

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Wasting***

*Wasting* merupakan kelompok gizi kurang, secara langsung disebabkan oleh inadekuat nutrisi dan penyakit infeksi sedangkan penyebab pokok masalah gizi kurang meliputi ketahanan pangan yang tidak memadai, perawatan ibu dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai (Persagi, 1999) dalam Supriasa (2012). *Wasting* adalah kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan BB/TB (berat badan menurut tinggi badan) (BAPPENAS, 2011). *Wasting* ditandai dengan badan yang kurus akibat kurangnya asupan zat gizi sehingga massa tubuh tidak sesuai dengan tinggi badan anak (Pramudya dan Bardosono, 2012). Masalah gizi menyumbang 45% kematian anak balita. Investasi untuk meningkatkan intervensi gizi akan dapat menyelamatkan 900 ribu jiwa, mengurangi *wasting* sebesar 61% (Ariani, 2010). Hasil penelitian Olofin et al. (2013) menunjukkan bahwa semua tingkatan malnutrisi baik itu undernutrition (gizi kurang), *wasting* (balita kurus), dan stunting (balita pendek) secara signifikan memiliki hubungan yang kuat terhadap peningkatan angka kematian pada balita, dimana *wasting* memiliki asosiasi yang lebih kuat terhadap peningkatan angka kematian balita dari pada stunting.

World Health Organization (WHO) secara global prevalensi balita *wasting* yaitu 51 juta (Global Nutrition Report, 2015). Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius apabila prevalensi gizi kurus antara 10,0%-14,0%, dan dianggap kritis apabila melebihi  $\geq 15\%$  (WHO, 2010). Di Indonesia, sesuai data RISKESDAS 2007 prevalensi *wasting* mencapai 13,6% dan mengalami penurunan sebanyak 0,3% pada tahun 2010 menjadi 13,3% lalu mengalami penurunan kembali pada tahun 2013 menjadi 12,1% yang artinya masalah kurus di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Penurunan prevalensi tersebut dinilai kurang pesat karena hanya mampu menurunkan sebesar 1,5% dalam kurun waktu 6 tahun terakhir antara tahun 2007-2013. Prevalensi masalah *wasting* di Provinsi Jawa Timur tahun 2014 sebesar 8% (Seksi Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2014).

Status gizi anak balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Status gizi adalah cerminan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang didapatkan dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh (AsDI, 2014). Variabel BB dan TB/PB anak balita disajikan dalam bentuk tiga indeks antropometri konvensional, yaitu BB/U, TB/U dan BB/TB (Riskedas, 2013). Indeks BB/TB merefleksikan status gizi pada masa kini, sedangkan indeks TB/U merefleksikan status gizi balita pada masa lampau. Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang singkat (Afriza, 2016). Anak yang mengalami *wasting* diketahui menggunakan data primer berupa data *wasting* dikumpulkan dengan pengukuran antropometri berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) menggunakan WHO Antro 2005 (nilai Z skor  $< -2$  SD s/d  $> -3$  SD) (Hendrayati, Amir dan Darmawati, 2013).

**Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak menurut Indeks**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Gizi Buruk	$< -3$ SD
	Gizi Kurang	$-3$ SD sampai dengan $< -2$ SD
	Gizi Baik	$-2$ SD sampai dengan $2$ SD
	Gizi Lebih	$>2$ SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Sangat Pendek	$< -3$ SD
	Pendek	$-3$ SD sampai dengan $< -2$ SD
	Normal	$-2$ SD sampai dengan $2$ SD
	Tinggi	$>2$ SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 bulan	Sangat kurus	$< -3$ SD
	Kurus	$-3$ SD sampai dengan $< -2$ SD
	Normal	$-2$ SD sampai dengan $2$ SD
	Gemuk	$>2$ SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak umur 0-60 bulan	Sangat kurus	$< -3$ SD
	Kurus	$-3$ SD sampai dengan $< -2$ SD
	Normal	$-2$ SD sampai dengan $2$ SD
	Gemuk	$>1$ SD sampai dengan $2$ SD
	Obesitas	$>2$ SD

