

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tentang tinjauan pustaka yang berhubungan dengan penelitian yang meliputi (1) Konsep Status Gizi, (2) Kekurangan Energi Protein, (3) Konsep Pendampingan Gizi, dan (4) Konsep Perilaku

2.1 Konsep Status Gizi

Masa balita merupakan proses pertumbuhan yang pesat dimana memerlukan perhatian dan kasih sayang dari orang tua dan lingkungannya. Balita membutuhkan zat gizi yang seimbang agar status gizinya baik dan proses pertumbuhan tidak terhambat, karena balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi (Santoso, 2003).

2.1.1 Pengertian Status Gizi

Gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorb, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi (Supariasa, dkk., 2001).

Zat gizi (*nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier, 2003).

Menurut Almatsier, (2003) menyatakan dalam pembahasan tentang status gizi, ada 3 konsep yang harus dipahami ketiga konsep ini saling berkaitan antara satu dengan lainnya. Ketiga konsep pengertian tersebut adalah:

- a. Proses dari organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup, pertumbuhan fisik organ tubuh dan produksi energi proses ini disebut gizi atau *Nutrition*.
- b. Keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara pemasukan zat gizi di satu pihak dan pengeluaran oleh organisme di pihak lain, keadaan ini disebut *Nutriture*.
- c. Tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh *nutriture* dapat terlihat melalui variabel tertentu yang disebut status gizi (*Nutritional Status*).

Berdasarkan berbagai sumber menyatakan tentang pengertian status gizi, dapat diuraikan di bawah ini:

Status gizi merupakan gambaran atau keadaan umum tubuh sebagai hasil interaksi antara faktor genetika dan faktor lingkungan. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain: gizi (makanan), fisik, ekonomi, sosial, budaya, psikososial, hygiene dan sanitasi lingkungan, serta geografis. Status gizi dapat memperlihatkan keadaan seseorang (anak) dari perbandingan berat badan dan tinggi badan yang selanjutnya dihubungkan dengan keadaan lain dalam tubuhnya, misalnya: umur, keadaan biokimiawi darah, fisik, psikomotor, dan sebagainya (Sediaoetama, 2006).

Status gizi merupakan keadaan kesehatan individu-individu atau kelompok-kelompok yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat-zat lain yang diperoleh dari pangan (makanan) yang dampak fisiknya diukur secara antropometri (Suhardjo, 2005).

2.1.2 Komponen Zat Gizi

1) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang tersedia dengan mudah disetiap makanan dan harus tersedia dalam jumlah yang cukup (Hidayat, 2005). Karbohidrat yang kita konsumsi dapat berupa zat pati dan zat gula. Karbohidrat yang terdapat pada *serealia* dan umbi-umbian bisa disebut zat pati, sedangkan yang berasal dari gula pasir (sukrosa), sirup, madu dan gula dari buah-buahan disebut zat gula (Hardani, 2002).

2) Lemak

Santoso, (2003) menyatakan bahwa Lemak merupakan senyawa organik yang majemuk, terdiri dari unsur-unsur C, H, O yang membentuk senyawa asam lemak dan gliserol, apabila bergabung dengan zat lain akan membentuk lipoid, fosfolipoid dan sterol. Fungsi lemak antara lain (Hardani, 2002):

- a. Sumber utama energi atau cadangan dalam jaringan tubuh dan bantalan bagi organ tertentu dari tubuh.
- b. Sebagai sumber asam lemak yaitu zat gizi yang esensial bagi kesehatan kulit dan rambut.
- c. Sebagai pelarut vitamin-vitamin (A, D, E, K) yang larut dalam lemak.

Untuk mendapatkan jumlah lemak yang cukup, dapat diperoleh dari susu, mentega, kuning telur, daging, ikan, keju, kacang-kacangan, dan minyak sayur (Hidayat, 2005)

3) Protein

Protein merupakan zat gizi yang sangat penting karena yang paling erat hubungannya dengan kehidupan. Protein mengandung unsur C, H, O dan unsur khusus yang tidak terdapat pada karbohidrat maupun lemak yaitu nitrogen (Santoso, 2003). Protein nabati dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan, sedangkan protein hewani didapat dari hewan. Protein berfungsi (Santoso, 2003):

- a. Membangun sel-sel yang rusak.
- b. Membentuk zat-zat pengatur seperti enzim dan hormon.
- c. Membentuk zat anti energi, dalam hal ini tiap protein menghasilkan sekitar 4,1 kalori.

4) Vitamin

Santoso, (2003) menyatakan bahwa vitamin berasal dari kata *Vitamine* oleh Vladimin Funk karena dihipotesiskan disuatu ikatan *organic amine* dan merupakan zat vitamin yang dibutuhkan untuk kehidupan. Ternyata zat ini bukan merupakan *amine*, sehingga diubah menjadi vitamin. Fungsi vitamin sebagai berikut (Santoso, 2003):

- a. Vitamin A : Fungsi dalam proses melihat, metabolisme umum, dan reproduksi.

- b. Vitamin D : *Calciferol*, berfungsi sebagai prohormon transport calcium ke dalam sel. Bahan makanan yang kaya vitamin D adalah susu.
- c. Vitamin E : *Alpha tocoperol*, berfungsi sebagai antioksidasi alamiah dan metabolisme *selenium*. Bahan makanan kacang-kacangan atau biji-bijian khususnya bentuk kecambah, mengandung vitamin E yang baik.
- d. Vitamin K : *Menadion*, berfungsi di dalam proses sintesis *prothrombine* yang diperlukan dalam pembekuan darah. Vitamin K terdapat dalam konsentrasi tinggi di dalam ginjal. Paru-paru dan sumsum tulang. Penyerapan vitamin K diperlukan garam empedu dan lemak.

