**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Gizi dan Masalah Gizi**

Menurut Almatsier (2002), zat gizi (nutriens) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Sedangkan menurut Soekirman (2000), zat gizi adalah zat kimia yang terdapat dalam makanan yang diperlukan manusia untuk memelihara, menjaga dan meningkatkan kesehatan. Jadi, dapat disimpulkan bahwa zat gizi adalah bahan kimia yang diperlukan tubuh untuk hidup, tumbuh, bergerak dan menjaga kesehatannya, dan sumber bahan-bahan kimia itu berasal dari makanan.

Jumalah zat gizi yang dikenal saat ini sebanyak 45 jenis, dikelompokkan menjadi zat gizi makro dan mikro. Zat gizi makro terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak, yang merupakan zat gizi sumber energi. Zat gizi yang dikelompokkan ke dalam zat gizi mikro antara lain vitamin, mineral dan air yang merupakan zat gizi pembangun dan pengatur. Karbohidrat sebagai sumber enegi utama berguna untuk aktivitas sel-sel tubuh, karbohidrat dalam makanan dan minuman diubah menjadi bentuk yang lebih sederhana.

Menurut Supriasa *et al*. (2012) Masalah Gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, tetapi penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktor, karena itu pendekatan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor terkait. Sektor terkait tersebut adalah bidang kesehatan dan di luar kesehatan.

Masalah gizi meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahannya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan. Pada kasus tertentu, seperti dalam keadaan krisis, masalah gizi muncul akibat masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan yang cukup jumlah dan mutunya. Dalam konteks ini, masalah gizi tidak semata masalah kesehatan, tetapi juga masalah kemiskinan, pemerataan, dan masalah kesempatan kerja.

Berdasarkan sudut pandang zat gizi, masalah gizi di Indonesia dibedakan menjadi masalah gizi makro dan masalah gizi mikro. Masalah gizi makro dapat berbentuk gizi kurang dan gizi lebih, sedangkan untuk masalah gizi mikro hanya dikenal gizi kurang antara lain kurang protein, kurang energi atau kombinasi kurang energi dan protein. Juga  masalah gizi mikro, khususnya masalah kurang vitamin A, kurang zat yodium, kurang zat besi dan kurang zat seng. Selain itu, mulai muncul masalah gizi lebih, yaitu kelebihan konsumsi energi yang bersumber dari lemak.

Secara umum masalah kurang gizi disebabkan oleh beberapa faktor. Pada UNICEF tahun 1992 telah dimodifikasi oleh WHO dan Kemenkes tahun 2014 dalam Supariasa telah mengembangkan kerangka konsep penyebab masalah gizi. Penyebab malnutrisi meliputi penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan akar masalah.

Penyebab langsung adalah makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

Terdapat tigapenyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu :

1. Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya.
2. Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan mayarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik baik fisik, mental dan sosial.
3. Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan maka akan makin banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kurangnya pemberdayaan keluarga dan kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat berkaitan dengan berbagai faktor langsung maupun tidak langsung diprediksi sebagai pokok masalah di masyarakat. Sedangkan penyebab mendasar atau akar masalah gizi di atas adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketidak-seimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita.

1. ***Stunting* pada Baduta usia 7-24 bulan**

Baduta merupakan sebuah akronim atau singkatan yang merupakan kepanjangan dari Bawah Dua Tahun, yaitu dimana umur atau usia bayi, anak-anak dan balita dibawah dua tahun (Wiwin dalam kamus biologi, 2017). Dimana masa baduta merupakan masa dimana seorang anak memerlukan asupan gizi yang seimbang baik dari segi jumlah maupun proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi yang optimal. Gizi kurang ataupun gizi buruk yang terjadi pada masa baduta akan mempengaruhi masa tumbuh kembangnya dan hal ini akan menimbulkan dampak negatif di masa yang akan datang (Soeparmanto dalam Ryzkya, 2008).

*Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam jangka waktu yang cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kecukupan gizi. *Stunting* terjadi saat janin sejak dalam kandungan dan akan mulai nampak pada usia dua tahun. Kekurangan gizi pada usia dini dapat meningkatkan angka kematian pada balita, karena akan menyebabkan balita mudah terserang penyakit dan memiliki postur tubuh yang kurang maksimal pada saat dewasa. Kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia juga akan terjadi akibat kurangnya kemampuan kognitif pada penderita (MCA-Indonesia).

