faktor risiko terhadap status gizi anak balita.<sup>35</sup>

### 3) Environment (Lingkungan)

Akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan kebersihan lingkungan besar pengaruhnya terhadap pengasuhan anak. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, makin kecil risiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi faktor lingkungan juga meliputi ketersediaan pangan. Tidak cukupnya persediaan pangan di keluarga (*household food insecurity*). Artinya kemampuan keluarga untuk mencukupi kebutuhan pangan, baik jumlah maupun kebutuhan gizinya, bagi seluruh anggota keluarganya belum terpenuhi. Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan (baik hasil produksi maupun dari pasar atau sumber lain), harga pangan dan daya

beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.<sup>22</sup>

## **5. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita**

### **a. Keadaan Infeksi**

Ada hubungan yang erat antara infeksi (bakteri, virus dan parasit) dengan kejadian malnutrisi. Ditekankan bahwa terjadi interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi.<sup>15</sup> Penyakit infeksi akan menyebabkan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu menghilangkan bahan makanan melalui muntah-muntah dan diare. Selain itu penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan dapat juga menurunkan nafsu makan.<sup>37</sup>

Mekanisme patologisnya dapat bermacam-macam, baik secara sendiri-sendiri maupun bersamaan, yaitu penurunan asupan zat gizi akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit, peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat penyakit diare, mual atau muntah dan perdarahan terus menerus serta meningkatnya kebutuhan baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit dan parasit yang terdapat dalam tubuh.<sup>15</sup>

### **b. Tingkat Konsumsi Makanan**

Konsumsi makanan oleh keluarga bergantung pada jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga. Hal ini bergantung pada pendapatan, agama, adat kebiasaan, dan tingkat pendidikan. Di negara Indonesia yang jumlah pendapatan penduduk sebagian rendah adalah golongan rendah dan menengah akan berdampak pada pemenuhan bahan makanan terutama makanan yang bergizi.<sup>7</sup>

Pengukuran konsumsi makan sangat penting untuk mengetahui kenyataan apa yang dimakan oleh masyarakat dan hal ini dapat berguna untuk mengukur status gizi dan menemukan faktor diet yang dapat menyebabkan malnutrisi.<sup>15</sup> Kurangnya jumlah makanan yang dikonsumsi baik secara kualitas maupun

kuantitas dapat menurunkan status gizi. Anak yang makanannya tidak cukup maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan mudah terserang infeksi.<sup>38</sup>

Macam-macam survey konsumsi makanan

Penilaian asupan makanan digunakan untuk mengetahui kebiasaan makan dan tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada makanan tersebut. Pengukuran asupan makanan menghasilkan data asupan yang bersifat kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif digunakan untuk mengetahui frekuensi makan, asupan menurut jenis bahan makanan dan cara memperoleh bahan makanan tersebut. Metode pengukuran kualitatif antara lain metode frekuensi makan, metode *dietary history*, metode telepon dan metode pendaftaran makanan. Metode kuantitatif terdiri atas ingatan (*recall*) dan catatan (*record*). Metode kuantitatif digunakan untuk mengukur kuantitas pangan yang dikonsumsi oleh seseorang dalam kurun waktu satu hari, apabila dilakukan peningkatan jumlah dari pengukuran pada metode kuantitatif makan kita akan dapat mengetahui asupan kebiasaan individu dapat diperoleh.

Metode yang digunakan untuk menilai konsumsi pangan pada individu :

1. Metode ingatan 24 jam (*food record*)

Pada metode ini seseorang diminta untuk mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada 24 jam yang lalu. Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali (1x24 jam) data yang diperoleh kurang representatif.

2. Metode Pencatatan Makanan

Deskripsi lengkap tentang jenis dan jumlah pangan dan minuman yang dikonsumsi, setiap kali makan, pada periode tertentu yang ditetapkan biasanya 3-7 hari. Seseorang biasanya diminta untuk mencatat semua pangan yang dikonsumsi pada periode tertentu.