5) Mineral

Mineral merupakan zat gizi yang diperlukan tubuh dalam jumlah yang sedikit. Mineral mempunyai fungsi (Santoso , 2003):

- a. Sebagai pembentuk berbagai jaringan tubuh, tulang, hormon, dan enzim.
- b. Sebagai zat pengatur
 - a) Berbagai proses metabolisme.
 - b) Keseimbangan cairan tubuh.
 - c) Proses pembekuan darah.
 - d) Kepekaan saraf dan untuk kontraksi otot.

6) Air

Merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting, mengingat kebutuhan air pada bayi relative tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60% (Hidayat, 2005).

2.1.3 Macam-Macam Status Gizi

Adapun macam-macam status gizi antara lain (Arisman, 2004).

- 1) Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin.
- 2) Status gizi kurang terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat esensial.
- 3) Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan

Gangguan gizi terjadi baik pada status gizi kurang maupun status gizi lebih (Almatsier, 2003).

2.1.4 Kebutuhan Gizi Balita

Gizi kurang banyak menimpa anak-anak balita, sehingga golongan anak ini disebut golongan rawan gizi. Masa pemulihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makanan orang dewasa atau bukan anak merupakan masa gawat karena ibu atau pengasuh akan mengikuti kebiasaan yang keliru (Sajogyo et al, (1994) dalam Munawaroh, 2006). Kebutuhan zat gizi tidak sama bagi semua orang, tetapi tergantung banyaknya hal antara lain umur (Soekirman, 2000 dalam

Munawaroh, 2006). Angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan pada bayi dan balita (per orang per hari) dapat dilihat pada table 2.1 dan table 2.2 menunjukkan pola makan pada balita.

Table 2.1 Kebutuhan Energi dan Protein Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata Per Hari

Umur	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (Kkal)	Protein (g)
0-6 bln	5.5	60	560	12
7-12 bln	8.5	71	800	15
1-3 thn	12	90	1250	23
4-6 thn	18	110	1750	32

Sumber: (Baliwati, 2004)

Table 2.2 Pola Makan Balita

Umur (bulan)	Bentuk Makanan
0-4	ASI Eksklusif
4-6	Makanan lumat
6-12	Makanan lembek
12-24	Makanan keluarga 1-1,5 piring nasi 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati 0,5 mangkuk sayur 1 gelas susu
24 ke atas	1-3 piring nasi 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong nabati 1-1,5 mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1-2 gelas susu

Sumber; (Depkes RI, 2002; Munawaroh, 2006)

2.1.5 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung.

a. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi 4 penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Tetapi dalam penilaian ini menggunakan penilaian Antropometri (Arisman, 2004).

1) Antropometri

a) Pengertian

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 (Supariasa, dkk., 2001)

b) Penggunaan

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Arisman, 2004).

c) Indeks Antropometri

(1) Berat badan menurut umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Keadaan normal terjadi karena keadaan

kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, sehingga berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur, sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Supariasa, dkk., 2001).

(2) Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Tinggi badan dapat merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Keadaan normal tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama (Supariasa, dkk., 2001).

(3) Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan tinggi badan. Perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan berat badan dengan kecepatan tertentu (Supariasa, dkk., 2001).

Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini. Indeks tersebut, untuk menginterpretasikan dibutuhkan ambang batas, penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para ahli gizi. Ambang batas dapat disajikan kedalam 3 cara yaitu persen terhadap median, persentil, dan standar deviasi unit. Persen Terhadap Median. Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Antropometri gizi median sama dengan persentil 50 (Arisman, 2004).

Standar deviasi unit (SD) disebut Z-score. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan memantau pertumbuhan (Supriansa, dkk., 2001). Cara menghitung status gizi dengan cara Z-Score:

Bila ‘nilai real’ hasil pengukuran \geq “nilai median” BB/TB maka rumusnya:

$$\text{Z-Score} = \frac{\text{nilai real} - \text{nilai median}}{\text{SD upper}}$$

Bila ‘nilai real’ hasil pengukuran $<$ “nilai median” BB/TB maka rumusnya:

$$\text{Z-Score} = \frac{\text{nilai real} - \text{nilai median}}{\text{SD lower}}$$

Table 2.3 Kategori Status Gizi Z-Score

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas
Berat badan menurut umur (BB/U)	BB lebih (gizi lebih)	$>+ 2 \text{ SD}$
	BB normal (gizi baik)	$\geq -2 \text{ SD s.d. } +2 \text{ SD}$
	BB rendah (gizi kurang)	$\geq -3 \text{ SD s.d. } < -2 \text{ SD}$
	BB sangat rendah (gizi buruk)	$< -3 \text{ SD}$
Tinggi badan menurut umur (TB/U)	Jangkung	$>+ 2 \text{ SD}$
	Normal	$-2 \text{ SD s.d. } +2 \text{ SD}$
	Pendek	$-3 \text{ SD s.d. } < -2 \text{ SD}$
	Sangat pendek	$< -3 \text{ SD}$

Berat badan menurut tinggi (BB/TB)	Gemuk	>+ 2 SD
	Normal	+2 SD s.d. -2 SD
	Kurus	-3 SD s.d. <-2 SD
	Sangat kurus	< -3 SD

Sumber: (Akademi Gizi (AKZI) Surabaya, 2003)

2) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi dapat dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Klinis dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Arisman, 2004).

Penggunaan metode ini umumnya untuk survei secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara tepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi (Arisman, 2004). Metode klinis digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan secara fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit (Supariasa, dkk., 2001).

3) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga jaringan tubuh seperti hati dan otot (Arisman, 2004).

Metode ini digunakan untuk kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah. Gejala klinis yang kurang spesifik maka

penentuan kimia dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik (Supariasa, dkk., 2001).

4) Biofisik

Penentuan staus gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan (Supariasa, dkk., 2001).

b. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi dua yaitu: survey konsumsi makanan dan faktor ekologi. Dalam penelitian ini menggunakan survey konsumsi dengan metode kuantitatif recall 24 jam.