Riset Kesehatan Dasar 2013 mencatat bahwa prevalensi *stunting* nasional mecapai 37,2 persen, meningkat dari tahun 2010 yaitu (35,6%) dan pada tahun 2007 (36,8%). Indonesia menduduki peringkat lima dunia untuk masalah *stunting*. Lebih dari sepertiga balita di Indonesia memiliki tinggi dibawah rata-rata. Prevalensi *stunting* di Indonesia 37% lebih tinggi daripada negara-negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (36%) dan Thailand (16%). Masalah Balita pendek di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat masuk dalam kategori masalah kronis (primadi oscar,2016). Berikut adalah status gizi *stunting* dilihat berdasarkan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) tahun 2005.

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi menurut WHO-NCHS, (2005)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indikator | Status Gizi | *Cut off point* |
| Berat badan menurut umur(BB/U) | Gizi Buruk | Z-score < -3 SD |
| Gizi Kurang | Z-score > -3 SD s/d <-2 SD |
| Gizi Baik | Z-score > -2 SD s/d < +2 SD |
| Gizi Lebih | Z-score > +2 SD |
| Tinggi badan menurut umur(TB/U) | Sangat Pendek | Z-score < -3 SD |
| Pendek | Z-score > -3 SD s/d <-2 SD |
| Normal | Z-score > -2 SD s/d < +2 SD |
| Tinggi | Z-score > +2 SD |
| Berat badan menurut tinggi badan(BB/TB) | Sangat Kurus | Z-score < -3 SD |
| Kurus | Z-score > -3 SD s/d <-2 SD |
| Normal | Z-score > -2 SD s/d < +2 SD |
| Gemuk | Z-score > +2 SD |

Kejadian *stunting* sudah tidak bisa ditangani lagi bila anak memasuki usia dua tahun. Maka, untuk mencegah terjadinya *stunting* pada anak, ibu perlu mengkonsumsi asupan gizi yang baik, terutama pada masa kehamilan sampai anak lahir dan berusia 24 bulan. Pada dasarnya, kelangsungan hidup dan kesehatan anak tidak dapat dipisahkan dari kesehatan Ibunya sendiri. Penyebab anak mengalami stunting ini adalah gizi buruk pada ibu, pola makan yang buruk, sering mengalami infeksi serta tidak menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (alodokter, 2016).

Penyebab anak mengalami stunting adalah bayi berat lahir rendah, ASI yang tidak memadai, MP-ASI yang tidak sesuai, diare berulang, dan infeksi. Namun, bayi yang lahir tinggi besar bukan jaminan anak akan bebas stunting. Resiko stunting juga bisa terjadi jika gizi anak tidak diperhatikan. Menurut Meta Hanindita, SpA dari RSUD Dr Soetomo Surabaya, dalam detikHealth (2015) berat badan seorang anak akan sangat tergantung dengan kebutuhan nutrisinya tercukupi secara optimal atau tidak selama masa pertumbuhan. Sebaliknya, jika bayi yang lahir dengan berat dan tinggi badan di bawah normal, bisa terbebas stunting jika mendapat nutrisi optimal. Sebab nutrisi yang optimal dapat membawa ke tumbuh kembang yang optimal juga.

Anak-anak pada kondisi stunting banyak mengkonsumsi makanan yang tidak sesuai dengan ketentuan kadar gizi yang dianjurkan. Berdasarkan faktor penyebab masalah gizi tersebut, maka perbaikan gizi dilakukan dengan dua pendekatan yaitu secara langsung dan tidak langsung. Kegiatan langsung umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan seperti PMT ibu hamil KEK, pemberian tablet tambah darah, pemeriksaan kehamilan, imunisasi TT, pemberian vitamin A pada ibu nifas. Untuk bayi dan balita dimulai dengan inisiasi menyusui dini (IMD), ASI eksklusif, pemberian vitamin A, pemantauan pertumbuhan, imunisasi dasar, dan pemberian MP-ASI (Dinkes sumsel,2016). Maka, penanggulangan stunting pada bayi usia 6-24 bulan adalah mulai usia 6 bulan, selain ASI bayi diberi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), ASI terus diberikan sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih dan pemberian pengetahuan edukasi gizi terhadap ibu baduta.