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Gizi Anak Tahun 2011

Menurut Depkes RI (2005) *wasting* disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor penyebab langsung adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan infeksi. Faktor penyebab tidak langsung adalah pengetahuan. Putri dan Miko Wahyono (2013) mengemukakan bahwa faktor langsung dan tidak langsung yang berhubungan dengan kejadian *wasting* di Indonesia adalah kurangnya asupan energi, karbohidrat, dan lemak, pola pemberian ASI yang tidak baik, infeksi yang dapat menurunkan nafsu makan pada balita, kurangnya pendidikan ibu mengenai gizi dan pangan, pola asuh ibu yang kurang baik, banyaknya jumlah balita dalam satu keluarga, tingkat ketahanan pangan yang buruk, dan penghasilan rumah tangga yang sedikit.

### **B. Kebutuhan Energi dan Zat Gizi Balita**

Makanan pada balita seharusnya berpedoman pada gizi seimbang, serta harus memenuhi standar kecukupan gizi balita. Gizi seimbang merupakan keadaan yang menjamin tubuh memperoleh makanan yang cukup dan mengandung semua zat gizi dalam jumlah yang dibutuhkan. Dengan gizi seimbang maka pertumbuhan dan perkembangan akan optimal dan daya tahan tubuhnya akan lebih baik sehingga tidak mudah sakit.

Kebutuhan energi sehari pada tahun pertama 100-200 kkal/kgBB. Untuk tiap tiga tahun pertambahan umur, kebutuhan energi turun 10 kkal/kg BB/hari untuk metabolisme basal, 5-10% untuk Specific Dynamic Action, 12% untuk pertumbuhan, 25% atau 15-25 kkal/kg BB/hari untuk aktivitas fisik dan 10% terbuang melalui feses. Zat-zat gizi yang mengandung energi terdiri dari protein, lemak dan karbohidrat. Dianjurkan agar jumlah energi yang diperlukan didapat dari 5-80% karbohidrat, 25-35% lemak, sedangkan selebihnya (10-15%) berasal dari protein.

**Tabel 2. Angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan bagi anak balita per orang per hari**

Usia	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	KH (gr)
1-3 tahun	13	91	1125	26	44	155
4-6 tahun	19	112	1600	35	62	220

Sumber : AKG, 2013

Besarnya energi yang berasal dari makanan sehari untuk selingan pagi dan siang adalah 20% dari total energi, sedangkan untuk energi makanan selingan sekali saja setidaknya mengandung 10% dari total energi. Menurut Kemenkes RI (2012), makanan tambahan bagi yang diperuntukkan balita usia 12-59 bulan dengan kandungan gizi sekitar 1/3 dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yaitu energi 250-375 kkal dan 6-9 gr protein per hari makan. Kandungan gizi makanan tambahan yang diberikan balita usia 12-59 bulan satu kali makan kandungan gizinya sekitar 10% dari AKG yaitu 125-185 kkal dan 3-5 gr protein.

### **C. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)**

Masa anak-anak merupakan periode penting dalam daur kehidupan manusia, zat gizi yang optimal diperlukan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal. Asupan zat gizi kurang akan menyebabkan gangguan perkembangan dan pertumbuhan balita sehingga menyebabkan masalah gizi pada balita. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurus (*wasting*) adalah dengan pemberian makanan tambahan (PMT) pada balita.

Depkes RI (2006), Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) adalah sebagai suatu bentuk kegiatan pemberian zat gizi makanan dari luar keluarga yang bertujuan untuk memperbaiki keadaan gizi golongan rawan yang menderita kurang gizi maupun gizi buruk. PMT pemulihan diberikan setiap hari serta benar-benar sebagai penambah dan tidak mengurangi jumlah makanan yang dimakan setiap hari di rumah. PMT pemulihan diberikan selama 90 hari makan pada balita gizi kurang dan balita gizi buruk dengan tujuan meningkatkan status gizi, mencegah buruknya status gizi, membantu pengibatan infeksi dan memfasilitasi program KIE untuk orang tua dan anak (Agustine, 2010).