### 3. Metode Penimbangan Makanan

Metode ini merupakan metode yang paling akurat dalam memperkirakan asupan kebiasaan atau asupan zat gizi seseorang. Seseorang diminta untuk menimbang semua pangan yang dikonsumsi pada periode waktu tertentu. Kemudian diperhitungkan kuantitas asupan makanan selisih antara kuantitas yang dikonsumsi dengan kuantitas pangan yang sisa.

### 4. Metode Riwayat Makan

Metode ini bersifat kualitatif karena memberikan contoh pola asupan berdasarkan pengamatan dalam waktu yang cukup lama. Komponen yang dinilai dalam metode ini yang dinilai ingatan 24 jam dari asupan aktual, kebiasaan asupan dan mencatat konsumsi pangan selama tiga hari.

### 5. Metode Frekuensi Makan

Pada metode ini diperoleh data tentang gambaran pola asupan sejumlah bahan makanan selama periode tertentu. Dinilai menggunakan kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar bahan makanan.<sup>39</sup>

### c. Pengaruh Budaya

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaruh budaya antara lain sikap terhadap makanan, penyebab penyakit, kelahiran anak, dan produksi pangan. Dalam hal sikap terhadap makanan, masih terdapat pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah. Konsumsi makanan yang rendah juga disebabkan oleh adanya penyakit, terutama penyakit infeksi saluran pencernaan. Jarak kelahiran anak yang terlalu dekat dan jumlah anak yang terlalu banyak akan mempengaruhi asupan gizi dalam keluarga. Konsumsi zat gizi keluarga yang rendah, juga dipengaruhi oleh

produksi pangan. Rendahnya produksi pangan disebabkan karena para petani masih menggunakan teknologi yang bersifat tradisional.<sup>15</sup>

#### **d. Penyediaan Pangan**

Penyediaan pangan yang cukup diperoleh melalui produksi-produksi pangan dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayur-mayur dan buah-buahan. Merupakan program untuk menambah nutrisi pada balita ini biasanya diperoleh saat mengikuti posyandu. Adapun pemberian tambahan makanan tersebut berupa makanan pengganti ASI yang biasa didapat dari puskesmas setempat.<sup>12</sup> Penyebab masalah gizi yang pokok di tempat paling sedikit dua pertiga dunia adalah kurang cukupnya pangan untuk pertumbuhan normal, kesehatan, dan kegiatan normal. Kurang cukupnya pangan berkaitan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Tidak tersedianya pangan dalam keluarga yang terjadi terus menerus akan menyebabkan terjadinya penyakit gizi kurang.<sup>38</sup>

#### **e. Keterjangkauan Pelayanan kesehatan.**

Status gizi anak berkaitan dengan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan dasar. Anak balita sulit dijangkau oleh berbagai kegiatan perbaikan gizi dan kesehatan lainnya karena tidak dapat datang sendiri ke tempat berkumpul yang ditentukan tanpa diantar.<sup>38</sup> Beberapa aspek pelayanan kesehatan dasar yang berkaitan dengan status gizi anak antara lain: imunisasi, pertolongan persalinan, penimbangan anak, pendidikan kesehatan anak, serta sarana kesehatan seperti posyandu, puskesmas, rumah sakit, praktek bidan dan dokter. Makin tinggi jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dasar tersebut di atas, makin kecil risiko terjadinya penyakit gizi kurang.<sup>38</sup>

#### **f. *Higiene dan Sanitasi Lingkungan***

Hal ini bergantung pada kebersihan lingkungan atau ada tidaknya penyakit yang berpengaruh zat-zat gizi oleh tubuh. Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Makin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, makin kecil risiko anak terkena penyakit gizi kurang.<sup>17</sup> Higienitas makanan adalah tindakan nyata dari ibu anak balita dalam kebersihan dalam mengelola bahan makanan, penyimpanan sampai penyajian makanan balita.

