

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kekurangan Energi Protein**

##### **2.1.1 Definisi**

Kekurangan Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari, sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. (Boerhan, Roedi, & Siti Nurul, 2006, p. 175).

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi zat energi dan zat protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus (Supariasa, I Dewa Nyoman, 2001).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab KEP dapat dibagi menjadi dua yaitu

###### **1. Penyebab secara langsung (KEP Primer)**

Konsumsi yang kurang dimana dapat menimbulkan kebiasaan makan yang tidak mengandung kalori dan protein sehingga akan menyebabkan terjadinya defisiensi protein (Supariasa, I Dewa Nyoman, 2003).

###### **2. Penyebab tidak langsung (KEP Skunder)**

Hambatan absorpsi (penyerapan) dan hambatan utilisasi (penggunaan) zat-zat gizi karena berbagai hal misalnya karena infeksi (Santoso, Soegeng, 1995).

### 2.1.3 Klasifikasi

Menurut baku median WHO – NCHS, KEP dibagi beberapa tingkatan yaitu:

1. KEP Ringan bila berat badan menurut umur (BB/U) 70-80 % dan/atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) 70-80% baku median WHO-NCHS.
2. KEP Sedang bila BB/U 60-70% baku median WHO-NCHS dan/atau BB/TB 60-70% baku median WHO-NCHS.
3. KEP Berat bila BB/U <60% baku median WHO-NCHS dan/atau BB/TB <60% baku median WHO-NCHS.

Sedangkan klasifikasi KEP berdasarkan KMS balita: (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2001)

1. KEP ringan bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak pada pita warna kuning diatas garis merah atau BB/U 70-80% baku median WHO-NCHS.
2. KEP sedang bila hasil penimbangan BB pada KMS berada dibawah garis merah (BGM) atau BB/U 70-80% baku median WHO-NCHS.
3. KEP berat bila hasil penimbangan BB/U < 60% baku median WHO-NCHS pada KMS tidak ada garis pemisah KEP berat dan KEP sedang.

KEP berat secara klinis terdapat dalam 3 tipe yaitu kwashiorkor, marasmus dan marasmik kwashiorkor. KEP melihat berat badan bila disertai edema yang bukan karena penyakit lain adalah KEP berat tipe kwashiorkor. KEP nyata adalah istilah yang digunakan di lapangan, yang meliputi KEP sedang dan KEP berat dan pada KMS sedang dibawah garis

merah (tidak ada garis pemisah antara KEP sedang dan KEP berat pada KMS).

**Tabel 2.1 Klasifikasi KEP menurut GOMEZ, Tahun 1956**

Derajat Malnutrisi	BB % terhadap status BB/U
Derajat I ( Ringan)	75-90
Derajat II (Sedang)	60-70
Derajat III (Berat)	<60

(Ilmu Gizi : 2000, 96)

**Tabel 2.2 Klasifikasi KEP menurut BB dan TB**

Kategori	KEP	BB/U	TB/U	BB/TB
Normal	(0)	90	95	90
Ringan	(I)	80-89	91-94	81-90
Sedang	(II)	70-79	85-90	71-80
Berat	(III)	60	85	70

(Kesehatan dan Gizi : 1995,76)

#### 2.1.4 Kondisi Akibat Kekurangan Energi Protein

Marasmus adalah suatu keadaan kebutuhan minimal akan energi atau kalori tidak dapat dipenuhi oleh pemberian makanan dalam waktu yang lama. Pada keadaan yang mencolok adalah pertumbuhan yang kurang atau terhenti atau disertai atrofi otot yang menghilangkan lemak dibawah kulit, pada awalnya kelainan demikian merupakan proses fisiologis kelangsungan hidup jaringan, tubuh memerlukan energi yang dapat dipenuhi sendiri, sehingga cadangan protein digunakan juga untuk memenuhi kebutuhan energi tersebut.

Penghancuran jaringan pada defisiensi kalori saja tidak membantu memenuhi kebutuhan energi, akan tetapi juga memungkinkan sintesis glukosa dan metabolit esensial lainnya seperti asam amino, komponen homeostatik, oleh karena itu pada marasmus berat, kadang masih ditemukan asam amino yang normal, sehingga hati masih dapat membentuk cukup albumin.

