

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stunting

1. Pengertian Stunting

Stunting merupakan masalah gizi yang banyak ditemukan pada anak balita di negara berkembang, salah satunya Indonesia. Stunting yaitu gangguan pertumbuhan yang merupakan indikator kekurangan gizi kronis. Stunting adalah kondisi tinggi badan seseorang lebih pendek dibanding tinggi badan orang lain pada umumnya (yang seusia). Menurut Permenkes Nomor 2 (2020), nilai *z-score* tinggi badan menurut umur (TB/U) balita stunting kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar pertumbuhan.

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak.

Berdasarkan data prevalensi *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR). Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4% (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2018).

2. Penyebab Stunting

Terjadinya stunting dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung yang pertama yaitu gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun balita. Kualitas asupan makanan yang baik merupakan komponen penting dalam pertumbuhan anak, karena didalamnya mengandung sumber zat gizi makro (energi, karbohidrat, protein, lemak) dan mikro (vitamin dan mineral). Defisiensi zat gizi mikro sebagai penyebab reterdasi pertumbuhan telah menjadi perhatian terutama pada negara berkembang yang rata-rata berpenghasilan rendah. Zat gizi mikro yang telah terbukti sangat penting untuk mencegah terjadinya stunting

yaitu seng, zat besi, vitamin A dan iodium. Namun, beberapa zat gizi mikro lainnya seperti vitamin D, kalsium dan fosfor juga sangat penting perannya dalam pertumbuhan linier anak.

Penyebab selanjutnya yaitu kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi, baik itu sebelum dan pada masa kehamilan, maupun setelah ibu melahirkan. Hal ini dibuktikan dengan 60 % dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima MP-ASI.

Adapun penyebab tidak langsung dari stunting, diantaranya masih terbatasnya layanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan untuk ibu selama kehamilan dan pembelajaran dini yang berkualitas. Hal ini dibuktikan dengan 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun tidak terdaftar di Pendidikan Anak Usia Dini, 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai, Menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu (dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013), dan tidak mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi.

Akses kepada makanan sehat dan bergizi serta air bersih dan sanitasi juga masih sangat kurang. Hal ini ditandai dengan 1 dari 3 ibu hamil anemia, makanan sehat dan bergizi masih memiliki harga jual yang tinggi, 1 dari 5 rumah tangga masih BAB diruang terbuka, dan 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih.

Penyebab tidak langsung lainnya dari masalah stunting adalah status sosial ekonomi keluarga yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua, karena jika pendidikan tinggi semakin besar peluangnya untuk mendapatkan penghasilan yang cukup supaya bisa berkesempatan untuk hidup dalam lingkungan yang baik dan sehat, sedangkan pekerjaan yang lebih baik orang tua selalu sibuk bekerja sehingga tidak tertarik untuk memperhatikan masalah yang dihadapi anaknya, padahal sebenarnya anak-anak tersebut benar-benar membutuhkan kasih sayang orangtua (Adriani, 2014).

3. Dampak Stunting

Kualitas kehidupan anak dapat ditentukan pada periode 0-24 bulan, sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Pada usia ini diperlukan pemenuhan gizi

adekuat. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Selain itu adanya peningkatan peristiwa morbiditas dan mortalitas, perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak tidak optimal (Kemenkes RI, 2018). Dampak jangka panjang meliputi menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua.

Berdasarkan Kemenkes (2019), dampak stunting adalah sebagai berikut.

a. Dampak kesehatan

Stunting bisa berdampak terhadap kesehatan antara lain, memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita, serta menyebabkan gangguan metabolik. Balita stunting mengalami permasalahan gagal tumbuh yang ditandai dengan berat lahir rendah, kecil, pendek juga kurus. Balita yang mengalami stunting juga dikhawatirkan akan menimbulkan dampak pada dirinya selama masa pertumbuhan dan perkembangan, baik dampak jangka pendek maupun dampak jangka panjang. Adapun dampak jangka pendeknya yaitu gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta mengalami gangguan metabolisme. Dampak jangka panjangnya meliputi menurunnya kapasitas intelektual, gangguan struktur dan fungsi saraf serta sel-sel otak permanen yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah, menurunnya produktivitas saat dewasa dan meningkatkan timbulnya risiko penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke dan diabetes melitus (Bhutta et al, 2013 dan Kakietek, et al, 2017 dalam Bappenas, 2018).

b. Dampak ekonomi

Stunting tidak hanya sebatas berdampak terhadap kesehatan, permasalahan kesehatan selalu berhubungan dengan kondisi ekonomi. Berdasarkan data menurut Worldbank tahun 2016 pada Kemenkes (2019) suatu negara berpotensi mengalami kerugian ekonomi dampak dari stunting setiap tahunnya sebanyak 2-3% Gross Domestic Product

(GDP). Negara akan mengalami penghambatan pertumbuhan ekonomi dan produktivitas pasar kerja yang pada akhirnya bisa merusak pembangunan dan kesempatan untuk menjadi negara maju. Balita dengan stunting akan berlanjut ke masa dewasa sebagai akibatnya bisa menyebabkan terjadinya kualitas hidup yang bisa memperburuk perbedaan yaitu mengurangi 10% dari total penghasilan karena kemampuan kognitif dan kesehatan yang kurang baik. Hal ini akan berdampak terjadinya kemiskinan antar generasi.

c. Dampak kognitif

Dampak kognitif dapat memicu melambatnya kemampuan kognitif pada waktu sekolah. Balita yang mengalami stunting dalam usia dibawah 2 tahun dan tidak mengalami stunting dalam usia 5 tahun masih memiliki daya yang jauh lebih tidak baik dalam perkembangan kognitifnya, dibandingkan balita yang tidak mengalami kekurangan gizi dini dan hampir sama buruknya dengan balita yang tetap terhambat.

4. Ciri-Ciri Stunting

Stunting ditandai dengan terlambatnya pertumbuhan anak yang mengakibatkan kegagalan mencapai tinggi badan yang normal dan sehat sesuai usia anak. Stunting yang terjadi pada masa anak balita merupakan faktor risiko meningkatnya angka kematian, menurunnya kemampuan kognitif dan fungsi tubuh yang tidak seimbang. Ciri-ciri dari anak stunting menurut PERSAGI yaitu sebagai berikut.

- a. Tanda pubertas terlambat
- b. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar
- c. Pertumbuhan gigi terlambat
- d. Usia 8 – 10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan *eye contact*
- e. Pertumbuhan tinggi melambat
- f. Wajah tampak lebih muda dari usianya

5. Cara Pengukuran Stunting

Penentuan status gizi anak stunting dilakukan dengan pengukuran antropometri. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut

umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit z (*zscore*). Indikator yang digunakan untuk menilai status gizi anak stunting yaitu panjang badan atau tinggi badan menurut umur. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan panjang badan tidak seperti berat badan, dimana panjang badan relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama.

Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer *Holtain/mikrotoice* (bagi yang bisa berdiri) atau *baby length board* (bagi balita yang belum bisa berdiri). Stadiometer *holtain/mikrotoice* terpasang di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan dalam posisi horizontal. Hasil pengukuran kemudian dihitung menggunakan standar *z-score* dari WHO. (Rachim, ANF. 2017).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (2020), klasifikasi status gizi berdasarkan indikator panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan yaitu sebagai berikut.

- a. Sangat pendek: < -3 SD
- b. Pendek: -3 SD s/d < -2 SD
- c. Normal: -2 SD s/d $+3$ SD
- d. Tinggi: $> +3$ SD

6. Upaya Pencegahan Stunting

Usia 0–24 bulan merupakan periode emas (*golden age*) untuk pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang sangat pesat. Periode 1000 hari pertama sering disebut *window of opportunities* atau periode emas ini didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh-kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain. Gagal tumbuh pada periode ini akan mempengaruhi status gizi dan kesehatan pada usia dewasa. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya-upaya pencegahan masalah stunting ini mengingat tingginya prevalensi stunting di Indonesia. Pemerintah telah menetapkan kebijakan pencegahan stunting, melalui Keputusan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional

Peningkatan Percepatan Gizi dengan fokus pada kelompok usia pertama 1000 hari kehidupan, yaitu sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2013).

- a. Ibu hamil mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan
- b. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil
- c. Pemenuhan gizi
- d. Persalinan dengan dokter atau bidan yang ahli
- e. Pemberian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- f. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan
- g. Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) untuk bayi diatas 6 bulan hingga 2 tahun
- h. Pemberian imunisasi dasar lengkap dan vitamin A
- i. Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu terdekat
- j. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Selain itu, pemerintah menyelenggarakan pula PKGBM yaitu Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk mencegah stunting. PKGBM adalah program yang komprehensif dan berkelanjutan untuk mencegah stunting di area tertentu. Dengan tujuan program sebagai berikut.

- a. Mengurangi dan mencegah berat badan lahir rendah, kurang gizi, dan stunting pada anak-anak.
- b. Meningkatkan pendapatan rumah tangga/keluarga dengan penghematan biaya, pertumbuhan produktifitas dan pendapatan lebih tinggi.

7. Upaya Penanggulangan Stunting

Penangan stunting dilakukan melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun. Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Sedangkan intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Salah satu sasaran untuk intervensi gizi sensitif adalah remaja. Remaja merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian serius mengingat masa

remaja adalah masa transisi dari anak-anak ke dewasa dan belum mencapai tahap kematangan fisiologis dan psikososial. Menurut Heriana yang dikutip oleh Rosa (2012) remaja mempunyai sifat yang selalu ingin tahu dan mempunyai kecenderungan untuk mencoba hal-hal baru. Sehingga, apabila tidak dipersiapkan dengan baik remaja sangat beresiko terhadap kehidupan seksual pranikah.

a. Intervensi gizi spesifik

Intervensi gizi spesifik ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan.

Intervensi dengan sasaran ibu hamil: 1). Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis. 2). Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, 3) Mengatasi kekurangan iodium, 4). Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil, 5). Melindungi ibu hamil dari Malaria.

Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan: 1) Mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum), 2). Mendorong pemberian ASI Eksklusif.

Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan: 1). Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI. 2). Menyediakan obat cacing, 3). Menyediakan suplementasi zink, 4). Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, 5). Memberikan perlindungan terhadap malaria, 6). Memberikan imunisasi lengkap, 7). Melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

b. Intervensi gizi sensitif

Idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sector kesehatan dan berkontribusi pada 70% intervensi stunting. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

1). Menyediakan dan memastikan akses pada air bersih, 2). Menyediakan dan memastikan akses pada sanitasi, 3). Melakukan

fortifikasi bahan pangan, 4). Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan keluarga berencana (kb), 5). Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 6). Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal). 7). Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua., 8). Memberikan pendidikan anak usia dini universal. 9). Memberikan pendidikan gizi masyarakat. 10). Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja. 11). Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin. 12). Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

B. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo 2003).

Pengetahuan juga merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak, dkk, 2007). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo 2003). Pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan pengetahuan terkait peran makanan dan zat gizi, sumber zat gizi yang terdapat pada makanan, makanan yang aman dimakan sehingga tidak menyebabkan sakit, dan cara mengolah makanan yang baik, serta cara hidup yang sehat (Notoatmodjo, 2005).

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Sulaiman (2015), tingkatan pengetahuan terdiri dari 4 macam, yaitu pengetahuan deskriptif, pengetahuan kausal, pengetahuan normatif dan pengetahuan esensial. Pengetahuan deskriptif yaitu jenis pengetahuan yang dalam cara penyampaian atau penjelasannya berbentuk secara objektif dengan tanpa adanya unsur subyektivitas. Pengetahuan kausal yaitu suatu pengetahuan yang memberikan jawaban tentang sebab dan akibat.

Pengetahuan normatif yaitu suatu pengetahuan yang senantiasa berkaitan dengan suatu ukuran dan norma atau aturan. Pengetahuan esensial adalah suatu pengetahuan yang menjawab suatu pertanyaan tentang hakikat segala sesuatu dan hal ini sudah dikaji dalam bidang ilmu filsafat.

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Secara garis besar tingkat pengetahuan seseorang dibagi menjadi 6, yaitu sebagai berikut.

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat atau memanggil memori yang telah dipelajari sebelumnya, yaitu setelah mengamati sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur orang yang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu dapat menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami bukan hanya sekedar tahu, melainkan diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah memahami objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila seseorang yang telah memahami objek tersebut dapat menggunakan dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi juga diartikan aplikasi atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, rencana program dalam situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam menjabarkan atau memisahkan, lalu kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen dalam suatu objek atau masalah yang diketahui, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkatan ini

adalah jika orang tersebut dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat bagan (diagram) terhadap pengetahuan objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Penilaian (*evaluation*)

Penilaian atau evaluasi merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. Penilaian didasarkan pada suatu kriteria atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

3. Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo dalam Wawan dan Dewi, (2010) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut.

a. Pendidikan

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan sempit pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan nonformal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu.

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju impian atau cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan agar tercapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk

mendapatkan informasi berupa hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip oleh Notoatmodjo, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berpesan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat.

b. Media massa atau sumber informasi

Tugas pokok media massa dalam menyampaikan informasi yaitu membawa pesan-pesan berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

Informasi yang didapatkan baik dari pendidikan formal maupun non formal bisa memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Dengan majunya berbagai teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sarana komunikasi yang berbentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Sosial budaya mencakup kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Selain itu, status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan memengaruhi pengetahuan seseorang serta sikap dalam menerima informasi.

d. Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan dapat memengaruhi proses masuknya informasi kedalam individu yang berada

pada lingkungan tersebut. Hal tersebut terjadi karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan.

e. Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi ataupun pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan. Contohnya yaitu berpengalaman dalam bekerja.

f. Usia

Menurut Elisabeth BH yang dikutip dari Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Huclok (1998) 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.

Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia tengah (41-60 tahun) seseorang tinggal mempertahankan prestasi yang telah dicapai pada usia dewasa. Sedangkan pada usia tua (> 60 tahun) adalah usia tidak produktif lagi dan hanya menikmati hasil dari prestasinya. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan sehingga menambah pengetahuan. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan hidup:

- Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang di jumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosakata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Notoatmodjo, 2007).

4. Kategori Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu sebagai berikut.

- a. Pengetahuan Baik: 76-100%
- b. Pengetahuan Cukup: 56-75%
- c. Pengetahuan Kurang: <56%

C. Edukasi Gizi

1. Pengertian Edukasi Gizi

Edukasi atau disebut juga dengan pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoadmojo, 2003). Edukasi merupakan proses belajar dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu (Suliha, 2002). Pendidikan merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi kehidupan manusia, sudah semestinya usaha dalam menumbuh kembangkan pendidikan secara sistematis dan berkualitas perlu terus di upayakan, sehingga tujuan dari proses pendidikan dapat dicapai secara optimal. Pendidikan memiliki arti penting bagi individu, pendidikan lebih jauh memberikan pengaruh yang besar terhadap kemajuan suatu bangsa.

Dalam konteks relasi sosial, khususnya dalam relasi antara masyarakat yang membutuhkan pendidikan pada tingkat dan jenjang tertentu melalui pendidikan formal dan pemerintah sebagai penyedia kebutuhan itu terdapat semacam muatan yang menjadi pengikat dalam relasi itu. Hubungan antara masyarakat dan pemerintah dengan salah satu muatannya adalah kebutuhan atas pendidikan dipahami dalam konteks organisasi, keberadaannya dapat dilihat dari sudut pandang muatan dalam jaringan sosial dalam suatu organisasi sosial (Agusyanto, 2007).

Pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai pemberian informasi, instruksi, atau peningkatan pemahaman terkait kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat meliputi jenis pendidikan terkait potensial kesehatan dan bagaimana potensial kesehatan dapat tercapai atau terkait bagaimana menghindari masalah penyakit tertentu (Carr et al, 2014).

2. Tujuan Edukasi Gizi

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 maupun WHO yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya. Pendidikan kesehatan sangat berpengaruh untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang dengan cara meningkatkan kemampuan masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan itu sendiri.

1. Sasaran Edukasi Gizi

Mubarak et (2009) mengemukakan bahwa sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran yaitu sebagai berikut.

- a. Sasaran primer (*Primary Target*), sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.
- b. Sasaran sekunder (*Secondary Target*), sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya.
- c. Sasaran Tersier (*Tersier Target*), sasaran pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

D. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

1. Pengertian MP-ASI

ASI adalah makanan terbaik bagi bayi pada umur 0-6 bulan pertama dilahirkan. Namun, setelah usia tersebut bayi mulai membutuhkan makanan tambahan selain ASI yang biasa disebut dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan pada anak berumur 6–24 bulan. Di sini tujuan dari MP ASI adalah sebagai makanan tambahan dalam pemenuhan kebutuhan zat gizi yang cukup bagi bayi dan balita untuk

pertumbuhan dan perkembangan fisik serta psikomotorik yang optimal. Agar tujuan tersebut bisa tercapai dengan baik, pemberian MP-ASI harus memperhatikan bentuk maupun jumlahnya, dimana MP-ASI diberikan secara bertahap sesuai dengan penambahan umur dan kemampuan bayi (Yogi, 2014), selain itu kualitas makanan yang digunakan harus baik serta jenis makanannya beraneka ragam (Mufida dkk, 2015). MP-ASI diberikan tidak untuk menggantikan ASI tetapi untuk melengkapi ASI. Paling tidak sampai umur 24 bulan, anak harus tetap diberikan MP-ASI (Yogi, 2014).

2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan pemberian makanan bayi menurut (Budiastuti, 2009) dibedakan menjadi 2 macam yaitu tujuan mikro dan tujuan makro. Tujuan mikro berkaitan langsung dengan kepentingan individu pasangan ibu-bayi, dalam ruang lingkup keluarga, yang mencakup 3 macam aspek yaitu sebagai berikut.

- a. Aspek fisiologis yaitu memenuhi kebutuhan gizi dalam keadaan sehat maupun sakit untuk kelangsungan hidup, aktivitas dan tumbuh kembang.
 - b. Aspek edukatif yaitu mendidik bayi agar terampil dalam mengkonsumsi makanan pendamping ASI.
 - c. Aspek psikologis yaitu untuk memberi kepuasan pada bayi dengan menghilangkan rasa tidak enak karena lapar dan haus. Disamping itu memberikan kepuasan pada orang tua karena telah melakukan tugasnya
- Sedangkan tujuan makro merupakan permasalahan gizi masyarakat luas dan kesehatan masyarakat.

Pemberian makanan pendamping ASI bagi bayi bertujuan untuk menambah energi dan zat-zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus menerus (Diah Krisnatuti, 2008). Selain itu pemberian makanan pendamping ASI membantu bayi dalam proses belajar makan dan kesempatan untuk menanamkan kebiasaan makan yang baik serta mengenalkan berbagai jenis dan rasa makanan.

3. Bentuk MP-ASI

MP-ASI yang baik adalah terbuat dari bahan makanan segar, seperti tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayur dan buah-buahan. Bentuk MP-ASI yang dapat diberikan adalah sebagai berikut.

- a. Makanan lumat

Merupakan jenis makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang merata dimana bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus. Biasanya makanan lumat terdiri dari satu jenis makanan (makanan tunggal). Contoh: pepaya dihaluskan dengan sendok, pisang dikerik dengan sendok, nasi tim saring, bubur kacang ijo saring, kentang rebus.

Pemberian ASI tetap diteruskan karena masih terjadi penyerapan vitamin A dan zat gizi lain dari ASI. Untuk mempertinggi nilai gizi makanan, nasi tim saring bayi bisa ditambah sedikit demi sedikit dengan sumber lemak, yaitu santan atau minyak kelapa/margarin. Bahan makanan ini dapat menambah kalori makanan bayi dan juga memberikan rasa enak (Depkes, 2007).

b. Makanan lunak

Makanan lunak merupakan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair namun biasanya konsistensinya lebih padat daripada makanan lumat. Makanan lembik ini merupakan makanan peralihan antara makanan lumat menuju ke makanan padat. Contoh: bubur nasi, bubur ayam, bubur kacang ijo, bubur manado.