#### **g. *Jumlah Anggota Keluarga***

Status gizi merupakan tingkat kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga. Jumlah anggota keluarga yang besar mengakibatkan jumlah konsumsi rumah tangga pun semakin besar. Seandainya anggota keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang. Usia 1 -6 tahun merupakan masa yang paling rawan. Kurang energi protein berat akan sedikit dijumpai pada keluarga yang jumlah anggota keluarganya lebih kecil.<sup>38</sup>

#### **h. *Tingkat Pendapatan***

Keluarga dengan status ekonomi menengah kebawah, memungkinkan konsumsi pangan dan gizi terutama pada balita rendah dan hal ini mempengaruhi status gizi pada anak balita. Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum di masyarakat. Batas kriteria UMR (Upah Minimum Regional) menurut BPS (Badan Pusat Statistik) untuk daerah pedesaan kabupaten Pemalang adalah Rp.1.460.000,-

### **i. Tingkat Pendidikan Ibu**

Pendidikan sangat mempengaruhi penerimaan informasi tentang gizi. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih mempertahankan tradisi- tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit menerima informasi baru di bidang gizi. Selain itu tingkat pendidikan juga ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan semakin mudah dia menyerap informasi yang diterima termasuk pendidikan dan informasi gizi yang mana dengan pendidikan gizi tersebut diharapkan akan tercipta pola kebiasaan yang baik dan sehat.<sup>38</sup> Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan perbaikan gizi. Tingkat pendidikan dapat disederhanakan menjadi pendidikan tinggi (tamat SMA- lulusan PT) dan pendidikan rendah (tamat SD – tamat SMP). Hal ini sesuai dengan kebijakan pemerintah untuk daerah wajib belajar 12 tahun.<sup>38</sup>

### **j. Pengetahuan Ibu Tentang Gizi**

Pengetahuan tentang kadar gizi dalam berbagai bahan makanan, kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu memilih bahan makanan yang harganya tidak begitu mahal akan tetapi nilai gizinya tinggi.<sup>39</sup> Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi berakibat pada rendahnya anggaran untuk belanja pangan dan mutu serta keanekaragaman makanan yang kurang. Keluarga lebih banyak membeli barang karena pengaruh kebiasaan, iklan, dan lingkungan. Selain itu, gangguan gizi juga disebabkan karena kurangnya kemampuan ibu menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari.<sup>38</sup>

## 6. Kurang Energi Protein

Kurang Energi Protein (KEP) diberi nama Internasional *Calori Protein Malnutrition* (CPM) dan kemudian diganti dengan *Protein Energy Malnutrition* (PEM).<sup>16</sup> Kurang Energi Protein adalah seseorang yang gizi kurang yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu.<sup>15</sup>

Kurang energi protein (KEP) pada balita sangat berbeda sifatnya dengan KEP orang dewasa. Balita dengan KEP dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi, kematian anak dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan. KEP pada orang dewasa menurunkan produktivitas kerja dan derajat kesehatan sehingga menyebabkan rentan terhadap penyakit.<sup>13</sup> Diperkirakan bahwa Indonesia kehilangan 220 juta IQ poin akibat kekurangan gizi dan penurunan produktivitas diperkirakan antara 20% - 30%.<sup>18</sup>

Kurang energi protein (KEP) dibedakan gambaran penyakit *kwashiorkor*, *marasmus* dan *marasmus kwashiorkor*. *Kwashiorkor* adalah penyakit KEP dengan kekurangan protein sebagai penyebab dominan, *marasmus* adalah gambaran KEP dengan defisiensi energi yang kronis dan *marasmus kwashiorkor* adalah kombinasi defisiensi kalori dan protein pada berbagai variasi.<sup>16</sup>

Upaya terhadap penanggulangan KEP merupakan tindakan-tindakan preventif. Pencegahan dan penanggulangan KEP tidak cukup ditinjau dari aspek pangan atau makannya. Di masyarakat sering terdapat anggapan bahwa masalah gizi kurang adalah sama dengan kekurangan pangan. Upaya yang langsung ke sasaran berupa pelayanan dasar gizi, kesehatan dan pendidikan. Sedangkan upaya tidak langsung meliputi: a) jaminan ketahanan pangan, b) memperluas kesempatan kerja untuk meningkatkan daya beli, dan c) membangun dan meningkatkan industri kecil dan menengah untuk memberikan kesempatan pada

penduduk miskin meningkatkan pendapatan.<sup>17</sup>

## 7. Pencegahan Masalah Gizi

### a. Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*)<sup>21,22,36</sup>

Pencegahan tingkat pertama mencakup promosi kesehatan dan perlindungan khusus dapat dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan kepada masyarakat terhadap hal-hal yang dapat mencegah terjadinya kekurangan gizi. Tindakan yang termasuk dalam pencegahan tingkat pertama :

