

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Balita

a. Pengertian

Balita adalah individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentan usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0-2 tahun), golongan batita (2-3 tahun), dan golongan prasekolah (>3-5 tahun). Adapun menurut WHO, kelompok balita adalah 0-60 bulan (Adriani dan Bambang, 2014).

b. Karakteristik Balita

Menurut Persagi (1992) dalam buku Gizi Seimbang dalam Kesehatan Reproduksi (Balanced Nutrition in Reproductive Health), berdasarkan karakteristiknya, balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak lebih dari satu tahun sampai tiga tahun yang dikenal dengan “batita” dan anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun yang dikenal dengan usia “prasekolah” (Irianto, 2014).

c. Kebutuhan Gizi Balita

Masa balita merupakan masa kehidupan yang sangat penting dan perlu perhatian yang serius. Pada masa ini balita perlu memperoleh zat

gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik (Adriani dan Bambang, 2014).

Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik. Status gizi balita dapat dipantau dengan penimbangan anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) (Proverawati dan Erna, 2010).

1) Energi

Menurut Depkes RI (2006) kebutuhan energi pada balita umur 6-24 bulan yang sebagai mana terdapat pada tabel 1.

Tabel 1. Kebutuhan Energi pada Balita 6-24 Bulan

| Umur balita (bulan) | Total Kebutuhan Energi (Kkal) | Energi ASI (Kkal) | Energi MP-ASI (Kkal) |
|---------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| 6-12 | 650 | 400 | 250 |
| 12-24 | 850 | 350 | 500 |

Sumber: Depkes RI, (2006)

Kebutuhan energi pada tahun pertama 100-200 Kkal/kg BB. Untuk tiap tiga tahun pertambahan umur, kebutuhan energi turun 10 Kkal/kg BB (Adriani dan Bambang, 2014).

2) Protein

Menurut Depkes RI (2006) kebutuhan protein pada balita umur 6-24 bulan sebagai mana terdapat pada tabel 2.

Tabel 2. Kebutuhan Protein pada Balita 6-24 Bulan

| Umur balita (bulan) | Total Kebutuhan Protein (g) | Protein ASI (g) | Protein MP-ASI (g) |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| 6-12 | 16 | 10 | 6 |
| 12-24 | 20 | 8 | 12 |

Sumber: Depkes RI, (2006)

Protein diperlukan sebagai zat pembangun, yaitu untuk pertumbuhan dan sumber energi. Disarankan untuk memberikan 2,5-3 g/kg BB bagi bayi dan 1,5-2 g/kg BB bagi anak sekolah (Adriani dan Bambang, 2014).

3) Lemak

Kebutuhan lemak tidak dinyatakan dalam angka mutlak. WHO (1990) menganjurkan konsumsi lemak sebanyak 20-30% kebutuhan energi total dianggap baik untuk kesehatan. Jumlah ini memenuhi kebutuhan akan asam lemak esensial dan untuk membantu penyerapan vitamin larut-lemak (Almatsier, 2009).

4) Karbohidrat

Untuk memelihara kesehatan, WHO (1990) menganjurkan agar 50-65% konsumsi energi total berasal dari karbohidrat kompleks dan paling banyak hanya 10% berasal dari gula sederhana (Almatsier, 2009).

d. Pemantauan Pertumbuhan

Bayi sehat diharapkan tumbuh dengan baik, pertumbuhan fisik merupakan indikator status gizi bayi dan anak. Pertumbuhan anak hendaknya dipantau secara teratur. Pemantauan pertumbuhan anak di bawah lima tahun (balita) mengukur berat dan tinggi badan menurut umur (Almatsier, dkk, 2011).

Kekurangan asupan energi dan zat gizi anak, atau kemungkinan pengaruh keturunan terhadap pertumbuhan, akan terefleksi pada pola

pertumbuhannya. Anak yang kurang makan akan menunjukkan penurunan pada grafik berat badan menurut umur. Jika kekurangan makan cukup berat dan berlangsung lama, kecepatan pertumbuhan akan berkurang dan pertumbuhan akan berhenti (Almatsier, dkk, 2011).

