BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi gizi buruk

Salah satu masalah gizi yang masih terjadi di kalangan masyarakat adalah masalah gizi buruk balita. Data WHO tahun 2018 menunjukkan sekitar 49 juta balita mengalami gizi kurang. Proporsi status gizi buruk dan kurang secara Nasional yaitu sebesar (17,7%). Provinsi NTT menempati urutan pertama yaitu sebesar 29,5%. Masalah gizi buruk balita disebabkan oleh faktor risiko secara langsung maupun tidak langsung. Pengetahuan gizi ibu yang rendah, pola asuh pemberian makan yang kurang dan air bersih yang tidak memenuhi syarat dapat berpengaruh terhadap status gizi balita.(WHO tahun 2018)

Gizi buruk diketahui sebagai salah satu permasalahan kesehatan yang belum tertangani dengan tuntas, sehingga diperlukan intervensi dan penanganan yang serius karena sifatnya yang iireversible atau tidak dapat kembali (Solikhah et al., 2017). Artinya, permasalahan gizi buruk dapat berdampak pada perkembangan balita yang terus berlangsung dalam jangka panjang, sehingga meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Salah satu bentuk gizi buruk adalah permasalahan stunting (pendek) dengan prevalensi sebesar 149 juta balita dan wasting (kerdil) dengan prevalensi sebesar 45 juta balita secara global pada 2020 (WHO, 2020).

2.2. Penilaian Status Gizi Balita

1. Antropometri

   Status gizi merupakan gambaran ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang diperoleh dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh.penilaian status gizi dengan menggunakan data antropometri antara lain berat badan menurut umur (BB/U),tinggi badan menurut umur (TB/U),berat badan menurut panjang badan(BB/PB/TB) dan indeks masa tubuh umur (IMT/U).

   Dapat dilihat pada tabel seperti diabawah ini

Tabel 2.1 Interpretasi status pertubuhan berdasarkan indeks antropometri

Indeks	Kategori status gizi	Ambang bata (Z-score)
Berat badan menurut umur (BB/U) anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	<- 3 SD
	Berat badan kurang(underweight)	-3 SD sd <-2 SD
	Berat badan normal	-2 SD s.d.+ 1 SD
	Resiko berat badan lebih	> + 1 SD
Panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) Anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	<-3 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD s.d.<- 2 SD
	Normal	-2 SD s.d. + 3 SD
	Tinggi	> + 3 SD
Berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (serevely wasted)	<- 3 SD
	Gizi kurang (wasted)	3 SD s.d. <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd + 1 SD
	Beresiko gizi lebih (possible risk ofoverweight)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas	> + 3 SD
Indeks masa tubuh menurut umur (IMT/U) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk	<- 3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd + 1 SD
	Beresiko gizi lebih (possible risk ofoverweight)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas	> + 3 SD

Sumber : peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang standar antropometri Anak, WHO MGRS, 2005 dan WHO IMCI, 2014.

2.3. Penyebab Gizi Buruk

1 Status sosial ekonomi rendah menyatakan bahwa status sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk pada balita. Anwar (2005)

2 Menemukan adanya hubungan positif dan signifikan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita, yang menunjukkan bahwa pengetahuan dan kesadaran ibu tentang pemberian gizi yang baik berperan penting dalam mencegah gizi buruk. (Isnansyah (2006)

3 Berat badan lahir rendah (BBLR) juga mengidentifikasi bahwa BBLR merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kejadian gizi buruk pada anak. Anwar (2005)

4 Penyakit infeksi berulang melaporkan bahwa infeksi dan kurang gizi berkontribusi terhadap tingginya angka kematian pada anak balita, dengan hampir 17 ribu kematian setiap harinya akibat infeksi dan kurang gizi. Darwis & Majid (2017).

5 Pola makan yang tidak seimbang menyatakan bahwa anak-anak yang mengalami gizi kurang atau buruk berisiko mengalami penurunan tingkat kecerdasan dan daya saing, yang dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak seimbang. Amalia (2016).