Bentuk dan kepadatan nasi tim yang diberikan harus diatur secara berangsur, mendekati makanan keluarga. Untuk makanan selingan, bisa dipilih makanan yang bernilai gizi tinggi, seperti bubur kacang ijo, buah. Usahakan agar makanan selingan dibuat sendiri agar kebersihannya terjamin. Bayi juga perlu diperkenalkan dengan beraneka ragam bahan makanan. Oleh karena itu, bisa mencampurkan ke dalam makanan lembik berbagai lauk pauk dan sayuran secara berganti-ganti. Pengenalan berbagai bahan makanan sejak dini akan berpengaruh baik terhadap kebiasaan makan yang sehat di kemudian hari (Depkes, 2007).

c. Makanan padat

Makanan padat merupakan makanan lunak yang tidak nampak berair dan biasanya disediakan di keluarga. Contoh: lontong, nasi tim, kentang rebus, biskuit (Argentina dan Yunita, 2014). Makanan keluarga diberikan secara bertahap sesuai dengan kemampuan anak dan makanan yang diberikan harus bervariasi (Depkes, 2010).

Variasi makanan perlu diperhatikan dengan menggunakan padanan bahan makanan, misalnya nasi dapat diganti dengan tahu, tempe, kacang

ijo, telur, atau ikan. Bayam dapat diganti dengan daun kangkung, wortel, tomat. bubur susu dapat diganti dengan bubur kacang ijo, bubur sum-sum, biskuit. Menyapih anak harus dilakukan secara bertahap, tidak dilakukan secara tiba-tiba. Selain itu bisa mengurangi frekuensi pemberian ASI sedikit demi-sedikit (Depkes, 2007).

4. Jenis MP-ASI

Menurut Depkes RI (2006), terdapat beberapa jenis Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah sebagai berikut.

- a. Makanan tambahan pendamping ASI lokal (MP-ASI Lokal) adalah makanan tambahan yang diolah dirumah tangga atau di Posyandu, terbuat dari bahan makanan yang tersedia ditempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat, dan memerlukan pengolahan sebelum dikonsumsi oleh bayi.
- b. Makanan tambahan pendamping ASI pabrikan (MP-ASI pabrikan) adalah makanan yang disediakan dengan olahan dan bersifat instan dan beredar dipasaran untuk menambah energi dan zat-zat gizi esensial pada bayi. MP-ASI pabrikan diproduksi secara komersial oleh perusahaan dalam bentuk kemasan. MP-ASI jenis pabrikan ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan umumnya dibuat dengan standar kualitas dan keamanan pangan yang tinggi. Proses produksi MP-ASI pabrikan mengikuti standar kebersihan dan keamanan pangan yang ketat untuk memastikan produk aman dikonsumsi oleh bayi.

5. Prinsip Pemberian MP-ASI

Menurut Depkes RI (2006), pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) perlu memperhatikan beberapa prinsip untuk memastikan bayi mendapatkan nutrisi atau gizi yang cukup dan sesuai dengan tahapan perkembangan. Adapun tahapan perkembangan usia pada anak memiliki peran yang sangat menentukan dalam pemberian MP-ASI. Karakteristik usia akan menentukan jenis pola pemberian MP-ASI yang dapat diberikan kepada anak. Beberapa jenis pola pemberian MP-ASI yang perlu diperhatikan meliputi jenis, tekstur, frekuensi, dan porsi setiap kali makan. Prinsip pemberian MP-ASI berdasarkan tahapan perkembangan usia pada anak beserta karakteristik pola pemberian MP-ASI antara lain sebagai berikut.

Tabel 2.1 Prinsip pemberian MP-ASI menurut usia

Usia	Pola Pemberian MPASI				ASI
	Jenis	Tekstur	Frekuensi	Porsi setiap kali Makan	
6-8 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • 6 bulan: 1 jenis bahan dasar. • 7-8 bulan: 2 jenis bahan dasar. 	Semi cair (dihaluskan), secara bertahap kurangi campuran air sehingga menjadi semi padat.	Makanan utama 2-3 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari.	Dimulai dengan 2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkuk kecil atau setara dengan 125 ml.	Sesuka bayi
9-11 bulan	3-4 jenis bahan dasar (sajikan secara terpisah atau dicampur).	Makanan yang dicincang halus atau lunak (disaring kasar), ditingkatkan sampai semakin kasar sehingga bisa di genggam.	Makanan utama 3-4 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari.	$\frac{1}{2}$ mangkuk kecil atau setara dengan 125 ml.	Sesuka bayi
12-24 bulan	Makanan keluarga	Padat	Makanan utama 3-4 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari.	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk kecil atau setara dengan 175-250 ml.	Sesuka bayi

Sumber: WHO, 2003. Global Strategy for Infant and Young Child. World Health Organization. Geneva.

Pemberian MP-ASI diberikan pada anak yang berusia 6-24 bulan secara berangsur-angsur untuk mengembangkan kemampuan mengunyah dan menelan serta menerima berbagai macam makanan dengan berbagai tekstur dan rasa. Disamping itu, dilanjutkan pemberian ASI sesuai keinginan bayi

sampai bayi berusia 2 tahun. Anak yang tidak mendapatkan ASI, bisa diberikan tambahan susu formula 1-2 gelas/hari dan 1-2 makanan cemilan/hari.

Pemberian MP-ASI harus bertahap dan bervariasi, mulai dari bentuk bubur cair ke bentuk bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lumat, makanan lembik dan akhirnya makanan padat. Frekuensi makanan juga harus ditambah secara bertahap sesuai pertambahan usianya, yaitu 2-3 kali sehari pada usia 6-8 bulan dan 3-4 kali sehari pada usia 9-24 bulan dengan tambahan makanan selingan 1-2 kali bila diperlukan.

Memasuki usia enam bulan bayi telah siap menerima makanan semi cair, karena gigi sudah tumbuh dan lidah tidak lagi menolak makanan setengah padat. Di samping itu, lambung juga telah baik mencerna zat tepung. Menjelang usia sembilan bulan bayi telah pandai menggunakan tangan untuk memasukkan benda ke dalam mulut. Oleh karena itu, pada saat tersebut bayi siap mengonsumsi makanan (setengah padat).

Perkembangan anak berbeda setiap usianya, oleh karena itu orang tua perlu mencari pendekatan yang sesuai dalam memberikan makan.

Menurut GSIYCF (2002), prinsip pemberian MP-ASI dijelaskan sebagai berikut.

