

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pendampingan Gizi

1. Pengertian Pendampingan Gizi

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan solusi, menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasehat, merujuk, menggerakkan, dan bekerjasama (Ayu, 2008).

Pendampingan gizi merupakan salah satu contoh intervensi gizi guna menanggulangi, mengatasi, atau mencegah masalah gizi pada suatu keluarga. Pelaksanaan pendampingan gizi dimulai dari pengumpulan data dasar, penetapan sasaran, interview, kemudian intensif. Pada kegiatan intensif terdapat penyampaian materi, penguatan pada sasaran, kemudian praktik mandiri.

2. Tujuan Pendampingan Gizi

Menurut Buku Pedoman Pendampingan Keluarga menuju Kadarzi tahun 2007, tujuan pendampingan gizi ada dua yaitu:

a. Tujuan umum

Terbentuknya keluarga sadar gizi melalui proses pendampingan.

b. Tujuan khusus

Mendampingi keluarga sasaran agar

- 1) Membawa balitanya datang ke posyandu secara teratur setiap bulan
- 2) Membawa balita yang menderita gizi buruk, Bawah Garis Merah pada KMS (BGM) atau yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut (2T) serta balita sakit ke Poskesdes/Puskesmas untuk dirujuk.
- 3) Memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 (enam) bulan
- 4) Makan aneka ragam makanan
- 5) Menggunakan garam beryodium

- 6) Minum suplemen gizi bagi balita, ibu hamil, dan ibu nifas sesuai anjuran

3. Cara Pendampingan Gizi

Menurut Buku Pedoman Pendampingan Keluarga menuju Kadarzi tahun 2007, pelaksanaan pendampingan gizi adalah sebagai berikut:

- a. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran

Pendamping membuat jadwal kunjungan berdasarkan kesepakatan dengan keluarga sasaran. Kunjungan direncanakan sesuai dengan berat ringannya masalah gizi yang dihadapi keluarga.

- b. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan

Pendamping melakukan kunjungan ke keluarga sasaran. Kunjungan hendaknya sesuai dengan rencana yang telah dibuat sehingga pendampingan dapat dilaksanakan secara optimal. Pendamping hendaknya bersikap ramah, sopan, dan menjaga agar terjalin hubungan baik sehingga keluarga sasaran mau menerima dan menceritakan masalah yang dihadapi. Setelah selesai melakukan kunjungan ke setiap keluarga hendaknya membuat kesepakatan dengan keluarga sasaran untuk kunjungan berikutnya.

- c. Mengidentifikasi dan mencatat masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran

Meskipun pada saat pendataan telah diketahui masalah gizi keluarga sasaran, namun pendamping perlu melakukan identifikasi secara teliti masalah gizi yang dihadapi pada saat kunjungan. Di samping itu dilakukan pengamatan terhadap balita atau anggota keluarga lain yang menderita sakit, kebersihan diri, dan lingkungan rumah serta pemanfaatan air bersih. Semua hasil identifikasi tersebut harus dicatat untuk setiap sasaran agar dapat diberikan nasehat sesuai dengan masalahnya.

- d. Memberikan nasehat gizi sesuai permasalahannya

Setelah diketahui masalah gizi yang dihadapi sasaran, pendamping memberikan nasehat yang sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan berisi anjuran untuk mengatasi dan mencegah terulangnya masalah yang dihadapi. Nasehat hendaknya

dilakukan secara bertahap sesuai dengan kesanggupan keluarga untuk melakukan anjuran yang disampaikan dan kemajuannya akan dilihat pada kunjungan berikutnya. Dalam memberikan nasehat hendaknya pendamping selalu menggunakan alat peraga dan media yang sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan dicatat pada kolom nasehat yang diisi sesuai dengan masalah dan tanggal kunjungan.

e. Memberikan materi pendampingan gizi

Kader pendamping mencatat perubahan perilaku keluarga sasaran pada akhir proses pendampingan.

f. Kader pendamping merekap hasil perubahan perilaku dari seluruh keluarga sasaran pada akhir proses pendampingan.

Menurut Ayu (2008), langkah-langkah pendampingan gizi ada empat tahap yaitu sebagai berikut:

a. Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (*screening*) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita dengan kategori *stunting* (PB/U atau TB/U < -3 SD s/d < -2 SD). Data dasar selain diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setia waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi.

Pengumpulan data dasar dilakukan oleh Tenaga Gizi Pendamping (TGP) dengan bantuan kader setempat. Identifikasi status gizi dilakukan dengan cara melakukan pengukuran langsung panjang badan atau tinggi badan terhadap seluruh balita yang ada di setiap desa pendampingan. Pengukuran panjang badan atau tinggi badan dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran panjang badan atau tinggi badan, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (*door to door*).

Data hasil pengukuran PB/TB balita kemudian diinterpretasi menggunakan standar Kepmenkes No. 1995/Menkes/SK/XII tahun 2010 sistem Z-score untuk mengetahui status gizi menurut PB/U atau TB/U.

b. Penetapan Sasaran

Sasaran pendampingan gizi adalah ibu, pengasuh, atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kategori *stunting*. Balita yang memenuhi kriteria tersebut kemudian didaftar untuk memudahkan kegiatan intervensi.

c. Interview

Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan. Jadwal dibuat sesuai kesepakatan antara tenaga pendamping dengan pihak keluarga sasaran agar kedua belah pihak merasa nyaman dan tidak mengganggu waktu keluarga sasaran.

d. Intervensi

1) Pendampingan Intensif

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh Tenaga Gizi Pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan hal yang sudah dianjurkan bagi ibu balita.

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu tentang kebutuhan zat gizi balita, pengertian *stunting*, faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya *stunting*, dampak *stunting*, penanggulangan dini *stunting* dengan metode pendekatan individu.

2) Penguatan

Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi secara intensif, namun hanya dua kali dalam seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu, sesuai dengan rekomendasi yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Bagi ibu balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu mampu melakukan praktik mandiri sesuai yang dianjurkan dengan sederhana.

3) Praktik Mandiri

Setelah melakukan penguatan, ibu balita diberi kesempatan untuk mempraktikkan secara mandiri terhadap instruksi yang telah dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak dikunjungi kecuali pada hari terakhir pendampingan dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap perubahan setelah pendampingan.

4. Bentuk Pendampingan Gizi

a. Konseling

Secara umum, konseling adalah suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi (Supariasa, 2012).

Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan pasien untuk membantu pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Kamus Gizi, 2009 dalam Supariasa, 2012).

