

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita *Stunting*

1. Definisi *Stunting*

Stunting atau disebut juga pendek adalah kondisi gagal tumbuh sebagai akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1000 hari pertama kehidupan anak balita (Persagi, 2018). Sedangkan definisi *stunting* menurut Kemenkes RI (2019) adalah anak balita dengan nilai *z-score*nya kurang dari $-2SD$ / standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari $-3SD$ (*severely stunted*). Asupan gizi yang tidak seimbang merupakan salah satu faktor yang berpengaruh langsung terhadap kejadian *stunting*. Asupan gizi dipengaruhi oleh perilaku makan ibu dan anak. Ibu dengan pengetahuan yang cukup tentang gizi seimbang dan memahami adanya masalah gizi yang berisiko pada terjadinya *stunting* pada anak akan membantu mengurangi risiko anak menderita *stunting*. Selain faktor asupan makan, *stunting* secara langsung juga disebabkan oleh keadaan kesehatan terkait penyakit infeksi. Sedangkan secara tidak langsung *stunting* juga terjadi karena sanitasi lingkungan yang buruk, pola pengasuhan anak yang tidak tepat, ketersediaan pangan rumah tangga terbatas, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan rendah.

2. Penyebab Balita *Stunting*

Stunting terjadi mulai dari pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Menjadi parah ketika hamil dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan, ditambah lagi ketika ibu hidup di lingkungan dengan sanitasi kurang memadai. Menurut SKMI (2014) dalam Kemenkes RI (2018) dilihat dari asupan makanan, ibu hamil pada umumnya defisit energi dan protein yaitu konsumsi $<90\%$ Angka Kecukupan Gizi (AKG). Kondisi-kondisi di atas disertai dengan ibu hamil yang pada umumnya juga pendek (< 150 cm) yang proporsinya 31,3%, berdampak pada bayi yang dilahirkan mengalami kurang gizi, dengan berat badan lahir rendah < 2.500 gram dan juga panjang badan yang kurang dari 48 cm. Setelah bayi lahir dengan kondisi tersebut, dilanjutkan dengan

kondisi rendahnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang memicu rendahnya menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan tidak memadainya pemberian makanan pendamping ASI (MPASI). Data SKMI (2014) juga menunjukkan asupan anak >6 bulan cenderung mengonsumsi 95% dari kelompok sereal (karbohidrat), sangat kurang dari kelompok protein, buah, dan sayur.

Dari uraian tersebut tidak heran jika angka *stunting* di Indonesia tidak berubah dan cenderung meningkat. Terjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) mulai bayi berusia 2 bulan, dampak dari calon ibu hamil (remaja putri) yang sudah bermasalah, dilanjutkan dengan ibu hamil yang juga bermasalah. Hal ini sangat terkait oleh banyak faktor utamanya secara kronis karena asupan gizi yang tidak memadai dan kemungkinan rentan terhadap infeksi, sehingga sering sakit (Kemenkes RI 2018).

3. Dampak *Stunting*

Adapun dampak terburuk menurut KEMENDES, PDDT (2017) yang ditimbulkan akibat *stunting*:

- a. Dampak jangka pendek
 - a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian.
 - b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal.
 - c. Peningkatan biaya kesehatan.
- b. Dampak jangka panjang
 - a. Postur tubuh yang tidak optimal (lebih pendek dibandingkan pada umumnya).
 - b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya.
 - c. Menurunnya kesehatan reproduksi.
 - d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah.
 - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

B. Faktor Pengaruh Terjadinya *Stunting*

1. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan

manusia dilakukan dengan panca indra yaitu indra pengelihatn, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2011). Penelitian Wati (2018) menunjukkan terdapat hubungan signifikan ($p=0,008$) antara tingkat pengetahuan dengan status gizi anak balita berdasarkan berat badan menurut usia (BB/U) usia 1-5 tahun di Desa Duwet Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten.

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pendidikan, persepsi, motivasi, serta pengalaman (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin luas pula pengetahuannya. Bukan berarti seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah mutlak memiliki pengetahuan yang rendah. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan yang tidak hanya dapat diperoleh dari pendidikan formal tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal.