- a. Berikan ASI eksklusif sejak lahir sampai usia 6 bulan, selanjutnya tambahkan MP-ASI mulai usia 6 bulan (180 hari) sementara ASI diteruskan.
- b. Lanjutkan ASI *on demand* (sekarang istilah yang digunakan adalah *on cue* yaitu tanda yang ditunjukkan bayi ketika dia merasa lapar) sampai usia 2 tahun atau lebih.
- c. Lakukan '*responsive feeding*' dengan menerapkan prinsip asuhan psikososial.
- d. Terapkan perilaku hidup bersih dan higienis serta penanganan makanan yang baik dan tepat.
- e. Mulai pemberian MP-ASI pada usia 6 bulan dengan jumlah sedikit, bertahap dinaikkan sesuai usia bayi, sementara ASI tetap sering diberikan.
- f. Bertahap konsistensi dan variasi ditambah sesuai kebutuhan dan kemampuan bayi.

- g. Frekuensi pemberian MP-ASI semakin sering sejalan dengan bertambahnya usia bayi.
- h. Berikan variasi makanan yang kaya akan nutrisi untuk memastikan bahwa seluruh kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- i. Gunakan MP-ASI yang diperkaya vitamin-mineral atau berikan preparat vitamin-mineral sebagai suplemen bila perlu.
- j. Tambahkan asupan cairan saat anak sakit, termasuk lebih sering menyusui, dan dorong anak untuk makan makanan lunak dan yang disukainya. Setelah sembuh, beri makan lebih sering dan dorong anak untuk makan lebih banyak.

6. Dampak Pemberian MP-ASI yang Tidak Tepat

Ada dua kategori pemberian MP-ASI yang tidak tepat menurut Monika (2014), yaitu dampak pemberian MP-ASI terlalu dini dan kerugian menunda pemberian MPASI.

a. Dampak dari pemberian MP-ASI terlalu dini

Pemberian MP-ASI terlalu dini pada dasarnya dapat menyebabkan risiko terhadap gangguan kesehatan. Risiko ini ada yang langsung terjadi pada saat bayi diberikan MP-ASI dini dan ada pula yang akan tampak setelah beberapa lama kemudian. Dampak secara langsung dari pemberian MP-ASI secara dini diantaranya adalah gangguan pencernaan seperti diare, sulit BAB, muntah, serta bayi akan mengalami gangguan menyusui. Sedangkan risiko jangka panjang pemberian MP-ASI dini ini adalah obesitas, hipertensi, aterosklerosis, dan alergi makanan. Obesitas pada bayi dapat menurunkan kekebalan imun, dan obesitas ini bisa berlanjut hingga usia dewasa nanti (Wargiana dkk, 2013).

Banyak ibu yang sangat bersemangat untuk segera memberikan MP-ASI karena dalam diri mereka ada perasaan bangga dan bahagia telah membuat pencapaian besar. Hal ini dapat memicu orangtua memberikan MP-ASI dini. Dampak dari pemberian MP-ASI terlalu dini yaitu sebagai berikut (Monika, 2014).

- Bayi lebih rentan terkena berbagai penyakit

Saat bayi menerima asupan lain selain ASI, imunitas/kekebalan yang diterima bayi akan berkurang. Pemberian MP-ASI dini berisiko

membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman, apalagi bila MP-ASI tidak disiapkan secara higienis.

- Berbagai reaksi muncul akibat sistem pencernaan bayi belum siap

Bila MP-ASI diberikan sebelum sistem pencernaan bayi siap untuk menerimanya, makanan tersebut tidak dapat dicerna dengan baik dan bisa menimbulkan berbagai reaksi, seperti diare, sembelit/konstipasi, dan perut kembung atau bergas. Tubuh bayi belum memiliki protein pencernaan yang lengkap. Berbagai enzim seperti amylase (enzim pencerna karbohidrat) yang diproduksi pancreas belum cukup tersedia ketika bayi belum berusia 6 bulan. Begitu pula dengan enzim pencerna karbohidrat lainnya (seperti maltase dan sukrase) dan pencerna lemak (lipase).
- Bayi berisiko menderita alergi makanan

Memperpanjang pemberian ASI eksklusif menurunkan angka terjadinya alergi makanan. Pada usia 4-6 bulan kondisi usus bayi masih “terbuka”. Saat itu antibodi dari ASI masih bekerja melapisi organ pencernaan bayi dan memberikan kekebalan pasif, mengurangi terjadinya penyakit dan reaksi alergi sebelum penutupan usus terjadi. Produksi antibody dan tubuh bayi sendiri dan penutupan usus terjadi saat bayi berusia 6 bulan.
- Bayi berisiko mengalami obesitas/kegemukan

Pemberian MP-ASI dini sering dihubungkan dengan peningkatan berat badan dan kandungan lemak di tubuh anak pada masa datang.
- Produksi ASI dapat berkurang

Makin banyak makanan padat yang diterima bayi makin tinggi potensi bayi mengurangi permintaan menyusu. Bila ibu tidak mengimitasi frekuensi bayi menyusu dengan memerah, produksi ASI dapat menurun. Bayi yang mengonsumsi makanan padat pada usia yang lebih muda cenderung lebih cepat disapih.
- Persentase keberhasilan pengatur jarak kehamilan alami menurun

Pemberian ASI eksklusif cenderung sangat efektif dan alami dalam mencegah kehamilan. Bila MP-ASI sudah diberikan, bayi tidak

lagi menyusui secara eksklusif sehingga persentase keberhasilan metode pengaturan kehamilan alami ini akan menurun.

- Bayi berisiko tidak mendapat nutrisi optimal seperti ASI

Umumnya bentuk MP-ASI dini yang diberikan berupa bubur encer/cair yang mudah ditelan bayi. MP-ASI seperti ini mengenyangkan bayi, tetapi nutrisinya tidak memadai.

- Bayi berisiko mengalami invagasi usus/intususepsi

Invagasi usus/intususepsi adalah keadaan suatu segmen usus masuk ke dalam bagian usus lainnya sehingga menimbulkan berbagai masalah kesehatan serius dan bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian. Penyebab pasti penyakit ini belum diketahui, tetapi hipotesis yang paling kuat adalah karena pemberian MP-ASI yang terlalu cepat.

b. Dampak menunda pemberian MP-ASI

Sebaliknya pemberian makanan pendamping yang terlambat dapat menyebabkan bayi sulit untuk menerima makanan pendamping (Helmyti dan Lestariani, 2007). Keterlambatan dalam pemberian MP-ASI juga akan menghambat pertumbuhan bayi. Energi dan zat-zat gizi yang dihasilkan ASI tidak mencukupi lagi kebutuhan bayi setelah berusia 6 bulan. Akibat yang dapat ditimbulkan apabila pemberian MP-ASI terlambat adalah terjadinya gagal tumbuh, defisiensi zat besi dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan (Pudjiadi, 2005).