Pemberian PMT-P merupakan tambahan makanan utama balita sasaran dan bukan merupakan makanan pengganti makanan sehari-hari balita sasaran. Adanya kenaikan berat badan tidak hanya karena pemberian PMT-P saja, namun ada faktor lain juga turut meningkatkan berat badan balita sasaran program PMT-P, seperti konsumsi makanan utama balita dan konsumsi snack atau makanan selingan balita (Supadmi dkk, 2008). Bahan makanan yang digunakan dalam Pemberian Makanan Tambahan (PMT) berasal dari dinas kesehatan dan bahan-bahan lokal yang dihasilkan oleh daerah setempat. Selain itu bahan makanan yang dipergunakan untuk pembuatan Pemberian Makanan Tambahan diutamakan

berasal dari makanan sumber kalori dan protein tanpa mengesampingkan sumber zat gizi lainnya (Hehy, 2013).

Pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) dapat dilakukan dengan cara :

1. Pemberian PMT satu kali seminggu, dua kali seminggu atau bahkan satu bulan sekali pada sasaran untuk dibawa pulang (Take Home Feeding)
2. Untuk sasaran yang jumlahnya tidak terlalu banyak, PMT dibuat didistribusikan ke satu tempat (On Site Program Feeding).
3. Pelaksanaan PMT di Pusat Rehabilitasi Gizi (Nutrition Rehabilitation Center)

Adapun jenisnya antara lain menurut Juknis PMT Kemenkes RI (2017) :

1. Makanan Tambahan Pemulihan adalah suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diperuntukkan bagi kelompok sasaran sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi.
2. Makanan Tambahan Balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 6-59 bulan dengan kategori kurus. Bagi bayi dan anak berumur 12-59 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).

Sasaran pemberian makanan tambahan menurut Juknis PMT Kemenkes RI (2017) yaitu balita kurus usia 6-59 bulan dengan indikator Berat Badan (BB) menurut Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 standar deviasi ( $< - 2 Sd$ ) yang tidak rawat inap dan tidak rawat jalan. Pemberian Makanan Tambahan kepada sasaran perlu dilakukan secara benar sesuai aturan konsumsi yang dianjurkan. Pemberian makanan tambahan yang tidak tepat sasaran, tidak sesuai aturan konsumsi, akan menjadi tidak efektif dalam upaya pemulihan status gizi sasaran serta dapat menimbulkan permasalahan gizi. Makanan tambahan diberikan sebagai Makanan Tambahan Pemulihan adalah makanan tambahan yang diberikan untuk mengatasi terjadinya masalah gizi yang diberikan selama 90 hari makan.

Jenis dan Karakteristik Produk Makanan Tambahan (PMT) balita 6-59 bulan dengan kategori kurus menurut Juknis PMT Kemenkes RI (2017) yaitu

makanan tambahan balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 6-59 bulan dengan kategori kurus. Bagi bayi dan anak berumur 12-59 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Tiap kemasan primer (4 keping/40 gram) makanan tambahan balita mengandung minimum 160 Kalori, 3,2-4,8 gram protein, 4-7,2 gram lemak. Makanan tambahan balita diperkaya dengan 10 macam vitamin (A, D, E, K, B1, B2, B3, B6, B12, Asam Folat) dan 7 macam mineral (Besi, Iodium, Seng, Kalsium, Natrium, Selenium, Fosfor).

#### **D. Status Gizi**

Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah asupan (intake) zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (requirement) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lainnya) (Suyanto, 2009). Status gizi dapat pula diartikan sebagai gambaran kondisi fisik seseorang sebagai refleksi dari keseimbangan energi yang masuk dan yang dikeluarkan oleh tubuh (Marmi, 2013). Indikator pertumbuhan digunakan untuk menilai pertumbuhan anak dengan mempertimbangkan beberapa faktor umur dan hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan. Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Indeks antropometri yang digunakan untuk menentukan status gizi balita wasting adalah Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

Peningkatan berat badan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan berat badan, tinggi badan atau ukuran tubuh lainnya, tetapi lebih dari memberikan gambaran tentang keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi seorang anak dalam proses tumbuh. Gangguan kenaikan berat badan dapat terjadi dalam waktu singkat dan dapat terjadi pula dalam waktu yang cukup lama. Peningkatan berat badan sebagai indikator perkembangan status gizi, dimana indikator yang baik terjadi apabila dapat memberikan indikasi yang sensitiv atas perubahan suatu keadaan. Menurut IDAI (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi pola peningkatan berat badan anak digolongkan menjadi dua yaitu faktor internal yang terdiri dari keluarga, umur, jenis kelamin, kelainan genetik dan kelainan

kromosom. Sedangkan faktor eksternal yaitu gizi (pemberian makanan tambahan), penyakit kronis, psikologis dan sosial ekonomi.