Tingkat pengetahuan tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Tahu mempunyai arti sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk diantaranya adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima (Notoatmodjo, 2010). Oleh karena itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah.

Menurut Notoatmodjo (2010) memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang memahami suatu objek atau materi harus bisa menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya. Aplikasi merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* yaitu penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, prinsip dan sebagainya.

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitan satu sama lain. Kemampuan analisis seseorang dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokan, dan sebagainya.

Sistesis adalah menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk dapat digunakan untuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sistesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Evaluasi memiliki arti kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ditentukan.

2. Sikap Ibu

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan domain perilaku yang dipengaruhi oleh pengetahuan pikiran, keyakinan, serta emosi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa sikap yang baik dipengaruhi oleh pengetahuan yang baik dan sikap yang kurang baik dipengaruhi oleh pengetahuan yang kurang baik pula (Notoatmodjo, 2010). Penelitian Safitri dkk (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,04$) antara sikap ibu dengan status gizi anak balita di wilayah kerja Puskesmas Kota Singkawang. Penelitian Rahmatilah (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan ($p=0,001$) antara sikap ibu dengan status gizi anak balita di wilayah RW 15 Kelurahan Wonokusumo Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Berbeda dengan penelitian Lestari (2015) menunjukkan bahwa terdapat hubungan tidak signifikan ($p=0,138$) antara sikap ibu dengan status gizi balita di Desa Malangjiwan Kecamatan Colomadu Kabupaten Karanganyar. Sikap ibu balita merupakan kesiapan atau kesediaan ibu untuk merespon sesuatu tentang pemberian makan balita. Sikap dapat dinilai dengan melakukan wawancara *pre test* dan *post test*.

Teori WHO dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan, sikap menggambarkan suka atau tidaknya seseorang terhadap objek, yang diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan seperti :

- a. Sikap dapat terwujudnya suatu tindakan yang tergantung pada situasi saat itu.
- b. Sikap dapat diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengarah pada pengalaman orang lain.
- c. Sikap dapat diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan jika didasarkan pada banyak atau tidaknya pengalaman seseorang.
- d. Dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

Menurut Notoatmodjo (2011), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

- a. Menerima (Receiving)
Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Merespon (Responding)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah orang itu menerima ide tersebut.
- c. Menghargai (Valuing)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang mengajak ibu yang lain (tetangga, saudaranya dsb) untuk menimbang anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa si ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.
- d. Bertanggung Jawab (Responsible)
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi. Misalnya

seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapatkan tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

3. Keterampilan Ibu

Keterampilan yaitu perilaku yang menunjukkan kemampuan individu dalam melakukan tugas mental atau fisik tertentu yang dapat diobservasi. Menurut Maulana (2012) untuk mengembangkan keterampilan, sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba sendiri. Penelitian Lingga (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,008$) antara keterampilan ibu dengan kejadian gizi kurang pada balita di Desa Pakak wilayah kerja Puskesmas Nanga Mau Kabupaten Siantang. Pada penelitian Sofiyana dan Noer (2013) Individu yang mendapat informasi baru akan mendapat pengetahuan, mengalami perubahan sikap, dan akan mengalami peningkatan perilaku dalam pemberian makanan. Berbeda dengan penelitian Purnama dkk (2017) menunjukkan bahwa terdapat hubungan tidak signifikan antara keterampilan ibu dengan status gizi balita di Kabupaten Garut.

4. Tingkat Konsumsi

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) sesuai dengan kategori usia yang dinyatakan dalam persen. Berikut ini dalam tabel 1.

Tabel 1. Angka Kecukupan Gizi Tahun 2019

Golongan usia (Bulan)	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)
0-5 bulan	6	60	550	9
6-11 bulan	9	72	800	15
1-3 tahun	13	92	1350	20
4-6 tahun	19	113	1400	25

Sumber: Permenkes RI, 2019.