1) Survei Konsumsi

a) Pengertian

Survei Konsumsi pangan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan zat gizi yang dikonsumsi (Supariasa, dkk., 2001).

b) Penggunaan

Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supariasa, dkk., 2001).

c) Metode *Recall* 24 jam

Untuk dapat melakukan *recall*, makanan dengan baik terlebih dahulu harus mempelajari jenis bahan makanan yang biasa dikonsumsi oleh kelompok sasaran survei. Survei pasar bertujuan adalah

mengetahui sasaran berat dari tiap jenis bahan makanan yang biasa dikonsumsi (Supariasa, dkk., 2001). Berikut langkah-langkah kerjanya (Notoatmodjo, 2007):

- a) Masing-masing kelompok menyiapkan bahan makanan, misal:
Bahan makanan pokok: nasi biasa, nasi tim, bubur (masing-masing kelompok membawa satu porsi makanan yang biasa dikonsumsi).
- b) Lauk hewani: bahan yang sudah dimasak seperti telur, ikan goreng, ayam goreng, dan lain-lain. Lauk nabati: bahan yang sudah dimasak yang berasal dari tumbuhan seperti tahu, tempe dan lain-lain. Sayuran : sayur bayam, kacang panjang, dan lain-lain. Buah-buahan: pisang, jeruk, apel dan lain-lain.
- c) Lakukan penimbangan terhadap masing-masing bahan makanan untuk setiap ukuran rumah tangga yang dipakai.

2) Faktor Ekologi

Supariasa, dkk (2001) mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dll. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi disuatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi (Supariasa, dkk., 2001).

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

1. Pendapatan Keluarga

a. Pengertian Pendapatan

Menurut Suhardjo (2003) dalam kehidupan sehari-hari pendapatan erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu.

Ada beberapa definisi pengertian pendapatan, menurut Badan Pusat Statistik, 2005 menyatakan bahwa pengertian pendapatan keluarga adalah seluruh pendapatan dan penerimaan yang diterima oleh seluruh Anggota Rumah Tangga Ekonomi (ARTE). Pendapatan adalah jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang disumbangkan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga (Aswatini,dkk., 2004). Definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pendapatan adalah segala bentuk penghasilan atau penerimaan yang nyata dari seluruh anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Pendapatan rumah tangga merupakan jumlah keseluruhan dari pendapatan formal, pendapatan informal dan pendapatan subsistem (Aswatini, dkk., 2004). Pendapatan formal, informal, dan pendapatan subsistem yang dimaksud dalam konsep diatas dijelaskan sebagai berikut (Jus'at, 2000):

- 1) Pendapatan formal adalah pendapatan yang diperoleh dari hasil pekerjaan pokok.

- 2) Pendapatan informal adalah pendapatan yang diperoleh dari pekerjaan di luar pekerjaan pokok.
 - 3) Pendapatan Subsistem yaitu pendapatan yang diperoleh dari sektor produksi yang di nilai dengan uang. Pendapatan keluarga adalah seluruh penghasilan yang diperoleh dari semua anggota keluarga yang bekerja.
- b. Hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita

Umumnya, jika pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung ikut membaik juga. Mutu makanan tidak selalu membaik kalau diterapkan tanaman perdagangan. Tanaman perdagangan menggantikan produksi pangan untuk rumah tangga dan pendapatan yang diperoleh dari tanaman perdagangan itu atau upaya peningkatan pendapatan yang lain tidak dicanangkan untuk membeli pangan atau bahan-bahan pangan berkualitas gizi tinggi (Jus'at, 2000).

Tingkat penghasilan ikut menentukan jenis pangan yang dibeli dengan adanya tambahan uang. Penghasilan semakin tinggi, semakin besar pula persentase dari penghasilan tersebut dipergunakan untuk membeli buah, sayur mayur dan berbagai jenis bahan pangan lainnya. Penghasilan merupakan faktor penting bagi kuantitas dan kualitas. Antara penghasilan dan gizi terdapat hubungan yang menguntungkan (Suhadrjo, 2005).

Ahli ekonomi berpendapat bahwa dengan perbaikan taraf ekonomi maka tingkat gizi pendukung akan meningkat. Ahli gizi dapat menerima dengan catatan bila hanya faktor ekonomi saja yang

merupakan penentu status gizi. Masalah gizi bersifat multikompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan tetapi faktor-faktor lain ikut menentukan. Perbaikan gizi dapat dianggap sebagai alat maupun sebagai sasaran dari pada pembangunan (Suhardjo, 2005).

2. Pengetahuan ibu

a. Pengertian pengetahuan ibu

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan yaitu:

- 1) Status gizi cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan. Setiap orang akan cukup gizi, jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal. Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi (Suhardjo, 2003).
- 2) Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :
 - a) Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu termasuk ke dalam tingkat

ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima (Sediaoetama, 2006).

- b) Memahami (*Comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar (Sediaoetama, 2006).
- c) Aplikasi (*Application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain (Sediaoetama, 2006).
- d) Analisis (*Analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain (Sediaoetama, 2006).
- e) Sintesis (*Synthesis*) menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada (Sediaoetama, 2006).

f) Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Tingkat Pengetahuan gizi seseorang yang baik, maka akan memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2006).

b. Hubungan Antara Pengetahuan Gizi Ibu Dengan Status Gizi Balita

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi, semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2006).

Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan pada umumnya terjadi di setiap negara. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi, penyebab lain yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003).

3. Pendidikan Ibu

a. Konsep pendidikan ibu

Menurut UU No.20 tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana demi mewujudkan suasana belajar atau proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara (Hasbullah, 2005).

