

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Status Gizi Balita

Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2004). Sedangkan menurut Idrus dan Kunanto dalam Supriasa (2002) Status Gizi adalah suatu keadaan keseimbangan konsumsi pangan sehingga dapat diekspresikan.

Masa kritis dalam rangka mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas adalah pada saat masa balita, terlebih pada periode dua tahun pertama yang merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal, oleh karena itu pada masa ini perlu perhatian yang serius (Azwar, 2004).

2.1.1. Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Secara garis besar tanda klinis KEP berat dapat dibedakan menjadi tiga yaitu marasmus, kwashiorkor, dan marasmus kwashiorkor (Depkes, 2004).

Kurang energi protein (KEP) disebabkan oleh kekurangan makan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein. Pada anak-anak, KEP dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama

penyakit infeksi dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan (Almatsier, 2004).

2.1.2. Marasmus

Penderita marasmus pada pemeriksaan klinis memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut: anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel, kulit keriput, jaringan lemak sangat sedikit bahkan sampai tidak ada, sering disertai diare kronik serta penyakit kronik, tekanan darah dan detak jantung serta pernafasan kurang (WHO, 2000).

Marasmus biasanya terjadi pada umur 6-18 bulan. Marasmus terjadi karena adanya faktor-faktor sebagai berikut: masalah social yang kurang menguntungkan, kemiskinan, infeksi, mikroorganisme pathogen penyebab diare, dan kecepatan pertumbuhan melambat (Indrawani, 2007).

2.1.3. Kwashiorkor

Penderita kwashiorkor mempunyai tanda-tanda klinis sebagai berikut yaitu: oedema umumnya diseluruh tubuh terutama pada kaki dan tangan, wajah bulat (*moon face*) dan sembab, cengeng, rewel, apatis, rambut berwarna kusam, mudah dicabut, gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*Crazy pavement dermatosis*), pembesaran hati (WHO, 2000).

Indikasi yang jelas pada kwashiorkor yaitu kekurangan protein (protein malnutrisi), baik kualitas atau kuantitas protein ataupun keduanya yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perbaikan sel yang rusak, tetapi umumnya cukup kebutuhan kilokalori. Penderita protein malnutrisi biasanya

terjadi pada : anak lepas susu (disapih) umur 1-4 tahun; tempat di daerah tropical, subtropical dimana ekonomi, social, budaya merupakan kombinasi factor ini yang kerap menimbulkan protein malnutrisi pada anak-anak; anak-anak yang sedang dirawat inap karena pembedahan atau hipermetabolik (Indrawani, 2007).

2.1.4. Marasmus-Kwashiorkor

Tanda-tanda klinis marasmus-kwashiorkor adalah gabungan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwashiorkor (WHO, 2000).

2.2. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi bertujuan untuk memberikan gambaran secara umum mengenai metode penilaian status gizi, memberikan penjelasan mengenai keuntungan dan kelemahan dari masing-masing metode yang ada, dan memberikan gambaran singkat mengenai pengumpulan data, perencanaan, dan implementasi untuk penilaian status gizi (Hartriyanti dan Triyanti, 2007).

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia dan biofisik (Supariasa, 2002).

2.2.1. Kelebihan Antropometri

Antropometri adalah ukuran dari tubuh dan sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2002).

Kelebihan antropometri gizi antara lain: sederhana, aman, tidak mahal, pengukuran relatif tidak hanya dilakukan oleh tenaga khusus profesional juga dapat dilakukan oleh tenaga lain sesudah mendapat pelatihan terlebih dahulu, digunakan untuk penapisan (*screening*) status gizi (Gibson, 2005).

2.2.2. Keterbatasan Antropometri

Beberapa keterbatasan antropometri antara lain adalah: membutuhkan data referensi yang relevan; terdapat beberapa kesalahan yaitu kesalahan pada peralatan (belum dikalibrasi); kesalahan pada pengukur (kesalahan pengukuran, pembacaan, pencatatan); tidak dapat memperoleh informasi karena defisiensi zat gizi mikro; dan hanya mendapatkan data pertumbuhan, obesitas, malnutrisi karena kurang energi dan protein (Jelliffe dan Jelliffe, 1989).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) (Gibson, 2005).