Menurut Supriasa (2012) AKG yang tersedia bukan menggambarkan AKG tiap individu melainkan untuk golongan usia, jenis kelamin, tinggi badan, dan berat badan standar. Menurut Darwin dan Muhilal (1996) dalam Supriasa (2012) perhitungan AKG untuk individu dapat

dilakukan dengan cara menyesuaikan berat badan aktual (BBA) individu dengan berat badan standar yang terdapat pada tabel AKG. Penyesuaian kebutuhan energi dan protein juga dapat dilakukan dengan cara yang sama. Tingkat konsumsi energi dan protein adalah jumlah energi dan protein yang dikonsumsi oleh setiap orang setiap harinya dibandingkan dengan kecukupan energi dan protein yang dianjurkan (Supariasa dkk, 2012). Tingkat konsumsi energi dan protein yang defisit berhubungan dengan terjadinya kejadian kurang energi dan protein (KEP).

Berikut ini hasil perhitungan persen tingkat konsumsi dikategorikan menurut Kementerian Kesehatan RI (1996) dalam Supariasa dan Kusharto (2014), yaitu:

>120%	: Diatas AKG
90 – 120%	: Normal
80 – 89%	: Defisit Tingkat Ringan
70 – 79%	: Defisit Tingkat Sedang
≤70%	: Defisit Tingkat Berat

Energi adalah zat yang diperlukan untuk makhluk hidup dan mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik. Energi dibutuhkan oleh tubuh untuk memelihara fungsi tubuh yang disebut metabolisme basal sebesar 60–70 % dari kebutuhan energi total. Kekurangan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan kurang dari yang dikeluarkan, tubuh akan mengalami keseimbangan energi negatif. Akibatnya berat badan kurang dari berat badan seharusnya atau kurus. Sementara kelebihan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan melebihi energi yang dikeluarkan. Kelebihan energi akan diubah menjadi lemak tubuh. Akibatnya berat badan melebihi berat badan yang seharusnya atau gemuk. Tingkat konsumsi energi adalah jumlah energi total yang dikonsumsi oleh setiap orang setiap harinya dibandingkan dengan kecukupan energi yang dianjurkan (Supariasa, 2012)

Protein merupakan komponen penting bagi sel hewan atau manusia. Protein yang terdapat dalam makanan berfungsi sebagai zat pembentuk dan pertumbuhan tubuh. Protein merupakan senyawa yang terdapat dalam

setiap sel hidup (Astadi, 2015). Protein berguna sebagai zat pembangun dan zat pengatur bagi tubuh. Protein sebagai pembangun berguna pada masa pertumbuhan anak. Sedangkan sebagai zat pengatur protein berperan mengatur proses metabolisme tubuh (Rizqie Auliana 1999) dalam (Astadi, 2015). Tingkat konsumsi energi dan protein mempunyai pengaruh yang besar dengan resiko terjadinya stunting. Hal ini sejalan dengan penelitian Yuliana dan Sidarta 2014 dalam Suhartono 2017, yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat kecukupan energi dan protein dengan gangguan pertumbuhan. Briend 2015 dalam Suhartono 2017 menambahkan bahwa energi dan protein sangat erat hubungannya, bila asupan energi tidak mencukupi kebutuhan untuk mempertahankan metabolisme, maka pemenuhan kecukupan energi diperoleh dari cadangan lemak dan glikogen otot. Selanjutnya jika berlangsung dalam waktu lama maka akan terjadinya katabolisme protein, guna memenuhi kebutuhan energi. Dampak yang ditimbulkan dari asupan energi yang kurang, yaitu terjadinya gangguan pertumbuhan pada anak.

5. Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dan keadaan seimbang dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Contoh gondok endemik merupakan keadaan tidak seimbangnya pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh (Supriasa dkk, 2012). Status gizi merupakan cerminan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi. Status gizi secara parsial dapat diukur dengan antropometri (pengukuran bagian tertentu dari tubuh) atau biokimia atau secara klinis (Sandjaja, 2000). Status gizi seseorang dinilai dengan memeriksa informasi mengenai pasien dari beberapa sumber. Skrining nutrisi, bersama dengan riwayat kesehatan pasien, temuan pemeriksaan fisik, dan hasil laboratorium, dapat digunakan untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya ketidaksinambungan. Sumber yang digunakan bergantung pada tiap-tiap pasien dan keadaan. Penilaian status gizi yang komprehensif kemudian dapat dilaksanakan untuk mendapatkan tujuan dan menentukan intervensi untuk memperbaiki ketidaksinambungan.