Berapa ibu dan orangtua menunda pemberian MP-ASI hingga usia bayi lebih dari 6 bulan dengan alasan agar bayi terhindar dari risiko menderita alergi makanan serta memberikan kekebalan pada bayi lebih lama. Padahal sebuah tinjauan dari sebuah penelitian menyimpulkan bahwa menunda pemberian MP-ASI hingga usia bayi melewati 6 bulan tidak memberikan perlindungan yang berarti. Berikut kerugian jika menunda pemberian MP-ASI (Monika, 2014).

- Kebutuhan energi bayi tidak terpenuhi. Bila kebutuhan bayi tidak terpenuhi, bayi akan berhenti tumbuh atau tumbuh dengan tidak optimal, bahkan bila dibiarkan bayi dapat menderita gagal tumbuh. Tingkatkan kuantitas MP-ASI seiring bertambahnya usia bayi.

- Bayi berisiko kekurangan zata besi dan menderita ADB (anemia defisiensi besi)
- Kebutuhan makronutrien dan mikronutrien lainnya tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan bayi/anak berisiko menderita malnutrisi dan defisiensi mikronutrien.
- Perkembangan fungsi motorik oral bayi dapat terlambat.
- Bayi berpotensi menolak berbagai jenis makanan dan sulit menerima rasa makanan baru di kemudian hari.

7. Faktor yang Memengaruhi Ketepatan Pemberian MP-ASI

Faktor yang memengaruhi ketepatan pemberian MP-ASI yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sosial dan budaya (tradisi), serta pelayanan kesehatan, dan informasi.

a. Tingkat pendidikan

Terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI (Ibrahim dkk, 2014). Ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan pengetahuan ibu kurang dalam menghadapi masalah karena ibu akan susah mencerna pesan atau informasi yang disampaikan. Pengetahuan ini didapat baik secara formal maupun informal. Sedangkan ibu yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi, umumnya terbuka dalam menerima perubahan atau hal-hal yang berguna untuk pemeliharaan kesehatan. Pendidikan juga akan membuat seseorang terdorong untuk ingin tahu mencari pengalaman sehingga informasi yang diterima akan menjadi pengetahuan. Tingkat pendidikan dalam keluarga khususnya ibu dapat menjadi faktor yang mempengaruhi status gizi anak dalam keluarga (Rahmawati dkk, 2014).

b. Pengetahuan

Pengetahuan ibu dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI. Ibu yang mempunyai pengetahuan kurang memberikan makanan pendamping ASI terlalu dini (< 6 bulan) (Kristianto, 2013). Pengetahuan dan sikap ibu sangat berperan dalam asupan makan bayi dan anak, ketika pengetahuan tentang MP- ASI dan sikap yang baik terhadap pemberian MP-ASI akan menyebabkan ibu mampu menyusun

menu yang baik (memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperoleh) untuk dikonsumsi oleh anaknya. Ibu dengan pengetahuan tentang MP ASI yang rendah, seringkali memberikan makanan seadanya untuk anak yang tidak memenuhi kebutuhan gizi anak. Pemberian makanan pendamping ASI akan mempengaruhi konsumsi dan berdampak pada peningkatan status gizi anak (Kusumasari dkk, 2010).

Ketidaktahuan juga dapat menyebabkan kesalahan pemilihan dan pengolahan makanan, meskipun bahan makanan tersedia. Ibu yang memberikan MP-ASI kurang dari 6 bulan mempunyai pengetahuan kurang, dikarenakan ibu tersebut tidak paham akan pengertian makanan pendamping ASI dan tidak mengerti waktu pemberian makanan yang tepat. Penyebab pengetahuan ibu yang kurang dapat disebabkan karena ibu tersebut kurang aktif dalam mencari informasi tentang pemberian makanan pendamping secara benar. Oleh karena itu diperlukan adanya pendidikan gizi. Pendidikan gizi ini diperlukan untuk mendapat informasi misalnya terkait pemberian MP-ASI, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup bayi dan anak (Kristianto, 2013).

c. Sosial dan budaya

Sosial budaya adalah segala hal yang dicipta oleh manusia dengan pemikiran dan budi nuraninya untuk dan/atau dalam kehidupan bermasyarakat. Lebih singkatnya, manusia membuat sesuatu berdasarkan budi dan pikirannya yang digunakan dalam hidup bermasyarakat. Dalam pemberian MP-ASI, banyak ibu di Indonesia yang mendapatkan informasi yang bersumber dari mitos. Ibu menyatakan bahwa penyebab pemberian MP-ASI dini pada bayi mereka dikarenakan adanya kebiasaan turun menurun dari orang tuanya dalam memberikan MP- ASI. Contohnya seperti pemberian bubur nasi dan bubur pisang pada saat upacara bayi yang telah mencapai usia tiga bulanan. Tidak hanya itu, ibu menyatakan juga tertarik akan iklan susu formula yang sekarang sedang gencar-gencarnya dilakukan oleh produsen susu (Sri and Oswati, 2015).

d. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar 1945 untuk melakukan

upaya peningkatkan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang- Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut.

1) Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*)

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas, klinik, rumah sakit.

e. Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non-formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Ada dua macam jenis media yaitu media cetak dan teknologi. Media cetak contohnya buku, majalah, baliho, Koran. Teknologi contohnya internet, tv, radio. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Pada jaman sekarang teknologi mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian

informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut (Sari, 2014).

E. Media

1. Pengertian Media

Kata media berasal dari bahasa latin yang merupakan bentuk jamak kata medium. Secara harfiah, media berarti perantara, yaitu perantara antara sumber pesan (*a source*) dengan penerima pesan (*a receiver*). Beberapa hal yang termasuk ke dalam media adalah film, televisi, diagram, media cetak (*printed material*), komputer, dan lain sebagainya.

Media merupakan alat yang dapat membantu dalam keperluan dan aktivitas, yang dimana sifatnya dapat mempermudah bagi siapa saja yang memanfaatkannya. Secara lebih khusus, pengertian media dalam proses mengajar cenderung diartikan sebagai alat grafis, fotografis, atau elektronis untuk menangkap, memproses, dan menyusun kembali informasi visual atau verbal.

Adanya media dirasakan memang sangat membantu proses belajar mengajar, hal tersebut dikarenakan guru akan mudah dalam kegiatan mengajarnya serta dapat meningkatkan perhatian siswa pada kegiatan belajarnya.

Menurut Maulana (2009) media edukasi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, dengan harapan sasaran dapat meningkat pengetahuannya dan dapat mengubah perilaku kesehatannya ke arah yang lebih baik. Tujuan media edukasi kesehatan antara lain: a) Media dapat mempermudah penyampaian informasi; b) Media dapat menghindari kesalahan persepsi; c) Dapat memperjelas informasi; d) Media dapat mempermudah pengertian; e) Mengurangi komunikasi yang verbalistik; f) Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap oleh mata; g) Memperlancar komunikasi.