2.3. Klasifikasi Status Gizi

Baku rujukan WHO-NCHS dengan metode Z-score merupakan baku antropometri yang sekarang digunakan di Indonesia, seperti tersurat dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 920/MenKes/SK/VIII/2002 tentang klasifikasi status gizi anak bawah lima tahun (balita). Standar baku nasional Indonesia yang disepakati seperti pada tabel 2.1 (Depkes, 2002).

Tabel 2.1
Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (Balita)

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas *)
Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	Gizi lebih	$>+2$ SD
	Gizi baik	-2 SD s/d $+2$ SD
	Gizi kurang	<-2 SD s/d ≥ -3 SD
	Gizi buruk	<-3 SD
Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)	Normal	≥ -2 SD
	Pendek (Stunted)	<-2 SD
Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/ TB)	Gemuk	$>+2$ SD
	Normal	-2 SD s/d $+2$ SD
	Kurus (wasted)	<-2 SD s/d ≥ -3 SD
	Kurus sekali	<-3 SD

(Depkes, 2002)

*) SD= Standar Deviasi

Pertimbangan dalam menetapkan ambang batas (Cut off point) status gizi didasarkan pada asumsi risiko kesehatan sebagai berikut (1) antara -2 SD s/d $+2$ SD tidak memiliki risiko atau berisiko paling ringan, (2) antara -2 SD s/d -3 SD atau antara $+2$ SD s/d $+3$ SD memiliki risiko cukup tinggi untuk menderita masalah kesehatan (Depkes, 2002).

2.3.1. Indikator Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh adalah Berat badan. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi (Supariasa, 2002). Dalam keadaan normal dimana kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal terdapat dua kemungkinan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Gibson, 2005).

Kelebihan indeks BB/U yaitu lebih mudah dimengerti oleh masyarakat umum, baik untuk mengukur status gizi, dan sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan kecil. Sedangkan kelemahan indeks BB/U yaitu interpretasi bisa keliru apabila ada edema atau asites, memerlukan data umur yang akurat, dan sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan (Supariasa, 2002).

Klasifikasi WHO-NCHS (2002) berdasarkan indeks BB/U dikategorikan menjadi Gizi buruk (< -3 SD), Gizi kurang (< -2 SD s/d ≥ -3 SD), gizi baik (-2 SD s/d $+2$ SD), dan gizi lebih ($> +2$ SD) (WHO-NCHS, 2002).

2.3.2. Indikator Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Indeks tinggi badan menurut umur memberikan gambaran status gizi masa lampau. *Stunting* adalah dampak dari ketidakcukupan *intake* makanan dalam waktu yang lama, rendahnya kualitas zat gizi makanan atau kombinasi dari factor-faktor tersebut. (Gibson, 2005).

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan pertumbuhan skeletal. Tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur bila dalam keadaan normal dan dalam jangka waktu yang pendek kurang sensitif terhadap kekurangan zat gizi sehingga apabila terjadi defisiensi zat gizi akan nampak dalam waktu yang relatif lama .

Kelebihan indeks TB/U adalah baik untuk menilai status gizi masa lampau dan ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Sedangkan kelemahan indeks TB/U adalah pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya dan ketepatan umur sulit didapat (Supariasa, 2002).

2.3.3. Indikator Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/ TB)

Berat badan mempunyai hubungan linear dengan tinggi badan. Perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini dan indeks ini tidak tergantung kepada umur (Jelliffe dan Jelliffe, 1989).

Kelebihan indeks BB/TB yaitu tidak memerlukan data umur dan dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, dan kurus), sedangkan kelemahan indeks BB/TB adalah membutuhkan dua macam alat ukur, pengukuran relative lebih lama, membutuhkan dua orang untuk

melakukannya, sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran terutama bila dilakukan oleh kelompok non professional, dan tidak dapat memberikan gambaran anak pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umur karena faktor umur tidak diperhitungkan, serta sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan pada kelompok balita (Supariasa, 2002).

2.4. Pengukuran Konsumsi Makanan

Salah satu metode yang digunakan dalam penentuan status gizi perseorangan atau kelompok adalah survey konsumsi makanan. Tujuan umum survey konsumsi makanan dimaksudkan untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga dan perorangan serta factor-faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi makanan tersebut (Supariasa, 2002).

