

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni: penglihatan, pendengaran, penciuman, raba, dan rasa (Notoatmodjo, 2010).

2.1.2 Tingkat pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2010), pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

1. Tahu (*know*)

Yakni mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Pengetahuan dalam tingkat ini termasuk dalam mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. “Tahu” merupakan tingkat pengetahuan paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Yakni suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi dengan benar.

3. Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah didapatkan pada suatu kondisi *riil* (sebenarnya). Aplikasi yang dimaksud adalah penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagaimana dalam konteks lain.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen – komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formulasi – formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian itu berdasarkan suatu kriteria – kriteria yang telah ada.

2.1.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut (Wawan and Dewi, 2010), faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah:

1. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita – cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan kehidupan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan

informasi, misalnya hal – hal yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut Y. B. Mantra, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup, terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2) Pekerjaan

Menurut (Wawan and Dewi, 2010) pekerjaan adalah kegiatan yang harus dilakukan, terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu – ibu mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

3) Umur

Menurut (Notoatmodjo, 2010), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai dengan berulang tahun. Sedangkan menurut Hutlock (2004), semakin cukup umur, tingkat kematangan, dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai pengalaman dan kematangan jiwa.

2. Faktor eksternal

1) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

2.2 Konsep Orang Tua

Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu dan merupakan hasil dari sebuah ikatan pernikahan yang sah sehingga terbentuk suatu keluarga. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk mengasuh, mendidik, membimbing anak-anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupannya di masa yang akan datang.

2.2.1 Peran Orang Tua

Dalam keluarga yang ideal ada dua individu yang disebut ayah dan ibu yang mempunyai peranan penting yaitu :

1. Peran Ayah

Ayah sebagai suami dari istri yang berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman serta sebagai kepala rumah tangga. Beliau juga sebagai anggota dari kelompok sosialnya dan anggota masyarakat dari lingkungannya (Jhonson *et. al.* dalam Putri, 2015).

2. Peran Ibu

Sebagai istri dari suaminya dan ibu dari anak-anaknya yang berperan sebagai pengasuh, pelindung dan pendidik bagi putra-putrinya, sebagai anggota dalam kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya (Jhonson *et. al.* dalam Putri, 2015).

2.3 Konsep Pola Asuh

2.3.1 Pengertian Pola Asuh Orang Tua

Pola asuh terdiri dari dua kata yaitu pola dan asuh. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) bahwa “pola adalah model, sistem, atau cara kerja”, Asuh adalah “menjaga, merawat, mendidik, membimbing, membantu, melatih, dan sebagainya” Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008). Sedangkan arti orang tua menurut Nasution dan Nurhalijah (1986) “Orang tua adalah setiap orang yang bertanggung jawab dalam suatu keluarga atau tugas rumah tangga yang dalam kehidupan sehari-hari disebut sebagai bapak dan ibu.” Gunarsa (2000) mengemukakan bahwa “Pola asuh tidak lain merupakan metode atau cara yang dipilih pendidik dalam mendidik anak-anaknya yang meliputi bagaimana pendidik memperlakukan anak didiknya.” Jadi yang dimaksud pendidik adalah orang tua terutama ayah dan ibu atau wali.

Palupi (2007) menyebutkan bahwa: Pola asuh sendiri memiliki definisi bagaimana orang tua memperlakukan anak, mendidik, membimbing, dan mendisiplinkan serta melindungi anak dalam mencapai proses kedewasaan, hingga kepada upaya pembentukan norma-norma yang diharapkan oleh masyarakat pada umumnya. Sedangkan menurut Thoha (1996) mengemukakan: Pola asuh

merupakan sikap orang tua dalam berhubungan dengan anaknya. Sikap ini dapat dilihat dari berbagai segi, antara lain dari cara orang tua memberikan pengaturan kepada anak, cara memberikan hadiah dan hukuman, cara orang tua menunjukkan otoritas dan cara orang tua memberikan perhatian, tanggapan terhadap keinginan anak. Dengan demikian yang dimaksud dengan Pola Asuh Orang Tua adalah bagaimana cara mendidik anak baik secara langsung maupun tidak langsung.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa pola asuh orang tua adalah suatu proses interaksi antara orang tua dan anak, yang meliputi kegiatan seperti memelihara, mendidik, membimbing serta mendisiplinkan dalam mencapai proses kedewasaan baik secara langsung maupun tidak langsung.

2.3.2 Jenis-Jenis Pola Asuh Orang Tua

Terdapat perbedaan yang berbeda-beda dalam mengelompokkan pola asuh orang tua dalam mendidik anak, yang antara satu dengan yang lainnya hampir mempunyai persamaan. Diantaranya sebagai berikut: Menurut Hourlock (dalam Thoha, 1996) mengemukakan ada tiga jenis pola asuh orang tua terhadap anaknya, yakni : 1) Pola Asuh Otoriter Pola asuh otoriter ditandai dengan cara mengasuh anak dengan aturanaturan yang ketat, seringkali memaksa anak untuk berperilaku seperti dirinya (orang tua), kebebasan untuk bertindak atas nama diri sendiri dibatasi. 2) Pola Asuh Demokratis Pola asuh demokratis ditandai dengan adanya pengakuan orang tua terhadap kemampuan anak, anak diberi kesempatan untuk tidak selalu tergantung pada orang tua. 3) Pola Asuh Permisif Pola asuh ini ditandai dengan cara orang tua mendidik anak yang cenderung bebas, anak dianggap sebagai orang dewasa atau muda, ia diberi kelonggaran seluas-luasnya untuk melakukan apa saja yang dikehendaki.

Menurut Baumrind (dalam Dariyo, 2004) membagi pola asuh orang tua menjadi 4 macam, yaitu:

1. Pola Asuh Otoriter (parent oriented)

Ciri pola asuh ini menekankan segala aturan orang tua harus ditaati oleh anak. Orang tua bertindak semena-mena, tanpa dapat dikontrol oleh anak. Anak harus menurut dan tidak boleh membantah terhadap apa yang diperintahkan oleh orang tua.

2. Pola Asuh Permisif

Sifat pola asuh ini, children centered yakni segala aturan dan ketetapan keluarga di tangan anak. Apa yang dilakukan oleh anak diperbolehkan orang tua, orang tua menuruti segala kemauan anak.

3. Pola Asuh demokratis

Kedudukan antara anak dan orang tua sejajar. Suatu keputusan diambil bersama dengan mempertimbangkan kedua belah pihak. Anak diberi kebebasan yang bertanggung jawab, artinya apa yang dilakukan oleh anak tetap harus di bawah pengawasan orang tua dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral.

4. Pola Asuh Situasional

Orang tua yang menerapkan pola asuh ini, tidak berdasarkan pada pola asuh tertentu, tetapi semua tipe tersebut diterapkan secara luwes disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang berlangsung saat itu.

Dari berbagai macam pola asuh yang dikemukakan di atas, pada dasarnya terdapat tiga pola asuh orang tua yang sering diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini sesuai dengan beberapa penjelasan yang dikemukakan oleh beberapa

ahli, salah satunya menurut Hurlock. Pola asuh tersebut antara lain pola asuh otoriter, pola asuh demokratis dan pola asuh permisif. Adapun penjelasan lebih lanjut mengenai ketiga pola asuh tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pola Asuh Otoriter

Menurut Dariyo (2011) menyebutkan bahwa: Pola asuh otoriter adalah sentral artinya segala ucapan, perkataan, maupun kehendak orang tua dijadikan patokan (aturan) yang harus ditaati oleh anak-anaknya. Supaya taat, orang tua tidak segan-segan menerapkan hukuman yang keras kepada anak.

Pola asuh otoriter merupakan cara mendidik anak yang dilakukan orang tua dengan menentukan sendiri aturan-aturan dan batasan-batasan yang mutlak harus ditaati oleh anak tanpa kompromi dan memperhitungkan keadaan anak. Orang tualah yang berkuasa menentukan segala sesuatu untuk anak dan anak hanyalah objek pelaksana saja. Jika anak membantah, orang tua tidak segan-segan akan memberikan hukuman, biasanya hukumannya berupa hukuman fisik. Sebagaimana yang dipaparkan oleh Hurlock (dalam Thoha, 1996) bahwa: Pola asuh yang bersifat otoriter ditandai dengan penggunaan hukuman yang keras, lebih banyak menggunakan hukuman badan, anak juga diatur segala keperluan dengan aturan yang ketat dan masih tetap diberlakukan meskipun sudah menginjak usia dewasa.

Anak yang dibesarkan dalam suasana semacam ini akan besar dengan sifat yang ragu-ragu, lemah kepribadian dan tidak sanggup mengambil keputusan tentang apa saja. Akan tetapi apabila anak patuh maka orang tua tidak akan memberikan penghargaan karena orang tua menganggap bahwa semua itu adalah kewajiban yang harus dituruti oleh seorang anak. Ini sejalan

dengan pemaparan yang disampaikan oleh Yatim dan Irwanto (1991: 96-97) bahwa “apabila anak patuh, orang tua tidak memberikan hadiah karena dianggap sudah sewajarnya bila anak menuruti kehendak orang tua”. Jadi, dalam hal ini kebebasan anak sangat dibatasi oleh orang tua, apa saja yang akan dilakukan oleh anak harus sesuai dengan keinginan orang tua. Jika anak membantah perintah orang tua maka akan dihukum, bahkan mendapat hukuman yang bersifat fisik dan jika patuh orang tua tidak akan memberikan hadiah.

2. Pola Asuh Demokratis

Menurut Dariyo (2011) bahwa “Pola asuh demokratis adalah gabungan antara pola asuh permisif dan otoriter dengan tujuan untuk menyeimbangkan pemikiran, sikap dan tindakan antara anak dan orang tua”. Pola asuh demokratis merupakan suatu bentuk pola asuh yang memperhatikan dan menghargai kebebasan anak, namun kebebasan itu tidak mutlak, orang tua memberikan bimbingan yang penuh pengertian kepada anak.