Peningkatan berat badan merupakan parameter kesehatan gizi yang cukup peka untuk digunakan dalam menilai kesehatan anak terutama bayi dan balita. Dalam upaya monitor dapat menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengetahui peningkatan berat badan balita. Kenaikan berat badan balita merupakan salah satu indikator output untuk melihat keberhasilan pelaksanaan program PMT-P. Pada penelitian Sugianti (2017) Pemberian PMT-P selama 60 hari pada balita dapat meningkatkan berat badan balita rata-rata sebesar 1 kg dari 8.3 kg menjadi 9.3 kg. Peningkatan berat badan balita sasaran program PMT-P, hal ini menunjukkan bahwa program PMT-P pada balita di Kabupaten Tuban memberikan dampak positif untuk kenaikan berat badan balita sasaran. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Supadmi dkk (2008) menunjukkan bahwa pengaruh PMT-P pada balita terjadi peningkatan berat badan rata-rata sebesar 700 gram dari 8.5 kg menjadi 9.2 kg setelah program PMT-P. Lebih lanjut, penelitian Fitriyanti (2012) menunjukkan bahwa ada perubahan status gizi (BB/TB) 59.1% (13 balita), di mana 4 balita (18.2%) mengalami peningkatan menjadi status gizi normal dan 9 balita (40.9%) masih berstatus gizi kurus setelah program PMT-P.

#### **E. Pengetahuan Gizi**

Pengetahuan gizi merupakan pengetahuan tentang makanan dan zat gizi pada makanan, makanan yang aman dikonsumsi sehingga tidak menimbulkan penyakit dan cara mengolah makanan yang baik agar zat gizi dalam makanan tidak hilang serta bagaimana hidup sehat (Notoatmodjo, 2003). Faktor pengetahuan yang rendah dari sebagian ibu akan pentingnya pemberian makanan bergizi dan seimbang untuk anaknya dapat dikaitkan dengan masalah gizi kurus. Adanya balita kurus tidak bisa dipisahkan dari faktor perilaku yang ada di masyarakat. Faktor perilaku berkontribusi sangat besar terhadap timbulnya kasus balita kurus (Notoatmodjo, 2007)

Pengetahuan tentang gizi sangat penting karena banyak masyarakat yang belum mengetahui bahwa makanan yang memenuhi kebutuhan gizi tidak selalu makanan yang mahal. Masyarakat harus mengetahui bagaimana bisa memenuhi kebutuhan gizi dengan mengonsumsi pangan yang sesuai dengan tingkat

pendapatan mereka (Heriyati, 2005). Hasil penelitian Munthofiah (2008) menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak balita. Dalam Riset Kesehatan Dasar (2010) bahwa faktor pengetahuan sangat berpengaruh terhadap kejadian gizi kurang di masyarakat. Hasil penelitian lainnya tentang faktor yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada umur 6-36 bulan membuktikan bahwa pengetahuan ibu mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian MPASI (Sulistyarini, 2013). Semakin baik tingkat pengetahuan Ibu, persentase wasting semakin sedikit, bahkan Ibu yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik seluruhnya memiliki balita yang normal (Cholifatun dan Lailatul, 2015).

Data tingkat pengetahuan gizi ibu yang diperoleh melalui wawancara dan pengambilan data melalui pretest dan posttest kemudian diolah dengan menjumlahkan jawaban benar, diberikan skor 1 untuk jawaban benar dan skor 0 untuk jawaban salah. Kemudian dikategorikan berdasarkan tingkat pengetahuan:

$$N = \frac{\text{jumlah jawaban yang benar}}{\text{jumlah soal}} \times 100\%$$

Kriteria tingkat pengetahuan menurut Arikunto (2006), yaitu :

- Baik :  $\geq 75\%$
- Cukup : 56-74%
- Kurang :  $< 55\%$

Nilai yang diperoleh tersebut kemudian dibandingkan antara nilai pengetahuan yang diperoleh sebelum dilakukan konseling dan setelah dilakukan konseling.