2. Status Gizi Balita Berdasakan Antropometri dan Konsumsi Pangan

a. Pengertian

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, dkk, 2012).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009).

b. Penilaian antropometri dan konsumsi makanan

1) Penilaian Antropometri (BB/U)

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supriasa, dkk, 2012).

Dalam ketentuan umum penggunaan standar antropometri WHO 2005, kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks (BB/U) sebagai mana terdapat pada tabel 3.

Tabel 3. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Umur 0-60 Bulan Berdasarkan Indeks (BB/U)

| Indeks | Kategori Status Gizi | Ambang Batas (Z-Score) |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|
| Berat Badan menurut Umur (BB/U) | Gizi Buruk | <-3 SD |
| | Gizi Kurang | -3 SD s.d. <-2 SD |
| | Gizi Baik | -2 SD s.d. 2 SD |
| | Gizi Lebih | >2 SD |

Sumber : *Kemenkes RI, (2010)*

Standar Deviasi Unit (SD) disebut juga Z-skor. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan (Supriasa, dkk, 2012).

Rumus perhitungan Z-skor adalah (Supriasa, dkk, 2012):

$$Z\text{-skor} = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

2) Penilaian Konsumsi Makanan

Hasil pengukuran asupan zat gizi merupakan indikator status gizi paling umum digunakan. Penilaian konsumsi makanan yang dilakukan melalui survei memberikan informasi kualitatif atau kuantitatif tentang konsumsi makanan. Data hasil survei, yang terkumpul pada tingkat nasional, atau perorangan, dapat dinyatakan dalam bentuk zat-zat gizi atau makanan (Almatsier, dkk, 2011).

Metode ingatan 24 jam adalah metode untuk menilai konsumsi pangan individu dengan cara mengingat-ingat pangan apa saja yang dikonsumsi seseorang pada kurun waktu 24 jam yang lalu.

Pewawancara menggunakan suatu alat bantu yang dikenal sebagai formulir ingatan 24 jam (Siagian, 2010).

c. Patofisiologi balita gizi kurang dan gizi buruk

Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. KEP merupakan definisi gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas terutama pada balita (Supriasa, dkk, 2012).

Gambaran klinis utama KEP ringan sampai sedang ialah penyusutan berat badan yang disertai dengan penipisan jaringan lemak bawah kulit. Jika KEP berlangsung menahun, pertumbuhan memanjang akan berhenti sehingga anak akan bertubuh pendek. Kegiatan fisik dan keluaran energi anak berkurang, di samping berlangsung pula perubahan pada fungsi kekebalan dan saluran cerna (Arisman, 2010). Menurut Mann dan Stewart (2014) terdapat dua bentuk KEP yaitu:

1) Marasmus gizi

Hampir semua jaringan adiposa dan (hingga taraf yang lebih kecil) akan hilang dan otot yang digunakan untuk bergerak akan menyusut. Pertumbuhan akan berhenti dan tubuh anak menjadi sangat menyusut karena selama berminggu-minggu tidak mendapatkan makanan yang cukup. Penyebabnya adalah diet yang kandungan total energinya sangat rendah.

2) Kwasiorkor

Secara khas, anak yang menderita kwasiorkor akan mengalami edema yang menyeluruh. Anak tersebut tampak menyedihkan, terpisah, jelas kelihatan sakit, dan tidak mau makan. Perubahan dapat terlihat pada kulit, yaitu timbulnya bercak-bercak pigmentasi dan paling sering ditemukan di daerah bokong. Kemudian kulit pecah-pecah dan lapisan luarnya mengelupas. Rambut menipis dan warnanya memudar menjadi pirang, merah, atau abu-abu dan bukannya berwarna hitam.

d. Faktor yang penyebab balita gizi kurang dan gizi buruk

Malnutrisi biasanya hasil kombinasi dari asupan makanan yang tidak cukup dan infeksi. Pada anak kecil, malnutrisi identik dengan kegagalan pertumbuhan, anak yang mengalami malnutrisi lebih pendek dan lebih kurus dan lebih ringan dari pada anak yang seusia mereka (UNICEF, 1998).