Pola asuh ini memberikan kebebasan kepada anak untuk mengemukakan pendapat, melakukan apa yang diinginkannya dengan tidak melewati batas-batas atau aturan-aturan yang telah ditetapkan orang tua. Dalam pola asuh ini ditandai sikap terbuka antara orang tua dengan anak. Mereka membuat aturan-aturan yang telah disetujui bersama. Anak diberi kebebasan untuk mengemukakan pendapat, perasaan dan keinginannya. Jadi dalam pola asuh ini terdapat komunikasi yang baik antara orang tua dengan anak.

Pola asuh demokratis membuat anak mampu mengembangkan kontrol terhadap perilakunya sendiri dengan hal-hal yang dapat diterima oleh masyarakat. Hal ini mendorong anak untuk mampu berdiri sendiri, bertanggung jawab dan yakin terhadap diri sendiri. Daya kreativitasnya berkembang dengan baik karena orang tua selalu merangsang anaknya untuk mampu berinisiatif. Sehingga dengan pola asuh demokratis anak akan menjadi orang yang mau menerima kritik dari orang lain, mampu menghargai orang lain, mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan mampu bertanggung jawab terhadap kehidupan sosialnya.

3. Pola Asuh Permisif

Menurut Dariyo (2011) bahwa “Pola asuh permisif ini orang tua justru merasa tidak peduli dan cenderung memberi kesempatan serta kebebasan secara luas kepada anaknya.” Pola asuh permisif ditandai dengan adanya kebebasan yang diberikan kepada anak untuk berperilaku sesuai dengan keinginannya sendiri. Anak tidak tahu apakah perilakunya benar atau salah karena orang tua tidak pernah membenarkan atau menyalahkan anak. Akibatnya anak berperilaku sesuai dengan keinginannya sendiri, tidak peduli apakah hal itu sesuai dengan norma masyarakat atau tidak. Keadaan lain pada pola asuh ini adalah anak-anak bebas bertindak dan berbuat.

Jadi pola asuh permisif yaitu orang tua serba membolehkan anak berbuat apa saja. Orang tua membebaskan anak untuk berperilaku sesuai dengan keinginannya sendiri. Orang tua memiliki kehangatan dan menerima apa adanya. Kehangatan, cenderung memanjakan, dituruti keinginannya. Sedangkan menerima apa adanya akan cenderung memberikan kebebasan

kepada anak untuk berbuat apa saja. Pola asuh orang tua permisif bersikap terlalu lunak, tidak berdaya, memberi kebebasan terhadap anak tanpa adanya norma-norma yang harus diikuti oleh mereka. Mungkin karena orang tua sangat sayang (*over affection*) terhadap anak atau orang tua kurang dalam pengetahuannya. Sifat yang dihasilkan dari anak permisif dijelaskan oleh Yatim dan Irwanto (1991) bahwa “Sifat-sifat pribadi anak yang permisif biasanya agresif, tidak dapat bekerjasama dengan orang lain, sukar menyesuaikan diri, emosi kurang stabil, serta mempunyai sifat selalu curiga.” Akibatnya anak berperilaku sesuai dengan keinginannya sendiri, tidak peduli apakah hal itu sesuai dengan norma masyarakat atau tidak. Keadaan lain pada pola asuh ini adalah anak-anak bebas bertindak dan berbuat.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh Orang Tua

Dalam pola pengasuhan sendiri terdapat banyak faktor yang mempengaruhi serta melatarbelakangi orang tua dalam menerapkan pola pengasuhan pada anak-anaknya. Menurut Manurung (1995) beberapa faktor yang mempengaruhi dalam pola pengasuhan orang tua adalah :

1. Tingkat pendidikan orang tua

Orang tua yang memiliki tingkat pendidikan tinggi berbeda pola pengasuhannya dengan orang tua yang hanya memiliki tingkat pendidikan yang rendah.

2. Status ekonomi serta pekerjaan orang tua

Orang tua yang cenderung sibuk dalam urusan pekerjaannya terkadang menjadi kurang memperhatikan keadaan anak-anaknya. Keadaan ini mengakibatkan fungsi atau peran menjadi “orang tua” diserahkan kepada pembantu, yang pada akhirnya pola pengasuhan yang diterapkanpun sesuai dengan pengasuhan yang diterapkan oleh pembantu.

3. Perubahan budaya

yaitu dalam hal nilai, norma serta adat istiadat antara dulu dan sekarang. pembantu, yang pada akhirnya pola pengasuhan yang diterapkanpun sesuai dengan pengasuhan yang diterapkan oleh pembantu.

Soekanto (2004) secara garis besar menyebutkan bahwa “ada dua faktor yang mempengaruhi dalam pengasuhan seseorang yaitu faktor eksternal serta faktor internal.” Faktor eksternal adalah lingkungan sosial dan lingkungan fisik serta lingkungan kerja orang tua, sedangkan faktor internal adalah model pola pengasuhan yang pernah didapat sebelumnya.

Secara lebih lanjut pembahasan faktor-faktor yang ikut berpengaruh dalam pola pengasuhan orang tua adalah : 1) Lingkungan sosial dan fisik tempat di mana keluarga itu tinggal Pola pengasuhan suatu keluarga turut dipengaruhi oleh tempat di mana keluarga itu tinggal. Apabila suatu keluarga tinggal di lingkungan yang otoritas penduduknya berpendidikan rendah serta tingkat sopan santun yang rendah, maka anak dapat dengan mudah juga menjadi ikut terpengaruh. 2) Model pola pengasuhan yang didapat oleh orang tua sebelumnya Kebanyakan dari orang tua menerapkan pola pengasuhan kepada anak berdasarkan pola pengasuhan yang mereka dapatkan sebelumnya. Hal

ini diperkuat apabila mereka memandang pola asuh yang pernah mereka dapatkan dipandang berhasil. 3) Lingkungan kerja orang tua Orang tua yang terlalu sibuk bekerja cenderung menyerahkan pengasuhan anak mereka kepada orang-orang terdekat atau bahkan kepada baby sitter.

Oleh karena itu pola pengasuhan yang didapat oleh anak juga sesuai dengan orang yang mengasuh anak tersebut. Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh orang tua yaitu adanya hal-hal yang bersifat internal (berasal dalam diri) dan bersifat eksternal (berasal dari luar). Hal itu menentukan pola asuh terhadap anak-anak untuk mencapai tujuan agar sesuai dengan norma yang berlaku.

2.3.4 Ciri-ciri Pola Asuh Orang Tua

1. Pola Asuh Otoriter

Orang tua yang berpola asuh otoriter menurut Yatim dan Irwanto (1991) adalah sebagai berikut:

- 1) Kurang komunikasi
- 2) Sangat berkuasa
- 3) Suka menghukum
- 4) Selalu mengatur
- 5) Suka memaksa
- 6) Bersifat kaku

2. Pola Asuh Demokratis

Ciri-ciri orang tua berpola asuh demokratis menurut Yatim dan Irwanto (1991) adalah sebagai berikut:

- 1) Suka berdiskusi dengan anak
 - 2) Mendengarkan keluhan anak
 - 3) Memberi tanggapan
 - 4) Komunikasi yang baik
 - 5) Tidak kaku / luwes
3. Pola Asuh Permisif

Ciri-ciri orang tua berpola asuh permisif menurut menurut Yatim dan Irwanto (1991) adalah sebagai berikut :

- 1) Kurang membimbing
- 2) Kurang kontrol terhadap anak
- 3) Tidak pernah menghukum ataupun memberi ganjaran pada anak
- 4) Anak lebih berperan dari pada orang tua
- 5) Memberi kebebasan terhadap anak

2.4 Konsep Pola Makan

2.4.1 Pengertian pola makan

Pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau sekelompok untuk memilih makanan dan mengkonsumsi setiap hari yang diperoleh melalui suatu pendataan setiap hari yang disebut serve diet (Santoso & Ranti, 2004). Pola makan adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai jumlah dan jenis bahan makanan yang dimakan setiap hari oleh seseorang dan merupakan ciri khas untuk suatu masyarakat tertentu. Menu seimbang merupakan menu yang terdiri dari beraneka ragam makanan dalam jumlah dan porsi yang sesuai, sehingga memenuhi kebutuhan gizi seseorang guna memelihara dan memperbaiki sel-sel tubuh dan

proses kehidupan serta pertumbuhan dan perkembangan (Almatsier, 2006). Berdasarkan jenis makanan, pola pemberian makan yang tepat untuk anak yaitu mengandung karbohidrat, protein, lemak, dan vitamin. Jumlah makanan dalam pola pemberian makan yang tepat adalah anak mengkonsumsi takaran yang telah disesuaikan. Jadwal makan dalam pola pemberian makan yang tepat anak adalah frekuensi makan tiga kali pemberian (Kemenkes, 2013)

Pola pemberian makan merupakan bagian dari pola asuh yang diterapkan oleh ibu atau pengasuh anak yang berkaitan dengan pemberian makanan. Pemberian makanan akan diperlukan untuk memperoleh gizi yang sesuai dengan kebutuhan. Kebutuhan gizi didapatkan dari pemberian makan untuk kelangsungna hidup, pemulihan sesudah sakit, aktivitas, serta pertumbuhan dan perkembangan (Handono, 2010).

Pola pemberian makan seseorang pada awal kehidupan akan membentuk atau menentukan status kesehatan untuk jangka panjang. Orang tua atau pengasuh mempunyai pengaruh terhadap pembentukan pola makan pada usia dini. Balita dalam pemenuhan nutrisi masih berpengaruh pada orang tua atau pengasuhnya. Kebiasaan orangtua dalam memberikan makan akan berpengaruh pada pola makan anak selanjutnya terutama berpengaruh terhadap kesehatan (Kudlová and Schneidrová, 2012).