Pada penelitian Rini (2016) terdapat peningkatan pengetahuan ibu balita di Dusun Jamprit Pundong Bantul Yogyakarta setelah diberikannya penyuluhan gizi balita. Hal tersebut ditunjukkan meningkatnya nilai jawaban yang benar dari pretest dan posttest yang diisi oleh. Hasil penilaian pretest dan posttest didapatkan bahwa terdapat peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap dari ibu balita di Dusun Kecipik Desa Boteng, Menganti Gresik mengenai gizi seimbang bagi balita. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil uji statistika yang terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap ibu balita sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan (Nugrahaeni, 2018).

## F. Pola Makan Balita

Pola makan merupakan cara yang ditempuh seseorang atau sekelompok untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologis, budaya dan social. Pola makan merupakan faktor yang berpengaruh langsung terhadap status gizi. Pola makan memiliki peran penting dalam proses pertumbuhan balita. Balita dapat tumbuh optimal apabila mendapatkan asupan makanan yang baik yaitu jumlah yang cukup, bergizi dan seimbang (Soehardjo 1996 dalam Zahra dkk 2012).

Pada penelitian Khalimatus (2015) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ( $p = 0,038$ ) antara pola makan dan status gizi anak usia prasekolah di PAUD Tunas Mulia Desa Cekelat Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto. Hal ini sejalan penelitian Sari dkk (2016) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan ( $p = 0,000$ ) antara pola makan dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Padang.

Gizi seimbang adalah makanan yang dikonsumsi balita dalam satu hari yang beraneka ragam dan mengandung zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur sesuai dengan kebutuhannya. Berikut anjuran makan satu hari berdasarkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan per golongan umur anak :

Tabel 3. Anjuran Jumlah Porsi Menurut Kecukupan Energi Sehari untuk Kelompok Usia 1-3 Tahun dan 4-6 Tahun

Bahan Makanan	Berat (g) / URT	Anak Usia 1-3 Tahun (1125 Kkal)	Anak Usia 4-6 Tahun (1600 Kkal)
Nasi	1p = 100 g (3/4 gls)	3p	4p
Sayuran	1 p = 100 g (1 gls)	1,5p	2p
Buah	1p = 50 g (1 bh pisang ambon)	3p	3p
Tempe	1p = 50 g (2 ptg sdg)	1p	2p
Daging	1p = 35 g (1 ptg sdg)	1p	2p
ASI		Dilanjutkan hingga 2 tahun	
Susu	1p = 200 g (1 gls)	1p	1p
Minyak	1p = 5 g (1 sdt)	3p	4p
Gula	1p = 20 g (1 sdm)	2p	2p

Sumber : Kemenkes RI, 2014

Perhitungan skor PPH dalam pengukuran pola makan secara kualitatif menggunakan data perhitungan skor PPH yang diolah dengan menggunakan Microsoft Excel. Cara pengolahan adalah sebagai berikut :

1. Hitung jumlah energi masing-masing kelompok bahan makanan
2. Hitung presentase energi masing-masing kelompok bahan makanan tersebut terhadap total energi per hari dengan menggunakan rumus :

$$\% \text{ terhadap total energy (kcal)} = \frac{\text{energi masing-masing kelompok}}{\text{jumlah energi total}} \times 100\%$$

3. Hitung skor PPH tiap kelompok bahan makanan dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Skor PPH Kelompok Bahan Makanan} = \% \text{ terhadap total energy} \times \text{bobot}$$

4. Jumlah skor PPH semua kelompok bobot bahan makanan sehingga diperoleh total skor PPH. Bobot masing-masing kelompok bahan makanan disajikan dalam Tabel 4.

