

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Masalah gizi pada Balita

Gizi kurang adalah kondisi sebagai akibat dari konsumsi makanan yang tidak memadai jumlahnya pada kurun waktu cukup lama (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Penyakit gizi salah di Indonesia yang terbanyak termasuk gizi kurang yang mencakup susunan hidangan yang tidak seimbang maupun konsumsi keseluruhannya yang tidak mencukupi kebutuhan badan, hal ini terutama diderita oleh anak-anak yang sedang tumbuh pesat, yaitu kelompok balita (Sediaoetama, 2010). Selain itu, menurut Almatsier (2002), status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial.

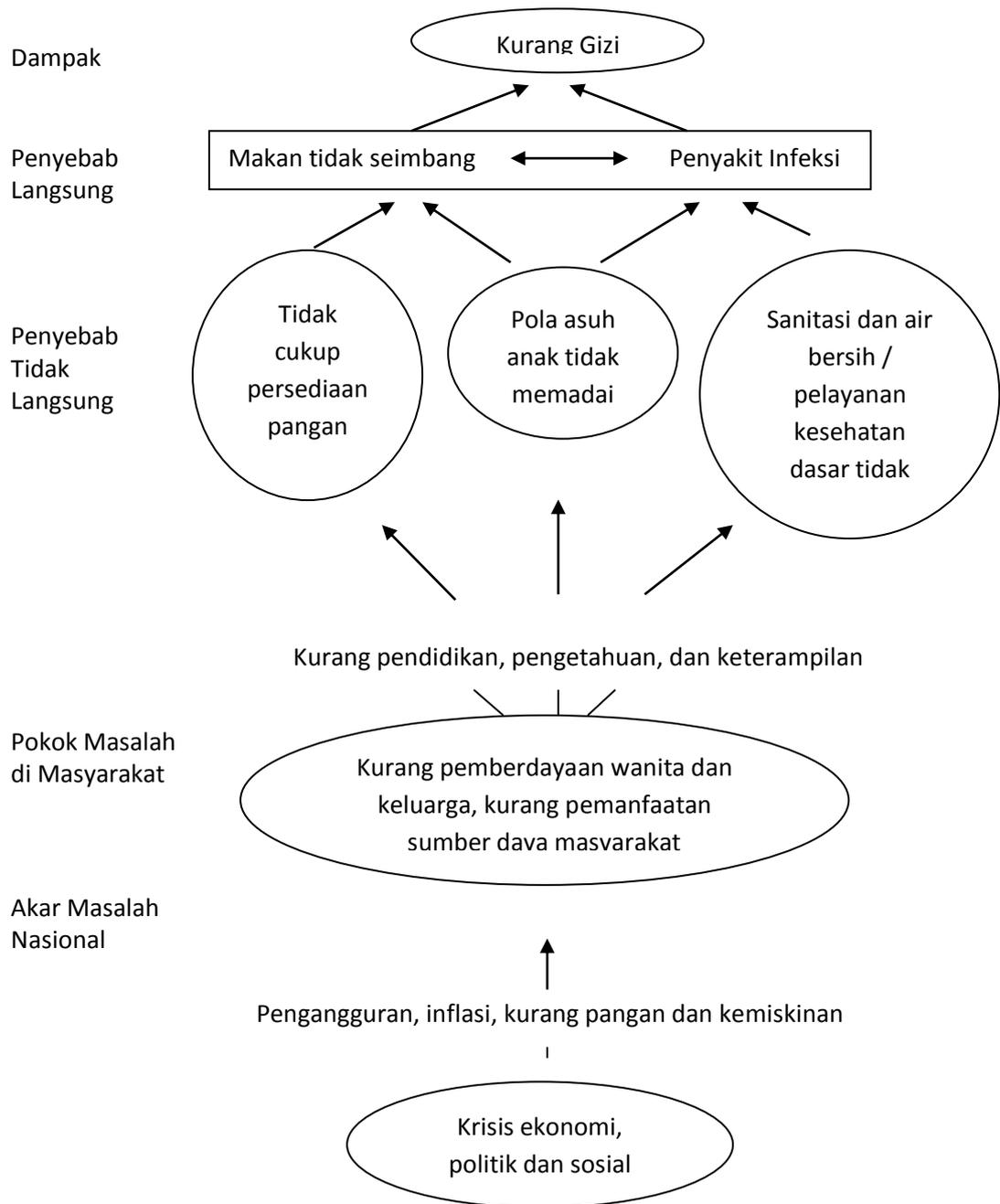
Defisiensi gizi pada anak balita sangat besar kemungkinannya untuk memberikan hambatan pada pertumbuhan numerik sel-sel otak, yang akan bersifat permanen, tidak dapat dikejar kembali dengan perbaikan gizi pada umur yang lebih tua. Ini akan menghasilkan sumber daya manusia yang kapasitas intelektualnya lebih rendah dari yang seharusnya dicapai (Sediaoetama, 2010). Hal tersebut sejalan dengan Adriani dan Wirjatmadi (2012) yang mengemukakan bahwa anak balita yang mengalami gizi kurang atau infeksi maka tumbuh kembang otak pun tidak dapat optimal dan tidak terpulihkan sehingga akan menghasilkan sumber daya manusia yang tidak berguna. Oleh karena itu, masa balita merupakan masa terpenting (*golden age*) karena pada masa ini pertumbuhan dan perkembangannya sangat berpengaruh terhadap keberadaannya saat dewasa kelak.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi gizi kurang (BB/U) pada balita yaitu 13,9%. Angka tersebut lebih tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2010 dan 2007 yaitu 13%. Lebih lanjut dilaporkan bahwa prevalensi balita gizi kurang di Provinsi Jawa Timur juga