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan masyarakat. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular (PTM) terkait gizi, maka pola makan masyarakat perlu

ditingkatkan kearah konsumsi gizi seimbang. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik dan kecerdasan bayi, anak-anak, serta seluruh kelompok umur. Gizi yang baik membuat berat badan normal atau sehat, tubuh tidak mudah terkena penyakit infeksi, produktivitas kerja meningkat serta terlindung dari penyakit kronis dan kematian dini (Kemenkes RI, 2014).

2.4.2 Kebutuhan gizi seimbang

Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memonitor berat badan secara teratur. 4 pilar itu adalah mengkonsumsi makanan beragam, membiasakan perilaku hidup bersih, melakukan aktivitas fisik, dan mempertahankan berat badan normal (Kemenkes, 2014). Adapun gizi seimbang untu anak-anak sebagai berikut:

1. Gizi seimbang Usia Bayi 0- 6 bulan

Gizi seimbang untuk bayi 0-6 bulan cukup hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan, sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya, murah dan bersih. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya diberi ASI saja.

2. Gizi Seimbang untuk Anak 6-24 bulan

Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini

anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumut, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun. Ibu sebaiknya memahami bahwa pola pemberian makanan secara seimbang pada usia dini akan berpengaruh terhadap selera makan anak selanjutnya, sehingga pengenalan kepada makanan yang beranekaragam pada periode ini menjadi sangat penting. Secara bertahap, variasi makanan untuk bayi usia 6-24 bulan semakin ditingkatkan, bayi mulai diberikan sayuran dan buah-buahan, lauk pauk sumber protein hewani dan nabati, serta makanan pokok sebagai sumber kalori. Demikian pula jumlahnya ditambahkan secara bertahap dalam jumlah yang tidak berlebihan dan dalam proporsi yang juga seimbang (Suandi, 2012).

3. Gizi Seimbang untuk Anak usia 2-5 tahun

Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan. Oleh karena itu jumlah dan variasi makanan harus mendapatkan perhatian secara khusus dari ibu atau pengasuh anak, terutama dalam “memenangkan” pilihan anak agar memilih makanan yang bergizi seimbang.

Disamping itu anak pada usia ini sering keluar rumah sehingga mudah terkena penyakit infeksi dan kecacingan, sehingga perilaku hidup bersih perlu dibiasakan untuk mencegahnya.

4. Gizi Seimbang untuk Anak 6-9 tahun

Anak pada kelompok usia ini merupakan anak yang sudah memasuki masa sekolah dan banyak bermain diluar, sehingga pengaruh kawan, tawaran makanan jajanan, aktivitas yang tinggi dan keterpaparan terhadap sumber penyakit infeksi menjadi tinggi. Sebagian anak usia 6-9 tahun sudah mulai memasuki masa pertumbuhan cepat pra-pubertas, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi mulai meningkat secara bermakna. Oleh karenanya, pemberian makanan dengan gizi seimbang untuk anak pada kelompok usia ini harus memperhitungkan kondisi-kondisi tersebut diatas.

5. Gizi Seimbang usia remaja 10-19 tahun

Kelompok ini adalah kelompok usia peralihan dari anak-anak menjadi remaja muda sampai dewasa. Kondisi penting yang berpengaruh terhadap kebutuhan zat gizi kelompok ini adalah pertumbuhan cepat memasuki usia pubertas, kebiasaan jajan, menstruasi dan perhatian terhadap penampilan fisik “Body image” pada remaja putri. Dengan demikian perhitungan terhadap kebutuhan zat gizi pada kelompok ini harus memperhatikan kondisi-kondisi tersebut. Khusus pada remaja putri, perhatian harus lebih ditekankan terhadap persiapan mereka sebelum menikah.

Kebutuhan gizi seimbang menurut Kementerian Kesehatan (2014) adalah sebagai berikut:

1. Untuk Kelompok Usia 0 – 12 bulan

1) Pola pemberian ASI dan PASI untuk anak

Tabel 2. 1 Pola pemberian ASI dan PASI untuk anak

Umur (bulan)	ASI	Manan Lumat	Makanan Lembik
0 - 6	*		
6 - 9	*	*	
9 - 12	*		*

2) Frekuensi dan jumlah MP-ASI yang diberikan

Tabel 2. 2 Frekuensi dan jumlah MP-ASI yang diberikan

Umur	Frekuensi	Jumlah tiap kali makan
6 – 9 bulan	2-3 x makanan lumat + 1-2 x makanan selingan + ASI	2-3 sendok makan penuh setiap kali makan dan tingkatkan secara perlahan sampai setengah 1/2 dari cangkir mangkuk ukuran 250 ml tiap kali makan
9 – 12 bulan	3-4 x makanan lembik + 1-2 x makanan selingan + ASI	½ mangkuk ukuran 250 ml

2. Untuk Kelompok Umur 1-3 tahun dan 4-6 tahun

Tabel 2. 3 Untuk Kelompok Umur 1-3 tahun dan 4-6 tahun

Bahan Makanan	Anak Usia 1-3 tahun 1125 kkal	Anak Usia 4-6 tahun 1600 kkal
Nasi	3p	4p
Sayuran	1,5p	2p
Buah	1p	3p
Tempe	1p	2p
Daging	1p	2p
ASI	Dilanjutkan hingga 2 tahun	
Susu	1p	1p
Minyak	3p	4p
Gula	2p	2p

3. Untuk Kelompok Umur 7-9 Tahun dan Anak Usia Sekolah 10-12 tahun

Tabel 2. 4 Untuk Kelompok Umur 7-9 Tahun dan Anak Usia Sekolah 10-12 tahun

Bahan Makanan	Anak Usia 7-9	Anak Usia 10-12 tahun	
	tahun 1850 kkal	Perempuan	Laki-laki
Nasi	4 ½ p	4p	5p
Sayuran	3p	3p	
Buah	3p	4p	
Tempe	3p	3p	
Daging	2p	2p	2,5p
Susu	2p	2p	
Minyak	3p	4p	
Gula	2p	2p	

4. Untuk Kelompok Usia 13 – 15 tahun

Tabel 2. 5 Untuk Kelompok Usia 13 – 15 tahun

Bahan Makanan	Anak Remaja 13-15 tahun	Anak Remaja 13-15 tahun
	Laki-laki 2475 kkal	Perempuan 2125 kkal
Nasi	6,5 p	4,5p
Sayuran	3p	3p
Buah	4p	4p
Tempe	3p	3p
Daging	3p	3p
Susu	1p	1p
Minyak	6p	5p
Gula	2p	2p

5. Untuk kelompok Usia 16 – 18 tahun

Tabel 2. 6 Untuk kelompok Usia 16 – 18 tahun

Bahan Makanan	Anak Remaja 16-18 tahun	Anak Remaja 16-18 tahun
	Laki-laki 2675 kkal	Perempuan 2125 kkal
Nasi	8p	5p
Sayuran	3p	3p
Buah	4p	4p
Tempe	3p	3p
Daging	3p	3p
Minyak	6p	5p
Gula	2p	2p

Keterangan:

- 1) Nasi 1 porsi = $\frac{3}{4}$ gelas = 100 gr = 175 kkal
- 2) Sayuran 1 porsi = 1 gelas = 100 gr = 25 kkal
- 3) Buah 1 porsi = 1 buah pisang ambon = 50 gr = 50 kkal
- 4) Tempe 1 porsi = 2 potong sedang = 50 gr = 80 kkal
- 5) Daging 1 porsi = 1 potong sedang = 35 gr = 50 kkal
- 6) Ikan segar 1 porsi = $\frac{1}{3}$ ekor = 45 gr = 50 kkal
- 7) Susu sapi cair 1 porsi = 1 gelas = 200 gr = 50 kkal
- 8) Minyak 1 porsi = 1 sdm = 5 gr = 50 kkal
- 9) Gula = 1 sdm = 20 gr = 50 kkal

*) sdm: sendok makan

**) sdt: sendok teh

p : porsi

2.4.3 Makanan yang berbahaya bagi anak

Pola makan yang salah akan menimbulkan dampak buruk meskipun makanan itu merupakan makanan sehat. Tubuh minimal membutuhkan zat gizi yang terdiri atas karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Setiap makanan mengandung zat gizi tertentu yang berbeda kadarnya dengan makanan lain, sedangkan tubuh membutuhkan serangkaian zat gizi dalam kadar tertentu. Kadar gizi pada makanan harus seimbang atau sesuai dengan gizi yang dibutuhkan tubuh. Gizi yang masuk dalam tubuh tidak boleh kurang atau berlebih.

Adapun makanan-makanan yang dapat membahayakan kesehatan menurut (Praja, 2015) seperti:

- 1) Makanan dalam kemasan

Banyak makanan kemasan yang di produksi tanpa mengindahkan aspek-aspek kesehatan dan lebih mementingkan selera konsumen. Dimana banyak mengandung bahan tambahan didalamnya, bila tidak sesuai dengan takaran maka akan dapat menyebabkan gangguan kesehatan karena Bahan Tambahan Makanan (BTM) mengandung pengawet, pewarna, penyedap maupun aroma pada berbagai jenis makanan dan minuman. Di Indonesia

BTM yang sering digunakan adalah sulfit, nitrit, BHA atau BHT, dan benzoate. Walaupun belum bisa dibuktikan menyebabkan reaksi serius namun bukti lain menunjukkan pemakaian jangka panjang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Contoh makanan dalam kemasan seperti: mie, jeli/ agar-agar, snack, saus, dll.

2) Pemanis Buatan

Pemanis seperti sakarin, siklomat pada penelitian pertama dapat menyebabkan tumor kandung kemih pada uji coba tikus (Ratnani, 2009). Jenis makanan yang mengandung pemanis: permen, es lilin, es krim, minuman ringan, dll.