1. **Pola Makan Baduta**

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Pola makan yang baik adalah berpedoman pada Gizi Seimbang (Amelia sri,2014).

Pada usia 6 bulan pertama ASI eksklusif adalah pemberian yang tepat bagi bayi. ASI esklusif adalah proses yang hanya memberikan ASI saja tanpa diberikan makanan tambahan lainnya. ASI eksklusif sangat penting karena memiliki berbagai manfaat bagi bayi. Dari Aspek Gizi, ASI memiliki keunggulan-keunggulan seperti di bawah ini:

1. Kandungan gizi lengkap
2. Mudah dicerna dan diserap. ASI memberikan manfaat pada bayi karena mudah dicerna apabila ketika pencernaannya belum begitu sempurna (dibawah usia 6 bulan)
3. Mengandung lipase untuk pencernaan lemak
4. Mempertinggi penyerapan kalsium
5. Sebagai faktor pelindung yaitu faktor pertumbuhan dan imunoglobin karena mengandung zat kekebalan tubuh (imunitas).

 (dr. Yohana Margarita, 2015)

 Setelah pemberian ASI esklusif selama 6 bulan, bayi harus diberi makanan pendamping ASI karena pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pemberian MP-ASI merupakan proses transisi dari asupan yang semula hanya berupa susu menuju ke makanan semi padat. Tujuan pemberian MPASI adalah makanan padat harus diperkenalkan pada usia 6 bulan karena:

1. Untuk meningkatkan kebutuhan zat gizi bayi.
2. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur yang pada akhirnya mampu menerima makanan keluarga.
3. Untuk melatih perkembangan mengunyah & menelan.

Pada Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (GSIYCF, 2002) dinyatakan bahwa MP-ASI harus memenuhi syarat berikut ini :

1. Tepat waktu : yaitu MP-ASI mulai diberikan saat kebutuhan energi dan zat gizi melebihi yang di dapat dari ASI.
2. Adekuat : MP-ASI harus mengandung cukup energi, protein dan mikronutrien
3. Aman : Penyimpanan, persiapan dan waktu diberikan MP-ASI harus dalam keadaan higienis.
4. Tepat cara pemberian : MP-ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan pada nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi cara pemberian nya sesuai.

Berikut adalah tanda bayi siap diberikan MPASI :

* 1. Refleks menjulurkan lidah telah berkurang
	2. Dapat duduk, meskipun masih membutuhkan bantuan
	3. Mampu menahan kepala tetap tegak
	4. Perkembangan ketrampilan oromotor antara lain yang semula hanya mampu menghisap dan menelan yang cair menjadi mengunyah dan menelan makanan yang lebih kental dan padat serta dapat memindahkan makanan ke bagian belakang mulut
	5. Masih terlihat lapar setelah diberikan susu

(Penuntun Diet Anak, 2016)

Pesan gizi seimbang untuk anak usia 6-24 bulan adalah lanjutkan pemberian ASI dan berikan MPASI mulai usia 6 bulan dengan cara selain ASI diteruskan harus memberikan makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi dan anak mulai usia 6-24 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. Berdasarkan komposisi bahan makanan MP-ASI dikelompokkan menjadi dua yaitu :

1. MP-ASI lengkap yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah
2. MP-ASI sederhana yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani atau nabati dengan sayur atau buah.

MP-ASI yang baik apabila :

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

Berikut adalah frekuensi dan jumlah MP-ASI yang diberikan anak usia 6-24 bulan disajikan pada Tabel 2

Tabel 2 Frekuensi dan Jumlah MP-ASI Anak Usia 6-24 Bulan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Umur** | **Frekuensi** | **Jumlah setiap kali makan** |
| 6-9 bulan | 2-3x makanan lumat + 1-2x makanan selingan + ASI | 2-3 sendok makan penuh setiap kali makan dan tingkatkan secara perlahan sampai ½ dari cangkir mangkuk ukuran 250 ml tiap kali makan |
| 9-12 bulan | 3-4x makanan lembik + 1-2x makanan selingan + ASI | ½ mangkuk ukuran 250 ml |
| 12-24 bulan | 3-4x makanan keluarga + 1-2x makanan selingan + ASI | ¾ mangkuk ukuran 250 ml |