Kelompok Bahan Makanan	Bobot
Padi-padian	0,5
Umbi-umbian	0,5
Hewani	2,0
Minyak/lemak	1,0
Kacang-kacangan	2,0
Buah/biji berminyak	0,5
Gula	0,5
Sayur-sayuran dan buah	2,0

Sumber : Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI, 1999

5. Skor PPH yang diperoleh kemudian dikategorikan menurut Prasetyo dkk (2013) :
  - a.  $\geq 85$  : Baik
  - b. 70 – 84 : Cukup
  - c. 55 – 69 : Kurang
  - d.  $< 85$  : Sangat Kurang

### G. Tingkat Konsumsi

Tingkat konsumsi adalah suatu tingkat kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang untuk mencapai status gizi yang baik. Angka Kecukupan

Gizi (AKG) merupakan kecukupan pada tingkat konsumsi sedangkan tingkat produksi dan penyediaan pangan perlu dipertimbangkan kehilangan dan penggunaan lainnya dari tingkat produksi sampai tingkat konsumsi.

Pemberian makanan pada balita hendaknya disesuaikan dengan perkembangannya (Almatsier, 2011), misalnya balita belajar mengunyah pada usia enam atau tujuh bulan, pada saat itu siap untuk mengkonsumsi makanan padat. Bila makanan tidak diberikan pada saat itu akan mempunyai kesukaran untuk menerimanya kemudian. Selain itu, balita akan mengalami kekurangan gizi karena ASI atau susu formula saja sudah tidak dapat memenuhi seluruh kebutuhan gizi balita pada saat itu.

Tingkat konsumsi makanan (energi dan zat gizi) menggunakan standar Angka Kecukupan Gizi (AKG) seperti yang disajikan pada tabel 3.

**Tabel 5. Angka Kecukupan Energi dan Zat Gizi Balita**

Usia	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	KH (gr)
1-3 tahun	13	91	1125	26	44	155
4-6 tahun	19	112	1600	35	62	220

Sumber : AKG, 2013

Klasifikasi tingkat konsumsi energi dan protein menurut Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 :

- Lebih : > 120% AKG
- Normal : 100-120% AKG
- Kurang : 70- <100% AKG
- Sangat Kurang: < 70%

## H. Konseling Gizi

Konseling Gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah yang dilaksanakan oleh Ahli Gizi/Dietisien untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, dan perilaku pasien dalam mengenali dan mengatasi masalah gizi sehingga pasien dapat memutuskan apa yang akan dilakukannya (Pedoman PGRS, 2013).

Intervensi pemberian makanan tambahan dengan pendampingan gizi dilaksanakan dengan metode konsultasi gizi melalui pendekatan individu.

Penyuluhan dan konsultasi gizi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan (Notoatmojo, 2007). Konseling gizi merupakan suatu proses komunikasi dua arah antar konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Kemenkes RI, 2010). Konseling gizi dapat mempengaruhi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu balita gizi buruk (Sofiyana, 2013). Pemberian Konseling gizi dapat dijadikan sebagai upaya perubahan perilaku terencana pada ibu dalam mencegah dan menanggulangi wasting.

Dalam prosesnya, konseling gizi mengenai gizi seimbang pada balita yang dilakukan pada responden menggunakan metode ceramah dan diskusi dengan menggunakan Booklet sebagai media penunjang. Booklet diberikan kepada tiap responden sebagai bahan bacaan dan media dalam melakukan konseling. Booklet yang diberikan pada responden dapat digunakan pada saat kegiatan konseling berlangsung sehingga mempermudah responden agar dapat memahami materi yang disampaikan karena dilengkapi dengan gambar-gambar yang menarik tentang penyajian makanan pada balita, sehingga dapat dibaca kapan saja oleh responden ketika ada waktu luang, sehingga meskipun konseling gizi yang diberikan berakhir mereka masih mempunyai bahan bacaan untuk menambah pengetahuan. Booklet akan memberikan kesan kepada pembaca jika disajikan dengan gambar yang menarik sehingga booklet tidak formal dan kaku (Nurfathiyah, 2014). Kelebihan booklet seperti dapat disimpan dalam waktu yang relatif lama, dapat dipelajari secara mandiri, dapat membantu media lain, selain itu booklet juga memiliki kelemahan yaitu pembaca dituntut untuk memiliki kemampuan membaca (Suirakoka, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya bahwa konseling gizi dalam waktu relatif singkat dapat meningkatkan pengetahuan gizi seorang ibu. Peningkatan pengetahuan subjek mempengaruhi ibu untuk berusaha memberikan pola asuh yang lebih baik, terutama dalam hal memenuhi kebutuhan gizi anak (Rasanen, 2012). Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Noviati (2006) bahwa konseling gizi yang dilakukan di posyandu terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu secara signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan setelah konseling gizi pada kelompok kontrol ibu dalam pemberian makan anak dan asupan zat gizi anak usia 0-24 bulan (Hestuningtyas dan Noer, 2014). Penelitian ini juga sejalan dengan