3) Pengawet Makanan

Formalin merupakan salah satu pengawet makanan yang berbahaya karena dapat mengakibatkan luka bakar jika mengenai kulit, iritasi pada saluran pernafasan dan bila di hirup dalam konsentrasi tinggi dapat menyebabkan reaksi alergi dan kanker bila kandungan formalin dalam tubuh tinggi maka akan bereaksi secara kimia dalam sel sehingga menekan fungsi sel dan menyebabkan kematian sel yang berujung pada kerusakan organ tubuh. Efek bagi kesehatan kita bila dipakai dalam jangka waktu yang lama dan berulang bisa menyebabkan mata berair, gangguan pada pencernaan, hati, ginjal, pancreas, dan dapat menyebabkan kanker. Makanan yang menandung pengawet seperti: bakso, tahu, ikan asin, dll. (Praja, 2015)

4) Pewarna Makanan

Menurut kepala dinas kesehatan jawa tengah dr. Budihardjo dalam situs kompas.com disebutkan bahwa jajanan yang dijual di sekolah mayoritas

menggunakan pewarna tekstil. Seperti zat pewarna *rhodamin B*, *Methanil Yellow* bila dikonsumsi akan menimbulkan iritasi pada saluran pencernaan dan keracunan juga menimbulkan tumor pada kandung kemih. Ponceau 4R bisa menyebabkan kanker selain berpotensi memicu hipersensitivitas pada anak. *Food and Drug Administration* (FDA) sejak tahun 2000 telah menyita permen dan makanan buatan Cina yang mengandung pewarna ini. Pewarna ini juga dapat meningkatkan serapan aluminium sehingga melebihi batas toleransi. *Brilliant Blue*, senyawa ini larut dalam air dan dapat digunakan pada roti, minuman, permen, sereal dan produk lainnya (Yuliarti, 2007).

5) Penyedap Rasa dan Aroma

Penyedap makanan yang di kenal dengan MSG (*Monosodium Glutamat*). Penggunaan MSG yang berlebihan dan dalam jangka waktu yang panjang dapat menyebabkan pusing, mual dan kenaikan kadar garam dalam darah. Laporan dari FDA 2% dari seluruh pengguna MSG mengalami masalah kesehatan.

2.4.4 Faktor – faktor yang memengaruhi pola makan

1. Peran keluarga

Peranan keluarga amat sangat penting bagi anak sekolah, bahkan pada pemilihan bahan makanan sekalipun. Makan bersama keluarga dengan suasana yang akrab dapat meningkatkan nafsu makan (Widodo, 2009).

2. Teman sebaya

Tidak heran jika asupan makanan akan banyak dipengaruhi oleh kebiasaan makan teman-teman atau sekelompoknya. Apa yang diterima oleh kelompok (berupa figur idola, makanan, minuman) juga dengan mudah akan

diterimanya. Demikian pula halnya dengan pemilihan bahan makanan. Untuk itu perlu diciptakan dalam kelompok itu suatu kondisi supaya mereka mendapatkan informasi yang baik dan benar mengenai kebutuhan dan kecukupan gizinya sehingga mereka tidak perlu membenci makanan yang bergizi.

3. Media massa

Media masa lebih banyak berperan disini adalah media televisi, koran dan majalah. Disatu sisi banyak sekali iklan makanan yang kurang memperhatikan perilaku yang baik terhadap pola makan. Oleh sebab itu, informasi tersebut harus pula ditunjang dengan informasi ilmiah yang benar mengenai kesehatan dan gizi (Judiono, 2003).

Pola makan seseorang terbentuk dari kebiasaan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pola makan yaitu (Sulistyoningsih, 2011):

1. Faktor ekonomi

Tingkat konsumsi makan dapat dipengaruhi oleh penghasilan dan harga produk makanan yang didapatkan. Penghasilan yang tinggi akan menentukan daya beli dari kualitasnya maupun dari kuantitasnya. Sebaliknya, apabila pendapatan yang rendah akan menurunkan daya beli seseorang terhadap produk makanan.

2. Faktor pendidikan

Pendidikan ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi menentukan dari status gizi anak. Hal ini berpengaruh pada pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung memilih dan menyeimbangkan makanan atau kebutuhan gizi dari anak.

Sedangkan seseorang yang berpendidikan rendah, hal yang penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu mengenyangkan. Pendidikan yang didapat akan memberikan pengetahuan tentang nutrisi dan factor risiko yang mempengaruhi masalah gizi pada anak (Saxton *et al.*, 2009).

3. Faktor lingkungan

Lingkungan terbagi atas lingkungan keluarga, sekolah, dan promosi yang dilakukan oleh perusahaan makanan baik media cetak atau elektronik. Kebiasaan yang ada dalam lingkungan keluarga dan sekolah akan membentuk pola makan seseorang. Promosi iklan makanan akan mempengaruhi dan membawa daya tarik kepada seseorang yang nantinya akan berdampak pada konsumsi makanan tersebut, sehingga pola makan seseorang dapat dipengaruhi.

4. Faktor sosial budaya

Budaya makan seseorang akan mempengaruhi konsumsi makanan. Pantangan dan anjuran mengkonsumsi makanan akan menjadi batasan seseorang untuk memenuhi kebutuhan makan. Kebudayaan akan memberikan aturan atau menentukan tata cara makan, penyajian, persiapan, dan makanan tersebut dapat dikonsumsi. Hal ini akan menjadikan gaya hidup dalam pemberian nutrisi. Kebiasaan yang terbentuk dari kebiasaan atau budaya makan dapat mempengaruhi status gizi dan menyebabkan terjadinya malnutrisi. Upaya pencegahan dapat dilakukan cara pemberian edukasi mengenai konsumsi makanan dan perubahan perilaku untuk mencegah terjadinya malnutrisi (Booth, 2010).

5. Faktor agama

Agama membuat aturan tentang segala bentuk kehidupan. Salah satunya yaitu mengenai konsumsi makanan. Misalnya, agama Islam terdapat peraturan haram dan halal mengenai bahan makanan, hal tersebut akan mempengaruhi konsumsi dan memilih bahan makanan.

2.5 Konsep Dasar Nefrotik Sindrom

2.5.1 Definisi

Sindrom nefrotik adalah suatu kumpulan gejala gangguan klinis, meliputi proteinuria masif $> 3,5$ gr/hr, hipoalbuminemia, edema, hiperlipidemia. Manifestasi dari keempat kondisi tersebut yang sangat merusak membran kapiler glomerulus dan menyebabkan peningkatan permeabilitas glomerulus (Muttaqin, 2012). Sindrom nefrotik terjadi tiba-tiba, terutama pada anak-anak. Biasanya berupa oliguria dengan urin berwarna gelap, atau urin yang kental akibat proteinuria berat. Pada dewasa terlihat adalah edema pada kaki dan genitalia (Mansjoer, 2001).

Nefrotik sindrom adalah gangguan klinik yang ditandai dengan peningkatan protein urine (proteinuria), edema, penurunan albumin dalam darah (hipoalbuminemia), dan kelebihan lipid dalam darah (hiperlipidemia). Kejadian ini diakibatkan oleh kelebihan pecahan plasma protein ke dalam urine karena peningkatan permeabilitas membran kapiler glomerulus (Nursalam, 2009).

Sindrom nefrotik adalah penyakit dengan gejala edema, proteinuria, hipoalbuminemia dan hiperkolesterolemia. Kadang-kadang terdapat hematuria, hipertensi dan penurunan fungsi ginjal (Ngastiyah, 2005). Sindroma nefrotik adalah suatu keadaan klinik dan laboratorik tanpa menunjukkan penyakit yang mendasari,

dimana menunjukkan kelainan inflamasi glomerulus. Secara fungsional sindrom nefrotik diakibatkan oleh keabnormalan pada proses filtrasi dalam glomerulus yang biasanya menimbulkan berbagai macam masalah yang membutuhkan perawatan yang tepat, cepat, dan akurat. (Alatas, 2002)

Sindrom nefrotik adalah keadaan klinik dengan proteinuria masif ($>3,5$ g/hari), hipoalbuminemia, edema dan hiperlipidimia, biasanya kadar BUN normal. Disertai penyakit glomerulus (idiopatik) primer atau mungkin berkaitan dengan berbagai gangguan sistemik dengan ginjal yang terserang secara sekunder. (Price, 2005)

2.5.2 Etiologi

Menurut Mansjoer, 2001 Penyebab sindrom nefrotik yang pasti belum diketahui, akhir-akhir ini dianggap sebagai suatu penyakit autoimun, yaitu suatu reaksi antigen – antibodi. Umumnya etiologi dibagi menjadi :

1. Sindrom nefrotik bawaan

Diturunkan sebagai resesif autosomal atau karena reaksi maternofetal dan umumnya resisten terhadap semua pengobatan. Prognosis buruk dan biasanya pasien meninggal dalam bulan-bulan pertama kehidupannya.

2. Sindrom nefrotik sekunder

Disebabkan oleh : Malaria kuartana atau parasit lainnya, Penyakit kolagen seperti lupus eritematosus diseminata, purpura anafilaktoid, Glumerulonefritis akut atau kronik, Trombosis vena renalis. Bahan kimia seperti trimetadion, paradion, penisilamin, garam emas, air raksa. Amiloidosis seperti penyakit sel sabit, hiperprolinemia, nefritis membran proliferatif hipokomplementemik.

3. Sindrom nefrotik idiopatik

Tidak diketahui sebabnya atau disebut sindroma nefrotik primer. Berdasarkan histopatologis yang tampak pada biopsi ginjal dgn pemeriksaan mikroskop biasa dan mikroskop elektron, terbagi menjadi :

1) Kelainan minimal

Pada mikroskop elektron akan tampak *foot prosessus sel epitel* berpadu. Dengan cara imunofluoresensi ternyata tidak terdapat IgG pada dinding kapiler glomerulus.