 Sumber : PGS Kemenkes RI, 2014

Berikut adalah contoh dari jadwal pemberian makanan pada bayi berdasarkan umur yang disajikan pada Tabel 3

Tabel 3 Jadwal Pemberian Makan Berdasarkan Umur

|  |  |
| --- | --- |
| Jadwal | Usia |
| 6-8 Bulan | 9-11 Bulan | 12-13 Bulan |
| 06.00 | ASI | ASI | ASI |
| 08.00 | Makan pagi (MPASI) | Makan pagi | Makan pagi |
| 10.00 | ASI/Makanan selingan | Makanan selingan/ ASI | Makanan selingan |
| 12.00 | Makan siang (MPASI) | Makan siang | Makan siang |
| 14.00 | ASI | ASI | ASI |
| 16.00 | Makanan selingan | Makanan selingan | Makanan selingan |
| 18.00 | Makan malam(MPASI) | Makan malam | Makan malam |
| 20.00 | ASI | ASI | ASI |
| 22.00 | ASI | ASI | - |
| 24.00 | ASI\* | ASI | - |
| 03.00 | ASI\* | - | - |

Bila bayi masih menghendaki

* Umur 6-8 bulan :
* Makanan utama : MPASI saring / lumat
* Makanan selingan : buah, biskuit, bubur sum-sum
* Umur 9-11 bulan :
* Makanan utama : MPASI kasar/ makanan keluarga yang dimodifikasi (lembik, berbumbu ringan tetapi tidak pedas)
* Makanan selingan : biskuit, buah, puding, bubur sum-sum, dsb.
* Umur 12-23 bulan :
* Makanan utama : makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, mungkin masih lembik/lunak
* Makanan selingan : berbagai buah dan kue, biskuit, puding, koak atau bubur kacang hijau, dsb.

Makanan Keluarga

1. Pada usia 1 tahun, bayi diharapkan sudah dapat menerima makanan kelaurga walaupun masih dalam bentuk lunak dengan bumbu yang tidak pedas dan tidak merangsang. Pada umumnya, kemampuan untuk menerima makanan keluarga ini tercapai pada usia 2-3 tahun.
2. Mengingat kapasitas lambung masih terbatas (kira-kira 30 gram makanan/kg berat badan) atau sekitar 250ml (6-8 bulan), 285ml (9-11 bulan) dan 345ml (12-23 bulan) maka makanan diberikan dalam penukar yang sesuai dengan frekuensi lebih sering. Makanan utama dan makanan selingan disertai ASI atau susu 2-3 kali sehari.
3. **Gizi Seimbang**

 Masa anak berumur 0-2 tahun merupakan periode emas perkembangan otak. Oleh karena itu, pemberian makanan dengan mempertimbangkan pemenuhan gizi yang tepat sangat diperlukan agar perkembangan otak bisa optimal.

1. Gizi Seimbang untuk Bayi usia (0-6) Bulan

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

1. Gizi Seimbang untuk Anak usia (6-24) Bulan

Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi.

Pesan gizi seimbang untuk anak usia 6-24 bulan adalah lanjutkan pemberian ASI dan berikan MPASI mulai usia 6 bulan dengan cara selain ASI diteruskan harus memberikan makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi dan anak mulai usia 6-24 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.

(Permenkes RI no.41,2014)

 MP-ASI memiliki 2 jenis yaitu yang disediakan secara khusus (buatan rumah tangga atau pabrik) dan makanan yang biasa dimakan keluarga yang dimodifikasi sehingga mdah dimakan bayi dan cukup memenuhi zat gizi. Tekstur makanan mulai dari yang halus/saring encer (makanan lumat) bertahap menjadi lebih kasar (makanan lembik). Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyediaan makanan untuk MP-ASI adalah :

1. Mengingat zat besi (Fe) yang paling tidak terpenuhi kebutuhannya setelah usia 6 bulan maka pilihan utama adalah memilih dan menggunakan bahan makanan yang kaya zat besi.
2. Makanan padat pertama yang terbaik adalah yang terbuat dari beras karena beras merupakan bahan makanan yang paling hipoalergenik. Gandum dan campuran serealia lainnya yang mengandung gluten sebaiknya dihindari dulu hingga usia 8 bulan.
3. Telur dapat diberikan sebelum bayi berusia 1 tahun karena tidak cukup bukti bahwa penundaan pemberian telur diatas usia 1 tahun dapat menghindarkan reaksi alergi.
4. Tidak ada urutan tertentu tentang jenis/bahan makanan yang diberikan terlebih dahulu kepada bayi.