penelitian yang dilakukan Hestunigtyas (2013) dimana ada pengaruh antara pemberian konseling gizi terhadap pengetahuan, sikap, praktik ibu dan asupan zat gizi, dimana hanya pengetahuan yang memiliki hubungan antara pemberian konseling gizi terhadap pengetahuan.

Hasil penelitian Setyawati dkk (2015) menunjukkan bahwa pendidikan gizi menggunakan booklet dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai gizi pada anak. Hal ini didukung oleh Zulaekah (2012) menunjukkan bahwa pemberian pendidikan gizi dengan metode booklet dapat memperbaiki tingkat pengetahuan gizi. Hal ini sejalan dengan penelitian Rathore (2014) dan Fernandes (2013) bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media booklet, sehingga informasi pada booklet sangat efektif untuk peningkatan pengetahuan pada ibu.

#### I. Produk PMT Produksi STRIATA

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang diterima responden merupakan produk dari STRIATA. Bentuk makanan tambahan yang diberikan kepada responden adalah makanan berupa biskuit, cookies, sereal, abon dan talam. Adapun nilai gizi dari produk yang diberikan ada pada tabel berikut :

**Tabel 6. Nilai Gizi Produk**

Produk	Berat	E	P	L	KH
Sereal Kedelai Kelor	25	116,89	4,23	17,22	3,62
Sereal Ikan Kelor	25	117,23	4,41	17,11	3,62
Cookies Labu	100	651,27	7,38	81,56	31,64
Cookies Kacang Hijau	100	677,98	8,58	73,91	39,44
Cookies Ikan	100	650,35	14,71	64,14	36,73
Cookies Pisang	100	629,08	7,03	83,43	28,38
Biskuit Kacang Hijau	100	432,53	9,85	45,50	20,96
Biskuit Ikan Kelor	100	453,83	17,09	43,76	21,34
Biskuit Kedelai	100	465,51	13,09	46,31	23,28
Biskuit Ikan Wortel	100	461,55	15,74	44,81	21,61
Biskuit Tempe Kelor	100	466,64	23,31	50,94	18,85
Abon	100	314,8	55,1	8,9	0

Keunggulan produk ini adalah bahan yang digunakan dari bahan lokal yaitu kelor, ikan gabus, tempe, kedelai, labu, kacang hijau, teri, pisang dan wortel. Kelebihan dari kelor adalah banyak akan kandungan 10 kali lipat vitamin A

dibandingkan pada wortel, 0,5 kali vitamin C dibandingkan jeruk, 17 kali kalsium dibandingkan susu, 15 kali potassium dibandingkan pisang, 25 kali zat besi dibandingkan bayam dan 9 kali lipat protein dibandingkan yoghurt. Jika pemberian PMT dengan kelor sama dengan mengkonsumsi bahan makanan kaya gizi di atas, maka diharapkan balita akan tumbuh dengan sehat, berkualitas, dan dapat meningkatkan berat badan dan tinggi badan balita (Syariati, 2011).

Selain itu, ikan gabus yang tinggi protein 70 %, 21% albumin, asam amino yang lengkap, mikronutrien zink, selenium dan iron dapat meningkatkan berat badannya naik lebih cepat (Fadli, 2010). Dalam suatu penelitian yang dilakukan terhadap dua anak dengan gizi buruk yang sedang dalam pengobatan. menunjukkan bahwa anak yang diberikan biscuit dengan kandungan albumin ikan gabus, berat badannya naik lebih cepat dibandingkan dengan anak yang diberikan biscuit tanpa kandungan albumin ikan gabus (Ansar, 2010).