Berdasarkan jenis data yang diperoleh maka pengukuran konsumsi makanan terdiri dari dua jenis yaitu; 1) metode kualitatif diantaranya adalah frekuensi makan, *dietary history*, metode telepon, dan pendaftaran makanan (*food list*). 2) metode kuantitatif diantaranya adalah metode *recall* 24 jam, perkiraan makanan, penimbangan makanan metode *food account*, metode inventaris (*inventory method*) dan pencatatan (*household food records*). Sedangkan metode pengukuran konsumsi makanan untuk individu antara lain; 1) metode *recall* 24 jam. 2) *estimated food records*. 3) metode penimbangan makanan (*food weighing*). 4) metode *dietary history*. 5) Metode frekuensi makanan (*food frekuensi*) (Gibson, 2005).

2.4.1. Metode *Recall* 24 Jam

Prinsip dari metode *recall* 24 jam dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Responden, ibu atau pengasuh disuruh menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin). Biasanya dimulai sejak bangun tidur kemarin sampai tidur malam harinya. Untuk mendapatkan data kuantitatif maka jumlah konsumsi makanan individu ditingkatkan secara teliti dengan menggunakan alat Ukuran Rumah Tangga (URT) atau ukuran lainnya yang biasa dipergunakan sehari-hari dan dapat dibantu dengan menggunakan model makanan (*food model*) (Supriasa, 2002).

Langkah-langkah pelaksanaan *recall* 24 jam yaitu; 1) petugas menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga selama kurun waktu 24 jam. Kemudian dikonversi di ukuran rumah tangga ke dalam ukuran berat (gram). 2) menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM). 3) membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) (Supriasa, 2002).

2.4.2. Kelebihan Metode *Recall* 24 Jam

Kelebihan metode *recall* 24 jam antara lain; mudah melaksanakannya serta tidak mau membebani responden, biaya relative murah, cepat sehingga dapat mencakup banyak responden, dapat digunakan untuk responden yang buta huruf, dan dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar

dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari (Supariasa, 2002).

2.4.3. Kekurangan Metode *Recall* 24 Jam

Kekurangan metode recall 24 jam antara lain; tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari-hari bila hanya dilakukan recall satu hari, ketepatannya sangat tergantung pada daya ingat responden sehingga metode ini tidak cocok dilakukan pada anak usia di bawah 7 tahun, orang tua berusia di atas 70 tahun dan orang yang hilang ingatan atau orang yang pelupa. Selain itu *recall* tidak tepat digunakan pada saat panen, hari pasar, hari akhir pecan, pada saat melakukan upacara keagamaan, selamatan, dan lain-lain (Supariasa, 2002).

2.5. Angka Kecukupan Gizi

Untuk menilai tingkat konsumsi makanan terutama energi dan zat gizi diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan atau *Recommended Dietary Allowance* (RDA) untuk populasi yang diteliti. Untuk Indonesia Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang digunakan secara nasional saat ini adalah hasil keputusan Menteri Kesehatan RI no. 1593/MENKES/SK/XI/2005 tanggal 24 november 2005. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan bagi anak umur 0-6 bulan yaitu 550 kkal untuk energi dan 10 gram untuk protein, untuk anak umur 7-11 bulan yaitu 650 kkal untuk energi dan 16 gram untuk protein, sedangkan anak umur 12-23 bulan yaitu 1000 kkal untuk energi dan 26 gram untuk protein (Depkes, 2006).

2.6. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi

2.6.1. Konsumsi Gizi

Kebutuhan Nutrien tertinggi per kg berat badan dalam siklus daur kehidupan adalah pada masa bayi dimana kecepatan tertinggi dalam pertumbuhan dan metabolisme terjadi pada masa ini (Kusharisupeni, 2007). Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya. Akan tetapi asupan zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan akan mempengaruhi pertumbuhan anak. Kekurangan zat gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari standar (Khomsan, 2004).

Asupan makan terkait dengan ketersediaan pangan namun tidak berarti jika tersedia pangan kemudian akan secara pasti setiap orang akan tercukupi konsumsi makanan karena kecukupan gizi seseorang tergantung dari makanan yang dikonsumsinya. apabila anak balita *intake* makanannya tidak cukup maka daya tahan tubuhnya akan menurun sehingga akan mengalami kurang gizi dan mudah terserang penyakit infeksi. Demikian pula bila anak balita menderita penyakit infeksi maka anak akan kehilangan nafsu makan sehingga *intake* makanan menjadi kurang . Dua hal inilah sebagai penyebab langsung gizi kurang. Selama masa pertumbuhan balita memerlukan asupan energi dan protein. Protein diperlukan oleh anak balita untuk pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh dan pertumbuhan jaringan baru (Robberts, et.al,2000).