2.4. Faktor resiko

Faktor resiko gizi buruk yaitu:

1. Faktor Sosial-Ekonomi
   a. Pendapatan Rendah: Keluarga dengan pendapatan rendah cenderung memiliki akses terbatas terhadap pangan bergizi.(Black et al,2018).
   b. Pendidikan Orang Tua: Orang tua dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang memahami pentingnya gizi seimbang.(Alderman,2006)
2. Faktor Kesehatan dan Pola Asuh
   a. Infeksi Berulang: Anak yang sering sakit (misalnya diare dan infeksi saluran pernapasan) lebih rentan mengalami gizi buruk. (Scrimshaw,1997).
   b. Pola Asuh yang Tidak Tepat: Pemberian MPASI yang tidak sesuai usia atau kurangnya pemahaman tentang pemberian ASI eksklusif dapat menyebabkan gizi buruk. (Victora,2016).
3. Faktor Lingkungan
   a. Sanitasi dan Kebersihan yang Buruk: Kondisi lingkungan yang kurang bersih meningkatkan risiko infeksi, yang dapat memperburuk status gizi anak.(Humphrey,2009).
   b. Akses Terbatas ke Pelayanan Kesehatan: Keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan menghambat deteksi dini dan intervensi terhadap gizi buruk.(UNICEF,2020).

2.5. Patofisiologi gizi buruk

Malnutrisi atau gizi kurang merupakan kondisi seseorang yang memiliki nutrisi dibawah angka rata-

rata. Gizi kurang disebabkan karena seseorang kekurangan asupan karbihidrat, protein, lemak dan vitamin yang sangat dibutuhkan oleh tubuh. Secara patofisiologi, gizi kurang atau gizi buruk pada balita yaitu mengalami kukurangan energi protein, anemia gizi besi, gangguan akibat kurangnya Iodium dan kurang vitamin A. Kurangnya asupan empat sumber tersebut pada balita menyebabkan terjadinya pertumbuhan dan perkembangan terhambat, daya tahan tubuh menurun, tingkat kecerdasan yang rendah, kemampuan fisik menurun, terjadinya gangguan pertumbuhan jasmani dan mental, stunting serta yang paling terburuknya yaitu kematian pada balita (Alamsyah et al.,2017).

2.6. Penatalaksanaan gizi buruk

Penatalaksanaan gizi buruk terdapat tiga fase utama dalam penanganannya yaitu,fase stabilisasi, fase transisi, dan fase rehabilitasi sebagai berikut :

1. Fase Stabilisasi (Early Phase)

   Fase ini berlangsung selama 1-7 hari pertama dan bertujuan untuk menstabilkan kondisi pasien agar siap menerima nutrisi lebih lanjut.

   Tujuan utama:

   a. Mencegah kematian akibat hipoglikemia, hipotermia, dehidrasi, atau gangguan elektrolit.
   b. Memulai pemberian makanan dengan hati-hati agar tidak membebani sistem metabolisme yang lemah.
   c. Nutrisi diberikan formula F-75 dengan energi : 80 – 100 Kkal/kg BB/hari,Protein : 1-1,5 g/kg BB/hari,Cairan : 100-300 ml/kg BB/hari (tanpa edema)atau 135- 150 ml/kg BB/hari (dengan edema).
   d. Mengatasi infeksi tanpa menggunakan diuretik atau pengobatan yang dapat memperparah malnutrisi.
   e. Intervensi dalam fase ini. Nutrisi: Diberikan formula F-75 (dengan energi sekitar 75 kcal/100 ml) dalam jumlah kecil dan sering.Cairan & Elektrolit: Menggunakan ReSoMal (Rehydration Solution for Malnutrition) jika dehidrasi terdeteksi,Penghangatan: Mencegah hipotermia dengan menjaga suhu tubuh tetap hangat.

2. Fase Transisi (Intermediate Phase)

   Fase ini biasanya berlangsung selama 2-3 hari dan menjadi jembatan antara fase stabilisasi dan fase rehabilitasi.

   Tujuan utama:

   a. Mulai meningkatkan asupan energi dan protein secara bertahap.
   b. Menilai kesiapan anak untuk masuk ke fase rehabilitasi.
   c. Nuterisi diberikan formula F-75 dengan energi :100-135 kkal/kg BB/Hari,protein : 1,5 – 2 g/kg BB/hari,cairan : 100-300 ml/kg BB/hari (tanpa edema)atau 135- 150 ml/kg BB/hari (dengan edema).
   d. Mengatasi infeksi tanpa menggunakan diuretik atau pengobatan yang dapat memperparah malnutrisi.
   e. Intervensi dalam fase ini: Nutrisi: Mulai beralih dari F-75 ke F-100 secara bertahap (F-100 lebih tinggi kandungan energi dan proteinnya),Pemberian makanan lebih sering untuk

meningkatkan toleransi tubuh terhadap asupan gizi yang lebih tinggi dan Pemantauan ketat untuk menghindari risiko refeeding syndrome.