Kwashiorkor adalah suatu sindrom klinik yang timbul sebagai akibat adanya kekurangan protein yang parah dan pemasukan kalori yang kurang dari yang dibutuhkan.

## **1. Gejala Klinis**

Untuk KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang ditemukan anak tampak kurus. Gejala klinis KEP berat secara garis besar dapat dibedakan sebagai Marasmus, Kwashiorkor, atau Marasmik-Kwashiorkor. Gejala klinis KEP berat yang dapat ditemukan :

### **a. Kwashiorkor**

1. Edema umumnya seluruh tubuh terutama pada kaki (dorsum pedis), wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerahan seperti rambut jagung mudah dicabut tanpa rasa sakit.
2. Perubahan status mental, apatis dan rewel.
3. Otot mengecil, atrofi, lebih nyata jika diperiksa dalam posisi duduk, terdapat kelainan kulit, bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kemerahan dan mengelupas.
4. Sering disertai penyakit infeksi (terutama akut), anemia dan diare.

### **b. Marasmus**

Tampak sangat kurus hingga tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel serta perut cekung. Sering disertai penyakit infeksi (terutama kronik berulang) dan diare.

### c. Marasmik – Kwashiorkor

Merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus dengan BB/U < 60% disertai edema yang tidak mencolok.

## 2. Komplikasi

Pada penderita gangguan gizi sering terjadi gangguan asupan vitamin dan mineral. Karena begitu banyaknya asupan jenis vitamin dan mineral yang terganggu dan begitu luasnya fungsi dan organ tubuh yang terganggu maka jenis gangguannya sangat banyak. Pengaruh KEP bisa terjadi pada semua organ sistem tubuh. Beberapa organ tubuh yang sering terganggu adalah saluran cerna, otot dan tulang, hati, pancreas, ginjal, jantung, dan gangguan hormonal.

Anemia gizi adalah kurangnya kadar Hemoglobin pada anak yang disebabkan karena kurangnya asupan zat Besi (Fe) atau asam Folat. Gejala yang bisa terjadi adalah anak tampak pucat, sering sakit kepala, mudah lelah dan sebagainya. Pengaruh sistem hormonal yang terjadi adalah gangguan hormon kortisol, insulin, Growth hormon (hormon pertumbuhan) Thyroid Stimulating Hormon meninggi tetapi fungsi tiroid menurun. Hormon-hormon tersebut berperan dalam metabolisme karbohidrat, lemak dan protein.

Mortalitas atau kejadian kematian dapat terjadi pada penderita KEP, khususnya pada KEP berat. Beberapa penelitian menunjukkan pada KEP berat resiko kematian cukup besar, yaitu sekitar 55%. Kematian ini seringkali terjadi karena penyakit infeksi (seperti Tuberculosis, radang paru, infeksi saluran cerna) atau karena gangguan jantung mendadak. Infeksi berat sering terjadi karena pada KEP sering mengalami gangguan mekanisme pertahanan

tubuh. Sehingga mudah terjadi infeksi atau bila terkena infeksi beresiko terjadi komplikasi yang lebih berat hingga mengancam jiwa.

Kematian mendadak karena gangguan jantung, disebabkan karena gangguan otot jantung yang sering terjadi pada penderita KEP. Tampilan klinis yang tampak adalah atrofi ringan pada otot jantung, biasanya pada pemeriksaan rontgen didapatkan gambaran jantung yang mengecil. Sebaliknya pada gangguan KEP kwasiokor justru tampak jantung membesar. Beberapa hal tersebut dapat mengakibatkan cardiac output (curah jantung/fungsi pompa jantung) menurun, gangguan sirkulasi, hipotensi (tekanan darah turun), gangguan irama jantung (bradikardi). Sehingga sering anak tampak tangan dan kaki terasa dingin dan pucat. Untuk mencegah komplikasi yang terjadi maka sebaiknya dilakukan deteksi penyimpangan asupan gizi sejak dini. Pada pemeriksaan rutin setiap bulan sebaiknya dokter atau orang tua selalu memperhatikan secara cermat kenaikan atau penurunan berat badan. Bila didapatkan penyimpangan harus segera mencari dan mengatasi penyebabnya. Sehingga diharapkan komplikasi KEP yang sering mengganggu tumbuh kembang anak dapat ditangani dan dicegah sejak dini.