2.6.2. Penyakit Infeksi

Hubungan antara gizi kurang dan penyakit infeksi sangat kompleks. Disatu sisi kekebalan tubuh anak terhadap infeksi akan berkurang apabila anak menderita gizi kurang. Contohnya adalah anak yang gizi kurang selanjutnya dapat menderita penyakit pneumonia atau penyakit infeksi lainnya sedangkan disisi lain penyakit infeksi sangat mempengaruhi status gizi anak (Waterlow, 1992).

Penyakit infeksi dapat menyebabkan kehilangan nafsu makan sehingga terjadi kekurangan gizi secara langsung. Pada anak umur 12 sampai 36 bulan khususnya mempunyai risiko penyakit infeksi seperti gastroenteritis dan campak (WHO, 2000). Hubungan yang sangat kuat antara malnutrisi dan kematian anak balita dikarenakan anak menderita gizi kurang disertai dengan penyakit infeksi. Beberapa penyakit yang menyebabkan terjadinya malnutrisi antara lain adalah penyakit diare, campak, ISPA, malaria, dan lain-lain (Schroeder, 2001).

2.6.3. Pola Asuh

Pola asuh anak merupakan kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya baik fisik, mental, dan sosial, berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, dan memberi kasih sayang. Pola asuh gizi merupakan bagian dari pola asuh anak yaitu praktik di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan

dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. (Zeitlin dalam WNPG VII, 2000).

Sedangkan aspek kunci dalam pola asuh gizi meliputi perawatan dan perlindungan bagi ibu, praktik menyusui, pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), penyiapan makanan, kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, praktik kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan (Zeitlin dalam WNPG VII, 2000).

2.6.4. Pendidikan

Pendidikan adalah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Depdiknas, 2001). Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) Pendidikan adalah suatu proses penyampaian bahan , materi pendidikan kepada sasaran pendidikan guna perubahan tingkah laku. Hasil pendidikan orang dewasa adalah perubahan kemampuan, penampilan atau perilakunya.

Faktor tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh (Apriadi, 1986). . Setiap kenaikan satu tahun pendidikan ibu mempunyai efek proteksi memperkecil risiko terjadinya KEP pada balita sebesar 0,89 kali. Pendidikan ibu merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi (Amos, 2000).

Hasil penelitian Mulyaningsih (2007) di Kecamatan Cililin Kabupaten Bandung bahwa terdapat kecenderungan pada ibu yang berpendidikan rendah mempunyai anak dengan status gizi kurang lebih tinggi (33,7%)

dibanding ibu yang berpendidikan tinggi dengan anak gizi kurang (28,6%) dan terdapat kecenderungan positif antara pendidikan ibu dengan asupan protein.

2.6.5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi sesudah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Berdasarkan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (Notoatmodjo, 2007).

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan cara wawancara terstruktur dengan kuesioner. Aspek-aspek dalam pengetahuan gizi yaitu; a) pangan dan gizi (pengertian, jenis, fungsi, sumber, akibat kekurangan), b) pangan/gizi bayi (ASI, MP-ASI, umur pemberian, jenis), c) pangan/gizi balita, d) pangan/ gizi ibu hamil e) pertumbuhan anak, f) kesehatan anak, g) pengetahuan tentang pengasuhan anak. Katagori pengetahuan gizi bisa dibagi dalam tiga kelompok yaitu baik, sedang, dan kurang. Cara pengkatagorian dilakukan dengan menetapkan *cut-off point* dari skor yang telah dijadikan persen, yaitu baik dengan skor >80% jawaban benar, sedang dengan skor 60-80% jawaban benar dan kurang dengan skor <60% jawaban benar (Khomsan, 2004).

Hasil penelitian Syahbudin (2002) di Puskesmas Munjul Kecamatan Majalengka mengatakan bahwa meskipun pengetahuan ibu bukan merupakan faktor penyebab langsung terjadinya gizi kurang namun terbukti bahwa pengetahuan ibu tentang gizi ada hubungan bermakna dengan

terjadinya gizi kurang pada balita. Hasil penelitian Mulyaningsih (2007) di Kecamatan Cililin Kabupaten Bandung menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan proporsi ibu yang mempunyai pengetahuan kurang memiliki anak gizi kurang lebih tinggi yaitu 36,1 % dibanding ibu yang memiliki pengetahuan baik (28,6%).