3. Fase Rehabilitasi (Recovery Phase)

   Fase ini biasanya berlangsung selama 2-6 minggu, dengan fokus utama pada pemulihan berat badan dan pemenuhan zat gizi yang optimal.

   Tujuan utama:

   a. Meningkatkan pertumbuhan kembali dengan cepat.
   b. Meningkatkan massa otot dan jaringan tubuh yang hilang.
   c. Memastikan anak mendapatkan cukup mikronutrien (vitamin & mineral).
   d. Mempersiapkan anak untuk kembali ke lingkungan rumah dengan edukasi gizi.
   e. Nutridi ini diberikan F-100 dengan energi : ≥ 150 -220 kkal/kg BB/hari,protein: 4-6 g/kg BB/hari, cairan : 150 – 200 ml/kg BB/hari.
   f. Intervensi dalam fase ini:Nutrisi: Peningkatan asupan kalori dan protein dengan formula F-100 atau makanan padat tinggi energi,Makanan keluarga: Secara bertahap diperkenalkan untuk mendukung keberlanjutan perbaikan gizi,Stimulasi dan Perawatan: Aktivitas fisik dan interaksi sosial mulai diperkenalkan untuk mendorong perkembangan kognitif dan motorik serta Edukasi Orang Tua: Diajarkan cara menyiapkan makanan bernutrisi di rumah dan mencegah kekambuhan gizi buruk.

2.7. PAGT pada penderita Gizi buruk

a. Pengkajian Data Awal

1. Pengkajian dilakukan untuk menilai status gizi dan kondisi pasien dengan gizi buruk, termasuk:Riwayat diet dan asupan makanan: Apakah ada defisiensi makronutrien dan mikronutrien? Riwayat medis: Penyakit penyerta seperti infeksi, diare, atau malabsorpsi.Pengukuran antropometri: BB/U, TB/U, IMT/U, PB/U, LILA, dan rasio BB/TB. Pemeriksaan biokimia: Hb, albumin, elektrolit, glukosa, dan status hidrasi. Pemeriksaan fisik dan klinis: Tanda-tanda defisiensi gizi dan komplikasi seperti edema, kulit kering, atau rambut rontok. Faktor sosial-ekonomi: Pola asuh, kondisi keluarga, dan akses pangan.

2. Diagnosis Gizi

   Diagnosis gizi disusun berdasarkan masalah utama yang ditemukan dalam pengkajian, misalnya: Masalah: Defisiensi energi dan protein berat. Etiologi: Asupan makanan yang tidak adekuat akibat penyakit infeksi atau pola asuh yang kurang tepat. Tanda dan gejala: Berat badan sangat rendah, edema, letargi, dan rambut rontok. Contoh diagnosis gizi: "Asupan energi dan protein tidak adekuat terkait dengan riwayat penyakit infeksi yang menyebabkan anoreksia, sebagaimana dibuktikan oleh berat badan yang sangat rendah dan massa otot berkurang.