**Tabel 2.3 Kekurangan vitamin, mineral dan elektrolit dengan gejala dan tanda klinis pada penderita KEP:**

No.	Nama penyakit	Kekurangan / defisiensi	Gejala dan tanda klinis
1	Buta senja (xeroftalmia)	Vitamin A	Mata kabur atau buta
2	Beri-beri	Vitamin B1	Badan bengkak, tampak rewel, gelisah, pembesaran jantung kanan
3	Ariboflavinosis	Vitamin B2	Retak pada sudut mulut, lidah merah jambu dan licin

4	Defisiensi B6	Vitamin B6	Cengeng, mudah kaget, kejang, anemia (kurang darah), luka di mulut
5	Defisiensi Niasin	Niasin	Gejala 3 D (dermatitis /gangguan kulit, diare, deementia), Nafsu makan menurun, sakit di lidah dan mulut, insomnia, diare, rasa bingung.
6	Defisiensi Asam folat	Asam folat	Anemia, diare
7	Defisiensi B12	Vitamin B12	Anemia, sel darah membesar, lidah halus dan mengkilap, rasa mual, muntah, diare, konstipasi.
8	Defisiensi C	Vitamin C	Cengeng, mudah marah, nyeri tungkai bawah, pseudoparalisis (lemah) tungkai bawah, perdarahan kulit
9	Rakitis dan Osteomalasia	Vitamin D	Pembekakan persendian tulang, deformitas tulang, pertumbuhan gigi melambat, hipotoni, anemia
10	Defisiensi K	Vitamin K	Perdarahan, berak darah, perdarahan hidung dsb
11	Anemia Defisiensi Besi	Zat besi	pucat, lemah, rewel
12	Defisiensi Seng	Seng	Mudah terserang penyakit, pertumbuhan lambat, nafsu makan berkurang, dermatitis
13	Defisiensi tembaga	tembaga	Pertumbuhan otak terganggu, rambut jarang dan mudah patah, kerusakan pembuluh darah nadi, kelainan tulang
14	Hipokalemi	kalium	Lemah otot, gangguan jantung
15	Defisiensi klor	klor	Rasa lemah, cengeng

16	Defisiensi Fluor	Fluor	Resiko karies dentis (kerusakan gigi)
17	Defisiensi krom	krom	Pertumbuhan kurang, sindroma like diabetes mellitus
18	Hipomagneemia	magnesium	Defisiensi hormon paratiroid
19	Defisiensi Fosfor	Fosfor	Nafsu makan menurun, lemas
20	Defisiensi Iodium	iodium	Pembesaran kelenjar gondok, gangguan fungsi mental, perkembangan fisik

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (1998:312)

**Tabel 2.5 Angka Kecukupan Gizi Anak Usia 1-6 Tahun.**

Golongan umur	Tinggi	Energi Protein
1- 3 tahun	89 cm	1250 Kkal 23 gram
4 - 6 tahun	108 cm	1750 Kkal 32 gram

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (1998:312)

## 2.2 Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Pada Kejadian KEP

### 1. Penyebab Langsung

#### A. Asupan Nutrisi

##### 1) Pemberian ASI

Makanan utama balita umur 0 – 6 bulan hanyalah ASI karena dari segi fungsi organ pencernaan balita belum bisa menerima secara sempurna makanan yang lain selain ASI. Disamping itu ASI juga mengandung immunoglobulin alami dari ibu yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh balita. Apabila balita sudah mendapatkan makanan selain ASI misalnya pisang, nasi tim, dapat menyebabkan kebosanan pada balita tersebut sehingga pada umur-umur selanjutnya balita akan cenderung malas makan.



## 2) Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI sesuai jadwal dapat menyebabkan asupan nutrisi balita lebih baik karena pada umur lebih dari 6 bulan sistem pencernaan balita sudah mulai sempurna fungsinya, penyerapan sari-sari makanan berjalan dengan baik. Pemberian MP-ASI diberikan secara bertahap sesuai dengan umur balita. Malnutrisi sering terjadi pada masa ini karena tidak sedikit keluarga yang tidak mengerti kebutuhan khusus bayi, tidak tahu bagaimana cara membuat makanan sapihan dari bahan-bahan yang tersedia di sekitar mereka atau tidak (belum) mampu menyediakan makanan yang bernilai gizi baik (Arisman, 2004).