mengalami peningkatan yaitu 12,6% (tahun 2007), 12,3% (tahun 2010), dan meningkat menjadi 14,2% (tahun 2013). Selain itu, hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015 pada 496 Kabupaten/Kota menunjukkan bahwa prevalensi balita gizi kurang sebesar 14,9% (Kemenkes RI, 2016).

Masalah gizi kurang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan, dan adanya daerah miskin gizi (Almatsier, 2002). Wiboworini (2009) menyatakan bahwa berdasarkan konsep UNICEF (1998) penyebab langsung gizi kurang adalah makanan dan penyakit serta penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan, dan lingkungan yang kurang memadai. Penyebab langsung dan tidak langsung tersebut berkaitan erat dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga.

Defisiensi gizi pada anak balita sangat besar kemungkinannya untuk memberikan hambatan pada pertumbuhan numerik sel-sel otak, yang akan bersifat permanen, tidak dapat dikejar kembali dengan perbaikan gizi pada umur yang lebih tua. Ini akan menghasilkan sumber daya manusia yang kapasitas intelektualnya lebih rendah dari yang seharusnya dicapai (Sediaoetama, 2010). Dampak lain dari gizi kurang adalah menurunkan produktivitas kerja yang diperkirakan antara 20 - 30% (Adisasmito, 2008). Selain itu, Chandra (1980) dalam Beck (2011) menyatakan bahwa gizi kurang menghambat reaksi pembentukan kekebalan tubuh sehingga anak akan lebih mudah terkena infeksi. Ada interaksi antara gizi, kekebalan tubuh, dan infeksi. Infeksi memperburuk status gizi dan sebaliknya gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi.



Gambar 1 Penyebab Gizi Kurang pada Anak (d disesuaikan dari UNICEF, 1998)

B. Pengetahuan

Pengetahuan gizi merupakan pengetahuan tentang makanan dan zat gizi, sumber-sumber zat gizi pada makanan, makanan yang aman dikonsumsi sehingga tidak menimbulkan