Banyak faktor yang menyebabkan timbulnya masalah gizi, berbagai faktor penyebab kekurangan gizi yang diperkenalkan oleh UNICEF dan telah disesuaikan dengan kondisi Indonesia, tahapan penyebab timbulnya kekurangan gizi adalah (BAPPENAS, 2011):

1) Penyebab langsung

Terdapat dua faktor langsung yang mempengaruhi status gizi individu, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong (berpengaruh). Sebagai contoh, bayi dan anak

yang tidak mendapat ASI dan makanan pendamping ASI yang tepat memiliki daya tahan yang rendah sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) mengakibatkan asupan zat gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik.

Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang mempengaruhi syarat makanan beragam, bergizi seimbang dan aman. Pada tingkat mikro, konsumsi makanan individu dan keluarga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan yang ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan.

Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Untuk itu, cakupan universal untuk imunisasi lengkap pada anak sangat mempengaruhi kejadian kesakitan yang perlu ditunjang dengan tersedianya air minum bersih dan higienis sanitasi yang merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung.

2) Penyebab tidak langsung

Penyebab tidak langsung digambarkan dengan adanya tiga penyebab tidak langsung gizi kurang yakni (Aritonang, 2014):

- a) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai, sehingga setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan

pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya.

- b) Pola pengasuhan anak kurang memadai, sehingga setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan normal baik fisik, mental dan sosial.
- c) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai, sehingga sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Pola asuh bayi dan anak serta jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, akses informasi dan tingkat pendapatan keluarga (BAPPENAS, 2011).

- 3) Akar masalah yakni ketidakstabilan ekonomi, politik, dan sosial dapat disebabkan oleh rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat, yang tercermin dari rendahnya konsumsi pangan dan status gizi masyarakat. Oleh karena itu, mengatasi masalah gizi masyarakat merupakan salah satu tumpuan penting dalam pembangunan ekonomi, politik, dan kesejahteraan yang berkelanjutan (BAPPENAS, 2011).

3. Asupan Energi dan Protein

a. Energi

Energi adalah zat yang diperlukan untuk makhluk hidup untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik (Cakrawati dan Mustika, 2012).

Kapasitas tubuh menggunakan energi yang terdapat pada zat gizi dengan proses metabolisme makanan. Energi yang terdapat dalam makanan diukur dengan satuan kilokalori atau kilojoule. Kilokalori disingkat menjadi kkal, kilojoule menjadi kj. Zat penghasil energi terdiri dari karbohidrat, lemak, dan protein. Dalam 1 gram (g) lemak menghasilkan 9 kkal, 1 g karbohidrat menghasilkan 4 kkal, dan dalam 1 g menghasilkan 4 kkal. Keseimbangan energi yaitu keseimbangan antara energi masuk sama dengan energi keluar (*colory balance*) (Irianto, 2014).

b. Protein

Protein adalah sumber asam-asam amino yang mengandung unsur C, H, O, dan N yang tidak dimiliki oleh lemak dan karbohidrat. Sebagai zat pembangun, protein merupakan bahan pembentuk jaringan-jaringan baru yang selalu terjadi dalam tubuh. Protein dalam tubuh manusia, terutama dalam sel jaringan, bertindak sebagai bahan membran sel. Protein dalam bahan makanan yang dikonsumsi manusia akan diserap oleh usus dalam bentuk asam amino (Budianto, 2009).

4. PMT Pemulihan

a. Pengertian

Makanan Tambahan Pemulihan bagi balita adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi balita usia 6-59 bulan sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2011).

Program pemberian makanan tambahan meliputi distribusi suplemen makanan bagi perorangan atau kelompok yang dianggap rentan untuk mencegah kemunduran status gizi (Mann dan Stewart, 2014).

b. Prinsip PMT

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal dan tidak diberikan dalam bentuk uang. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan hanya sebagai tambahan terhadap makanan yang dikonsumsi oleh balita sasaran sehari-hari, bukan sebagai pengganti makanan utama. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran sekaligus sebagai proses pembelajaran dan sarana komunikasi antar ibu dari balita sasaran (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2011).