## 3) Kualitas dan kuantitas asupan nutrisi

Pada umumnya malnutrisi yang terjadi pada anak-anak dapat merupakan suatu kelanjutan dari suatu keadaan kurang gizi yang telah dimulai semenjak bayi. Meskipun kebutuhan kalori telah dipenuhi akan tetapi makanan yang diberikan tidak mengandung nutrien yang esensial bagi manusia dapat menyebabkan gangguan gizi. Frekwensi pemberian dan banyaknya jumlah asupan nutrisi yang diberikan sangat menentukan keadaan gizi balita.

## **B. Faktor Penyakit Infeksi**

KEP disebabkan oleh masukan energi dan protein yang kurang dalam jangka waktu yang relatif lama. Keadaan ini akan lebih cepat terjadi apabila anak sakit, khususnya menderita penyakit infeksi. Penyakit infeksi yang biasa terjadi pada anak adalah diare, infeksi saluran pernafasan atas

(ISPA), dan malaria. Perlu diingat bahwa anak yang kurang gizi lebih mudah terserang penyakit (Adi, 2001).

Dampak infeksi terhadap pertumbuhan seperti menurunnya berat badan yang telah lama diketahui. Keadaan demikian disebabkan oleh hilangnya nafsu makan penderita penyakit infeksi hingga intake zat gizi dan energi kurang daripada kebutuhannya. Lagipula pada infeksi kebutuhan tersebut justru meningkat oleh katabolisme yang berlebihan dan suhu tubuh yang meninggi (Pudjidi, 2001).

Penyakit infeksi juga berpotensi sebagai penyokong atau pembangkit KEP. Penyakit diare, campak, dan infeksi saluran pernafasan kerap menghilangkan nafsu makan. Penyakit saluran pencernaan yang sebagian muncul dalam bentuk muntah dan gangguan penyerapan, menyebabkan kehilangan zat-zat gizi dalam jumlah besar. Percepatan proses katabolisme meningkatkan kebutuhan sekaligus menambah kehilangan zat-zat gizi (Arisman, 2004).

## **2. Penyebab tidak langsung**

### **A. Faktor Sosial Ekonomi**

#### **1) Tingkat pengetahuan ibu tentang penyebab KEP.**

Timbulnya malnutrisi pada balita tidak lepas dari pengetahuan ibu tentang gizi baik dari segi kebiasaan pola makan, kebersihan, kualitas dan kuantitas yang akan mempengaruhi gizi balitanya, bila ibu memiliki pengetahuan yang kurang tentang gizi bagi balita tentunya akan berdampak langsung bagi asupan nutrisi balitanya. Pengetahuan tentang gizi tidak harus didapat dari kegiatan-kegiatan formal atau

pendidikan khusus, hanya dengan kreatifitas dan inisiatif dari ibu informasi mengenai pengetahuan tentang gizi dengan mudah dapat diperoleh.

Pengetahuan ibu yang mempunyai anak usia dini sangat diperlukan karena akan mempengaruhi konsumsi pangan dan status gizi bayi atau anak tersebut. Dalam hal ini mencakup pengetahuan ibu tentang pentingnya gizi pada anak usia dini, pengetahuan tentang manfaat ASI dan cara terbaik untuk memberikannya, serta pengetahuan tentang penyapihan makanan tambahan. Pola makan seorang anak pada dasarnya dapat dibentuk oleh keluarga. Kalau orang tua, terutama ibu, dapat memperhatikan pola konsumsi anak-anaknya maka mereka bisa mengontrol dan menasehati anak-anaknya makanan apa yang sebaiknya dikonsumsi dan makanan apa yang sebaiknya dihindari (Khomsan, 2002). Kurangnya pengetahuan dan salah persepsi tentang kebutuhan adalah umum disetiap Negara di dunia. Penduduk akan beruntung dengan bertambahnya pengetahuan dan cara menerapkan informasi tentang gizi (Budyanto, 2004).

## 2) Tingkat pendidikan ibu

Pendidikan orangtua ternyata berhubungan negatif dengan prevalensi kurang gizi. Jadi mungkin ada faktor lain yang menyebabkan anak dari orangtua dengan tingkat pendidikan tamat SLTA menderita KEP bahkan sampai tingkat berat. Disamping pendidikan, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi sangat berpengaruh terhadap praktek gizi ibu dalam rumah tangga. Pendidikan gizi adalah

suatu bidang pengetahuan yang memungkinkan seseorang memilih dan mempertahankan pola makan berdasarkan prinsip-prinsip ilmu gizi. Pendidikan gizi biasanya dilakukan dalam lingkup makro dan mikro. Makro dilakukan pada masyarakat luas, sedangkan mikro dilakukan keluarga atau kelompok anggota masyarakat (Anne, 2004).