2) Nefropati membranosa

Semua glomerulus menunjukkan penebalan dinding kapiler yang tersebar tanpa proliferasi sel. Prognosis kurang baik.

3) Glomerulonefritis proliferaatif

Glomerulonefritis proliferaatif esudatif difus. Terdapat proliferasi sel mesangial dan infiltrasi sel polimorfonukleus. Pembengkakan sitoplasma endotel yang menyebabkan kapiler tersumbat, dengan penebalan batang lobular, Terdapat proliferasi sel mesangial yang tersebar dan penebalan batang lobular, Dengan bulan sabit (*crescent*), Didapatkan proliferasi sel mesangial dan proliferasi sel epitel sampai kapsular dan viseral. Prognosis buruk.

4) Glomerulonefritis membranoproliferaatif

Proliferasi sel mesangial dan penempatan fibrin yang menyerupai membran basalis di mesangium. Titer globulin beta-IC atau beta-IA rendah. Prognosis buruk.

5) Glomerulosklerosis fokal segmental

Pada kelainan ini yang mencolok sklerosis glomerulus. Sering disertai atrofi tubulus. Prognosis buruk.

2.5.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi utama sindrom nefrotik adalah edema. Edema biasanya bervariasi dari bentuk ringan sampai berat (anasarka). Edema biasanya lunak dan cekung bila ditekan (*pitting*), dan umumnya ditemukan disekitar mata (periorbital) yang tampak pada pagi hari, dan berlanjut ke abdomen terjadi penumpukan cairan pada rongga pleura yang menyebabkan efusi pleura, daerah genitalia dan ekstermitas bawah yaitu pitting (penumpukan cairan) pada kaki bagian atas, penumpukan cairan pada rongga peritoneal yang menyebabkan asites.

- 1) Penurunan jumlah urin : urine gelap, berbusa, volume urin berkurang, warna agak keruh dan berbusa, selama beberapa minggu mungkin terdapat hematuria dan oliguri terjadi karena penurunan volume cairan vaskuler yang menstimuli sistem renin-angio-tensin, yang mengakibatkan disekresinya hormon anti diuretik (ADH).
- 2) Pucat
- 3) Hematuri
- 4) Anoreksia dan diare disebabkan karena edema mukosa usus.
- 5) Sakit kepala, malaise, nyeri abdomen, berat badan meningkat dan kelelahan umumnya terjadi.
- 6) Gagal tumbuh dan pelisutan otot (jangka panjang)
- 7) Proteinuria > 3,5 gr/hr pada dewasa atau 0,05 g/kg BB/hr pada anak-anak

- 8) Hipoalbuminemia < 30 gr/l
- 9) Hiperlipidemia, umumnya ditemukan hiperkolesterolemia
- 10) Hiperkoagulabilitas, yang akan meningkatkan risiko trombosis vena dan arteri
- 11) Kenaikan berat badan secara progresif dalam beberapa hari/minggu.
- 12) klien mudah lelah atau lethargic tapi tidak kelihatan sakit payah.
- 13) Hipertensi (jarang terjadi) karena penurunan volume intravaskuler yang mengakibatkan menurunnya tekanan perfusi renal yang mengaktifkan sistem renin angiotensin yang akan meningkatkan konstriksi pembuluh darah.
- 14) Pembengkakan jaringan akibat penimbunan garam dan air

2.5.4 Klasifikasi

Whaley dan Wong (2012) membagi tipe-tipe sindrom nefrotik:

1. Sindrom Nefrotik Lesi Minimal (MCNS: *minimal change nephrotic syndrome*).

Kondisi yang sering menyebabkan sindrom nefrotik pada anak usia sekolah. Anak dengan sindrom nefrotik ini, pada biopsi ginjalnya terlihat hampir normal bila dilihat dengan mikroskop cahaya.

2. Sindrom Nefrotik Sekunder

Terjadi selama perjalanan penyakit vaskuler seperti lupus eritematosus sistemik, purpura anafilaktik, glomerulonefritis, infeksi sistem endokarditis, bakterialis dan neoplasma limfoproliferatif.

3. Sindrom Nefrotik Kongenital

Faktor herediter sindrom nefrotik disebabkan oleh gen resesif autosomal. Bayi yang terkena sindrom nefrotik, usia gestasinya pendek dan gejala awalnya adalah edema dan proteinuria. Penyakit ini resisten terhadap semua pengobatan dan kematian dapat terjadi pada tahun-yahun pertama kehidupan bayi jika tidak dilakukan dialysis.

2.5.5 Patofisiologi

Penyebab dari sindrom nefrotik dibagi menjadi dua, yaitu primer dan sekunder.

1. Primer : berkaitan dengan berbagai penyakit ginjal lain seperti: *Glomerulonefritis, perubahan minimal nefropathy, membranous nephropathy, focal glomerulosclerosis.*
2. Sekunder; akibat infeksi, penggunaan obat, dan penyakit sistemik lain, seperti: Diabetes mellitus disertai glomerulosklerosis interkapiler, Sistemik lupus eritematosus, Amyloidosis, pre-eklampsia dan trombosis vena renal.

Kondisi dari sindrom nefrotik adalah hilangnya plasma protein, terutama albumin ke dalam urine. Meskipun hati mampu meningkatkan produksi albumin, namun organ ini tidak mampu untuk terus mempertahankannya jika albumin terus-menerus hilang melalui ginjal sehingga terjadi hipoalbuminemia. Terjadinya penurunan tekanan onkotik menyebabkan edema generalisata akibat cairan yang berpindah dari sistem vaskuler ke dalam ruang cairan ekstraseluler. Penurunan sirkulasi volume darah mengaktifkan sistem renin-angiotensin menyebabkan retensi natrium dan edema lebih lanjut. Manifestasi hilangnya protein dalam serum

akan menstimulasi sintesis lipoprotein di hati dan terjadi peningkatan konsentrasi lemak dalam darah (hiperlipidemia).

Sindrom nefrotik dapat terjadi di hampir setiap penyakit renal intrinsik atau sistemik yang memengaruhi glomerulus. Meskipun secara umum penyakit ini dianggap menyerang anak-anak, namun sindrom nefrotik juga terjadi pada orang dewasa termasuk lansia. Respon perubahan patologis pada glomerulus secara fungsional akan memberikan berbagai masalah keperawatan pada pasien yang mengalami glomerulus progresif cepat (Muttaqin, 2011).

Kelainan yang terjadi pada sindrom nefrotik yang paling utama adalah proteinuria sedangkan yang lain dianggap sebagai manifestasi sekunder. Kelainan ini disebabkan oleh karena kenaikan permeabilitas dinding kapiler glomerulus yang sebabnya belum diketahui yang terkait dengan hilangnya muatan negative gliko protein dalam dinding kapiler. Pada sindrom nefrotik keluarnya protein terdiri atas campuran albumin dan protein yang sebelumnya terjadi filtrasi protein didalam tubulus terlalu banyak akibat dari kebocoran glomerulus dan akhirnya diekskresikan dalam urin. (Latas, 2002).

Pada sindrom nefrotik protein hilang lebih dari 2 gram perhari yang terutama terdiri dari albumin yang mengakibatkan hipoalbuminemia, pada umumnya edema muncul bila kadar albumin serum turun dibawah 2,5 gram/dl. Mekanisme edema belum diketahui secara fisiologi tetapi kemungkinan edema terjadi karena penurunan tekanan onkotik/ osmotik intravaskuler yang memungkinkan cairan menembus keruang interstisial, hal ini disebabkan oleh karena hipoalbuminemia. Keluarnya cairan keruang interstisial menyebabkan edema yang diakibatkan pergeseran cairan. (Price, 2005).

Akibat dari pergeseran cairan ini volume plasma total dan volume darah arteri menurun dibandingkan dengan volume sirkulasi efektif, sehingga mengakibatkan penurunan volume intravaskuler yang mengakibatkan menurunnya tekanan perfusi ginjal. Hal ini mengaktifkan sistem rennin angiotensin yang akan meningkatkan konstriksi pembuluh darah dan juga akan mengakibatkan rangsangan pada reseptor volume atrium yang akan merangsang peningkatan aldosteron yang merangsang reabsorpsi natrium ditubulus distal dan merangsang pelepasan hormone anti diuretic yang meningkatkan reabsorpsi air dalam duktus kolektifus. Hal ini mengakibatkan peningkatan volume plasma tetapi karena onkotik plasma berkurang natrium dan air yang direabsorpsi akan memperberat edema. (Latas, 2002).

Stimulasi renin angiotensin, aktivasi aldosteron dan anti diuretic hormone akan mengaktifasi terjadinya hipertensi. Pada sindrom nefrotik kadar kolesterol, trigliserid, dan lipoprotein serum meningkat yang disebabkan oleh hipoproteinemia yang merangsang sintesis protein menyeluruh dalam hati, dan terjadinya katabolisme lemak yang menurun karena penurunan kadar lipoprotein lipase plasma. Hal ini dapat menyebabkan arteriosclerosis (Latas, 2002).

Pada status nefrosis hampir semua kadar lemak (kolesterol, trigliserida) dan lipoprotein serum meningkat. Hipoproteinemia merangsang sintesis protein menyeluruh dalam hati, termasuk lipoprotein dan katabolisme lemak menurun, karena penurunan kadar lipoprotein lipase plasma. Sistem enzim utama yang mengambil lemak dari plasma. Apakah lipoprotein plasma keluar melalui urin belum jelas (Behrman, 2000).

Sindrom nefrotik dapat terjadi di hampir setiap penyakit renal intrinsik atau sistemik yang mempengaruhi glomerulus. Meskipun secara umum penyakit ini dianggap menyerang anak-anak, namun sindrom nefrotik juga terjadi pada orang dewasa termasuk lansia. Respon perubahan patologis pada glomerulus secara fungsional akan memberikan berbagai masalah keperawatan pada pasien yang mengalami glomerulus progresif cepat.