2.6.6. Pekerjaan

Pekerjaan yang berhubungan dengan pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan tentang kuantitas dan kualitas makanan. Ada hubungan yang erat antara pendapatan yang meningkat dan gizi yang didorong oleh pengaruh menguntungkan dari pendapatan yang meningkat bagi perbaikan kesehatan dan masalah keluarga lainnya yang berkaitan dengan keadaan gizi .

Rendahnya pendapatan orang-orang miskin dan lemahnya daya beli memungkinkan untuk mengatasi kebiasaan makan dengan cara-cara tertentu yang menghalangi perbaikan gizi yang efektif, terutama untuk anak-anak mereka. (Suhardjo, 1989).

2.6.7. Jumlah Anak

Urutan kelahiran merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pada pola pertumbuhan anak balita dalam satu keluarga. Anak yang terlalu banyak selain menyulitkan dalam mengurusnya juga kurang bisa menciptakan suasana tenang di dalam rumah. Lingkungan keluarga yang selalu ribut akan mempengaruhi ketenangan jiwa, dan ini secara langsung akan menurunkan nafsu makan anggota keluarga lain yang terlalu peka terhadap suasana yang kurang menyenangkan. (Apriadji, 1986). Menurut Berg (1986) rumah tangga

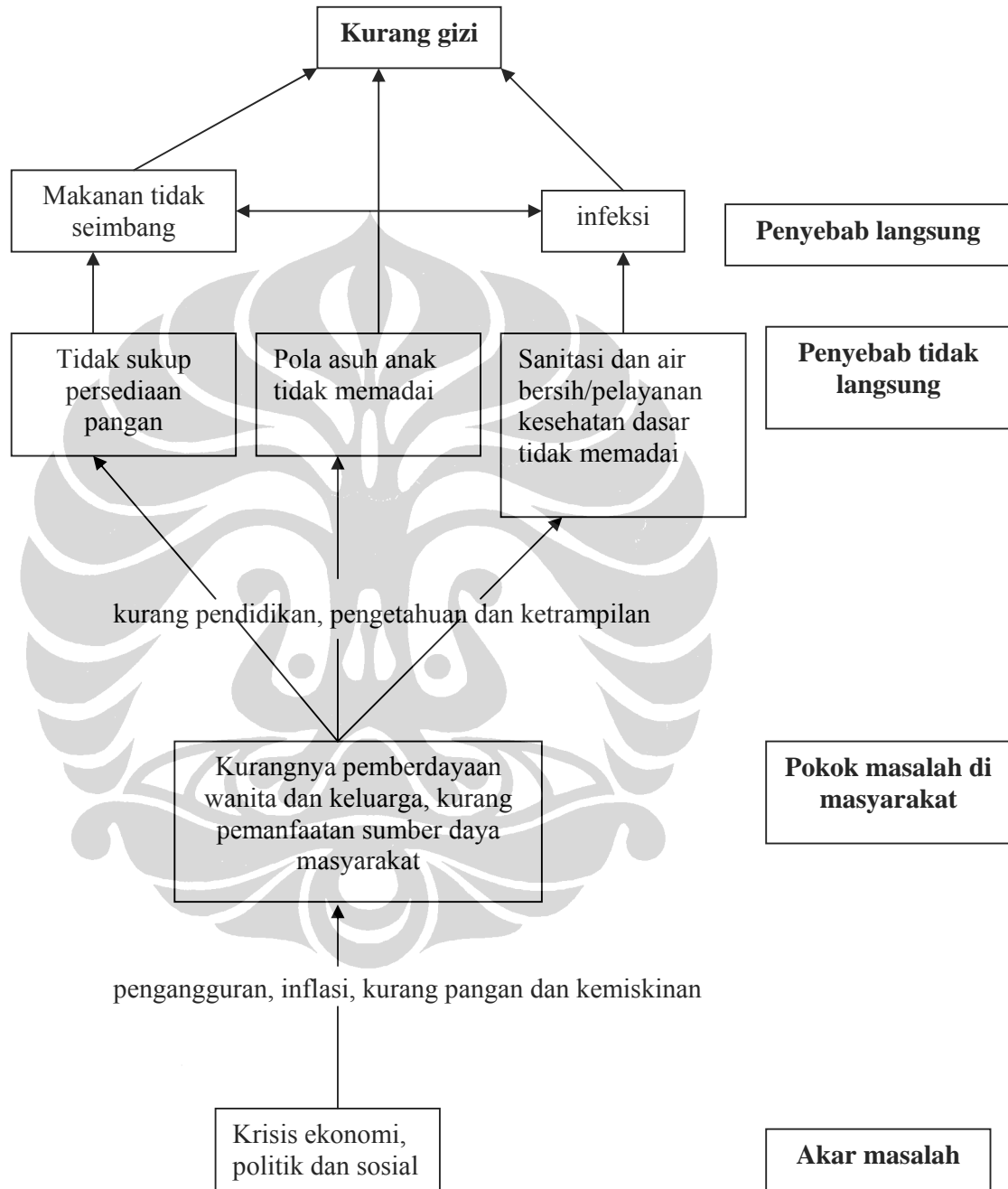
yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dari rumah tangga yang anggotanya kecil dan berisiko menderita gizi kurang pada anak-anak 5 kali lebih besar. Sedangkan Amos (2000) melaporkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan status gizi. Semakin banyak jumlah anak semakin besar risiko menderita kurang energi protein (OR=1,12).