- 1) Hanya memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.
- 2) Memberikan MP-ASI setelah usia 6 bulan.
- 3) Menyusui diteruskan sampai usia 2 tahun.
- 4) Menggunakan garam beryodium.
- 5) Memberikan suplemen gizi (kapsul vitamin A, tablet Fe) kepada anak balita.
- 6) Pemberian imunisasi dasar lengkap.

### b. Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*)<sup>21,22,36</sup>

Pencegahan tingkat kedua lebih ditujukan pada kegiatan skrining kesehatan dan deteksi dini untuk menemukan kasus gizi kurang di dalam populasi. Pencegahan tingkat kedua bertujuan untuk menghentikan perkembangan kasus gizi kurang menuju suatu perkembangan ke arah kerusakan atau ketidakmampuan. Tindakan yang termasuk dalam pencegahan tingkat kedua :

- 1) Pemberian makanan tambahan pemulihan (MP-ASI) kepada balita gakin yang berat badannya tidak naik atau gizi kurang.
- 2) Deteksi dini (penemuan kasus baru gizi kurang) melalui bulan penimbangan balita di posyandu.
- 3) Pelaksanaan pemantauan wilayah setempat gizi (PWS-Gizi).
- 4) Pelaksanaan sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa gizi buruk.
- 5) Pemantauan status gizi (PSG)

**c. Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)**<sup>21,22,36</sup>

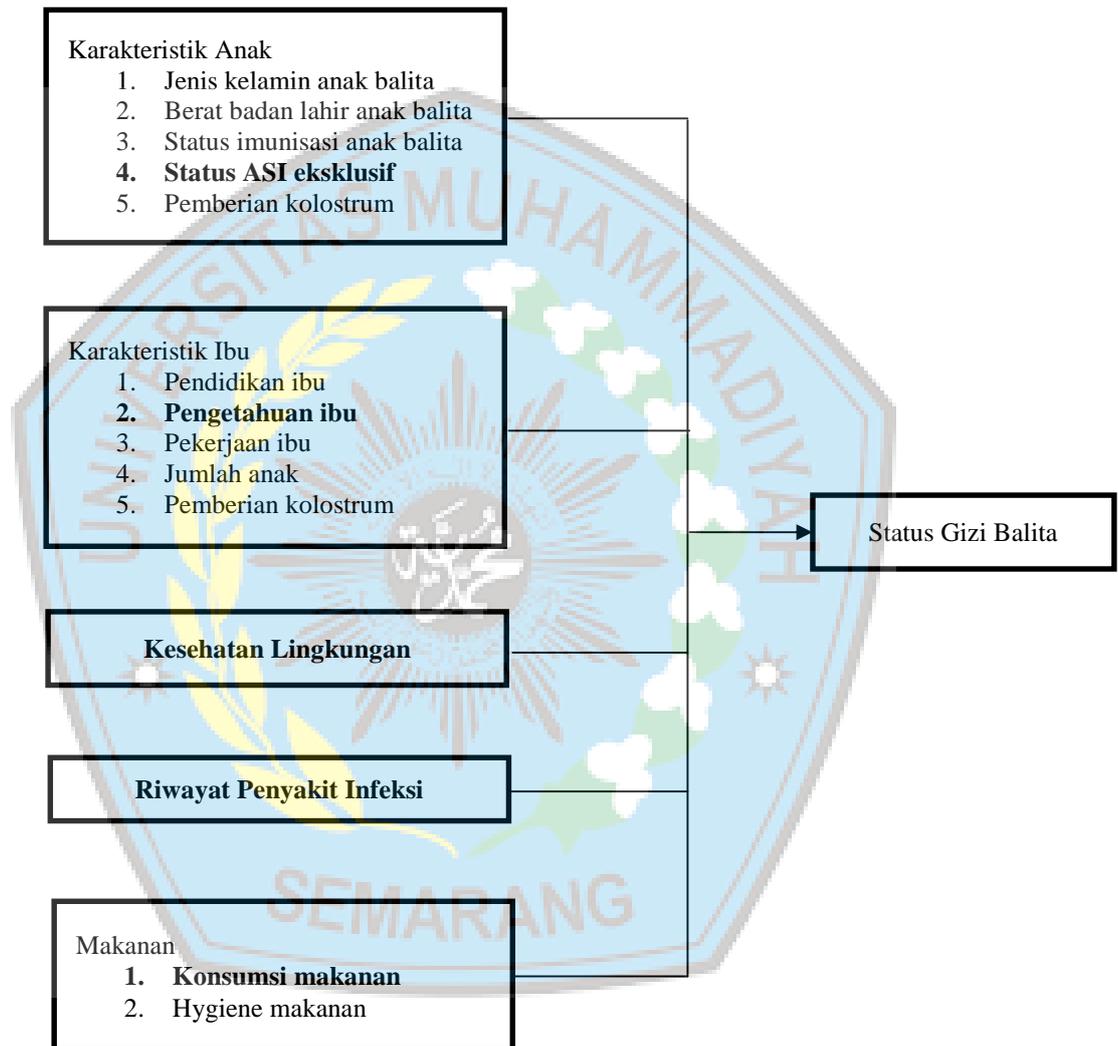
Pencegahan tingkat ketiga ditujukan untuk membatasi atau menghalangi ketidakmampuan, kondisi atau gangguan sehingga tidak berkembang ke arah lanjut yang membutuhkan perawatan intensif. Pencegahan tingkat ketiga juga mencakup pembatasan terhadap segala ketidakmampuan dengan menyediakan rehabilitasi saat masalah gizi sudah terjadi dan menimbulkan kerusakan.