Konseling gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi (Persagi, 2010 dalam Supariasa, 2012).

b. Penyuluhan

Penyuluhan gizi merupakan salah satu program gizi pada khususnya dan program kesehatan pada umumnya. Penyuluhan gizi tidak dapat berdiri sendiri dengan program kesehatan lainnya. Penyuluhan gizi merupakan bagian integral dari program gizi dan kesehatan. Kegiatan penyuluhan gizi diawali dengan perencanaan penyuluhan gizi tersebut. Perencanaan penyuluhan merupakan kegiatan tim yang melibatkan banyak pihak salah satunya petugas penyuluh gizi dan masyarakat (Supariasa, 2012).

B. Pola Asuh Makan

1. Pengertian Pola Asuh

Pola pengasuhan atau perawatan anak sangat bergantung pada nilai-nilai yang dimiliki keluarga (Supartini, 2014 dalam Rusilanti dkk., 2015). Pada dasarnya tujuan utama pengasuhan orang tua adalah untuk mempertahankan kehidupan fisik anak dan meningkatkan kesehatannya, memfasilitasi anak untuk mengembangkan kemampuan sejalan dengan tahapan perkembangannya, dan mendorong peningkatan kemampuan berperilaku sesuai dengan nilai agama dan budaya yang diyakininya (Supartini, 2004 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Pola asuh didefinisikan sebagai perilaku yang dipraktikkan oleh pengasuhan (ibu, bapak, nenek, kakak, atau orang lain) dalam memberikan kasih sayang, pemeliharaan kesehatan, dukungan emosional, pemberian pendidikan, pemberian makanan, minuman, dan pakaian. Dengan kata lain, pola asuh adalah memberikan bimbingan kepada anak berkaitan dengan kepentingan hidupnya (Amal, 2000 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Pengasuhan atau perawatan merupakan suatu keterampilan, dengan pola yang berbeda-beda, pola asuh yang banyak muncul adalah pola asuh yang didasari oleh kontrol, tuntutan, dan perhatian (Andayani, 2004 dalam Rusilanti dkk., 2015).

2. Macam-macam Pola Asuh

Macam-macam pola asuh orang tua menurut Baumrind yang dikutip oleh Wawan Junaidi (2010) dalam Rusilanti dkk. (2015) terdapat empat macam pola asuh orang tua sebagai berikut:

a. Pola Asuh Demokratis

Pola asuh demokratis adalah pola asuh yang memprioritaskan kepentingan anak, tetapi tidak ragu-ragu mengendalikan mereka. Orang tua dengan pola asuh ini bersifat rasional, selalu mendasari tindakannya pada rasio atau pemikiran-pemikiran. Orang tua tipe ini juga bersikap realistis terhadap kemampuan anak, tidak berharap yang berlebihan yang melampaui kemampuan anak. Orang tua tipe ini juga memberikan kebebasan kepada anak untuk memilih dan melakukan suatu tindakan, dan pendekatannya kepada anak bersifat hangat.

b. Pola Asuh Otoriter

Pola asuh ini cenderung menetapkan standar yang mutlak harus dituruti, biasanya dibarengi dengan ancaman-ancaman. Orang tua tipe ini cenderung memaksa, memerintah, menghukum. Apabila anak tidak mau melakukan apa yang dikatakan orang tua, maka orang tua tipe ini tidak segan menghukum anak. Orang tua tipe ini juga tidak mengenal kompromi dan dalam komunikasi biasanya bersifat satu arah. Orang tua tipe ini tidak memerlukan umpan balik dari anaknya untuk mengerti mengenai anaknya.

c. Pola Asuh Permisif

Pola asuh ini memberikan pengawasan yang sangat longgar. Memberikan kesempatan kepada anaknya untuk melakukan sesuatu tanpa pengawasan yang cukup darinya. Mereka cenderung tidak menegur atau memperingatkan anak apabila anak sedang dalam bahaya, dan sangat sedikit bimbingan yang diberikan oleh mereka. Namun, orang tua tipe ini bersifat hangat sehingga seringkali disukai oleh anak.

d. Pola Asuh Penelantar

Orang tua tipe ini pada umumnya memberikan waktu dan biaya yang sangat minim pada anak-anaknya. Waktu mereka banyak diperlukan untuk keperluan pribadi mereka seperti bekerja dan juga kadang kala biayapun dihemat-hemat untuk anak mereka. Termasuk dalam tipe ini adalah perilaku penelantar secara fisik dan psikis pada ibu yang depresi. Ibu yang depresi pada umumnya tidak mampu memberikan perhatian fisik maupun psikis pada anak-anaknya.

Praktik pola asuh anak berbeda-beda antara satu daerah dengan daerah lainnya karena perbedaan budaya. Nilai-nilai atau norma-norma dalam budaya biasanya lebih menekankan pengasuhan anak seperti kewajiban seorang ibu artinya masalah yang berkaitan dengan mengasuh anak dimulai sejak melahirkan, menyusui, merawat anak adalah tugas ibu. Ibu yang tidak kompeten dalam mengasuh anak dianggap tidak normal (Andayani, 2004 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Menurut Karyadi (1985) dalam Rusilanti dkk. (2015) anak dapat tumbuh dan berkembang secara normal apabila kualitas asuhan ibu baik. Kualitas asuhan ibu yang baik memiliki ciri-ciri, diantaranya:

- 1) Adanya hubungan kasih sayang
- 2) Adanya kelekatan atau keeratatan hubungan
- 3) Hubungan yang tidak putus
- 4) Interaksi yang memberikan rangsangan
- 5) Hubungan dengan satu orang
- 6) Melakukan di rumah sendiri

3. Konsep Pola Asuh Makan

Pola asuh makan merupakan praktik pengasuhan yang diterapkan oleh ibu atau pengasuh kepada anak yang berkaitan dengan pemberian makanan. Pemberian makanan pada anak diperlukan untuk memperoleh kebutuhan nutrisi yang cukup untuk kelangsungan hidup, pemulihan kesehatan setelah sakit, aktivitas, pertumbuhan, dan perkembangan. Secara fisiologis, makan merupakan suatu bentuk pemenuhan atau pemuasan rasa lapar. Untuk seorang anak, makan dapat dijadikan media mendidik anak supaya dapat menerima, menyukai, dan memilih makanan yang baik (Santoso dan Ranti, 1995 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Di Indonesia pola asuh makan terhadap anak sangat dipengaruhi oleh budaya. Unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan makan dalam masyarakat yang diajarkan secara turun temurun kepada seluruh anggota keluarga, padahal terkadang unsur budaya tersebut bertentangan dengan prinsip ilmu gizi (Suhardjo, 2003 dalam Rusilanti dkk., 2015)

Aspek budaya dalam kehidupan masyarakat Indonesia berkembang sesuai dengan keadaan lingkungan, agama, adat, dan kebiasaan masyarakat. Sampai saat ini aspek budaya sangat memengaruhi perilaku kehidupan sehari-hari masyarakat Indonesia (Suhardjo, 2003 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Pola asuh makan menurut anjuran Depkes RI dalam Adriani dan Kartika (2011) yaitu pola makan pemberian makan yang baik kepada anak adalah dengan memberikan makanan yang memenuhi kebutuhan zat gizi anaknya, seperti sumber energi yang terdapat pada nasi, umbi-umbian, dan sebagainya. Sumber zat pembangun yaitu ikan, daging, telur, susu, kacang-kacangan serta zat pengatur seperti sayur dan buah terutama sayur berwarna hijau dan kuning yang banyak mengandung vitamin dan mineral yang berperan pada proses tumbuh kembang bayi terutama agar bayi terhindar dari masalah gizi salah satunya yang berdampak pada *stunting*. Pola makan bayi juga perlu menjadi perhatian ibu dimana pola makan bayi harus sesuai dengan usia bayi.