3) Jenis pekerjaan ibu (Kristijono A, 2000)

Pada usia ini balita juga mulai lebih banyak bersosialisasi dengan lingkungan. Pekerjaan ibu yang banyak memakan waktu sedikit banyak berpengaruh pada komunikasi diantara keduanya. Ibu dengan tingkat kesibukan diluar rumah yang tinggi dapat mengurangi pengawasan terhadap balitanya karena seringkali dititipkan kepada sanak saudara yang lain atau tetangga yang tidak menjamin apakah balitanya tersebut diasuh dengan baik. Hal itu dapat menyebabkan asupan nutrisi yang diterima oleh balita kurang sehingga balita jatuh dalam keadaan gizi kurang atau gizi buruk.

4) Tingkat penghasilan (Kristijono A, 2000)

Rendahnya daya beli masyarakat merupakan halangan utama yang akan berpengaruh terhadap asupan nutrisi keluarga dari segi kualitas maupun kuantitasnya. Sehingga kandungan gizi lengkap seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral jarang terpenuhi. Sebenarnya, sekalipun daya beli masyarakat rendah kekurangan gizi akan bisa diatasi jika ibu tahu bagaimana seharusnya memanfaatkan segala sumber yang dimiliki.

Tingkat pendapatan yang nyata dari keluarga menentukan jumlah dan kualitas makanan yang diperoleh. Pada tingkat pendapatan yang rendah sumber energi terutama diperoleh dari padi-padian, umbi-umbian, dan sayuran. Sebaliknya pada penduduk yang berpenghasilan tinggi, umumnya mengkonsumsi makanan yang harganya lebih tinggi. Kenaikan pendapatan menyebabkan kenaikan variasi konsumsi makanan yang lebih baik yang berasal dari hewan, gula, lemak, minyak, dan makanan kaleng. Akan tetapi penghasilan yang tinggi tidak menjamin tercapainya gizi yang baik pula (Suhardjo, 2006). Jumlah tingkat penghasilan berdasarkan UMR PNS.

#### 5) Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota rumah tangga (JART) yang besar menyebabkan beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan, baik yang biasa di hasilkan oleh rumah tangga maupun yang harus dibeli, menjadi semakin berat. Jumlah anak yang lebih banyak juga membawa konsekuensi lebih banyak anggota rumah tangga yang harus dipenuhi kebutuhannya (Aswatni, dkk., 2004).

Dalam hal panagan ada budaya yang memprioritaskan anggota keluarga tertentu untuk mengkonsumsi hidangan keluarga yang telah disiapkan, yaitu umumnya kepala keluarga. Anggota keluarga lainnya umumnya menempati prioritas berikutnya, dan yang paling umum mendapatkan prioritas terbawah adalah ibu rumah tangga. Apabila hal yang demikian masih dianut dengan kuat oleh suatu keluarga, sedangkan di lain pihak pengetahuan gizi belum dimiliki oleh keluarga

yang bersangkutan, maka dapat saja timbul masalah gizi kurang karena distribusi konsumsi pangan yang tidak merata diantara anggota keluarga (Suhardjo, 2006).

## **B. Pelayanan Kesehatan**

### 1) Keaktifan ke posyandu

Posyandu merupakan bentuk peran serta masyarakat dibidang kesehatan, sasarannya adalah seluruh masyarakat, diantaranya adalah bayi, anak balita, ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui, dan ibu nifas, serta pasangan usia subur. Tujuan dari posyandu adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan terutama balita, ibu, dan pasangan usia subur. Paket pelayanan minimal posyandu, yaitu kegiatan-kegiatan utama kader yang harus dilaksanakan oleh setiap posyandu untuk bayi dan balita diantaranya penimbangan bulanan dan penyuluhan gizi dan kesehatan, pemberian paket pertolongan gizi, imunisasi, dan pemantauan kasus lumpuh layuh, dan rujukan terutama untuk diare dan radang paru-paru (pneumonia) (Dinkes Prop Jatim, 2005). Di wilayah Kecamatan Kenjeran kunjungan ke posyandu dalam 1 bulan hanya ada dua kali.