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat melakukan tindakan-tindakan atau praktek untuk memelihara (mengatasi masalah) dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran, sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap (langgeng) karena didasari oleh kesadaran. Kelemahan dalam pendekatan kesehatan ini adalah hasil lamanya, karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran yang pada umumnya memerlukan waktu lama (Notoatmodjo, 2003).

b. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi Balita

Pendidikan ibu merupakan faktor yang sangat penting. Tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan terhadap perawatan kesehatan, higiene pemeriksaan

kehamilan dan pasca persalinan, serta kesadaran terhadap kesehatan dan gizi anak-anak dan keluarganya (Listian, 2009).

Pendidikan berpengaruh pada faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan, kebiasaan hidup, makanan, perumahan dan tempat tinggal. Tingkat pendidikan menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Pendidikan gizi keluarga diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Suhardjo, 2003).

Secara biologis ibu adalah sumber hidup anak. Tingkat pendidikan ibu menentukan sikap dan intervensi pelaksanaan dalam menghadapi berbagai masalah, misal memintakan vaksinasi untuk anaknya, memberikan oralit waktu diare, atau kesediaan menjadi peserta KB. Anak-anak dari ibu yang mempunyai latar pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan atau hal baru guna pemeliharaan kesehatan anak maupun salah satu penjelasannya (Andarwati, 2007).

4. Pekerjaan Ibu

a. Konsep pekerjaan ibu

Wanita sebagai pekerja mempunyai potensi dan hal ini sudah dibuktikan dalam dunia kerja yang tidak kalah dengan pria. Ibu sebagai pekerja, masalah yang dihadapi lebih berat dibandingkan seorang ayah sebagai kepala keluarga. Kenyataannya banyak wanita yang tidak dapat mengatasi masalah keluarga termasuk mengurus anak sekalipun mempunyai kemampuan teknis cukup tinggi sehingga

wanita tidak pandai menyeimbangkan peran ganda tersebut akhirnya balita akan terlantar (Anoraga, 2005).

b. Hubungan antara tingkat pekerjaan ibu dengan status gizi anak

Ibu yang mempunyai pekerjaan tidak dapat memberikan perhatian penuh terhadap anak balitanya terutama dalam pengasuhan anak. Kesibukan dan beban kerja yang ditanggung oleh ibu yang bekerja dapat menyebabkan kurangnya perhatian ibu dalam menyiapkan hidangan yang sesuai untuk balitanya (Anoraga, 2005).

Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya KEP adalah para ibu rumah tangga yang memiliki pekerjaan sehingga pola asuh anak akan terganggu seperti meninggalkan balita, kurang mendapatkan perhatian, dan pemberian makanan tidak dilakukan dengan semestinya (Sediaoetama, 2006).

5. Konsumsi Makanan

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi zat gizi yang terdapat pada makanan sehari-hari. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam suatu susunan hidangan dan perbandingan yang satu terhadap yang lain. Kualitas makanan menunjukkan jumlah masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh (Almatsier, 2003).

Susunan komposisi hidangan dapat memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya, maka tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi adekuat. Konsumsi yang adekuat dapat dilihat dari kuantitas dan kualitasnya (Almatsier, 2003).

Tingkat kesehatan gizi sesuai dengan konsumsi gizi terbaik adalah makanan gizi optimum. Tingkat kesehatan gizi dapat menyebabkan tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya kerja dan efisiensi yang sebaik-baiknya, serta mempunyai daya tahan setinggi-tingginya (Sediaoetama, 2000). Status gizi atau tingkat konsumsi pangan merupakan bagian terpenting dari status kesehatan seseorang. Status gizi dapat mempengaruhi kesehatan seseorang yang berdampak pada status gizi (Suhardjo, 2003).

6. Akses Kesehatan

a. Konsep akses kesehatan

Sistem akses kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Akses kesehatan masyarakat adalah merupakan sub sistem akses kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Supriasa, dkk., 2001). Akses kesehatan dibedakan menjadi 3 bentuk pelayanan yaitu:

(1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*)

Pelayanan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Bentuk pelayanan ini misalnya Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, dan Balkesmas (Notoatmodjo, (1997) dalam Andarwati, 2007).

(2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health service*)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan mengingat, yang sudah tidak bisa ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya, rumah sakit tipe C dan D (Notoatmodjo, (1997) dalam Andarwati, 2007).

(3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health service*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh sekelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan yang sudah kompleks, misalnya rumah sakit tipe A dan (Notoatmodjo, (1997) dalam Andarwati, 2007). Sistem akses kesehatan, ketiga strata atau jenis pelayanan tersebut tidak berdiri sendiri, namun berada dalam suatu sistem, dan saling berhubungan. Akses kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka menyerahkan tanggungjawab tersebut kepada pelayanan di atasnya. Penyerahan tanggungjawab dari suatu akses kesehatan ke akses kesehatan yang lain ini disebut rujukan, ialah suatu sistem penyelenggaraan akses kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani) atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya). (Notoatmodjo, (1997) dalam Andarwati, 2007).