Berdasarkan penelitian Sari dan Sulistianingsih (2017) menyatakan bahwa orang tua yang tidak melakukan pemberian makan dengan baik

berisiko 18 kali pada balitanya menderita *stunting* bila dibandingkan dengan balita yang orang tuanya memiliki pola pemberian makan baik.

Berdasarkan penelitian Loya dan Nuryanto (2017) mengenai pola asuh makan pada balita *stunting* diperoleh pola asuh ibu dari hasil pengamatan bahwa beberapa ibu tidak memperhatikan kebutuhan gizi anaknya. Pola asuh makan ibu kepada balita mengikuti pola asuh makan pada umumnya yang terjadi pada masyarakat setempat. Ibu subyek memberikan makan kepada anaknya sesuai dengan bahan makanan yang tersedia di dalam rumah tangga seperti nasi dan sayur saja. Pola pemberian makan kepada anak mengikuti kemauan anaknya saja. Salah satu yang terjadi adalah apabila anak sakit dan nafsu makan menurun maka ibu tidak memaksakan anaknya makan dan tidak mencari solusi lain agar anaknya makan.

Menurut Rusilanti dkk. (2015) praktik-praktik pengasuhan pemberian makan terhadap anak terdiri dari hal-hal berikut ini:

- a. Pemberian makanan yang sesuai umur anak
 - 1) Jenis makanan yang diberikan
 - 2) Frekuensi makan dalam sehari
- b. Kepekaan ibu mengetahui saat anak makan
 - 1) Waktu makan
- c. Upaya menumbuhkan nafsu makan sebaiknya dengan membujuk anak sehingga menumbuhkan nafsu makan anak
- d. Menciptakan situasi makan yang baik, hangat, dan nyaman (Engle dkk., 1997).

Memberi makan pada anak harus dengan kesabaran dan ketekunan, sebaiknya menggunakan cara-cara tertentu seperti dengan membujuk anak. Jangan memaksa anak, bila dipaksa akan menimbulkan emosi pada anak sehingga anak menjadi kehilangan nafsu makan (Pudjiadi, 2005 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Sikap orang tua atau pengasuh yang sangat hangat, ramah menciptakan suasana yang nyaman, tenang, mengungkapkan kasih sayang dengan senyuman dan pelukan, dapat menimbulkan nafsu makan anak (Hurlock, 1991 dalam Rusilanti dkk., 2015).

Pola asuh makan adalah praktik-praktik pengasuhan yang diterapkan ibu atau pengasuhnya kepada seorang anak yang berkaitan dengan cara dan situasi makan. Kuantitas dan kualitas makanan yang dibutuhkan untuk konsumsi anak penting sekali dipikirkan, direncanakan, dan dilaksanakan oleh ibu. Pola asuh makan akan selalu terkait dengan kegiatan pemberian makan yang akhirnya akan menentukan status gizi seorang anak (Rusilanti dkk., 2015).

Faktor yang cukup dominan menyebabkan meluasnya keadaan gizi kurang adalah praktik yang kurang benar di kalangan masyarakat dalam memilih dan memberikan makanan kepada anggota keluarganya, terutama pada anak-anak. Pola asuh makan pada anak usia balita meliputi pemberian ASI dan MP-ASI sampai usia 2 tahun kemudian penyiapan dan penyediaan makanan yang bergizi seimbang setelah usia 2 tahun (Satoto, 1992 dalam Rusilanti dkk., 2015). Menurut hasil Riskesdas-Depkes RI, keluarga yang mempunyai perilaku pemberian makan (MP-ASI) yang benar kepada bayinya hanya 41,2% (Rusilanti dkk., 2015).

Tabel 1. Pola Pemberian Makan Bayi dan Balita

| USIA (BULAN) | ASI | BENTUK MAKANAN | | |
|-----------------|-----|------------------|-------------------|---------------------|
| | | MAKANAN LUMAT | MAKANAN LEMBIK | MAKANAN KELUARGA |
| 0-6* | | | | |
| 6-8 | | | | |
| 9-11 | | | | |
| 12-23 | | | | |
| 24-59 | | | | |

Sumber: Depkes RI (Ket: 6* = 5 bulan 29 hari)

Penyajian makanan yang diberikan kepada anak harus memperhatikan jumlah atau takaran serta frekuensi makan yang diajarkan dalam sehari.

Tabel 2. Bentuk Takaran dan Frekuensi Makanan berdasarkan Kelompok Umur

| Usia | Bentuk Makanan | Frekuensi Makanan |
|------------|--|--|
| 0-6 bulan | ASI Eksklusif | Sesering mungkin minimal 8x/hari |
| 6-9 bulan | Makanan lumat | 2x sehari 2 sdm/makan |
| 9-12 bulan | Makanan lembek | 3x sehari ditambah 1-2x makanan selingan |
| 1-3 tahun | Makanan keluarga 1-1½ piring nasi/pengganti 2-3 ptg sdg lauk hewani 1-2 ptg sdg lauk nabati ½ mangkuk sayur 1 gls susu | 3x sehari ditambah 2x makanan selingan |
| 4-6 tahun | Makanan keluarga 1-3 piring nasi/pengganti 2-3 ptg sdg lauk hewani 1-2 ptg sdg lauk nabati 1-1½ mangkuk sayur 2-3 ptg buah-buahan 1-2 gls susu | 3x sehari ditambah 2x makanan selingan |

Sumber: Rusilanti dkk. (2015)

4. Pesan Gizi Seimbang Balita

a. Pesan Gizi Seimbang untuk Bayi (0 – 6) bulan

Pesan gizi seimbang untuk bayi (0-6) bulan menurut Kemenkes RI (2014) adalah:

1) Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD adalah proses menyusui dimulai secepatnya dengan cara segera setelah lahir bayi ditengkurapkan di dada ibu sehingga kulit ibu melekat pada kulit bayi minimal 1 jam atau sampai menyusui awal selesai. (PP No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif). Manfaat IMD:

- a) Dapat melatih keterampilan bayi untuk menyusui dan langkah awal membentuk ikatan batin ibu dan bayi
- b) Dapat mengurangi stres pada bayi dan ibu
- c) Meningkatkan daya tahan tubuh berkat bayi mendapat antibodi dari kolostrum

- d) Dapat mengurangi risiko hipotermi dan hipoglikemi pada bayi
- e) Dapat mengurangi risiko perdarahan pasca persalinan

2) Berikan ASI Eksklusif sampai umur 6 bulan

Pemberian ASI Eksklusif berarti bayi selama 6 bulan hanya diberi ASI saja. Kebutuhan energi dan zat gizi lainnya untuk bayi dapat dipenuhi dari ASI. Disamping itu pemberian ASI Eksklusif sampai dengan 6 bulan mengurangi tingkat kematian bayi yang disebabkan berbagai penyakit (Diare dan Radang Paru) dan mempercepat pemulihan bila sakit serta membantu menjalankan kelahiran. Pemberian ASI Eksklusif adalah hak bayi yang sangat terkait dengan komitmen ibu dan dukungan keluarga dan lingkungan sekitar.

b. Pesan Gizi seimbang untuk Anak (6-24) bulan

Pesan gizi seimbang untuk bayi (6-24) bulan menurut Kemenkes RI (2014) adalah:

1) Lanjutkan pemberian ASI sampai umur 2 tahun

Pemberian ASI dilanjutkan hingga usia 2 tahun, oleh karena ASI masih mengandung zat-zat gizi yang penting walaupun jumlahnya tidak memenuhi kebutuhan. Disamping itu akan meningkatkan hubungan emosional antara ibu dan bayi serta meningkatkan sistem kekebalan yang baik bagi bayi hingga ia dewasa. Pemberian ASI bisa dilakukan dengan beberapa cara. Pertama adalah dengan menyusui langsung pada payudara ibu. Ini adalah cara yang paling baik karena dapat membantu meningkatkan dan menjaga produksi ASI. Pada proses menyusui secara langsung, kulit bayi dan ibu bersentuhan, mata bayi menatap mata ibu sehingga dapat terjalin hubungan batin yang kuat. Kedua adalah dengan memberikan ASI perah jika ibu bekerja atau terpaksa meninggalkan bayi, ASI tetap dapat diberikan kepada bayi, dengan cara memberikan ASI perah.

2) Berikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai Usia 6 bulan

Selain ASI diteruskan harus memberikan makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi dan anak mulai usia 6 sampai 24 bulan. MP-ASI yang tepat dan baik merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi terutama zat gizi mikro sehingga bayi dan anak dapat tumbuh kembang dengan optimal. MP-ASI diberikan secara bertahap sesuai dengan usia anak, mulai dari MP-ASI bentuk lumat, lembik sampai anak menjadi terbiasa dengan makanan keluarga.

MP-ASI disiapkan keluarga dengan memperhatikan keanekaragaman pangan. Untuk memenuhi kebutuhan zat gizi mikro dari MP-ASI keluarga agar tidak terjadi gagal tumbuh, perlu ditambahkan zat gizi mikro dalam bentuk bubuk tabur gizi seperti taburia. MP-ASI yang baik apabila:

- a) Padat energi, protein, dan zat gizi mikro yang sudah kurang pada ASI (Fe, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit. C, dan Folat)
- b) Tidak berbumbu tajam, menggunakan gula, garam, penyedap rasa, pewarna dan pengawet secukupnya
- c) Mudah ditelan dan disukai anak
- d) Tersedia lokal dan harga terjangkau

c. Pesan Gizi Seimbang untuk Anak Usia 2 – 5 Tahun

Pesan gizi seimbang untuk bayi 2-5 tahun menurut Kemenkes RI (2014) adalah:

- 1) Biasakan makan 3 kali sehari (pagi, siang, dan malam) bersama keluarga

Untuk memenuhi kebutuhan zat gizi selama sehari dianjurkan agar anak makan secara teratur 3 kali sehari dimulai dengan sarapan atau makan pagi, makan siang dan makan malam. Untuk menghindarkan/mengurangi anak-anak mengonsumsi makanan yang tidak sehat dan tidak bergizi dianjurkan agar selalu makan bersama keluarga. Sarapan setiap hari penting terutama bagi anak-anak oleh karena mereka sedang tumbuh dan mengalami perkembangan otak yang sangat tergantung pada asupan makanan secara teratur.

- 2) Perbanyak mengonsumsi makanan kaya protein seperti ikan, telur, tempe, susu, dan tahu

Untuk pertumbuhan anak, dibutuhkan pangan sumber protein dan sumber lemak kaya akan Omega 3, DHA, EPA yang banyak terkandung dalam ikan. Anak-anak dianjurkan banyak mengonsumsi ikan dan telur karena kedua jenis pangan tersebut mempunyai kualitas protein yang bagus. Tempe dan tahu merupakan sumber protein nabati yang kualitasnya cukup baik untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika memberikan susu kepada anak, orang tua tidak perlu menambahkan gula pada saat menyiapkannya. Pemberian susu dengan kadar gula yang tinggi akan membuat selera anak terpaku pada kadar kemanisan yang tinggi. Pola makan yang terbiasa manis akan membahayakan kesehatannya di masa yang akan datang.

- 3) Perbanyak mengonsumsi sayuran dan buah-buahan

Sayuran dan buah-buahan adalah pangan sumber vitamin, mineral dan serat. Vitamin dan mineral merupakan senyawa bioaktif yang tergolong sebagai antioksidan, yang mempunyai fungsi antara lain untuk mencegah kerusakan sel. Serat berfungsi untuk memperlancar pencernaan dan dapat mencegah dan menghambat perkembangan sel kanker usus besar.

- 4) Batasi mengonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin dan berlemak

Pangan manis, asin dan berlemak banyak berhubungan dengan penyakit kronis tidak menular seperti diabetes mellitus, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung.

- 5) Minumlah air putih sesuai kebutuhan

Sangat dianjurkan agar anak-anak tidak membiasakan minum minuman manis atau bersoda, karena jenis minuman tersebut kandungan gulanya tinggi. Untuk mencukupi kebutuhan cairan sehari-hari dianjurkan agar anak-anak minum air sebanyak 1200 – 1500 mL air/hari.

6) Biasakan bermain bersama dan melakukan aktivitas fisik setiap hari

Dengan semakin berkembangnya teknologi dan kemudahan akses permainan tanpa aktivitas fisik yang banyak ditawarkan permainan dengan teknologi canggih (*electronic game*), menimbulkan kekhawatiran tersendiri bagi para orang tua akan perkembangan mental serta psikomotorik anak. Permainan tradisional dan bermainbersama teman penting untuk anak-anak karena dapat melatih kemampuan sosial dan mental anak. Permainan tradisional dan bermain bersama dan melakukan aktivitas fisik dalam bentuk permainan dapat mengusir rasa bosan pada anak dan merangsang perkembangan kreativitasnya. Hal ini akan mendukung tumbuh kembang dan kecerdasan anak.