2.5.6 Pemeriksaan diagnostik

1. Laboratorium

1) Urine

Volume biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (fase oliguria). Warna urine kotor, sediment kecoklatan menunjukkan adanya darah, hemoglobin, mioglobin, porfirin. Berat jenis kurang dari 1,020 menunjukkan penyakit ginjal. Contoh glomerulonefritis, pielonefritis dengan kehilangan kemampuan untuk meningkatkan, menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat. pH lebih besar dari 7 ditemukan pada infeksi saluran kencing, nekrosis tubular ginjal dan gagal ginjal kronis (GGK). Protein urin meningkat (nilai normal negatif).

2) Darah

Hemoglobin menurun karena adanya anemia. Hematokrit menurun. Natrium biasanya meningkat, tetapi dapat bervariasi. Kalium meningkat sehubungan dengan retensi seiring dengan perpindahan seluler (asidosis) atau pengeluaran jaringan (hemolisis sel darah merah). Klorida, fosfat dan magnesium meningkat. Albumin. Kimia serum : protein total dan albumin menurun, kreatinin meningkat atau normal, trigliserida meningkat dan

gangguan gambaran lipid. Penurunan pada kadar serum dapat menunjukkan kehilangan protein dan albumin melalui urin, perpindahan cairan, penurunan pemasukan dan penurunan sintesis karena kekurangan asam amino esensial. Kolesterol serum meningkat (umur 5-14 tahun : kurang dari atau sama dengan 220 mg/dl). Pemeriksaan urin dan darah untuk memastikan proteinuria, proteinemia, hipoalbuminemia, dan hiperlipidemia.

2. Biopsi ginjal dilakukan untuk memperkuat diagnosa. Biopsi dengan memasukkan jarum kedalam ginjal : pemeriksaan histology jaringan ginjal untuk menegakkan diagnosis.
3. Pemeriksaan penanda *Auto-immune* (ANA, ASOT, C3, cryoglobulins, serum electrophoresis).

2.5.7 Penatalaksanaan

Tujuan terapi adalah untuk mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut dan menurunkan risiko komplikasi.

1. Penatalaksanaan Medis

Pengobatan sindroma nefrotik hanya bersifat simptomatik, untuk mengurangi atau menghilangkan proteinuria dan memperbaiki keadaan hipoalbuminemia, mencegah dan mengatasi komplikasinya, yaitu:

- 1) Istirahat sampai edema tinggal sedikit. Batasi asupan natrium sampai kurang lebih 1 gram/hari secara praktis dengan menggunakan garam secukupnya dan menghindari makanan yang diasinkan. Diet protein 2-3 gram/kgBB/hari.
- 2) Bila edema tidak berkurang dengan pembatasan garam, dapat digunakan diuretik, biasanya furosemid 1 mg/kgBB/hari. Bergantung

pada beratnya edema dan respon pengobatan. Bila edema refrakter, dapat digunakan hididrokloriazid (25-50 mg/hari) selama pengobatan diuretik perlu dipantau kemungkinan hipokalemi, alkalosis metabolik dan kehilangan cairan intravaskuler berat.

- 3) Dengan antibiotik bila ada infeksi harus diperiksa kemungkinan adanya TBC
- 4) Diuretikum. Boleh diberikan diuretic jenis saluretik seperti hidroklorotiasid, klortahidon, furosemid atau asam ektarinat. Dapat juga diberikan antagonis aldosteron seperti spironolakton (alkadon) atau kombinasi saluretik dan antagonis aldosteron.
- 5) Kortikosteroid. *International Cooperative Study of Kidney Disease in Children (ISKDC)* mengajukan cara pengobatan sebagai berikut :
 - (1) Selama 28 hari prednison diberikan per oral dengan dosis 60 mg/hari/luas permukaan badan (lpb) dengan maksimum 80 mg/hari.
 - (2) Kemudian dilanjutkan dengan prednison per oral selama 28 hari dengan dosis 40 mg/hari/lpb, setiap 3 hari dalam satu minggu dengan dosis maksimum 60 mg/hari. Bila terdapat respons, maka pengobatan ini dilanjutkan secara intermitten selama 4 minggu.
 - (3) Tapering-off: prednison berangsur-angsur diturunkan, tiap minggu: 30 mg, 20 mg, 10 mg sampai akhirnya dihentikan.
- 6) Pungsi asites, pungsi hidrotoraks dilakukan bila ada indikasi vital. Bila ada gagal jantung, diberikan digitalis. (Behrman, 2000)

- 7) Prednisolon digunakan secara luas. Merupakan kortikosteroid yang mempunyai efek samping minimal. Dosis dikurangi setiap 10 hari hingga dosis pemeliharaan sebesar 5 mg diberikan dua kali sehari. Diuresis umumnya sering terjadi dengan cepat dan obat dihentikan setelah 6-10 minggu. Jika obat dilanjutkan atau diperpanjang, efek samping dapat terjadi meliputi terhentinya pertumbuhan, osteoporosis, ulkus peptikum, diabetes mellitus, konvulsi dan hipertensi. Jika terjadi resisten steroid dapat diterapi dengan diuretika untuk mengangkat cairan berlebihan, misalnya obat-obatan spironolakton dan sitotoksik (immunosupresif). Pemilihan obat-obatan ini didasarkan pada dugaan imunologis dari keadaan penyakit. Ini termasuk obat-obatan seperti merkaptopurin dan siklofosfamid.

2. Penatalaksanaan Diet

Diet rendah garam (0,5 – 1 gr sehari) membantu menghilangkan edema. Minum tidak perlu dibatasi karena akan mengganggu fungsi ginjal kecuali bila terdapat hiponatremia. Diet tinggi protein terutama protein dengan nilai biologik tinggi untuk mengimbangi pengeluaran protein melalui urine, jumlah kalori disesuaikan dengan kebutuhan menurut umur dan berat badan.. Pada beberapa unit masukan cairan dikurangi menjadi 900 sampai 1200 ml/ hari dan masukan natrium dibatasi menjadi 2 gram/ hari. Jika telah terjadi diuresis dan edema menghilang, pembatasan ini dapat dihilangkan. Usahakan masukan protein yang seimbang dalam usaha memperkecil keseimbangan negatif nitrogen yang persisten dan kehabisan jaringan yang timbul akibat kehilangan protein. Diet harus mengandung 2-3 gram protein/ kg berat badan/ hari. Anak yang mengalami anoreksia akan

memerlukan bujukan untuk menjamin masukan yang adekuat. Makanan yang mengandung protein tinggi sebanyak 3 – 4 gram/kgBB/hari, dengan garam minimal bila edema masih berat. Bila edema berkurang dapat diberi garam sedikit. Diet rendah natrium tinggi protein. Masukan protein ditingkatkan untuk menggantikan protein di tubuh. Jika edema berat, pasien diberikan diet rendah natrium. Vitamin dan mineral diberikan dalam jumlah yang cukup, terutama kalsium dan vitamin D, kecuali natrium. Makanan yang tidak boleh dikonsumsi penderita adalah berbagai bentuk roti yang diolah dari soda kue, garam dapur, mentega, dan margarin, Selain itu lauk pauk atau makanan kecil sayur mayor yang diasinkan dan bumbu vetsin, ragi, saos tomat serta kerupuk yang mengandung garam. Sedang makanan yang diperbolehkan adalah segala makanan yang mengandung sumber zat tenaga seperti padi-padian, umbi, kacang-kacangan dan makanan lain yang sudah dihilangkan garamnya. Zat pembangun serta produk yang masih segar dan tidak diasinkan seperti protein hewani dan nabati. Segala sumber zat pengatur yang berasal dari sayur dan buah yang segar serta yang diawetkan tanpa garam, natrium benzoate dan soda.

3. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Tirah baring: Menjaga pasien dalam keadaan tirah baring selama beberapa hari mungkin diperlukan untuk meningkatkan diuresis guna mengurangi edema. Baringkan pasien setengah duduk, karena adanya cairan di rongga thoraks akan menyebabkan sesak nafas. Berikan alas bantal pada kedua kakinya sampai pada tumit (bantal diletakkan memanjang, karena jika bantal melintang maka ujung kaki akan lebih rendah dan akan menyebabkan edema hebat).

- 2) Terapi cairan: Jika klien dirawat di rumah sakit, maka intake dan output diukur secara cermat dan dicatat. Cairan diberikan untuk mengatasi kehilangan cairan dan berat badan harian.
- 3) Perawatan kulit. Edema masif merupakan masalah dalam perawatan kulit. Trauma terhadap kulit dengan pemakaian kantong urin yang sering, plester atau verban harus dikurangi sampai minimum. Kantong urin dan plester harus diangkat dengan lembut, menggunakan pelarut dan bukan dengan cara mengelupaskan. Daerah popok harus dijaga tetap bersih dan kering dan scrotum harus disokong dengan popok yang tidak menimbulkan konstriksi, hindarkan menggosok kulit.
- 4) Perawatan mata. Tidak jarang mata anak tertutup akibat edema kelopak mata dan untuk mencegah alis mata yang melekat, mereka harus diswab dengan air hangat.
- 5) Penatalaksanaan krisis hipovolemik. Anak akan mengeluh nyeri abdomen dan mungkin juga muntah dan pingsan. Terapinya dengan memberikan infus plasma intravena. Monitor nadi dan tekanan darah.
- 6) Pencegahan infeksi. Anak yang mengalami sindrom nefrotik cenderung mengalami infeksi dengan pneumokokus kendatipun infeksi virus juga merupakan hal yang mengganggu pada anak dengan steroid dan siklofosamid.
- 7) Perawatan spesifik meliputi: mempertahankan grafik cairan yang tepat, penimbangan harian, pencatatan tekanan darah dan pencegahan dekubitus.