Menurut Almatier (2009) mengatakan konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi baik atau status gizi optimal

terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum dalam keadaan baik. Menurut (Daly.et al (1979) dalam Putri N (2016) menyatakan bahwa konsep terjadinya keadaan gizi mempunyai faktor dimensi yang sangat kompleks. Faktor yang mempengaruhi keadaan gizi yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pendapatan makanan dan tersedianya makanan (Supariasa (2002) dalam Putri N (2016)

Masalah gizi secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (*nutritional balance*) yaitu asupan yang melebihi atau sebaliknya, di samping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap. (Arisman (2009) dalam Putri N (2016). Status gizi seseorang juga dipengaruhi oleh asupan energi. Semua energy yang diperlukan tubuh disuplai melalui asupan makanan. Makronutrien dalam makanan dan minuman menghasilkan energi ketika dipecah. Mineral dan vitamin dalam tubuh makanan tidak menghasilkan energi meskipun beberapa diantaranya bersifat essensial dalam proses biokimia yang menghasilkan energi (Barasi (2007) dalam Putri N (2016).

6. Home Visit

Home visit atau kunjungan rumah kepada responden merupakan kegiatan pendukung bimbingan dan konseling untuk memperoleh suatu data, keterangan kemudahan dan komitmen bagi terselsaikannya permasalahan klien melalui kunjungan rumahnya. Menurut Prayitno bermakna *home visit* atau kunjungan rumah sebagai upaya mendeteksi kondisi keluarga dalam kaitannya dengan permasalahan individu atau klien yang menjadi tanggung jawab pembimbing atau konselor dalam pelayanan bimbingan dan konseling. *Home visit* adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan pasien dan keluarganya, pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan. Menurut Dihaztine (2014) *home visit* yaitu kunjungan rumah adalah upaya yang dilakukan konselor untuk mendeteksi kondisi keluarga

dalam kaitannya dengan permasalahan anak/individu agar mendapat berbagai informasi yang dapat digunakan lebih efektif.

Program *home visit* bukanlah program mahal, justru sebaliknya melalui *home visit* biaya operasional pelayanan kesehatan jauh lebih rendah dibandingkan dengan biaya operasional pelayanan di institusi. Ada beberapa kelebihan metode kunjungan rumah atau *home visit*, yaitu mendapatkan data secara langsung, dapat mencocokkan data yang sebelumnya sudah diperoleh dari tenaga medis lain, memperoleh hubungan timbal balik atau kerjasama yang sehat antara pembimbing dan orang tua, dan data yang diperoleh lebih akurat. Namun metode *home visit* pada kenyataannya jarang dilakukan karena alasan biaya operasional, jarak dan transportasi, walaupun ada program tersebut dijalankan tanpa rencana yang jelas, hanya memenuhi pencapaian target saja Chairani (dalam Damayanti, 2015).

C. Upaya Promotif dan Preventif Terhadap *Stunting*

Upaya promotif dan preventif merupakan tingkatan pencegahan pertama pada suatu penyakit. Upaya promotif yaitu dengan melalui asupan gizi seimbang, olah raga teratur, dan lain sebagainya agar orang tersebut tetap sehat, tidak terserang penyakit. Upaya promotif tidak hanya melalui peningkatan gizi tetapi dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada individu atau kelompok. Sedangkan WHO (World Health Organization) yang merupakan organisasi kesehatan dunia di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) merumuskan promosi kesehatan sebagai perluasan makna dari pendidikan kesehatan, promosi kesehatan adalah proses untuk kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Sedangkan upaya preventif adalah untuk melakukan berbagai tindakan untuk menghindari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang mengancam diri kita sendiri maupun orang lain di masa yang akan datang.

Kebijakan nasional penurunan *stunting* dalam dokumen Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dengan ditetapkannya Peraturan

Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dan dituangkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019. Upaya promotif dan preventif ini mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Selain peraturan dan kebijakan, pemerintah pusat juga telah menyusun Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting periode 2018-2024 (Stranas Stunting). Strategi Nasional menggunakan pendekatan lima pilar pencegahan stunting, yaitu: 1) Komitmen dan visi kepemimpinan; 2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; 4) Gizi dan ketahanan pangan; dan 5) Pemantauan dan evaluasi.