5. Faktor-faktor yang memengaruhi Pola Asuh Makan

a. Pengetahuan ibu mengenai makanan yang bergizi

Pengetahuan adalah hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari perilaku yang didasari oleh pengetahuan, akan lebih “langgeng” dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmojo, 2003). Jika tingkat pengetahuan gizi ibu baik, maka diharapkan status gizi ibu dan balitanya baik, sebab gangguan gizi adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi (Almatsier, 2011).

b. Pendidikan ibu

Peranan ibu sangat penting dalam penyediaan makanan bagi anaknya. Pendidikan ibu sangat menentukan dalam pilihan makanan dan jenis makanan yang dikonsumsi oleh anak dan anggota keluarga lainnya. Pendidikan gizi ibu bertujuan meningkatkan penggunaan sumber daya makanan yang tersedia. Hal ini dapat diartikan bahwa tingkat kecukupan zat gizi pada anak tinggi bila pendidikan ibu tinggi (Almatsier, 2011).

c. Pekerjaan ibu

Status ekonomi rumah tangga dapat dilihat dari pekerjaan yang dilakukan oleh kepala rumah tangga maupun anggota rumah tangga yang lain. Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh kepala rumah tangga dan anggota keluarga lain akan menentukan seberapa besar sumbangan mereka terhadap keuangan rumah tangga yang kemudian akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti pangan yang bergizi dan perawatan kesehatan. Jadi, terdapat hubungan antara konsumsi pangan dan status ekonomi rumah tangga serta status gizi masyarakat (Almatsier, 2011).

Tingkat pendapatan akan menentukan jenis dan ragam makanan yang akan dibeli dengan uang tambahan. Keluarga dengan penghasilan rendah akan menggunakan sebagian besar dari keuangannya untuk membeli makanan dan bahan makanan. Penghasilan yang rendah berarti rendah pula jumlah uang yang akan dibelanjakan untuk makanan, sehingga bahan makanan yang dibeli untuk keluarga tersebut tidak mencukupi untuk mendapat dan memelihara kesehatan seluruh keluarga. Apabila pendapatan meningkat, maka akan terjadi perubahan dalam susunan makanan, karena peningkatan pendapatan tersebut memungkinkan mereka mampu membeli pangan yang berkualitas dan berkuantitas lebih baik. Namun perlu diketahui, bahwa pengeluaran uang yang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makan yaitu pangan yang dimakan itu lebih mahal. Asupan makanan yang tidak cukup baik dari segi jumlah maupun kualitas dalam jangka lama akan menyebabkan terjadinya gangguan gizi. Keadaan kurang gizi akan mengurangi daya tahan tubuh terhadap penyakit, mempengaruhi tingkat kecerdasan dan prestasi belajar, produktivitas kerja, dan pendapatan (Almatsier, 2011).

6. Praktik atau Tindakan atau *Practice*

Menurut Notoatmodjo (2012) suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behaviour). Untuk terwujudnya sikap menjadi

suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Di samping itu perlu adanya dukungan (*support*) dari pihak lain untuk mendukung praktik. Tingkat-tingkat praktik:

a. Respon Terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh. Misalnya: Seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

b. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan. Misalnya: Seorang ibu yang sudah biasa mengimunitasikan bayi pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

c. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenarannya tersebut. Misalnya: Ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2012).

7. Teori Perubahan Perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku adalah merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lainnya. Banyak teori tentang perubahan perilaku salah satunya adalah Teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R). Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang

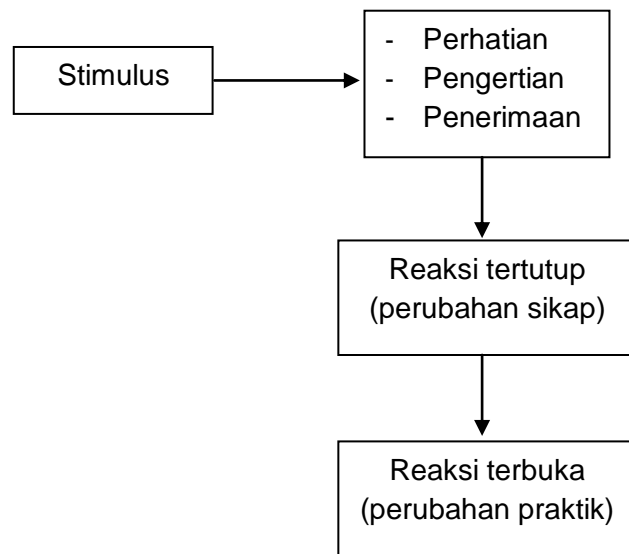
(*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya: kredibilitas, kepemimpinan. gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Hosland dkk. (1953) dalam Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti di sini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- c. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- d. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor "reinforcement" memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012) proses perubahan perilaku berdasarkan teori S-O-R ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Teori Perubahan Perilaku S-O-R

8. Strategi Perubahan Perilaku Pola Asuh Makan

Manusia berperilaku dengan adanya dorongan dan motif dari dirinya sendiri. Yang dimaksud motif adalah rangsangan atau pembangkit tenaga untuk terjadinya perilaku.

Perubahan perilaku dapat terjadi secara ilmiah yang disebabkan oleh pengaruh sekitarnya, tetapi perubahan juga dapat diperbuat dengan sengaja dan sistematis. Proses perubahan perilaku pada individu atau masyarakat selalu melibatkan proses perubahan mental. Proses perubahan juga terjadi dalam tahap-tahap tertentu, ada yang cepat dan ada yang prosesnya lambat (Supriasa, 2012).

Di bawah beberapa konsep perubahan dan strategi perubahan perilaku (proses adopsi) menurut Rogers dan Shoemaker (1971) dalam Supriasa (2012) yaitu:

- a. *Awareness* adalah **sadar** akan adanya suatu tingkah laku yang baru.
- b. *Interest* adalah seseorang mulai **tertarik** akan adanya pengetahuan atau tingkah laku yang baru.

- c. *Evaluation* adalah seseorang akan **menilai** pengetahuan atau tingkah laku baru tersebut dengan mempertimbangkan keuntungan ataupun kerugiannya.
- d. *Trial* adalah setelah melakukan penilaian dan manfaatnya cukup besar, seseorang akan **mencoba** tingkah laku yang baru tersebut.
- e. *Adoption* adalah setelah mencoba tingkah laku yang baru tersebut, dan kalau dia menyukainya, orang itu **menganut** tingkah laku itu.

C. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

1. Tingkat Konsumsi

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lain. kuantitas menunjukkan kwantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang sebaik-baiknya disebut konsumsi adekwat (Sediaoetama, 2010).

2. Tingkat Konsumsi Energi

a. Pengertian Energi

Energi adalah kemampuan untuk melakukan pekerjaan tubuh. Memperoleh energi dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan. Energi di dalam tubuh dihasilkan oleh zat gizi makro yang dikonversi menjadi energi. Zat gizi makro ini kemudian akan berperan sebagai salah satu molekul utama bagi pembentukan energi didalam tubuh. Terutama karbohidrat yang di sintesis menjadi glukosa akan digunakan untuk mensintesis molekul ATP yang merupakan molekul-molekul dasar penghasil energi di dalam tubuh. Glukosa akan menyediakan 50%-75% dari total kebutuhan energi tubuh, apabila tidak terpenuhi maka devisit dan mengakibatkan gizi kurang (Almatsier, 2009).

Ketiga jenis zat gizi makro berupa karbohidrat, lemak, dan protein menghasilkan energi bagi tubuh melalui proses metabolisme (pembakaran). Sumber energi utama adalah karbohidrat dan lemak, sedangkan protein digunakan sebagai zat pembangun. Hanya bila

konsumsi karbohidrat dan lemak kurang untuk memenuhi kebutuhan energi, digunakan protein. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII (2004) menganjurkan perbandingan komposisi energi berasal dari karbohidrat, protein, dan lemak secara berurutan adalah 50-65%, 10-20%, dan 20-30% (Almatsier, 2011).

b. Fungsi Energi

Menurut Beck (2012) energi diperlukan untuk berbagai proses berikut:

- 1) Proses pertumbuhan dan mempertahankan jaringan tubuh. Tubuh memerlukan energi untuk kegiatan yang berlangsung di dalam sel, kalau jaringan tubuh terbentuk dari komponen yang lebih sederhana.
- 2) Proses mempertahankan suhu tubuh.
- 3) Gerakan otot tak sadar seperti detak jantung, gerakan saluran pencernaan, gerakan otot yang terlibat dalam kegiatan respirasi semuanya memerlukan energi.
- 4) Gerakan sadar seperti bekerja, berjalan, dan berolahraga.

Devi (2010) menyatakan bahwa energi dalam tubuh berfungsi untuk metabolisme basal, yaitu energi yang dibutuhkan pada waktu seseorang beristirahat; kemudian *Specific Dynamic Action* (SDA) yaitu energi yang diperlukan untuk mengolah makanan itu sendiri; untuk aktivitas jasmani, berpikir, pertumbuhan, dan pembuangan sisa makanan. Di dalam tubuh, energi disimpan dalam bentuk cadangan energi, yaitu lemak sebanyak 74%, protein sebanyak 25%, dan karbohidrat <1%.

Oktarina dan Sudiarti (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat asupan energi dengan kejadian *stunting* pada balita. Balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai risiko 1,28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi cukup.

c. Sumber-sumber Energi

Menurut Beck (2012) energi diperoleh dari proses oksidasi hidratarang, lemak, dan protein di dalam diet. Satuan ukuran tradisionalnya adalah kalori (Kal, kcal). Jumlah energi yang dihasilkan dari oksidasi hidratarang, lemak, dan protein dapat diukur dalam laboratorium, dan dari hasil percobaan, kita mengetahui bahwa dalam tubuh:

1 g hidratarang memberikan 4 Kal

1 g lemak memberikan 9 Kal

1 g protein memberikan 4 Kal

Jumlah hidratarang, lemak, dan protein yang dipakai untuk memproduksi energi pada suatu waktu tertentu tergantung pada laju terjadinya metabolisme atau kegiatan jaringan, dan cara pengukuran metabolisme yang paling mudah adalah dengan mengukur energi yang diproduksi sebagai hasil oksidasi makanan (Beck, 2012).

3. Tingkat Konsumsi Protein

a. Pengertian Protein

Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh setelah air. Seperlima bagian tubuh adalah protein, setengahnya ada di dalam otot, seperlima di dalam tulang dan tulang rawan, sepersepuluh di dalam kulit, dan selebihnya di dalam jaringan lain dan cairan tubuh. Semua enzim, berbagai hormon, pengangkut zat-zat gizi dan darah, matriks intraseluler dan sebagainya adalah protein. Protein mempunyai fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu membangun serta memelihara sel-sel dan jaringan tubuh (Almatsier, 2009).

b. Fungsi Protein

Fungsi protein menurut Almatsier (2009), antara lain:

1) Pertumbuhan dan pemeliharaan

Sebelum sel-sel dapat menyintesis protein baru, harus tersedia asam amino essensial yang diperlukan dan cukup nitrogen atau ikatan (NH_2) guna pembentukan asam amino nonessensial yang

diperlukan. Pertumbuhan atau penambahan otot hanya mungkin bila tersedia cukup campuran asam amino yang sesuai termasuk untuk pemeliharaan dan perbaikan.

2) Pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh

Hormon-hormon seperti tiroid, insulin, dan epinefrin adalah protein, demikian pula berbagai enzim. Ikatan-ikatan ini bertindak sebagai katalisator atau membantu perubahan-perubahan biokimia yang terjadi di dalam tubuh.

3) Mengatur keseimbangan air

Cairan tubuh terdapat di dalam tiga kompartemen: intraselular (di dalam sel), ekstraselular/interselular (di antara sel), dan intravaskular (di dalam pembuluh darah). Kompartemen-kompartemen ini dipisahkan oleh membran sel. Distribusi cairan di dalam kompartemen ini harus dijaga dalam keadaan homeostatis. Keseimbangan ini diperoleh melalui sistem kompleks yang melibatkan protein dan elektrolit. Penumpukan cairan dalam jaringan dinamakan edema dan merupakan tanda awal kekurangan protein.

4) Memelihara netralitas tubuh

Protein tubuh bertindak sebagai *buffer*, yaitu bereaksi dengan asam dan basa untuk menjaga pH agar konstan. Sebagian besar jaringan tubuh berfungsi dalam keadaan pH netral (pH 7,35 - 7,45).

5) Pembentukan antibodi

Kemampuan tubuh untuk memerangi infeksi bergantung pada kemampuannya untuk memproduksi antibodi terhadap organisme yang menyebabkan infeksi tertentu atau terhadap bahan-bahan asing yang memasuki tubuh.

6) Mengangkut zat-zat gizi

Protein memegang peranan esensial dalam mengangkut zat gizi dari saluran cerna melalui dinding saluran cerna dalam darah, dari darah ke jaringan, dan melalui membran sel ke dalam sel. Sebagian besar bahan yang mengangkut zat gizi ini adalah protein.