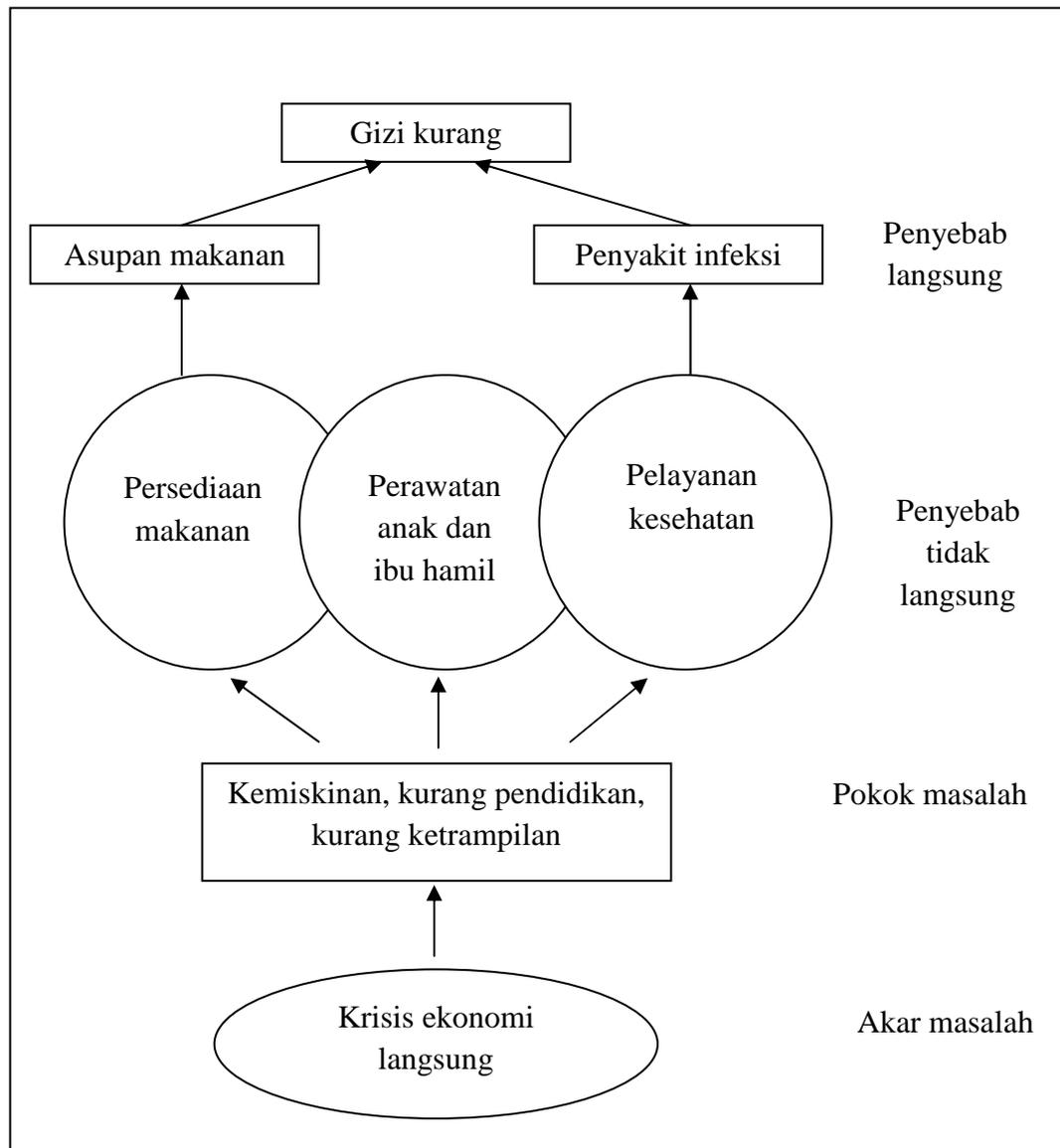
c. Hubungan antara akses kesehatan dengan status gizi anak

Upaya akses kesehatan dasar diarahkan kepada peningkatan kesehatan dan status gizi pada golongan rawan gizi seperti pada wanita hamil, ibu menyusui, bayi dan anak-anak kecil, sehingga dapat menurunkan angka kematian. Pusat kesehatan yang paling sering melayani masyarakat, membantu mengatasi dan mencegah gizi kurang melalui program-program pendidikan gizi dalam masyarakat. Akses kesehatan yang selalu siap dan dekat dengan masyarakat akan sangat membantu meningkatkan derajat kesehatan. Akses kesehatan masyarakat yang optimal apabila kebutuhan kesehatan dan pengetahuan gizi masyarakat akan terpenuhi (Suhardjo, dkk (1986) dalam Andarwati, 2007).

Adapun faktor yang menyebabkan kurang gizi telah diperkenalkan UNICEF dan telah digunakan secara internasional, yang meliputi beberapa tahapan penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita, baik penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah. Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena serong menderita sakit diare atau demam dapat menderita gizi kurang.

Kedua, penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan lingkungan. Persagi (1999) membuat konsep yang dapat diadopsi dari UNICEF. Persagi menilai bahwa gizi kurang juga dipengaruhi oleh kondisi suatu Negara. Konsep tersebut menempatkan asupan

makanan dan infeksi sebagai penyebab langsung terjadinya gizi kurang. Faktor infeksi dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan, perawatan anak dan ibu hamil. Asupan makan dipengaruhi oleh perawatan anak. Pokok masalah dari kondisi tersebut adalah kemiskinan, rendahnya pendidikan dan keterampilan yang merupakan dampak krisis ekonomi (Wigati, 2008).



Gambar 2.1 Faktor Penyebab Gizi Kurang (Supariasa, dkk., 2001)

2.2 Kekurangan Energi Protein (KEP)

Keadaan gizi kurang tingkat berat pada masa bayi dan balita ditandai dengan dua macam sindrom yang jelas yaitu *Kwashiorkor*, karena kurang konsumsi protein dan *Marasmus* karena kekurangan konsumsi energi dan protein. *Kwashiorkor* banyak dijumpai pada bayi dan balita pada keluarga berpenghasilan rendah, dan umumnya kurang pendidikannya. *Marasmus* banyak terjadi pada bayi dibawah usia 1 tahun, yang disebabkan karena tidak mendapatkan ASI atau penggantinya (Suhardjo, 2003).

Kekurangan energi yang kronis pada anak-anak dapat menyebabkan anak balita lemah, pertumbuhan jasmani terlambat, dan perkembangan selanjutnya terganggu. Orang dewasa ditandai dengan menurunnya berat badan dan menurunnya produktifitas kerja. Kekurangan gizi pada semua umur dapat menyebabkan mudahnya terkena serangan infeksi dan penyakit lainnya serta lambatnya proses regenerasi sel tubuh (Suhardjo, 2003).