Media dalam edukasi kesehatan merupakan salah satu upaya untuk mendukung keberhasilan proses pembelajaran sehingga lebih menarik perhatian dan materi yang disampaikan akan lebih mudah dipahami oleh peserta. Melalui edukasi kesehatan menggunakan metode ceramah dan media membuat situasi edukasi menjadi lebih menyenangkan, kreatif dan tidak membosankan (Haryani dkk, 2015). Media mampu memberikan keuntungan apabila digunakan secara baik, diantaranya adalah menghindari salah pengertian, lebih mudah ditangkap lebih lama diingat, menarik atau memusatkan perhatian dan dapat memberikan dorongan yang kuat untuk melakukan apa yang dianjurkan (Wibowo dkk, 2014).

2. Jenis-Jenis Media

Dilihat dari jenisnya, media dibagi menjadi tiga, yaitu media auditif, visual, dan audiovisual. Media auditif adalah media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti radio, cassette recorder, dan piringan hitam. Media visual ini ada yang menampilkan gambar atau symbol yang bergerak seperti film strip (film serangkai), foto gambar atau lukisan, cetakan. Ada pula visual yang menampilkan gambar atau simbol yang bergerak seperti bisu, film kartun. Sedangkan media audiovisual merupakan media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan lebih baik karena meliputi kedua jenis media yang pertama dan yang kedua.

Berdasarkan fungsinya, media dibagi menjadi tiga, yaitu media cetak, elektronik dan media luar ruang (Siregar, 2020).

a. Media cetak

Media cetak fokus pada komunikasi visual, sering kali menggunakan kombinasi kata-kata, gambar, atau foto dalam warna yang disusun secara estetis. Media cetak memiliki beragam keunggulan seperti ketahanan, jangkauan yang luas, biaya yang terjangkau, portabilitas, kemandirian energi, kemudahan dipahami, dan mampu meningkatkan minat belajar. Namun, kelemahannya adalah ketiadaan efek gerak dan suara serta rentan terhadap kerusakan seperti lipatan. Contoh dari media cetak yaitu booklet, leaflet, dan poster.

b. Media elektronik

Media elektronik adalah jenis media yang bergerak dan dinamis, disampaikan melalui perangkat elektronik, dan dapat dipahami dan dinikmati oleh audiens dengan lebih mudah. Media ini memiliki daya tarik yang kuat, telah dikenal luas oleh masyarakat, memungkinkan interaksi tatap muka, melibatkan semua indera, dan memungkinkan kontrol dan pengulangan dalam penyajiannya. Selain itu, media ini memiliki cakupan yang lebih luas. Namun, ada beberapa kekurangan yang perlu diperhatikan, seperti biaya produksi yang lebih tinggi, tingkat kompleksitas yang sedikit lebih tinggi, kebutuhan akan pasokan listrik dan perangkat canggih, persiapan yang matang, perkembangan teknologi yang terus berkembang, serta kebutuhan akan keterampilan penyimpanan dan pengoperasiannya. Contoh media elektronik yaitu televisi, radio, dan video.

c. Media luar ruang

Media luar ruang merupakan media yang menyampaikan pesannya di luar ruang. Media luar ruang bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar, umbul-umbul, yang berisi pesan, slogan atau logo.

3. Video

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, video merupakan rekaman gambar hidup atau program televisi untuk ditayangkan lewat pesawat televisi, atau dengan kata lain video merupakan tayangan gambar bergerak yang disertai dengan suara. Video berasal dari bahasa latin, *video-vidivisum* yang artinya melihat atau mempunyai daya penglihatan; dapat melihat. Media video merupakan salah satu jenis media audio visual. Media audio visual adalah media yang mengandalkan indera pendengaran dan penglihatan. Metode edukasi dengan media video dapat menyajikan apa yang tidak dapat dialami langsung oleh responden, hal ini karena media video menghadirkan situasi nyata dari informasi yang disampaikan untuk menimbulkan kesan yang mendalam. Selain mempercepat proses belajar, media audio visual mampu meningkatkan taraf kecerdasan dan mengubah sikap pasif dan statis kearah sikap aktif dan dinamis (Wahyuningsih, 2011).

Azhar Arsyad (2014) menyatakan bahwa video merupakan gambar-gambar dalam frame, di mana frame demi frame diproyeksikan melalui lensa proyektor secara mekanis sehingga pada layar terlihat gambar hidup. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan, bahwa video merupakan salah satu jenis media audio-visual yang dapat menggambarkan suatu objek yang bergerak bersama-sama dengan suara alamiah atau suara yang sesuai. Kemampuan video melukiskan gambar hidup dan suara memberikan daya tarik tersendiri. Video dapat menyajikan informasi, memaparkan proses, menjelaskan konsep-konsep yang rumit, mengajarkan keterampilan, menyingkat atau memperpanjang waktu, dan mempengaruhi sikap.

Berdasarkan pengertian menurut beberapa ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa video merupakan salah satu jenis media audio-visual dan dapat menggambarkan suatu objek yang bergerak bersama-sama dengan suara alamiah atau suara yang sesuai. Video menyajikan informasi, memaparkan proses, menjelaskan konsep yang rumit, mengajarkan keterampilan, menyingkat atau memperpanjang waktu, dan mempengaruhi sikap.

Menurut Daryanto (2011), mengemukakan beberapa kelebihan penggunaan media video, antara lain video dapat menambah suatu dimensi baru di dalam pembelajaran, selain itu video menyajikan gambar bergerak kepada penonton, serta dapat menampilkan suatu fenomena yang sulit untuk dilihat secara nyata.

Sedangkan kekurangannya antara lain, pengambilan yang kurang tepat dapat menyebabkan timbulnya keraguan penonton dalam menafsirkan gambar yang dilihatnya, video membutuhkan alat proyeksi untuk dapat menampilkan gambar yang ada di dalamnya, serta pembuatan video membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Sedangkan menurut Ronald Anderson (1987), kekurangan media video yaitu Sifat komunikasinya bersifat satu arah dan harus diimbangi dengan pencarian bentuk umpan balik yang lain.

F. Energi

Energi diperlukan setiap makhluk hidup untuk melakukan berbagai kegiatan. Zat-zat gizi yang dapat memberikan energi adalah karbohidrat, lemak dan protein. Oksidasi zat-zat gizi ini menghasilkan energi yang

diperlukan tubuh untuk melakukan aktivitas. Ketiga zat gizi tersebut termasuk kedalam ikatan organik yang mengandung karbon yang dapat dibakar. Ketiga zat gizi tersebut merupakan zat yang paling banyak berperan sebagai pemberi energi.