Tindakan yang termasuk dalam pencegahan tingkat ketiga :

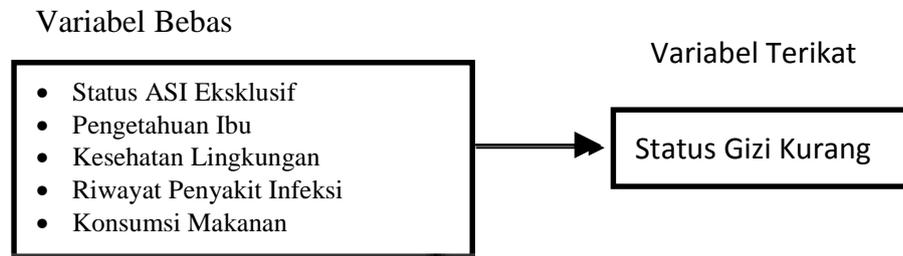
- 1) Konseling kepada ibu-ibu yang anaknya mempunyai gangguan pertumbuhan.
- 2) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam memberikan asuhan gizi kepada anak.
- 3) Menangani kasus gizi buruk dengan perawatan puskesmas dan rumah sakit.
- 4) Pemberdayaan keluarga untuk menerapkan perilaku sadar gizi.
- 5) Melakukan pencegahan meluasnya kasus dengan koordinasi lintas program dan lintas sektor dengan cara memberikan bantuan pangan, pengobatan penyakit, penyediaan air bersih, dan memberikan penyuluhan gizi.

## B. Kerangka Teori

Teori yang berkaitan dengan penelitian mengenai analisis faktor risiko gizi kurang pada balita di Puskesmas Kalimas Randudongkal Kabupaten Pemalang .



### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

Adapun hipotesis yang diajukan adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara faktor status ASI eksklusif dengan status gizi kurang pada balita.
2. Terdapat hubungan antara faktor pengetahuan ibu dengan status gizi kurang pada balita.
3. Terdapat hubungan antara faktor kesehatan lingkungan dengan status gizi kurang pada balita.
4. Terdapat hubungan antara faktor riwayat penyakit infeksi dengan status gizi kurang pada balita.
5. Terdapat hubungan antara faktor konsumsi makanan dengan status gizi kurang pada balita.