Menurut Seksi Gizi Dinkes Provinsi DIY (2011) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan merupakan kegiatan yang meliputi tiga aspek yaitu:

- 1) Aspek rehabilitasi, karena dengan pemberian makanan tambahan diharapkan ada perbaikan status gizi balita sasaran.
- 2) Aspek penyuluhan, karena dengan pemberian makanan tambahan diharapkan ibu-ibu balita mendapatkan penyuluhan sehingga mempunyai pengetahuan gizi yang cukup sebagai salah satu faktor penting untuk melaksanakan perilaku gizi yang baik.
- 3) Aspek peran serta masyarakat, karena masyarakat turut melestarikan kegiatan PMT Pemulihan dengan mempergunakan sumber daya yang dimilikinya.

c. Persyaratan Jenis dan Bentuk Makanan

Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika bahan makanan terbatas, dapat digunakan makanan pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2011).

Makanan tambahan balita ini diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati (misalnya telur/ ikan/ daging/ ayam, kacang-kacangan atau penukar) serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur-sayuran dan buah-buahan setempat (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2011).

Makanan tambahan pemulihan berbasis bahan makanan/makanan lokal ada 2 jenis yaitu berupa MP-ASI (untuk bayi dan anak berusia 6-23 bulan) dan makanan tambahan untuk pemulihan balita usia 24-59 bulan

berupa makanan keluarga (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2011).

Menurut Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak (2011) bentuk makanan tambahan pemulihan yang diberikan kepada balita dapat disesuaikan dengan pola makan sebagaimana tabel 4.

Tabel 4. Pola Pemberian Makanan Bayi dan Anak Balita

| Umur (Bulan) | ASI | Bentuk Makanan | | |
|--------------|-----|----------------|----------------|------------------|
| | | Makanan Lumat | Makanan Lembik | Makanan Keluarga |
| 0-6* | ■ | | | |
| 6-8 | ■ | ■ | | |
| 9-11 | ■ | | ■ | |
| 12-23 | ■ | | | ■ |
| 24-59 | | | | ■ |

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, (2011)