Energi dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan, aktifitas otot, fungsi metabolik lainnya (menjaga suhu tubuh, menyimpan lemak tubuh), memperbaiki kerusakan jaringan dan tulang yang dapat disebabkan karena sakit atau cedera (Nurjannah, 2012). Menurut FAO/WHO (1985), kebutuhan energi seseorang adalah konsumsi energi yang berasal dari makanan untuk menutupi pengeluaran energi seseorang. Kebutuhan energi seseorang ditentukan oleh metabolisme basal, aktivitas fisik, maupun efek makanan (Almatsier, 2005).

Angka Metabolisme Basal (AMB) merupakan kebutuhan energi minimal yang dibutuhkan tubuh dalam menjalankan proses yang vital. Faktor-faktor yang memengaruhi angka metabolisme basal adalah ukuran tubuh, komposisi tubuh, umur, tidur, sekresi endokrin, kehamilan, status gizi, dan suhu lingkungan (Almatsier, 2005).

Asupan energi harus sesuai dengan kebutuhan tubuh agar dapat dengan tepat menjalankan fungsinya yaitu untuk mencegah setiap penyakit akibat gangguan metabolisme serta tidak terjadi penimbunan pada energi dalam bentuk cadangan lemak pada setiap tubuh manusia (Andriani dan Wirjatmadi, 2012). Ketidakseimbangan antara makanan yang dikonsumsi dengan kebutuhan pada anak balita akan menimbulkan masalah gizi kurang maupun masalah gizi lebih (Dwiningsih, Pramono, 2013).

Anak dengan usia 0-24 bulan mengalami proses pertumbuhan yang pesat sehingga dijuluki sebagai periode emas. Periode inilah yang menentukan kualitas kehidupan seseorang. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Apabila supaan energi kurang, maka pembentukan energi akan diambil dari protein.

Tingkat kecukupan energi sesuai rekomendasi Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) tahun 2012 terbagi dalam 5 kategori yaitu sebagai berikut.

1. Defisit tingkat berat (<70% angka kebutuhan)

2. Defisit tingkat sedang (70-79% angka kebutuhan)
3. Defisit tingkat ringan (80-89% angka kebutuhan)
4. Normal (90-119% angka kebutuhan)
5. Di atas angka kebutuhan ($\geq 120\%$ angka kebutuhan)

G. Protein

Protein merupakan molekul makro berbentuk rantai-rantai panjang asam amino yang tersusun atas unsur karbon (C), hidrogen (H), oksigen (O), dan nitrogen (N) yang tidak terdapat dalam karbohidrat dan lemak. Selain itu terdapat beberapa asam amino yang mengandung unsur fosfor, besi, iodium, dan kobalt. Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Seperlima bagian dari 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. Protein mempunyai fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu membangun serta memelihara sel-sel dan jaringan tubuh (Almatsier, 2005).

Fungsi protein secara umum antara lain: (a) Pertumbuhan dan pemeliharaan; (b) Pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh; (c) Mengatur keseimbangan air; (d) Mengangkut zat-zat gizi; (e) Pembentukan antibodi; (f) Memelihara netralitas tubuh; (g) Sumber energi: sebagai sumber energi, protein memiliki nilai seperti karbohidrat, karena menghasilkan 4 Kkal/g protein (Almatsier, 2005).

Tingkat kecukupan protein sesuai rekomendasi Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) tahun 2012 terbagi dalam 5 kategori yaitu sebagai berikut.

1. Defisit tingkat berat ($< 70\%$ angka kebutuhan)
2. Defisit tingkat sedang (70-79% angka kebutuhan)
3. Defisit tingkat ringan (80-89% angka kebutuhan)
4. Normal (90-119% angka kebutuhan)
5. Di atas angka kebutuhan ($\geq 120\%$ angka kebutuhan)

H. Perbedaan Pengetahuan antara Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Edukasi

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” yang terjadi setelah seseorang melakukan pneginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tingkat pengetahuan seseorang berhubungan dengan pendidikan atau pelatihan yang diperoleh, karena pada dasarnya pendidikan atau pelatihan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (Notoatmodjo, 2012). Edukasi merupakan salah satu alat untuk menghasilkan perubahan pada diri manusia. Melalui edukasi, manusia akan dapat mengetahui segala sesuatu yang tidak atau belum diketahui sebelumnya (Marisa, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati dan Nurafifah (2014) menunjukkan adanya pengaruh penyuluhan gizi terhadap pengetahuan gizi responden. Demikian juga pendidikan gizi yang dilakukan Simanjuntak dkk (2020) menunjukkan adanya peningkatan skor pengetahuan dan sikap sesudah diberikan edukasi berupa media video.

Penggunaan media dan cara penyampaian materi juga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan gizi ibu (Puspita, 2012). Media berfungsi untuk menggerakkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Media membuat seseorang lebih mudah mengerti akan suatu informasi atau materi yang dianggap rumit. Dalam hal ini, media dalam edukasi gizi yang digunakan adalah media audio-visual berbentuk video. Pentingnya media video sebagai media adalah memiliki kemampuan untuk memaparkan sesuatu yang rumit atau kompleks serta sulit dijelaskan dengan hanya gambar dan kata-kata saja. Berkaitan dengan media video, penggunaan media pembelajaran khususnya video dapat meningkatkan daya tarik, serta motivasi siswa dalam mengikuti proses pembelajaran. Peningkatan pengetahuan dan sikap responden dengan media video disebabkan karena penyuluh memberikan proses belajar mengajar pada responden dengan memanfaatkan semua alat inderanya.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Simanjuntak dkk (2020) yang menunjukkan adanya peningkatan skor pengetahuan dan sikap sesudah diberikan edukasi berupa media video.

I. Perbedaan Konsumsi antara Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Edukasi

Edukasi yang diberikan kepada responden merupakan salah satu sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan yang merupakan salah satu faktor yang dapat memunculkan motivasi intrinsik. Hal ini sejalan dengan pernyataan Syafrudin (2009) yaitu pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Edukasi yang telah dilakukan mempunyai pengaruh terhadap motivasi ibu balita dalam memberikan makanan yang dapat mencukupi kebutuhan energi dan protein balitanya. Dengan adanya motivasi memberikan makanan yang dapat mencukupi kebutuhan energi dan protein, diharapkan dapat mencegah terjadinya stunting pada balita.

Penelitian lain yang sejalan juga dilakukan oleh Hestuningtyas dan Noer (2014) dengan hasil bahwa setelah memiliki pengetahuan yang baik, individu mampu mengambil langkah-langkah dalam mengatasi permasalahan gizi, termasuk perubahan praktik pemberian makan. Meningkatnya perilaku ibu mengenai pemberian makan pada anak, menjadikan asupan zat gizi anak juga meningkat.

Tidak hanya itu, seorang individu yang semakin memiliki pengetahuan gizi yang baik, seorang individu tersebut juga akan semakin mempertimbangkan jenis dan kualitas makanan yang akan dipilih untuk dikonsumsi (Sari, 2022).