2.6.8. Sanitasi Air Bersih

Kurang energi protein merupakan masalah kesehatan terutama di negara berkembang. Ketersediaan air bersih, sanitasi dan higiene memberi dampak pada penyakit infeksi khususnya penyakit diare. Ketersediaan air bersih merupakan upaya pencegahan yang berkaitan dengan status gizi. Ketersediaan air bersih sangat berhubungan dengan kejadian kurang energi protein khususnya pada anak balita (WHO, 2000).

Sarana air minum yang memenuhi syarat kesehatan akan memberi jaminan kepada individu untuk terhindar dari risiko terkena penyakit diare (Jelliffe dan Jelliffe, 1989).

2.7. Kerangka Teori



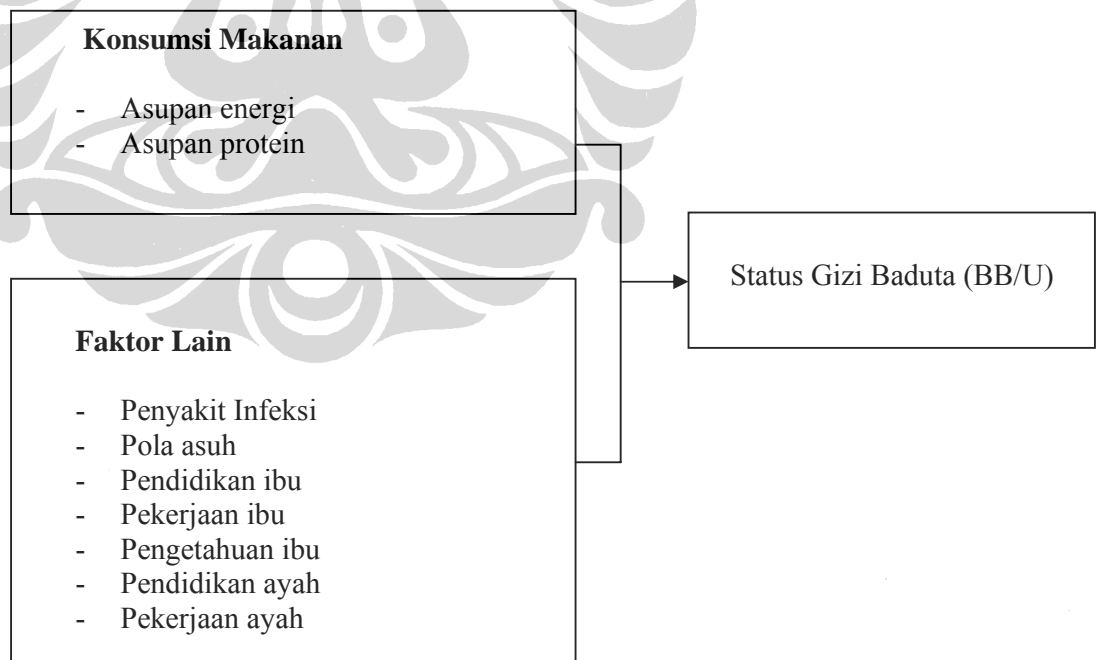
Gambar 2.1 Penyebab Kurang gizi (UNICEF, 1998 dalam Depkes, 2005)

BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Variabel status gizi merupakan variabel dependen. Dalam penentuan variabel-variabel independen sebagai faktor yang mempengaruhi status gizi pada anak baduta, peneliti memilih variabel asupan energi, protein dan faktor lain (penyakit infeksi, pola asuh, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, pendidikan ayah dan pekerjaan ayah).

Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar 3.1



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Hipotesis

- 3.2.1. Ada hubungan antara asupan energi dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.2. Ada hubungan antara asupan protein dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.3. Ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.4. Ada hubungan antara pola asuh dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.5. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.6. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.7. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.8. Ada hubungan antara pendidikan ayah dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya
- 3.2.9. Ada hubungan antara pekerjaan ayah dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya

3.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Status Gizi Baduta	Keadaan gizi anak umur 0-23 bulan sebagai akibat penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh yang diukur berdasarkan indeks BB/U menurut baku standar WHO-NCHS yang dinyatakan dengan nilai Z-score yaitu rasio jarak nilai baku median dalam unit simpang baku dari hasil pengukuran	Mengukur BB	Kuesioner no. AN6 dan AN7 hal.13	Kategori BB/U 1. Gizi kurang : ≤ -2 SD 2. Gizi baik : ≥ -2 SD (Modifikasi dari WHO-NCHS, 2002)	Ordinal

	dibandingkan dengan distribusi baku rujukan WHO-NCHS (2002).				
Asupan energi	Makanan yang dikonsumsi anak bersumber dari karbohidrat, protein dan lemak yang dikonversi ke dalam kalori	Wawancara	Kuesioner Recall 24 jam hal. 14	1. Kurang, bila <100% AKG 2. Cukup, bila \geq 100% AKG (WNPG, 2004)	Ordinal
Asupan protein	Makanan yang dikonsumsi anak bersumber dari protein nabati dan protein hewani yang dikonversi ke dalam gram.	Wawancara	Kuesioner Recall 24 jam hal. 14	1. Kurang, bila <100% AKG 2. Cukup, bila \geq 100% AKG (WNPG, 2004)	Ordinal

Penyakit infeksi	Penyakit yang disebabkan oleh bakteri atau virus yang dapat menular yang pernah diderita oleh anak 2 mg terakhir (diare)	Wawancara	Kuesioner no C4. hal 6	1. Pernah 2. Tidak pernah	Ordinal
Pola Asuh	Praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak (Zeitlin dalam WNPG 2000).	Diukur dengan 9 pertanyaan tentang pola asuh	Kuesioner no. B1, B3, B4,B5, B10, B11, B13 B18 dan C6 hal. 3-6	1. kurang, bila skor < median 2. baik, bila skor \geq median (Mulyaningsih, 2007)	Ordinal

Pendidikan Ibu	Jenjang sekolah formal terakhir yang ditempuh ibu	Wawancara	Kuesioner tentang IKR hal. 13	1. Rendah (SLTP/SD /tdk sekolah) 2. Tinggi (SMU/PT) (program nasional wajib belajar 9 tahun)	Ordinal
Pekerjaan Ibu	Kegiatan utama ibu yang dilakukan secara rutin dengan tujuan untuk menghasilkan uang	Wawancara	Kuesioner tentang IKR hal. 13	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Ordinal
Pengetahuan Ibu	Pemahaman ibu balita tentang ASI, MP-ASI, jenis makanan untuk balita sesuai umur dan makanan sumber zat gizi serta	Diukur dengan 16 pertanyaan tentang pengetahuan gizi	Kuesioner no. A1, A2 A.3, A5 s.d A16, dan	1. kurang, bila skor < 60% 2. baik, bila skor \geq 60%	Ordinal

	pengetahuan dasar gizi.		A18 hal. 2 dan 3	(Modifikasi dari Khomsan, A. 2004)	
Pendidikan Ayah	Jenjang sekolah formal terakhir yang ditempuh ayah	Wawancara	Kuesioner tentang IKR hal. 13	1. Rendah (SLTP/SD/tdk sekolah) 2. Tinggi (SMU/PT) (program nasional wajib belajar 9 tahun)	Ordinal
Pekerjaan Ayah	Kegiatan utama ayah yang dilakukan secara rutin dengan tujuan untuk menghasilkan uang	Wawancara	Kuesioner tentang IKR hal. 13	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Ordinal