Keterangan : 6* = 5 bulan 29 hari

d. Kandungan gizi

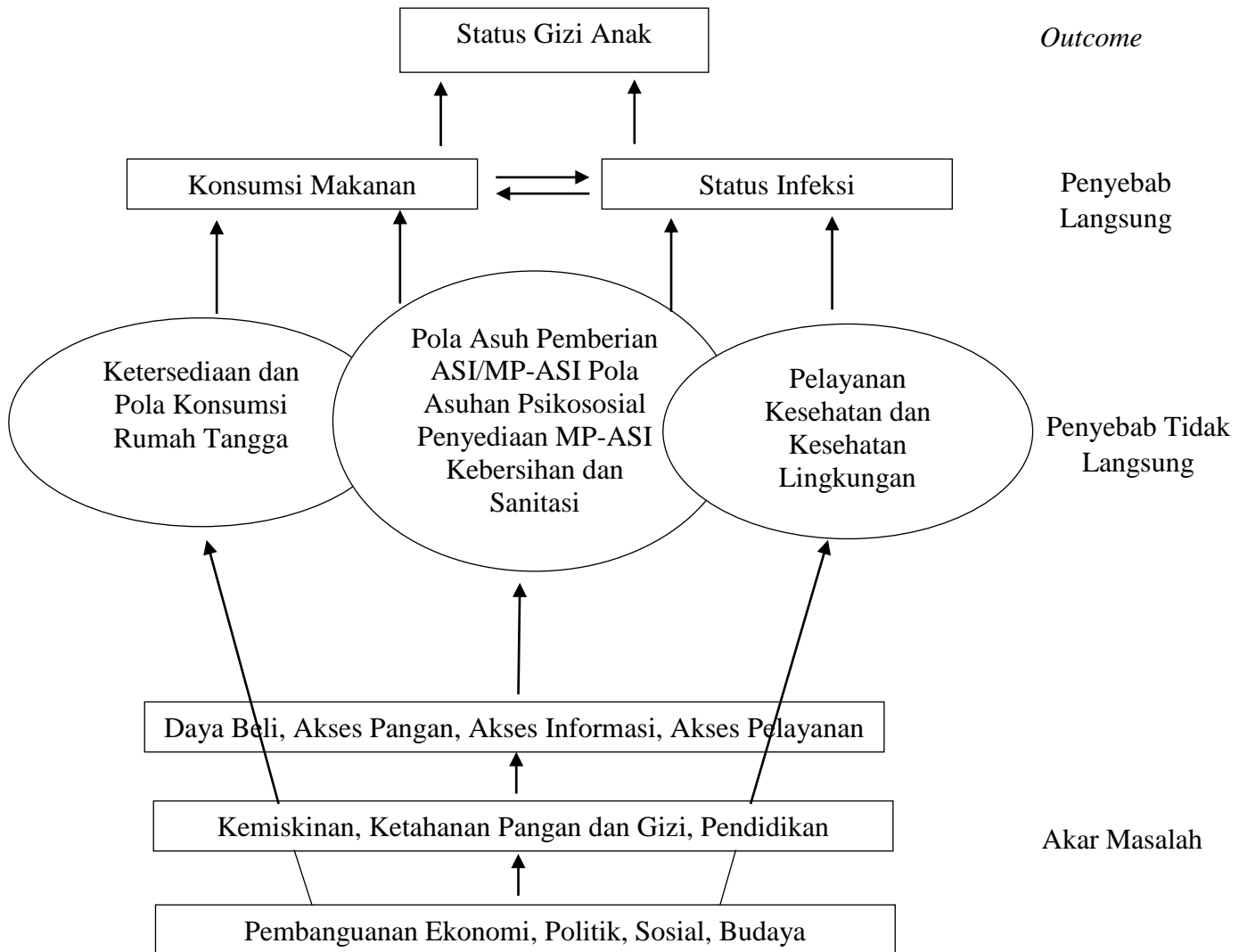
Menurut Seksi Gizi Dinkes Provinsi DIY (2011) makanan tambahan berupa makanan bergizi seimbang dengan kandungan energi sebesar 300-400 Kkal/anak/hari protein sebesar 10-15 g/anak/hari. Makanan tambahan untuk tiap tahapan umur dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 5. Perkiraan Nilai Gizi yang Dipenuhi dari PMT Pemulihan dengan Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Anak 5-59 Bulan

| No | Kelompok Umur | Energi (Kkal) | PMT (30%) | Protein (g) | PMT (30%) |
|----|---------------|---------------|-----------|-------------|-----------|
| 1. | 6-11 bulan | 650 | 195 | 16 | 6.4 |
| 2. | 1-3 tahun | 1000 | 300 | 25 | 10 |
| 3. | 4-6 tahun | 1550 | 465 | 39 | 15.6 |

Sumber: Seksi Gizi Dinkes Provinsi DIY, (2011)

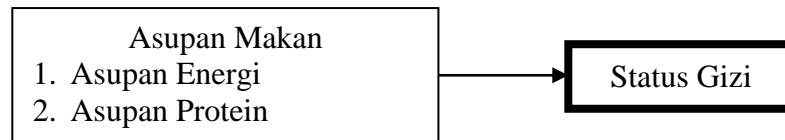
B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi
 Sumber : UNICEF (1990), disesuaikan dengan kondisi Indonesia dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dilihat dari penyebab langsung dari status gizi yang berasal dari asupan makan yaitu asupan energi dan protein.



Gambar 2. Kerangka Konsep Penyebab Status Gizi Berasal dari Asupan Makan (Asupan Energi dan Protein)

Keterangan :

————— : variabel bebas

————— : variabel terikat

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana persentase asupan energi berdasarkan status gizi balita yang pernah mendapat PMT Pemulihan di wilayah kerja Puskesmas Minggir Kabupaten Sleman?
2. Bagaimana persentase asupan protein berdasarkan status gizi balita yang pernah mendapat PMT Pemulihan di wilayah kerja Puskesmas Minggir Kabupaten Sleman?
3. Bagaimana perubahan status gizi balita setelah mendapat PMT Pemulihan dan saat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Minggir Kabupaten Sleman?