- 8) Dukungan bagi orang tua dan anak. Orang tua dan anak sering kali terganggu dengan penampilan anak. Pengertian akan perasan ini merupakan hal yang penting. Penyakit ini menimbulkan tegangan yang berta pada keluarga dengan masa remisi, eksaserbasi dan masuk rumah sakit secara periodik. Kondisi ini harus diterangkan pada orang tua sehingga mereka mereka dapat mengerti perjalanan penyakit ini. Keadaan depresi dan frustasi akan timbul pada mereka karena mengalami relaps yang memaksa perawatan di rumah sakit.
- 9) Bila pasien seorang anak laki-laki, berikan ganjal dibawah skrotum untuk mencegah pembengkakan skrotum karena tergantung (pernah terjadi keadaan skrotum akhirnya pecah dan menjadi penyebab kematian pasien).

2.5.8 Komplikasi

- 1) Infeksi sekunder mungkin karena kadar imunoglobulin yang rendah akibat hipoalbuminemia.
- 2) Shock hipovolemik: terjadi terutama pada hipoalbuminemia berat (< 1 gram/100ml) yang menyebabkan hipovolemia berat sehingga menyebabkan shock.
- 3) Trombosis vaskuler : mungkin akibat gangguan sistem koagulasi sehingga terjadi peninggian fibrinogen plasma.
- 4) Komplikasi yang bisa timbul adalah malnutrisi atau kegagalan ginjal.
- 5) Trombosis vena, akibat kehilangan anti-thrombin 3, yang berfungsi untuk mencegah terjadinya trombosis vena ini sering terjadi pada vena

renalis. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya adalah dengan pemberian heparin.

- 6) Gagal ginjal akut akibat hipovolemia. Disamping terjadinya penumpukan cairan di dalam jaringan, terjadi juga kehilangan cairan di dalam intravaskuler.
- 7) Edema pulmonal, akibat kebocoran cairan, kadang-kadang masuk ke dalam paru-paru yang menyebabkan hipoksia dan dispnea.
- 8) Perburukan pernafasan (berhubungan dengan retensi cairan)
- 9) Kerusakan kulit
- 10) Peritonitis (berhubungan dengan asites)
- 11) Hipovolemia
- 12) Komplikasi tromboemboli- trombosis vena renal, trombosis vena dan arteri ekstremitas dan trombosis arteri serebral

2.6 Teori Keperawatan: Perilaku Lawrence Green

Ada beberapa teori pilihan tentang perubahan perilaku yang aplikatif dan mudah diterapkan dalam promosi kesehatan menurut Kholid (2015) dan Notoatmodjo (2014), salah satunya adalah Teori *Preced-Proced* dari Lawrence Green. Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green, yang dirintis sejak tahun 1980. mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*).

Perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE. *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational*

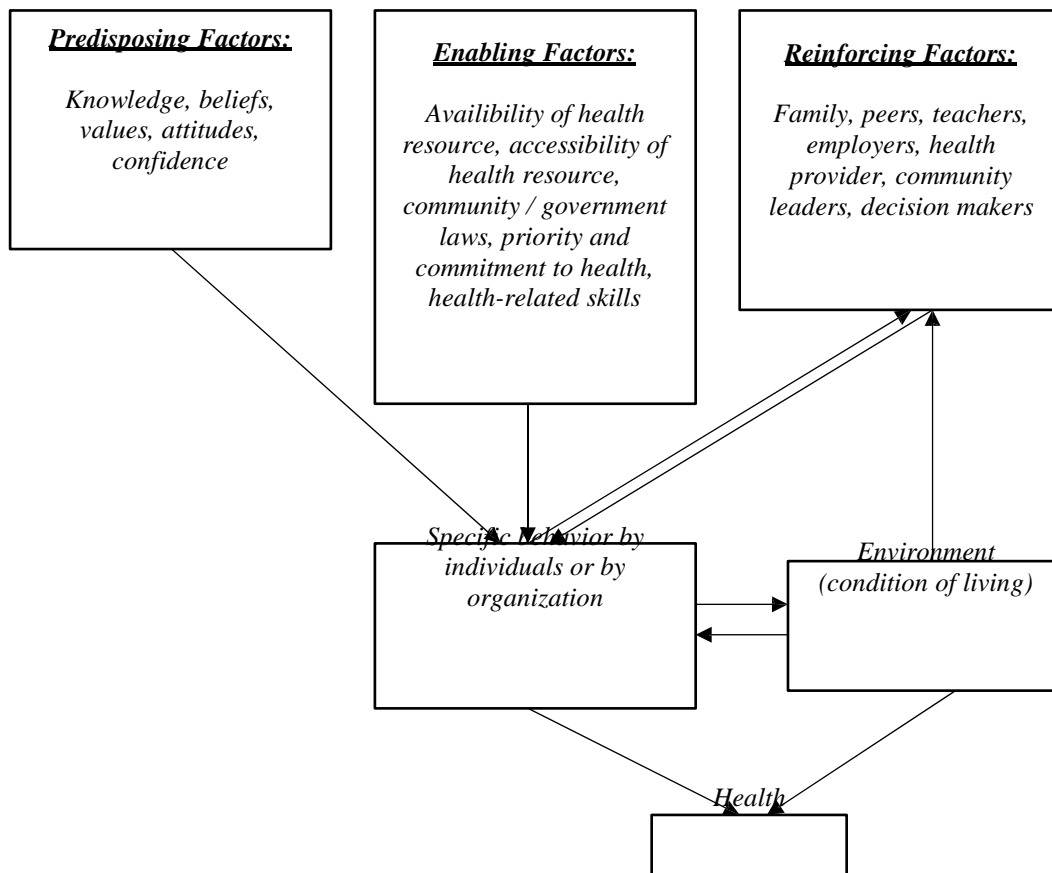
Diagnosis and Evaluation. Precede ini adalah merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. *Precede* adalah merupakan fase diagnosis masalah. Menurut Kholid (2015) *Precede* terdiri dari lima langkah atau fase. Tahap pertama, melibatkan penentuan kualitas hidup atau masalah sosial dan kebutuhan masyarakat tertentu. Tahap kedua, terdiri dari mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan dari masalah dan kebutuhan. Tahap ketiga, melibatkan analisis faktor-faktor penentu perilaku dan lingkungan dari gangguan kesehatan. Pada tahap keempat, faktor-faktor yang mempengaruhi untuk memperkuat, dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup diidentifikasi. Tahap kelima, melibatkan dan memastikan promosi kesehatan, kesehatan pendidikan dan atau kebijakan yang berhubungan dengan intervensi terbaik akan cocok untuk mendorong perubahan yang diinginkan dalam perilaku atau lingkungan dan faktor-faktor yang mendukung perilaku dan lingkungan mereka.

Lebih lanjut *Precede* model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

- 1 Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, motivasi, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2 Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

- 3 Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Sedangkan *PROCEED: Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development*, adalah merupakan arahan dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi pendidikan (promosi) kesehatan. Apabila *preceed* merupakan fase diagnosis masalah, maka *proceed* adalah merupakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi promosi kesehatan. Menurut Kholid (2015) *Proceed* terdiri dari empat tahap tambahan. Pada tahap keenam, intervensi diidentifikasi dalam tahap lima dilaksanakan. Tahap ketujuh, memerlukan evaluasi proses intervensi. Tahap kedelapan, melibatkan mengevaluasi dampak dari intervensi pada faktor-faktor pendukung perilaku, dan pada perilaku itu sendiri. Tahap kesembilan dan terakhir, terdiri evaluasi hasil adalah, menentukan efek akhir dari intervensi pada kesehatan dan kualitas hidup penduduk.



Gambar 2. 1 Kerangka teori perilaku manusia dari tingkat kesehatan menurut Lawrence Green

Ketiga factor penyebab tersebut diatas di pengaruhi oleh factor penyuluhan dan factor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor-faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan adalah segala factor baik fisik, biologis, maupun social budaya yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para

petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Nursalam, 2013).

2.7 Keaslian Penulisan

Keaslian penulisan pada penelitian peneliti menggunakan kata kunci *syndrome nephrotic, parenting pattern, parenting styles, feeding practice* pada *Scopus, Science Direct, dan Springerlink*.

Tabel 2. 7 Keaslian Penulisan

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1	<i>A qualitative exploration into momentary impacts on food parenting practices among parents of pre-school aged children</i> (Loth et al., 2018)	Desain: Penelitian kualitatif Sampel: 40 anak preschool Variabel independen: - <i>Food parenting practice</i> Variabel dependen: - Instrumen: Interview Analisis: <i>Inductive and deductive analysis</i>	Untuk sebagian besar, orang tua mendeskripsikan faktor-faktor yang bersifat sementara (misalnya perubahan jadwal, stres orang tua, perilaku anak) yang mengalihkan mereka dari struktur dan praktek pemberian dukungan otonomi, menuju praktik pemberian makan yang memaksa dan memaksa. Para peneliti harus menyadari kemungkinan interaksi antara berbagai jenis praktik pemberian makan serta potensi bahwa faktor-faktor sesaat dapat menggeser orang tua dari satu jenis latihan ke yang lain. Penggunaan metode pengumpulan data baru, seperti penilaian sesaat ekologi, yang memungkinkan eksplorasi praktik pengasuhan makanan sebagai perilaku yang dinamis, bukannya statis, harus dieksplorasi.
2	<i>INSIGHT responsive parenting intervention and infant feeding practices: randomized clinical trial</i>	Desain: <i>randomized clinical trial</i> Sampel: 20 responden Variabel independen: - <i>INSIGHT responsive parenting intervention</i>	Responsive Parenting mother lebih cenderung menggunakan praktik pemberian makan berdasarkan struktur termasuk pengaturan batas (p