7) Sumber energi

Sebagai sumber energi, protein ekivalen dengan karbohidrat, karena menghasilkan 4 Kkal/g protein.

c. Sumber-sumber Protein

Menurut Susilowati dan Kuspriyanto (2016), sumber-sumber protein yaitu:

- 1) Daging
- 2) Ikan
- 3) Telur
- 4) Susu dan produk olahannya
- 5) Tumbuhan berbiji
- 6) Suku polong-polongan
- 7) Kentang

4. Kecukupan Energi dan Protein Sehari

Tabel 3. Angka Kecukupan Energi dan Protein yang dianjurkan

| Usia | BB (kg) | PB (cm) | Energi (Kkal) | Protein (g) |
|------------|---------|---------|---------------|-------------|
| 0-6 bulan | 6 | 61 | 550 | 12 |
| 7-11 bulan | 9 | 71 | 725 | 18 |
| 1-3 tahun | 13 | 91 | 1125 | 26 |
| 4-6 tahun | 19 | 112 | 1600 | 35 |

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2013

D. Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Supariasa dkk., 2012). Menurut Supariasa dkk. (2012) status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu.

Pengertian Kategori Status Gizi dalam Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017 adalah:

- a. Status gizi balita dinilai menurut 3 indeks, yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB).
 - 1) BB/U adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
 - 2) TB/U adalah tinggi badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
 - 3) BB/TB adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai.
 Ketiga nilai indeks status gizi diatas dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO.
- b. Z-score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurut baku pertumbuhan WHO.
- c. Contoh perhitungan Z-score BB/U:

$$(BB \text{ anak} - BB \text{ standar}) / \text{standar deviasi BB standar.}$$
- d. Batasan untuk kategori status gizi balita menurut indeks BB/U, TB/U, BB/TB menurut WHO.

Tabel 4. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

| Indikator | Status Gizi | Z-Score |
|-----------|---------------|-----------------------|
| BB/U | Gizi Buruk | < -3.0 SD |
| | Gizi Kurang | -3.0 SD s/d < -2.0 SD |
| | Gizi Baik | -2.0 SD s/d 2.0 SD |
| | Gizi Lebih | >2.0 SD |
| TB/U | Sangat Pendek | < -3.0 SD |
| | Pendek | -3.0 SD s/d < -2.0 SD |
| | Normal | ≥ -2.0 SD |
| BB/TB | Sangat Kurus | < -3.0 SD |
| | Kurus | -3.0 SD s/d < -2.0 SD |
| | Normal | -2.0 SD s/d 2.0 SD |
| | Gemuk | >2.0 SD |

Sumber: Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak

2. Penilaian Status Gizi

a. Penilaian Langsung

Menurut Supriasa dkk. (2012) penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat penilaian yaitu:

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

2) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh.

3) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi dan dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi.

4) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan.

b. Penilaian Tidak Langsung

Menurut Supariasa dkk. (2012) penilaian status gizi secara tidak langsung dibagi menjadi tiga penilaian yaitu:

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis gizi yang dikonsumsi.

2) Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tertentu, dan lainnya yang berhubungan dengan gizi.

3) Faktor ekologi

Bengoa mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya.

E. *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah sebuah kondisi dimana tinggi badan seseorang lebih pendek dibanding tinggi badan orang lain pada umumnya yang seusia (Kemendesa dkk., 2017). Menurut Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2017) *stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir.

Menurut Kepmenkes Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Balita pendek dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan PB/U atau TB/U bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) tahun 2005, nilai z-scorenya kurang dari - 2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari - 3SD (Kemenkes RI, 2017).

2. Indikator Penilaian *Stunting*

Tabel 5. Kategori Status Gizi berdasarkan PB/U atau TB/U

| Indeks | Z-score | Kategori Status Gizi PB/U |
|---|------------------|---------------------------|
| Panjang atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) usia (0-60) bulan | 2 SD s/d -2 SD | Normal |
| | -3 SD s/d <-2 SD | Pendek |
| | <-3 SD | Sangat pendek |

Sumber: Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak

3. Penyebab *Stunting*

Stunting disebabkan oleh faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung penyebab *stunting* adalah asupan yang tidak adekuat dan penyakit infeksi. Faktor tidak langsung penyebab *stunting* adalah pola asuh anak seperti praktik pemberian makan, pencegahan penyakit, pelayanan yankes, dan lain-lain.

Secara lebih detil, menurut (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017) beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Praktik pengasuhan yang kurang baik

Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk memperkenalkan jenis makanan baru pada bayi, MP-ASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.

b. Masih terbatasnya layanan kesehatan

Layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas. Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/Pendidikan Anak Usia Dini).

c. Masih kurangnya akses keluarga ke makanan bergizi

Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Menurut Riskesdas (2013), komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Harga buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di Singapura. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia.

d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi

Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) di ruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih.

4. Dampak *Stunting*

Dalam Buku Saku Desa Penanganan *Stunting* (2017), terdapat dampak buruk dari *stunting*, yaitu:

- a. Jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.
- b. Jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua.

F. Media Pendidikan Gizi

1. Pengertian Media Pendidikan Gizi

Menurut Notoatmodjo (2012) yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi, atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses promosi kesehatan.

Alat peraga dalam pendidikan kesehatan adalah semua alat, bahan, atau apapun yang digunakan sebagai media untuk pesan-pesan yang akan disampaikan dengan maksud untuk lebih mudah memperjelas pesan atau

untuk memperluas jangkauan pesan (Santoso, 1984 dalam Supariasa, 2012).

2. Manfaat Media Pendidikan Gizi

Manfaat media pendidikan gizi menurut Notoatmodjo (2012), antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- c. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
- d. Menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan.
- f. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran atau masyarakat.
- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

3. Syarat Media Pendidikan Gizi

Menurut Supariasa (2012), agar dapat meningkatkan efektivitas proses pendidikan gizi alat peraga harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. Harus menarik

Menarik dapat dilihat dari desain atau tata letak, pewarnaan, isi pesan, dan bahan alat peraga tersebut tidak mudah rusak.

- b. Disesuaikan dengan sasaran didik

Sasaran didik dalam pendidikan gizi berbeda-beda. Sasaran dapat dilihat dari segi umur, yaitu: anak, remaja, dewasa, dan orang tua atau lanjut usia; dari segi tingkat pendidikan, yaitu: tingkat SD, SMP, SMA, dan perguruan tinggi; dari suku daerah, yaitu: dari Batak, Sunda, Jawa, dan Bali; dan dapat dilihat dari segi latar belakang budaya dan pengalamannya.