Home visit adalah sebagai intervensi gizi spesifik dalam upaya promotif dan preventif pencegahan masalah *stunting*. *Home visit* ibu balita ini untuk menyadarkan, berkomitmen, dan praktik dalam pemberian makanan dengan kegiatannya adalah memberikan informasi dan konseling melalui media tentang gizi seimbang dan *stunting*, perubahan perilaku ibu balita dalam pemberian makanan pada balita, serta promosi dan pemantauan tumbuh kembang balita.

1. Pengaruh *Home Visit* Terhadap Pengetahuan Ibu Balita

Home visit atau kunjungan responden mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan pada ibu balita. Penelitian yang dilakukan Chairani (dalam Damayanti, 2015) dengan menggunakan metode *home visit* di wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan diperoleh hasil bahwa ada perbedaan yang bermakna pada sebelum dan sesudah dilakukan *home visit*. Didapatkan bahwa nilai rata-rata pengetahuan sebelum dilakukan yaitu sebesar 57,58 sedangkan sesudah dilakukan *home visit* didapatkan nilai sebesar 80,03. Dengan membandingkan skor *pre test* dan *post test*, dimana peningkatan rata-rata pengetahuan responden pada sesudah dilakukan *home visit* lebih tinggi dibandingkan dengan sebelum dilakukan *home visit*. Hasil analisis uji statistik menunjukkan bahwa nilai ($p = 0,000$) memiliki arti ada perbedaan yang sangat bermakna. Hal ini dapat disimpulkan pula bahwa ada pengaruh kunjungan atau *home visit* kepada responden terhadap pengetahuan.

Tingkat pengetahuan gizi seseorang besar pengaruhnya bagi perubahan sikap dan perilaku didalam pemilihan bahan makanan yang selanjutnya berpengaruh pada keadaan gizi individu yang bersangkutan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi balita. Hal ini ditunjukkan dari hasil uji Chi Square sebesar 7,416 dengan signifikansi 0,006 (Himawan, 2006). Tidak hanya itu tingkat pengetahuan dipengaruhi dengan media yang digunakan juga, contohnya seperti menggunakan *leaflet* dan media *Microsoft Power Point*. Pada penelitian Yuliana et al. (2016) menyatakan bahwa pengetahuan gizi ibu balita pada pengukuran awal 20,3 poin meningkat menjadi 26,4 poin setelah dilakukan penyuluhan dengan media *leaflet*.

2. Pengaruh *Home Visit* Terhadap Sikap Ibu Balita

Home visit atau kunjungan responden mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan pada ibu balita. Peningkatan pengetahuan tentunya juga mempengaruhi peningkatan terhadap sikap ibu balita. Pada penelitian Andriani dkk (2017) di wilayah kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari mengemukakan bahwa ada perbedaan sikap terhadap pencegahan *stunting*. Saat dilakukan *pre test* dan *post test*, yaitu 33,28 dengan selisih rata-rata $\pm 8,31$. Hasil uji t berpasangan yang didapatkan sebesar $\pm 7,93$ dengan nilai *significancy* $p < 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga bermakna secara signifikan terhadap skor sikap.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hestuningtyas dan Noer (2013) di Kecamatan Semarang Timur mengemukakan memiliki perbedaan yang bermakna pada awal penelitian dan akhir penelitian. Pada kelompok perlakuan yaitu ($p < 0,000$), sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,591$). Maka dalam penelitian ini dapat disimpulkan ada perbedaan yang bermakna pada kelompok perlakuan mengenai sikap ibu balita terhadap zat gizi pada anak balita.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sari dan Ernawati (2018) di Desa Pandes Wedi Kabupaten Klaten Jawa Tengah tidak ada hubungan antara sikap ibu balita dengan status gizi. Berdasarkan analisis

bivariat hubungan sikap Ibu dengan status gizi balita membandingkan nilai signifikansi Sig. (2-tailed) atau probabilitas (p) dengan taraf signifikansi 5% (0,05). Ketentuan signifikan apabila nilai $p < 0,05$. Diperoleh nilai $p = 0,062$ oleh karena $p > 0,05$ ($0,062 > 0,05$) maka dapat dinyatakan tidak terdapat hubungan antara sikap orang tua terhadap status gizi.