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	(Savage <i>et al.</i> , 2018)	Variabel dependen: - <i>Infant feeding practices</i> Instrumen: kuesioner Analisis: ANOVA	<0,05) dan rutinitas pemberian makan yang konsisten ($p < 0,01$) pada usia 1 tahun. Kelompok ibu pengasuhan responsif cenderung tidak menggunakan praktik pemberian makanan yang tidak responsif seperti menekan bayi mereka untuk menyelesaikan botol / makanan ($p < 0,001$), dan menggunakan makanan untuk menenangkan ($p < 0,01$), menyangga botol ($p < 0,05$) dinilai antara 4 dan 8 onths, dan menempatkan bayi tidur dengan botol pada usia 1 tahun ($p < 0,05$). Beberapa perbedaan terlihat antara kelompok-kelompok dalam makanan tertentu atau kelompok makanan yang diberi makan bayi.
3	<i>Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A meditation analysis to examine relationships between parenting and child diet</i> (Lopez <i>et al.</i> , 2018)	Desain: <i>cross-sectional study</i> Sampel: 174 responden Variabel independen: - <i>Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating</i> Variabel dependen: - Instrumen: <i>Parenting Style and Dimensions Questionnaire, Healthy Eating Index (HEI)</i> Analisis: <i>PROCESS, multiple mediation cross-sectional</i>	Efek tidak langsung yang signifikan diamati dengan struktur waktu makan dan hubungan antara orangtua yang otoritatif dan skor HEI-2010 ($b = 0,045$, $p < 0,05$, $CI = [0,006, 0,126]$), pola asuh otoriter dan skor HEI-2010 ($b = -0,055$, $p < 0,05$, $CI = [-0,167, -0,001]$), dan pola asuh permisif dan HEI-2010 ($b = -0,093$, $p < 0,05$, $CI = [-0,265, -0,008]$). Kualitas diet anak dipengaruhi oleh praktik struktural waktu makan. Pemeriksaan lebih lanjut dari fitur-fitur di mana praktik struktural waktu makan berfungsi sebagai mekanisme bagi orang tua untuk mendukung pola makan sehat di antara anak-anak mereka dapat meningkatkan kualitas diet anak-anak.
4	<i>Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles: Variable and person-centered</i>	Desain: <i>cross-sectional study with Variabeland person-centered approaches</i> Sampel: 174 responden Variabel independen:	Kehendak ibu selama menyusui dikaitkan secara negatif dengan skor BMI anak dan berhubungan positif dengan kelambatan dalam

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	<p><i>approaches for examining relationships with children's eating behavior</i></p> <p>(Power <i>et al.</i>, 2018)</p>	<p>- <i>Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles</i></p> <p>Variabel dependen:</p> <p>-</p> <p>Instrumen: <i>Caregiver's Feeding Styles Questionnaire and the Children's Eating Behavior Questionnaire.</i></p> <p>Analisis: <i>PROCESS, multiple mediation cross-sectional</i></p>	<p>makan dan kepuasan kenyang. Daya tanggap ibu dikaitkan secara positif dengan kenikmatan makanan dan berhubungan negatif dengan keresahan makanan. Ketertarikan yang signifikan oleh interaksi responsif menunjukkan bahwa anak-anak dari ibu yang otoriter menunjukkan tingkat kerewelan makanan tertinggi dan kenikmatan makanan terendah. Secara keseluruhan, temuan itu lebih kuat untuk laporan diri daripada untuk langkah-langkah observasi dan pendekatan variabel-berpusat jelas lebih unggul daripada pendekatan yang berpusat pada orang.</p>
5	<p>Efek Sindrom Nefrotik Pediatrik pada Keluarga</p> <p>(Mitra & Banerjee 2011).</p>	<p>Desain: <i>Quasi-experimental intervention and control group</i></p> <p>Sampel: 50 anak dengan NS dibandingkan dengan 50 keluarga anak dengan NS</p> <p>Variabel independen:</p> <p>- Pediatrik Nefrotik Sindrom</p> <p>Variabel dependen:</p> <p>- Depresi Keluarga</p> <p>Instrumen: <i>Beck's Depression Inventory (BDI)</i></p> <p>Analisis: <i>ANNOVA and Duncan's Multiple Range Test</i></p>	<p>Skor BDI menunjukkan depresi sedang sampai berat pada 48% pengasuh NS dibandingkan dengan 12% kontrol. Nilai BDI rata-rata secara signifikan lebih tinggi pada pengasuh NS, berkorelasi positif dengan keparahan penyakit dan secara negatif dengan status sosial ekonomi. Pengeluaran untuk penyakit juga secara signifikan lebih tinggi pada keluarga dengan pasien NS, bervariasi antara 30% dan 60% dari pendapatan bulanan tergantung pada tingkat keparahan penyakit dibandingkan dengan 6,9% pada kontrol</p>
6	<p>Perbedaan etnis pada anak dengan sindrom nefrotik</p> <p>(Chanchlani and Parekh, 2016)</p>	<p>Desain: <i>Quasi-experimental pre-post control group</i></p> <p>Sampel:</p> <p>Variabelin dependen:</p> <p>- Perbedaan Etnis</p> <p>Variabel dependen:</p> <p>- Anak dengan sindrom nefrotik</p> <p>Instrumen: analisis observasi</p>	<p>Pada anak-anak dengan sindrom nefrotik, insidensi dan respons terhadap pengobatan bervariasi berdasarkan etnis. Sangat mungkin bahwa faktor risiko genetik dan lingkungan memainkan peran penting dalam menjelaskan perbedaan etnis ini dan</p>

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
			memerlukan penelitian lebih lanjut.
7	<p>Belajar untuk hidup dengan sindrom nefrotik: pengalaman pasien dewasa dan orang tua anak-anak dengan sindrom nefrotik</p> <p>(Beanlands <i>et al.</i>, 2017)</p>	<p>Desain: <i>Sequetial Mixed-Methods Design</i></p> <p>Sampel: 22 pasien dewasa dengan NS dan 22 pasien anak dengan NS</p> <p>Variabelindependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belajar hidup dengan sindrom nefrotik <p>Variabeldependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman pasien dewasa dan orang tua anak-anak dengan sindrom nefrotik <p>Instrumen: <i>Semi structured focus groups dan individual interviews.</i></p> <p>Analisis: <i>Qualitative content analysis approach</i></p>	<p>Kerumitan NS dan perlakuannya membuat pengambilan keputusan menantang, karena pasien/orang tua sering harus mengasimilasi informasi tentang kondisi yang kurang dipahami. Kebutuhan informasi spesifik terkait dengan pemahaman diagnosis dan pendekatan pengobatan serta belajar untuk mengelola NS diidentifikasi. Kesulitan dalam mendapatkan informasi yang akurat sering membuat belajar menjadi menantang. Pentingnya belajar untuk memantau kondisi mereka, termasuk pemahaman pemicu yang mungkin memicu kekambuhan, diobservasi, menggarisbawahi perlunya pendekatan individu untuk memastikan kebutuhan belajar yang unik di atasi.</p>
8	<p><i>Assessment of knowledge and Practices of Parents Regarding Home Management of Children with Nephrotic Syndrome at Selected Hospitals of Haryana, India</i></p> <p>(Sarika, 2017)</p>	<p>Desain: <i>Cross-sectional design</i></p> <p>Sampel: 60 pasien</p> <p>Variabelindependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Knowledge and Practices of Parents</i> <p>Variabeldependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Home Management of Children with Nephrotic Syndrome</i> <p>Instrumen: <i>knowledge questionnaire and practice rating scale was used to collect the data by using interview technique.</i></p> <p>Analisis: <i>ANNOVA</i></p>	<p>Temuan penelitian mengungkapkan bahwa orang tua memiliki pengetahuan di bawah rata-rata dan praktik yang buruk mengenai manajemen rumah anak-anak dengan sindrom nefrotik.</p>
9	<p><i>Mercury-Associated Nephrotic Syndrome: A Case Report and Systematic Review of the Literature</i></p> <p>(Miller <i>et al.</i>, 2013)</p>	<p>Desain: <i>Systematic Review</i></p> <p>Sampel: -</p> <p>Variabelindependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mercury</i> <p>Variabeldependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nephrotic Syndrome</i> <p>Instrumen: <i>MEDLINE/Ovid from 1950-</i></p>	<p>Kami mengidentifikasi 27 laporan lain dari 42 pasien dengan sindrom nefrotik atau proteinuria nefrotik. Dari 26 orang, termasuk pasien kami, yang menjalani biopsi ginjal, histologi menunjukkan penyakit glomerular pada 21. Dari 20 biopsi ini, 4</p>

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
		<p>2010 using perspective strategy.</p> <p>Analisis: -</p>	<p>menunjukkan penyakit perubahan minimal dan 15 menunjukkan glomerulonefritis embranous. Paparan merkuri dapat menyebabkan berbagai lesi glomerulus; kami menekankan pentingnya riwayat pekerjaan dan makanan yang teliti dalam menjernihkan penyebab sindrom nefrotik yang tidak dapat ditentukan.</p>
10	<p><i>Fatty Acids in Nephrotic Syndrome and Chronic Kidney Disease</i></p> <p>(Turolo <i>et al.</i>, 2018)</p>	<p>Desain: <i>Systematic Review</i></p> <p>Sampel: -</p> <p>Variabelindependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fatty Acids</i> <p>Variabeldependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nephrotic Syndrome and Chronic Kidney Disease</i> <p>Instrumen: <i>Articles</i></p> <p>Analisis: -</p>	<p>Di sini, kami telah meringkas literatur khusus mengenai penilaian FA yang beredar di 2 penyakit ginjal, yaitu sindrom nefrotik dan penyakit ginjal kronis, juga di bawah pengobatan hemodialitik, dan telah menerima kontribusi yang paling signifikan di terakhir tahun. Efek dari perubahan profil FA dan metabolisme dan kemungkinan keterlibatan metabolit FA tak jenuh ganda dalam peningkatan dan modulasi peradangan</p>