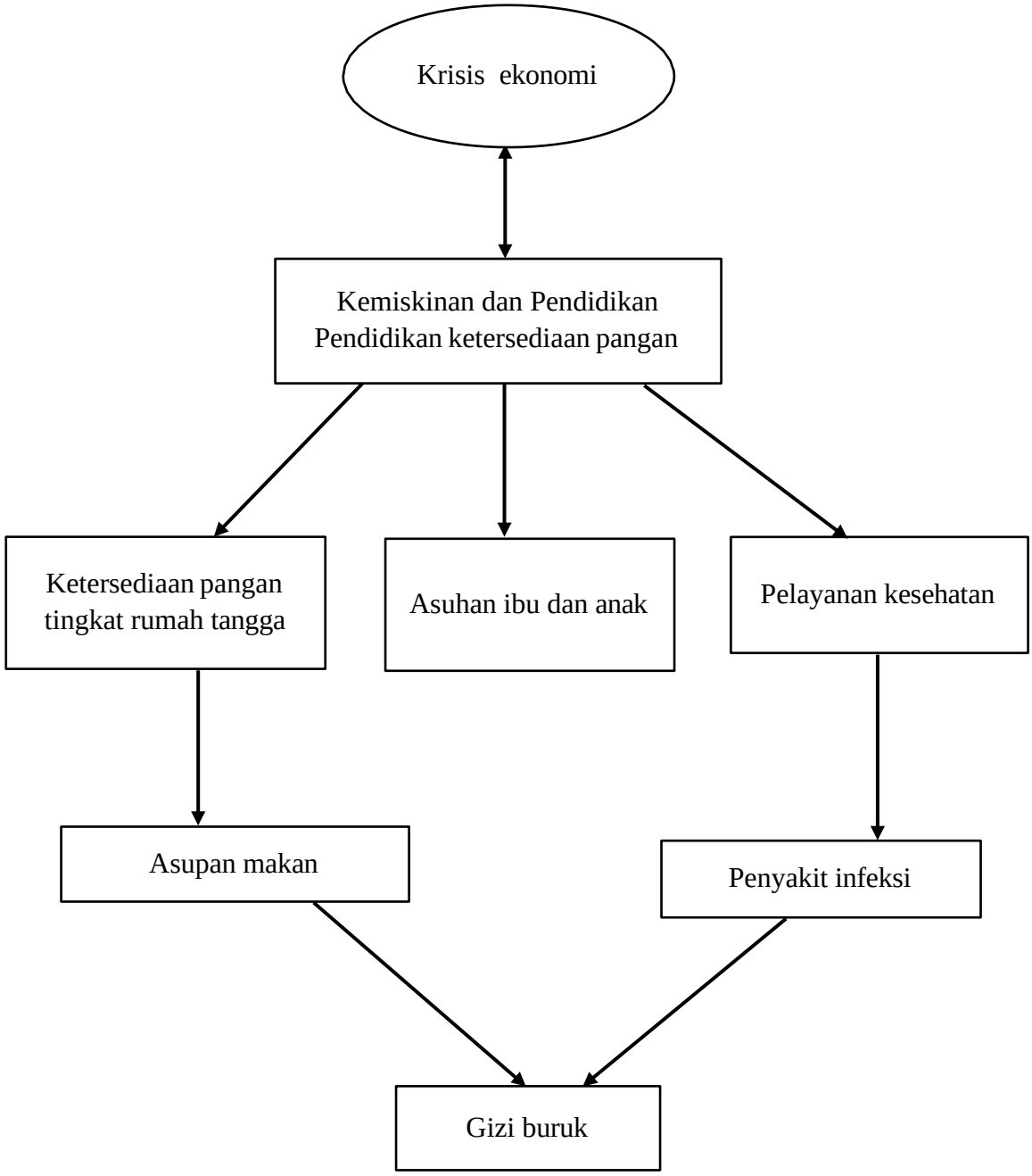
3. Intervensi Gizi

   Intervensi harus disesuaikan dengan fase pengobatan gizi buruk: Fase Stabilisasi (hari 1–7) Mengatasi dehidrasi, hipoglikemia, hipotermia, dan infeksi. Pemberian F-75 sebagai makanan awal (100 kcal/kg BB/hari). Asupan makanan sering dengan porsi kecil untuk mencegah refeeding syndrome. Fase Rehabilitasi (hari 8–14 atau lebih) Peningkatan asupan energi dengan F-100 (150-200 kcal/kg BB/hari). Mulai diberikan makanan keluarga sesuai kemampuan anak. Suplementasi mikronutrien (zat besi, zinc, vitamin A). Fase Tindak Lanjut (setelah keluar dari perawatan). Edukasi gizi kepada orang tua mengenai pola makan yang benar. Pemantauan pertumbuhan secara berkala. Pemberian makanan tambahan berbasis pangan lokal jika diperlukan.

4. Monitoring & Evaluasi Gizi

   Evaluasi dilakukan untuk melihat respons pasien terhadap intervensi gizi, dengan indikator:Antropometri: Peningkatan berat badan minimal 5 g/kg BB/hari pada fase rehabilitasi. Asupan Makanan: Meningkatnya nafsu makan dan kemampuan makan mandiri.