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG) (Supriasa, 2002)

2.2.1 Gejala Klinis Balita KEP

KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang ditemukan hanya anak tampak kurus. Gejala KEP secara garis besar dapat di bedakan sebagai *marasmus*, *kwashiorkor*, atau *marasmic-kwashiorkor* (Depkes RI, 2000):

1. *Kwashiorkor*
 - a. Edema, kedua punggung dan kaki bengkak.
 - b. Wajah membulat dan sembab

- c. Pandangan mata sayu (*apatis*)
- d. Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok.
- e. Cengeng dan rewel.
- f. Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman di tungkai atau dipantat.
- g. Sering disertai penyakit infeksi, umumnya akut, anemia dan diare.

2. *Marasmus*

- a. Tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
- b. Wajah seperti orang tua.
- c. Cengeng dan rewel.
- d. Rambut tipis jarang dan kusam.
- e. Pantat kendur dan keriput.
- f. Perut cekung

3. *Marasmus-Kwashiorkor*

Gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik Kwashiorkor dan Marasmus, dengan BB/U dalam baku median WHO-NCHS disertai oedema yang tidak mencolok (Supriasa, 2001). Menurut Depkes RI, *marasmic-kwashiorkor* adalah Penyakit ini memperlihatkan gejala klinis campuran antara marasmus dan kwashiorkor (Depkes RI,2006).

2.2.2 Pencegahan KEP

Adapun pencegahan dalam upaya mengatasi KEP antara lain (Depkes RI, 2000) dan (Pudjiadi, 2003):

1. Meningkatkan hasil produksi pertanian, supaya persediaan bahan makanan semakin banyak, sekaligus merupakan tambahan penghasilan rakyat (Depkes RI, 2000).
2. Penyediaan makanan formula yang mengandung tinggi protein dan energy untuk anak-anak yang disapih (Depkes RI, 2000).
3. Memperbaiki infrastruktur pemasaran (Depkes RI, 2000) .
4. Subsidi harga bahan makanan bertujuan untuk membantu mereka yang sangat terbatas penghasilannya (Pudjiadi, 2003).
5. Pemberian makanan suplementer. Makanan diberikan secara gratis atau dijual dengan harga minim, makanan semacam ini ditujukan untuk anak-anak yang termasuk golongan umur rawan akan penyakit KEP (Pudjiadi, 2003).
6. Pendidikan gizi memiliki tujuan untuk mengajar rakyat mengubah kebiasaan mereka dalam menanam bahan makanan dan cara menghidangkan makanan supaya mereka dan anak-anaknya mendapat makanan yang lebih baik mutunya (Depkes RI, 2000)
7. Pendidikan dan pemeliharaan kesehatan (Pudjiadi, 2003).
8. Peningkatan kapasitas kerja manusia dan peningkatan kesejahteraan rakyat dan pemerataan pendapatan yang lebih baik (Pudjiadi, 2003)

2.2.3 Pengobatan KEP

1. Pengobatan KEP ringan

Perbaikan gizi akan tercapai dengan mengubah menu makanan, setiap harinya harus dapat 2-3 gram protein dan 100-150 kkal untuk tiap kg berat badannya. Sumber protein dan energi diperoleh dari (Pudjiadi, 2003):

- a. Makanan pokok setempat, seperti beras, jagung dan sebagainya.

- b. Suplementasi untuk mencapai jumlah protein yang dianjurkan dengan bahan makanan yang mengandung banyak protein dengan harga yang relatif murah. Suplementasi dapat dibeli maupun dibagikan gratis oleh pemerintah melalui Puskesmas atau Posyandu.
- c. Perubahan menu makanan harus diusahakan, sehingga dapat diterima oleh ibu dan tradisi penduduk dimana anak itu berada.

2. Pengobatan KEP berat

Tujuan pengobatan KEP berat adalah untuk menurunkan mortalitas dan memulihkan kesehatan secepatnya (Pudjiadi, 2003):

- a. Penderita KEP berat seyogyanya dirawat di rumah sakit, walaupun memisahkan penderita dari ibunya.
- b. Rumah sakit yang merawat penderita harus dilengkapi dengan cukup perawat dan di tempatkan diruangan terpisah dari ruangan ruangan lain yang ditempati oleh anak-anak Penderita penyakit infeksi.
- c. Dilakukan pemeriksaan secara rutin untuk menentukan kekurangan zat gizi dan infeksi (Pudjiadi, 2003).

2.2.5 Dampak Yang Diakibatkan Oleh Kekurangan Gizi

Keadaan masalah gizi pada anak-anak mempunyai dampak pada kelambatan pertumbuhan dan perkembangannya yang sulit disembuhkan. Anak yang bergizi kurang , kemampuannya untuk belajar dan bekerja serta bersikap akan lebih terbatas dibandingkan dengan anak yang normal. Dampak yang muncul dalam pembangunan bangsa di masa depan karena masalah gizi antara lain (Santoso, 2003):

- a. Kekurangan gizi adalah penyebab utama kematian bayi dan anak-anak yang berarti berkurangnya kuantitas sumber daya manusia di masa depan.
- b. Kekurangan gizi berakibat meningkatnya angka kesakitan dan menurunnya produktivitas kerja manusia yang menambah beban pemerintah untuk meningkatkan fasilitas kesehatan.
- c. Kekurangan gizi berakibat menurunnya tingkat kecerdasan anak. Kekurangan gizi tidak dapat diperbaiki bila terjadi kekurangan gizi semasa anak dikandung sampai umur kira-kira tiga tahun. Penurunnya kualitas manusia usia muda dapat mengurangi sebagian besar potensi cerdas pandai yang sangat dibutuhkan bagi pembangunan bangsa.
- d. Kekurangan gizi berakibat menurunnya daya tahan manusia untuk bekerja, yang berarti menurunnya prestasi dan produktivitas kerja manusia.
- e. Kekurangan gizi pada umumnya adalah menurunnya tingkat kesehatan masyarakat.