Untuk melengkapi kebutuhan vitamin, mineral dan menambahkan energi, diantara waktu makan dapat diberikan makanan selingan. (Penuntun diet anak, 2016)

Berikut adalah tabel pedoman pemberian makanan pada bayi/anak usia 6-23 bulan yang mendapat ASI yang merupakan rangkuman tatacara pemberian MP-ASI mulai dari tekstur, konsistensi, frekuensi dan jumlah setiap kali makan sesuai golongan umur disajikan pada tabel 4.

Tabel 4. Pedoman pemberian makanan pada bayi/anak usia 6-23 bulan yang mendapat ASI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Umur** | **Tekstur** | **Frekuensi** | **Jumlah rata2/ kali makan** |
| 6-8 bulan | Mulai dengan bubur halus, lembut, cukup kental, dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar | 2-3x /hari, ASI tetap sering diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan | Mulai dengan 2-3sdm/kali ditingkatkan bertahap sampai ½ gelas air putih kemasan(125 ml)Waktu makan tidak lebih dari 30 menit |
| 9-11 bulan | Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan bisa dipegang / diambil dengan tangan | 3-4x /hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan | ½ sampai ¼ mangkok (=125-175 ml)Waktu makan tidak lebih dari 30 menit |
| 12-23 bulan | Makanan keluarga, bila perlu masih dicincang atau disaring kasar | 3-4x /hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan | ¾ sampai 1 mangkok (175-250ml)Waktu makan tidak lebih dari 30 menit |

Sumber : WHO, 2009

Tabel 5. Anjuran Pembagian Makanan Sehari Anak Usia 6-24 bulan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Usia bayi (bulan)** | **Bahan makanan atau penukar** | **Berat (g)** |
| 6-8 | NasiLauk hewaniLauk nabatiSayurBuahSusuASI | 50 - -505010Sekehendak |
| 9-11 | NasiLauk hewaniLauk nabatiSayurBuahSusuASI | 10020255014010Sekehendak |
| 12-24 | NasiLauk hewaniLauk nabatiSayurBuahSusuASI | 200355010015010sekehendak |

1. **Penanganan Masalah dengan Edukasi Gizi**

 Di Indonesia , berbagai kegiatan dalam upaya menyadarkan masyarakat di bidang gizi sudah cukup bervariasi. Rencana aksi Kementrian Kesehatan RI adalah meningkatkan pendidikan gizi di masyarakat. Upaya tersebut adalah Penyediaan materi komunikasi dan informasi dan Edukasi (KIE) dan kampanye gizi.

 Menurut Maryati Dewi dan Mimin Aminah (2016) bahwa edukasi gizi merupakan bagian dari kegiatan pendidikan kesehatan yang didefinisikan sebagai upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam bidang kesehatan. Academic Nutrition and Dietetics (AND) mendefinisikan bahwa edukasi gizi sebagai suatu proses yang formal untuk melatih kemampuan klien atau meningkatkan pengetahuan klien dalam memilih makanan, aktifitas fisik, dan perilaku yang berkaitan dengan pemeliharaan atau perbaikan kesehatan. Dengan demikian kegiatan yang harus dilakukan untuk memperbaiki pengetahuan, sikap, perilaku gizi adalah edukasi gizi.

 Edukasi gizi mampu meningkatkan pengetahuan dan praktek pemberian makan ibu meskipun pertumbuhan anak tidak meningkat secara langsung. Edukasi gizi kepada ibu dan para pengasuh balita menjadi salah satu rekomendasi Unicef Indonesia untuk mengentaskan masalah stunting di Indonesia. Edukasi gizi dapat dilakukan secara individu maupun berkelompok. Dari penelitian yang sudah dilakukan, metode intervensi penyuluhan gizi terbukti mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu.

1. **Pendekatan Keluarga**

 Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan terkecil dari masyarakat. Karena merupakan satuan dari masyarakat, keluarga memiliki peran yang cukup signifikan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Tinggi rendahnya derajat kesehatan keluarga akan sangat menentukan tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat (Ferdiansya d, 2016).