penyakit dan cara mengolah makanan yang baik agar zat gizi dalam makanan tidak hilang serta bagaimana hidup sehat (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan (*overt behaviour*). Sebelum individu mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian Wahyuni (2009) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p = 0,009$) antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi anak balita. Semakin baik pengetahuan ibu tentang gizi semakin baik pula status gizi dari balitanya. Lebih lanjut, penelitian Rahmawati (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p < 0,05$) antara pengetahuan ibu tentang gizi seimbang dengan asupan protein, lemak dan karbohidrat pada balita usia 2 - 5 tahun di Posyandu Gonilan Kartasura. Rakhmawati (2014) berpendapat bahwa dengan pengetahuan tentang gizi yang baik, seorang ibu dapat memilih dan memberikan makan bagi balita baik dari segi kualitas maupun kuantitas yang memenuhi angka kecukupan gizi. Sebaliknya, Sediaoetama (2010) berpendapat bahwa awam yang tidak mempunyai cukup pengetahuan gizi, akan memilih makanan yang paling menarik panca indra dan tidak melakukan pilihan berdasarkan gizi makanan.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan cara wawancara yaitu menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian (Notoatmodjo (2012). Menurut Baliwati dkk. (2006) pengetahuan subyek mengenai gizi diukur dengan pemberian skor 1 untuk jawaban benar dan jawaban salah diberi skor 0 kemudian di jumlah. Hasil penjumlahan jawaban benar

dibagi dengan jumlah seluruh soal dikali 100%. Skor kemudian dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- a. Baik : > 80% jawaban benar
- b. Cukup : 60 – 80% jawaban benar
- c. Kurang : < 60% jawaban benar

C. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dinyatakan dalam persen (Supariasa, 2016). Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lain. Sedangkan kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Jika kualitas maupun kuantitasnya kurang baik, akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, 2006).

Menurut Almatsier (2002), konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Penelitian Fuada dan Hidayat (2015) pada balita di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 25,3% balita mengalami defisit energi dan 18,8% balita defisit protein. Lebih lanjut, penelitian Nilawati (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,001$) antara tingkat kecukupan energi dan protein dengan kejadian gizi kurang pada balita di Desa Kemiri Kecamatan Jepon Kabupaten Blora. Masih adanya anak balita yang mengalami defisit energi dan protein, tentunya berkaitan dengan pola pemberian makan yang kurang seimbang. Oleh karena itu, dalam pemberian makanan pada balita baik ibu maupun pengasuh perlu lebih memperhatikan konsumsi makanan

sumber energi dan protein. Hal tersebut diperlukan untuk pertumbuhan anak balitanya.

Tingkat Konsumsi adalah presentase perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG). Dan tingkat Konsumsi seseorang akan mengekspresikan keadaan keseimbangan dalam bentuk status gizi. Maka semakin baik tingkat konsumsinya, semakin baik status gizinya (Supariasa, 2002). Pengukuran konsumsi makanan dalam hal ini tingkat konsumsi energi dan protein adalah salah satu metode pengukuran status gizi secara tidak langsung yang jika dilakukan dengan metode kuantitatif dengan metode *recall* 24 jam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi. Untuk menilai tingkat asupan makanan (energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan atau sering disebut AKG (Angka Kecukupan Gizi). Adapun AKG yang dianjurkan bagi balita disajikan dalam Tabel 1

Tabel 1 Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013

Golongan Umur (tahun)	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)
1 – 3	6	61	550	12
4 – 6	19	91	1125	26

Sumber : Permenkes RI, 2013

Menurut Supariasa dkk. (2016), apabila ingin melakukan perbandingan antara konsumsi zat gizi dengan keadaan gizi individu, biasanya dilakukan dengan perbandingan pencapaian konsumsi zat gizi individu tersebut terhadap AKG. Oleh karena AKG (disajikan pada Tabel) yang tersedia bukan menggambarkan AKG individu, tetapi golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan dan berat badan standar, untuk menentukan AKG individu dapat

dilakukan dengan melakukan koreksi terhadap berat badan nyata / individu terhadap berat badan standar. Perhitungan AKG berdasarkan BB aktual dapat dilakukan dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{AKG berdasarkan BB aktual} = \frac{\text{Berat Badan Aktual (kg)}}{\text{Berat Badan dalam AKG (kg)}} \times$$

AKG (kkal)

Penilaian tingkat konsumsi dilakukan dengan membandingkan antara konsumsi zat gizi aktual dengan AKG berdasarkan BB aktual, yaitu :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Konsumsi Energi Aktual}}{\text{AKG Energi berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{Konsumsi Protein Aktual}}{\text{AKG Protein berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