2.3 Konsep Pendampingan Gizi

2.3.1 Pengertian

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran atau solusi, menyampaikan layanan atau bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama (Depkes RI, 2007).

Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (2) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (3) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (4) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes RI, 2007).

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam member makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita. Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes Sulsel, 2007).

2.3.2 Tujuan

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi anak melalui kegiatan pendampingan. Tujuan khusus program pendampingan gizi adalah: (1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada bayi dan anak balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan, (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu (Dinkes Sulsel, 2007)

2.3.3 Sasaran

Sasaran pendampingan terdiri atas (Dinkes Sulsel, 2007):

- a. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang
- b. Keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita yang tidak naik berat badannya
- c. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita
- d. Kader posyandu

2.3.4 Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

TGP adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi atau pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat. Tenaga Gizi Pendamping (TGP) akan melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut (Dinkes Sulsel, 2007):

- a. Melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD).
- b. Mengolah dan analisis data.
- c. Membuat daftar keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang, tidak naik berat badan, keluarga yang tidak pernah atau tidak teratur membawa bayi dan balitanya ke posyandu.
- d. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).
- e. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran.
- f. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan
- g. Mengidentifikasi masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran
- h. Memberikan nasihat gizi pada keluarga sasaran sesuai permasalahannya.

- i. Melaksanakan penyuluhan gizi di posyandu dan kelompok pengajian, dll.
- j. Menggerakkan keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita untuk membawa anaknya ke posyandu setiap bulan.
- k. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah kerjanya memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS).
- l. Mencatat data SKDN setiap bulan.
- m. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi (kapsul vitamin A dan sirup besi).
- n. Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- o. Menilai status gizi sasaran setiap bulan dan melaporkan secara berkala.
- p. Melakukan pengumpulan data akhir dan mengevaluasi perubahan status gizi, Kadarzi, partisipasi masyarakat.
- q. Memberikan paket intervensi gizi pada kelompok sasaran.
- r. Membina hubungan kerjasama yang baik dan melakukan koordinasi dengan petugas gizi, bidan desa dan petugas kesehatan lain di wilayah kerjanya.

2.3.5 Langkah- Langkah Pendampingan Gizi

1) Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (Screening) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita yang menderita KEP dan atau balita tidak naik berat badan tiga kali berturut-turut (3T). Data dasar di samping diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setiap waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi.

Pengukuran status gizi dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran status gizi, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (*door to door*). Data hasil pengukuran status gizi balita kemudian diinterpretasi menggunakan standar NCHS-WHO sistem Z-skor untuk mengetahui status gizi (Dinkes Sulsel, 2007).

2) Penetapan sasaran

Sasaran pendampingan pengasuhan balita adalah ibu, pengasuh atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kriteria sebagai berikut (Dinkes Sulsel, 2007):

1. Gizi buruk ($BB/U < -3 SD$)
2. Gizi kurang ($BB/U \geq -3 SD$ s.d $< -2 SD$)
3. Berat badan tidak naik berturut-turut tiga kali (3T)

Balita yang memenuhi kriteria di atas kemudian didaftar menurut Posyandu untuk mempermudah intervensi, kelompok sasaran dibagi dua, yaitu sasaran berkelompok dan sasaran individu. Penetapan kelompok sasaran dilakukan dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan bidan, kepala desa dan atau Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas.

3) Interview

Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan, baik untuk sasaran perorangan atau sasaran berkelompok. Jadwal dibuat menurut wilayah posyandu, atau wilayah tempat tinggal sasaran, diupayakan agar sasaran yang berdekatan dijadwalkan dalam waktu yang sama. Jadwal tersebut selanjutnya disampaikan dijadwalkan dalam waktu yang sama (Dinkes Sulsel, 2007).

4) Intervensi

Intervensi adalah serangkaian tindakan tentang cara member makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh tenaga pendamping kepada ibu atau pengasuh anak dalam bentuk kunjungan rumah (*home visit*), konseling (*counseling*) dan kelompok diskusi terarah (*Focus Group Discussion/FGD*). Intervensi pendampingan dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan pendekatan asuhan gizi berkelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Sasaran yang tinggal berdekatan (berkelompok) dan sasaran yang menderita gizi kurang, pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi berkelompok. Sesi intervensi dilakukan dalam 3 tahap sebagai berikut (Dinkes Sulsel, 2007):

a. Pendampingan Intensif

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh tenaga gizi pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan praktek asuhan gizi bagi balita dan keluarganya. Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu atau pengasuh balita tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama satu minggu berturut-turut (hari pertama sampai hari ketujuh) (Dinkes Sulsel, 2007).

b. Penguatan

Sesi penguatan dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Ibu atau pengasuh balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu atau pengasuh balita mampu melakukan praktek asuhan gizi secara sederhana (Dinkes Sulsel, 2007).

c. Praktek Mandiri

Setelah melakukan penguatan, ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan dua minggu (hari ke-15 sampai ke-24) untuk mempraktek secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang dianjurkan. Sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi kecuali pada hari ke-29 dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap output pendampingan. *Output* yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikan berat badan) anak dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Sasaran yang belum lulus atau balita yang masih mengalami KEP, ibu atau pengasuh yang belum mampu melaksanakan asuhan gizi balita dengan baik, harus didampingi kembali sebagai sasaran pada sesi intensif pada kegiatan pendampingan (Dinkes Sulsel, 2007).