 Sangat tepat Kementerian Kesehatan RI dalam menetapkan pendekatan keluarga untuk mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan. Pendekatan keluarga sebagai satuan terkecil masyarakat dinilai akan lebih efektif dalam mengatasi berbagai persoalan kesehatan seperti gizi buruk, sanitasi buruk, penyebaran penyakit menular seperti tuberkolusis, HIV/AIDS, malaria serta pengendalian penyakit tidak menular seperti obesitas,darah tinggi,diabetes dan lain-lain.

 Sesuai amanat UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, pembangunan keluarga adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Menurut Friedman (1998) dalam kemenkes, terdapat lima fungsi dari keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif

Merupakan fungsi utama untuk mengajarkan segala sesuatu guna mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini berguna untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

1. Fungsi sosialisasi

Proses perkembangan dan perubahan yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Fungsi ini dimulai sejak lahir dan berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

1. Fungsi reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

1. Fungsi ekonomi

Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat dalam mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan agar memenuhi kebutuhan keluarga.

1. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar produktivitasnya tetap tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan, meliputi:

* 1. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga
	2. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat
	3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit
	4. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
	5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.
1. **Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya yaitu mata, hidung, telinga, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pengetahuan Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi menjadi 6 tingkat pengethauan yaitu :

1. **Tahu (*know*)**

Diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan- pertanyaan.

1. **Memahami (*comprehension*)**

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

1. **Aplikasi (*application*)**

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

1. **Analisa (*analisys*)**

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

1. **Sintesis (*synthesis*)**

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen- komponen pengetahuan yang dimilikinya.

1. **Evaluasi (*evaluation*)**

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan Menurut  Notoatmodjo (2010), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. **Pendidikan**

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

1. **Media masa / sumber informasi**

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

1. **Sosial budaya dan ekonomi**

Kebiasan dan tradisi yang dilakukan oleh orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk.

1. **Lingkungan**

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

1. **Pengalaman**

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

Berikut adalah kategori pengetahuan menurut Notoatmodjo adalah pengukuran pengetahuan penulis menggunakan pengkategorian menurut Machfoedz (2009) yaitu:

1. Baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76-100% dari seluruh pernyataan.
2. Cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56-75% dari seluruh pernyataan.
3. Kurang, bila subjek mampu menjawab dengan benar <56% dari seluruh pernyataan
4. **Sikap**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutupterhadap suatu stimulus atau objek. Sikap memiliki empat tingkatan dari yangterendah hingga tertinggi yaitu menerima, merespon, menghargai danbertanggung jawab (Notoadmodjo 2007). Sikap gizi adalah tahapan lanjut dari pengetahuan gizi dan mengarah pada perilaku terkait gizi.Tingkatan dari sikap adalah :

1. Menerima (receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).  Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap informasi-informasi tentang gizi.

1. Merespon (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari tugas tersebut benar atau salah adalah berarti bahwa orang tersebut menerima ide tersebut.

1. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain  pergi ke Puskesmas untuk menggunakan alat kontrasepsi, ini adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap alat kontrasepsi.

1. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi, meskipun mendapat tantangan dari suami atau orang tuanya sendiri.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoadmodjo, 2011).

Dalam pengukuran sikap secara tidak langsung, skala yang biasanya digunakan adalah skala *likert* dalam buku Azwar (2009), sikap dapat diukur dengan metode rating yang dijumlahkan (Method of Summated Ratings). Metode ini merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Nilai skala setiap pernyataan tidak ditentukan oleh derajat favourable nya masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respons setuju dan tidak setuju dari sekelompok responden yang bertindak sebagai kelompok uji coba.

Penilaian sikap menurut Azwar (2009), pengukuran sikap dilakukan dengan kategori sebagai berikut :

1. Setuju = 1

2. Tidak Setuju = 0

Hasil yang diperoleh kemudian dihitung dengan rumus :

$$Total Nilai= \frac{Nilai yang diperoleh}{Total nilai maksimal} x 100\%$$

Selanjutnya dikelompokkan berdasarkan Wawan dan dewi (2010) sebagai berikut :

a. Baik (jawaban terhadap kuisioner 76-100% benar)

b. Cukup (jawaban terhadap kuisioner 56-75% benar)

c. Kurang (jawaban terhadap kuisioner < 56% benar)