Selanjutnya, tingkat pemenuhan energi dan protein yang diperoleh berdasarkan hasil perhitungan dikategorikan dengan kriteria menurut Kementerian Kesehatan RI (1996) dalam Supariasa dan Kusharto (2014) yaitu :

Diatas AKG	: > 120% AKG
Normal	: 90 – 120% AKG
Defisit tingkat ringan	: 80 – 89% AKG
Defisit tingkat sedang	: 70 – 79% AKG
Defisit tingkat berat	: < 70% AKG

D. Food Recall 24 Jam

Metode food recall 24 jam merupakan salah satu metode survei konsumsi yang menggali atau menanyakan apa saja yang di makan dan di minum responden selama 24 jam yang berlalu baik yang berasal dari dalam rumah maupun luar rumah. Metode ini paling sering digunakan dalam suatu penelitian karena cukup akurat, cepat pelaksanaannya, murah, mudah dan tidak memerlukan alat yang mahal. (Supariasa,2014)

Tujuan metode recall 24 jam adalah sebagai berikut :

1. Untuk mendapatkan informasi tentang makanan yang sebenarnya dimakan 24 jam yang lalu. Makanan dapat berupa makanan utama dan makanan selingan serta minuman yang nyata dimakan 24 jam yang lalu.
2. Untuk mengetahui rata – rata asupan dari masyarakat dengan catatan sampel harus betul – betul mewakili suatu populasi
3. Untuk mengetahui tingkat konsumsi energi dan zat gizi tertentu. Zat gizi yang umum diketahui yaitu yang dapat menggambarkan kuantitas dan kualitas makanan seperti energi (Karbohidrat) dan Protein. Disamping itu pula dapat ditentukan konsumsi lemak, vitamin dan mineral.
4. Perbandingan internasional hubungan antara asupan zat gizi dengan kesehatan dan golongan rawan gizi.

E. Konseling Gizi

Secara umum tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang diubah meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan di bidang gizi (Supariasa, 2013).

Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan pasien/ klien untuk membantu pasien/ klien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Kamus Gizi, 2010). Konseling merupakan salah satu upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga tentang gizi. Setelah melakukan konseling, diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizinya termasuk perubahan pola makan serta memecahkan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat (PERSAGI, 2013).

1. **Konseling Gizi Mengubah Pengetahuan Gizi**

Penelitian Hidayah dan Hidayanti (2013) menunjukkan bahwa konseling gizi selama 2 minggu sekali dalam 2 bulan dengan intensitas waktu selama 30 – 60 menit di Posyandu Nagrog Desa Wargakerta Kecamatan Sukarame Kabupaten Tasikmalaya mempengaruhi peningkatan pengetahuan secara signifikan ($p = 0,000$) yaitu sebesar 72,7% (dari 9,1% menjadi 90,9%). Lebih lanjut, penelitian Lina dan Hidayanti (2015) pada ibu yang memiliki balita gizi kurang di Desa Wargakerta Kecamatan Sukarame Kabupaten Tasikmalaya menunjukkan bahwa konseling selama 2 minggu sekali dalam 2 bulan dengan intensitas waktu selama 30 – 60 menit meningkatkan rata-rata skor pengetahuan ibu secara signifikan ($p = 0,000$) yaitu sebesar 13,05 poin (dari 38,27 poin menjadi 51,32 poin).

PERSAGI (2013) berpendapat bahwa hal ini sesuai dengan konsep konseling sebagai proses dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengetahuan sebagai tahap awal dalam proses perubahan perilaku. Selain itu, Ambarwati dkk. (2013) mengemukakan bahwa dalam konseling, konseling menumbuhkan kerjasama dan komunikasi yang baik antara konselor dan klien sehingga menciptakan suasana yang nyaman. Hal tersebut membuat konselor dapat menggali sejauh mana pengetahuan ibu kemudian mengembangkan pengetahuan menjadi lebih baik. Lebih lanjut, Notoatmodjo (1997) dalam Azzahra dan Muniroh (2015) menjelaskan bahwa peningkatan pengetahuan pun terjadi karena faktor pengulangan yang diberikan pada saat konseling. Informasi yang diberikan secara berulang-ulang meningkatkan pengetahuan.