- c. Mudah ditangkap, singkat, dan jelas

Alat peraga yang baik tidak boleh menimbulkan multi-interpretasi dan persepsi yang berbeda-beda. Bahasa yang digunakan disesuaikan

dengan tempat alat peraga tersebut digunakan. Menggunakan bahasa atau kata yang singkat dan jelas.

d. Sesuai dengan pesan yang hendak disampaikan

Pesan dapat disajikan dalam bentuk gambar dan kata-kata. Antara gambar dan kata-kata harus sesuai dan saling berhubungan. Pesan tersebut mengacu kepada tujuan alat peraga tersebut.

e. Sopan

Alat peraga tersebut tidak boleh melanggar norma, etika, budaya yang ada di tempat alat peraga tersebut digunakan.

G. Booklet

1. Pengertian *Booklet*

Pada dasarnya *booklet* adalah sebuah media publikasi yang terdiri dari beberapa lembar dan halaman tetapi tidak setebal buku (Rustan, 2009). *Booklet* termasuk salah satu jenis media grafis yaitu media gambar atau foto. Menurut Simamora (2009:71) *booklet* adalah buku berukuran kecil (setengah kuarto) dan tipis, tidak lebih dari 30 lembar bolak-balik yang berisi tentang tulisan dan gambar-gambar. Istilah *booklet* berasal dari buku dan leaflet artinya media *booklet* merupakan perpaduan antara leaflet dan buku dengan format (ukuran) yang kecil seperti leaflet. Struktur isi *booklet* menyerupai buku (pendahuluan, isi, dan penutup), hanya saja cara penyajian isinya jauh lebih singkat dari pada buku.

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar (Notoatmodjo, 2012).

Booklet ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku yang berisi tulisan dan gambar. Isi *booklet* harus jelas, tegas, dan mudah dimengerti. Ukuran *booklet* bervariasi mulai dari tinggi 8 cm sampai dengan 13 cm (Suirakka dan Supriasa, 2012).

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar. *Booklet* sebagai saluran, alat bantu, sarana, dan sumber daya pendukungnya untuk menyampaikan pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan (Zulaekah, 2012).

2. Manfaat *Booklet*

Media informasi yang dapat menampung cukup banyak informasi karena memiliki beberapa halaman. Cocok untuk mempromosikan produk, informasi perusahaan, informasi acara, media internal perusahaan, *newsletter*, dan lain-lain (Rustan, 2009).

3. Kelebihan *Booklet*

Suiraoaka dan Supariasa (2012) menyatakan bahwa *booklet* memiliki kekuatan, yaitu:

- a. Dapat disimpan lama
- b. Sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri
- c. Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai
- d. Dapat membantu media lain
- e. Dapat memberikan detil (misalnya statistik) yang tidak mungkin disampaikan secara lisan
- f. Mengurangi kegiatan mencatat
- g. Isi dapat dicetak kembali

4. Kelemahan *Booklet*

Suiraoaka dan Supariasa (2012) menyatakan bahwa *booklet* memiliki kelemahan, yaitu:

- a. Menuntut kemampuan baca
- b. Menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah.

H. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Pola Asuh Makan pada Balita *Stunting*

Berdasarkan penelitian Sari dan Sulistianingsih (2017) orang tua yang tidak melakukan pemberian makan dengan baik berisiko 18,0 kali pada balitanya menderita *stunting* bila dibandingkan dengan balita yang orang tuanya memiliki pola pemberian makan baik. Menurut penelitian Loya dan Nuryanto (2017) pola asuh pemberian makan pada balita usia 6-12 bulan yang salah berpotensi menyebabkan terjadinya *stunting*. Pola pemberian ASI

maupun MP-ASI pada balita di Kabupaten Sumba Tengah tidak memperhatikan kebutuhan zat gizi balita, frekuensi pemberian yang benar, jenis makanan yang baik untuk tumbuh kembang balita oleh karena rendahnya pengetahuan ibu subyek mengenai gizi seimbang.

Menurut penelitian Ayu (2008) pendampingan gizi pada keluarga yang memiliki balita gizi bermasalah terdapat peningkatan pengetahuan gizi ibu ($p = 0,001$). Pengetahuan merupakan faktor yang memengaruhi pola asuh ibu dalam memberikan makan pada anak.

Program pemberdayaan melalui pendampingan keluarga balita status gizi bermasalah di Kecamatan Semampir Kota Surabaya bisa mengubah pola pengasuhan ibu balita menjadi baik yaitu meliputi praktik penerapan pola makan balita yang lebih bervariasi, upaya praktik perilaku untuk mencegah infeksi, menambah pengetahuan bagaimana pola asuh balita yang benar, penerapan PHBS, memberikan makanan sesuai gizi, sehingga terjadi perubahan status gizi balitanya menjadi lebih baik (Siswanti dkk., 2016).

I. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Konsumsi Energi pada Balita *Stunting*

Menurut penelitian Ayu (2008) ada perbedaan tingkat kecukupan energi pada balita sebelum pendampingan gizi dengan tiga bulan setelah pendampingan gizi ($p = 0,001$). Artinya, program pendampingan gizi dapat meningkatkan tingkat kecukupan energi balita KEP. Menurut penelitian Novianti (2008) dalam Ayu (2008) pendampingan gizi berupa konseling yang dilakukan di posyandu terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu secara signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Peningkatan perilaku pemberian makan, menyebabkan tingkat konsumsi energi meningkat dengan signifikan ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Berdasarkan penelitian Oktarina dan Sudiarti (2013) terdapat hubungan antara tingkat asupan energi dengan kejadian *stunting* pada balita. Balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai risiko 1,28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi yang cukup.

J. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Konsumsi Protein pada Balita *Stunting*

Menurut penelitian Hestuningtyas (2013) terdapat perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$) asupan protein balita sebelum dan setelah diberi konseling gizi pada kelompok perlakuan. Namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan asupan protein balita antara awal dan akhir penelitian pada kelompok kontrol.

Menurut penelitian Ayu (2008) ada perbedaan tingkat kecukupan protein pada balita sebelum pendampingan gizi dengan tiga bulan setelah pendampingan gizi ($p = 0,001$). Artinya, program pendampingan gizi dapat meningkatkan tingkat kecukupan protein balita KEP.

Menurut penelitian Novianti (2008) dalam Ayu (2008) pendampingan gizi berupa konseling yang dilakukan di posyandu terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu secara signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Peningkatan perilaku pemberian makan, menyebabkan tingkat konsumsi protein pada anak juga meningkat dengan signifikan ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Dewi dan Adhi (2016) menyatakan bahwa anak balita yang kekurangan konsumsi protein memiliki *odds* 10,26 kali untuk mengalami *stunting* dibandingkan anak balita yang konsumsi proteinnya mencukupi. Lebih banyaknya asupan protein dan lebih beragamnya makanan yang dikonsumsi perharinya pada kelompok anak balita normal dalam penelitian ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan anak memiliki laju pertumbuhan yang baik sesuai dengan umurnya.