A. Kerangka teori

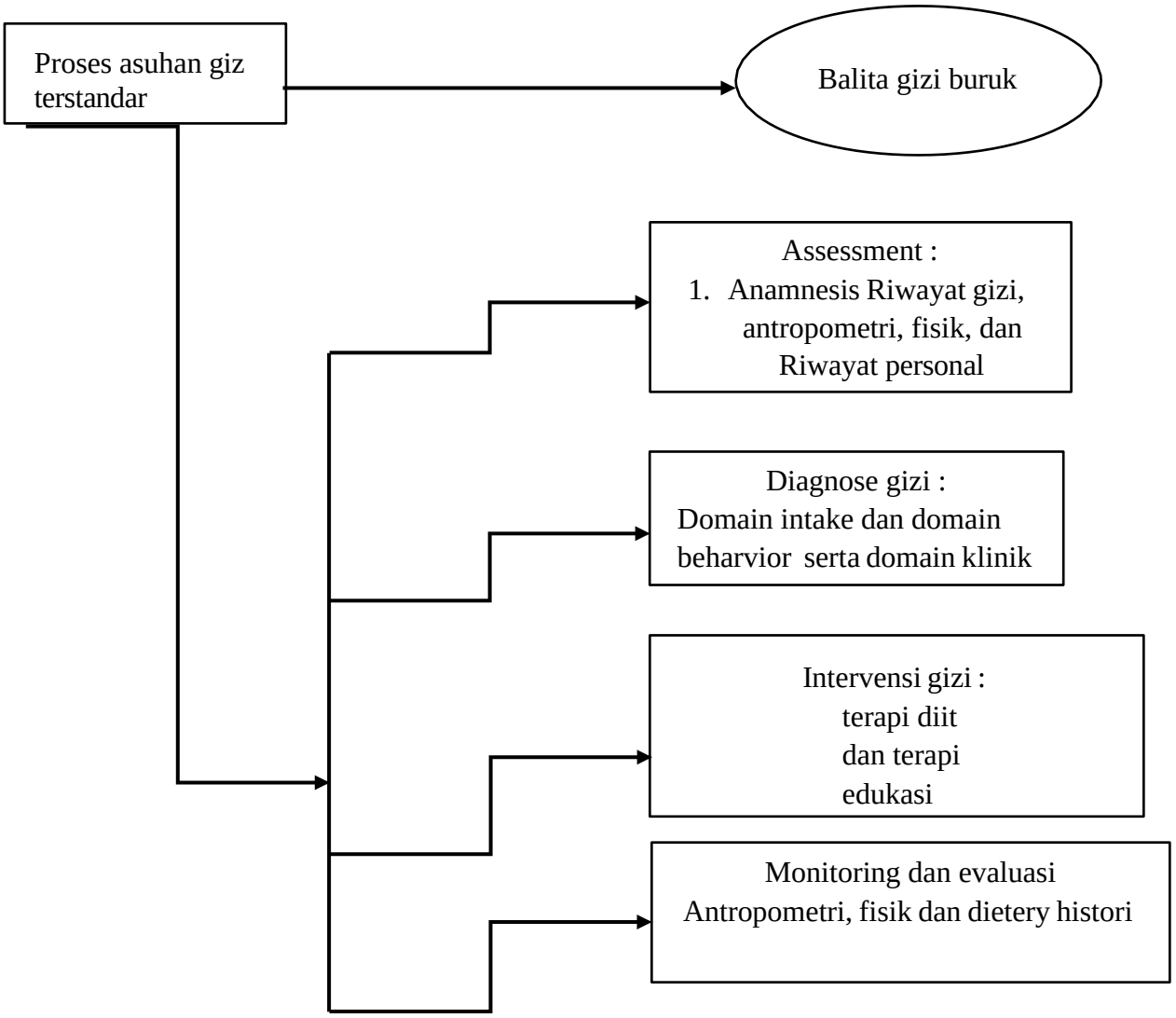


Gambar 1. Gambar Kerangka Teori

Sumber: Supraisa, 2006

Gizi buruk disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Krisis ekonomi dapat menyebabkan kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan, yang berdampak pada ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, asuhan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan. Ketersediaan pangan mempengaruhi asupan makan, sedangkan asuhan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap risiko penyakit infeksi. Kurangnya asupan makan dapat meningkatnya penyakit infeksi akhirnya berujung pada terjadinya gizi buruk.

B. Kerangka Konsep



. Gambar 2. kerangka konsep