2.4 Konsep Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organism (makhluk hidup) yang bersangkutan, oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang bermaksud dengan perilaku manusia. Hakikatnya perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berbicara, berjalan, menangis, tertawa, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Blum (1974) dalam Notoatmodjo, (2003) mengemukakan bahwa perilaku merupakan faktor yang dominan mempengaruhi kesehatan setelah lingkungan, dimana perilaku selalu berperan dalam lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial maupun sosial budaya dan kemudian baru ditunjang oleh tersedianya fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat, dan terakhir adalah faktor keturunan, dimana faktor ini erat kaitannya dengan gen yang diturunkan terhadap individu. Blum (1974) dalam Notoatmodjo, (2003) menambahkan bahwa dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kepada orangtua yang ada anaknya mengalami penderita gizi buruk, memerlukan intervensi dengan dua upaya yang saling bertentangan melalui:

1. Tekanan (*Enforcement*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan baik adalah cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya dalam bentuk undang-undang, peraturan-peraturan, intruksi-intruksi, tekanan-tekanan dan sanksi-sanksi.

2. Edukasi (*education*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan benar, adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, seperti memberikan penyuluhan dan pendidikan dan sebagainya.

Perilaku dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2007):

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Respon ini disebut sebagai *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks dan sebagainya.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh

orang lain yang disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*) misalnya, seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke Puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Menurut Teori Lawrence Green (1980) dalam dalam Notoatmodjo, (2003) perilaku terbentuk oleh 3 faktor, sehingga dapat mempengaruhi perilaku orangtua terhadap anak balita penderita gizi buruk diantaranya:

- a. Faktor *Predisposisi (Predisposing Factors)* yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor *Pendukung (Enabling Factors)* yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, seperti kontrasepsi dan obat-obatan.
- c. Faktor *Pendorong (Reinforcing factors)* yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan ataupun petugas lainnya, merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orangtua atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas dan sikap serta perilaku para petugas kesehatan, orangtua terhadap kesehatan anaknya dan saling mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

2.4.1 Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Teori perubahan perilaku seseorang sebelum mengadopsi perilaku

baru (berperilaku baik), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni: kesadaran, *interesting*, evaluasi, percobaan dan adopsi, namun demikian berdasarkan penelitian Roger (1983) dalam Notoatmodjo, 2007 menyatakan bahwa telah menemukan model baru dalam memperbaiki penelitiannya proses perubahan perilaku terdahulu dengan teori yang di kenal "*Deffusion of innovation*" meliputi :

1. *Knowledge* (pengetahuan) terjadi bila individu (ataupun suatu unit pembuatan keputusan lainnya) diekspos terhadap eksistensi inovasi dan memperoleh pemahamannya.
2. *Persuasion* (Persuasi) terjadi bila suatu individu (suatu unit keputusan lainnya) suatu sikap mendukung atau tidak mendukung terhadap inovasi.
3. *Decision* (keputusan) terjadi bila individu (unit pembuat keputusan lainnya) terlibat dalam berbagai aktivitas yang mengarah kepada pilihan untuk menerapkan dan menolak inovasi.
4. *Implementation* (implementasi) terjadi bila individu (unit keputusan lainnya) menggunakan inovasi.
5. *Confirmation* (konfirmasi) terjadi bila individu (unit pembuatan keputusan lainnya) mencari dukungan atas keputusan inovasi yang sudah dibuat, akan tetapi ia sendiri mungkin mencanangkan keputusan sebelumnya jika di arahkan terhadap pesan-pesan yang menimbulkan konflik tentang inovasi tersebut.

Apabila penerimaan perilaku baru dan adopsi perilaku melalui proses, yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*), sebaliknya apabila perilaku yang

tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2007)

2.4.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Tingkatan Pengetahuan di dalam Domain Kognitif Pengetahuan yang dicapai di dalam domain kognitif mempunyai 5 tingkatan yakni (Notoatmodjo, 2007):

- (1) Tahu, diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali atau *recall* terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu merupakan tingkat yang paling rendah. Kata kerja bahwa untuk mengukur orang tahu tentang apa yang telah dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.
- (2) *Comprehension* (memahami), diartikan sebagai sesuatu untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, memperkirakan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- (3) Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil atau sebenarnya. Aplikasi

disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

- (4) Analisis, diartikan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis tersebut dapat dilihat dari penggunaan kata kerja.
- (5) Sintesis, menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk suatu keseluruhan yang baru. Kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi dan evaluasi yang berkaitan dengan untuk melakukan *justifikasi* atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-peniaian itu berdasarkan suatu kriteria tersendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penilaian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

2.4.3 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-

hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb dalam Notoatmodjo (2007), salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek. Menurut Notoatmodjo (2007), menyatakan bahwa ciri-ciri sikap adalah sebagai berikut:

1. Sikap seseorang tidak dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang tersebut.
2. Sikap tidak berdiri sendiri melainkan senantiasa mengandung relasi terhadap suatu objek dengan kata lain sikap terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
3. Sikap dapat berubah-ubah oleh karena itu dipelajari oleh sebagian orangtua sebaliknya.
4. Objek sikap dapat merupakan satu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. Jadi sikap dapat berkenaan dengan satu objek saja tetapi juga berkenaan dengan objek-objek yang serupa.
5. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan. Sifat ini yang membedakan sikap dengan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki seseorang.

Dalam bagian lain Allport (1945) yang dikutip oleh Zulkarnaeni (2003), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yakni; kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek; kehidupan emosional atau

evaluasi terhadap suatu objek; kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total *attitude*). Penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dan sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoatmodjo, 2007):

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan obyek.
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap ini, karena dengan suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas pekerjaan itu benar atau salah adalah bahwa orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat ini.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi dalam tingkatan sikap.

2.4.4 Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*) untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari

pihak-pihak lain dengan tingkatan tindakan secara teoritis adalah (Notoatmodjo, 2007):

1. Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.
2. Respon terpimpin (*guided respons*), dalam melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar, sesuai dengan contoh adalah merupakan praktik indikator tingkat dua.
3. Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar maka secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka sudah mencapai praktik tingkat ketiga.
4. Adaptasi (*adaptation*), merupakan suatu tindakan yang sudah berkembang baik, artinya tindakan sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan mewawancarai terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003)