Kegiatan program penimbangan balita dan penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk memantau keadaan kesehatan dan gizi melalui pertumbuhan atas dasar kenaikan berat badan anak. Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu untuk mencatat dan mengamati perkembangan kesehatan anak yang mudah dilakukan oleh para ibu. Dengan membaca garis perkembangan berat badan anak dari bulan ke

bulan pada KMS, seorang ibu dapat menilai dan berbuat sesuatu untuk berusaha memperbaiki dan meningkatkan perkembangan kesehatan anaknya. Oleh karena itu, semua yang berhubungan dengan kesehatan anak dari sejak lahir sampai berusia 5 tahun perlu dicatat dalam KMS. Selain itu KMS juga berisi pesan-pesan penyuluhan tentang penanggulangan diare, makanan anak, pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi. Semua ibu perlu memiliki KMS anaknya dan selalu membawa KMS tersebut dalam setiap kegiatan gizi di posyandu (Supariasa, 2002).

a) Imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu faktor yang menentukan kondisi kesehatan balita karena dengan imunisasi dapat dicegah penyakit-penyakit seperti hepatitis, tuberkulosis, polio, difteri, pertusis, tetanus dan campak. Imunisasi harus dilakukan secara lengkap disesuaikan dengan umur balita.

b) Pemberian vitamin A

Kekurangan vitamin A dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak, oleh karena itu pemerintah mengeluarkan program pemberian vitamin A secara gratis setiap bulan Februari dan Agustus. Vitamin A dapat digunakan sebagai pengobatan pada kasus KEP berat dengan dosis yang ditentukan.

Dosis pemberian vitamin A adalah sebagai berikut:

(1) Umur 0 – 11 bulan : 200.000 SI / kali.

(2) Umur di atas 1 tahun : 100.000 SI / kali.

### **C. Faktor Pola Asuh**

Pola asuh adalah kemampuan keluarga untuk memberikan makanan pada bayi dan anak atau untuk tumbuh kembang anak. Seorang anak balita mengalami gizi buruk dapat disebabkan oleh pola asuh yang salah atau faktor genetik. Sedangkan pola asuh yang salah terjadi pada keluarga yang tidak mampu yang kurang memperhatikan keseimbangan gizi makanan anaknya (Notoatmodjo, 2003).

#### **2.3 Dampak Yang Ditimbulkan Akibat Gizi Buruk**

Berbagai masalah yang timbul akibat Gizi buruk antara lain tingginya angka kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Hal ini disebabkan, jika Ibu hamil menderita kurang Energi Protein akan berpengaruh pada gangguan fisik, mental dan kecerdasan anak, dan juga meningkatkan resiko bayi yang dilahirkan kurang zat besi. Bayi yang kurang zat besi dapat berdampak pada gangguan pertumbuhan sel-sel otak, yang dikemudian hari dapat mengurangi IQ anak. Secara umum gizi buruk pada bayi, balita dan ibu hamil dapat menciptakan generasi yang secara fisik dan mental lemah. Dilain pihak anak gizi buruk rentan terhadap penyakit karena menurunnya daya tahan tubuh.

Akibat kurang gizi terhadap proses tubuh tergantung pada zat-zat gizi yang kurang. Kekurangan gizi ini secara umum menyebabkan gangguan pada :

- 1) Pertumbuhan anak menjadi terganggu karena protein yang ada digunakan sebagai zat pembakar sehingga otot-otot menjadi lunak dan rambut menjadi rontok.



2) Produksi tenaga

Kekurangan energi yang berasal dari makanan mengakibatkan anak kekurangan tenaga untuk bergerak dan melakukan aktivitas. Anak menjadi malas, dan merasa lemas.

3) Pertahanan tubuh

Sistem imunitas dan antibodi menurun sehingga anak mudah terserang infeksi seperti batuk, pilek dan diare

4) Struktur dan fungsi otak

Kurang gizi pada anak dapat berpengaruh terhadap perkembangan mental. Kekurangan gizi dapat berakibat terganggunya fungsi otak secara permanen seperti perkembangan IQ dan motorik yang terhambat.

5) Perilaku

Anak yang mengalami gizi kurang menunjukkan perilaku yang tidak tenang, cengeng dan apatis.