3. Pengaruh *Home Visit* Terhadap Keterampilan Ibu Balita

Home visit atau kunjungan responden mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan pada ibu balita. Jika pengetahuan dan sikap pada ibu balita meningkat maka keterampilan ibu juga meningkat. Hal ini juga akan berpengaruh pada pemberian makan pada balita. Penelitian yang dilakukan Rakhmawati (2014) bahwa diketahui terdapat hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku ibu balita ($p < 0,05$) terhadap pemberian makan pada balita.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Birch dalam Metz, 2002) dalam Prakoso dkk (2012), dalam mengasuh anak, perilaku ibu dalam pemberian nutrisi sangat berkaitan dengan indeks massa tubuh atau status gizi dari anak. Penelitian yang dilakukan Prakoso dkk (2012) juga menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan status gizi balita sebagian besar dalam kategori normal (76,5%), kemudian untuk perilaku ibu dalam memenuhi gizi balita kategori baik (58%) dan kurang baik (42%), tingkat konsumsi kategori lengkap (34,5%) dan kurang lengkap (65,5%). Hasil uji statistik terdapat hubungan bermakna antara perilaku terhadap status gizi ($p = 0,02$), serta terdapat hubungan bermakna antara tingkat konsumsi terhadap status gizi balita ($p = 0,012$).

4. Pengaruh *Home Visit* Terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Pada Balita

Tingkat konsumsi energi dan protein memiliki pengaruh besar dalam kejadian *stunting*. Hasil analisis hubungan tingkat kecukupan protein dengan kejadian *stunting* pada anak balita menunjukkan bahwa tingkat kecukupan protein di daerah pedesaan berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak balita. Hal ini sesuai dengan penelitian di daerah pedesaan yang menunjukkan bahwa asupan protein berhubungan dengan *stunting*. Setiap penambahan satu persen tingkat kecukupan

protein, akan menambah z-skor TB/U balita sebesar 0,024 satuan (Aridiyah dkk, 2015).

Penelitian yang dilakukan Damayanti, dkk (2016) di Kelurahan Kejawan Putih Tambak Kecamatan Mulyorejo Kota Surabaya diperoleh hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi balita yang memiliki tingkat kecukupan energi, protein, zinc, dan zat besi inadekuat lebih banyak pada kelompok stunting dibandingkan kelompok non stunting. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat asupan energi, protein, zinc dan zat besi yang inadekuat akan meningkatkan risiko terjadinya stunting pada balita.

Menurut penelitian yang dilakukan Wellina, dkk (2016) di Kecamatan Brebes menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kejadian *stunting* dengan konsumsi energi dan protein. Didapatkan hasil tingkat kecukupan energi yang rendah OR = 7,71 (95% CI: 3,63 – 16,3 P = 0,001). Sedangkan untuk konsumsi protein didapatkan hasil OR=7,65 (95%CI:3,67 - 15,9 p=0,001).

Pada penelitian Kusumaningrum dan Pudjirahaju (2018) menyatakan bahwa tingkat konsumsi energi balita meningkat 9,4% setelah diberikan konseling gizi, tetapi berdasarkan hasil analisis Wilcoxon pada tingkat kepercayaan 95% tidak signifikan ($p = 0,111$).

5. Pengaruh *Home Visit* Terhadap Status Gizi Balita

Status gizi pada anak merupakan investasi masa depan yang berharga. Tak hanya bagi diri sendiri tetapi juga bagi keluarganya. Pemberian makanan ini dimulai dari bayi berusia 6 bulan. Pemberian makanan yang tepat mulai dari jenis bahan makanan, bentuk, serta jumlah makanan itu sendiri menjadi faktor yang penting untuk status gizi pada anak. Suatu program atau intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadinya *stunting* memiliki waktu yang berbeda-beda dan memerlukan waktu yang tidak singkat. Pada penelitian yang dilakukan oleh Huriah, dkk (2014) di Daerah Istimewa Yogyakarta dengan program *Home Care* sebagai kelompok intervensi dan pemberian PMT-P selama tiga bulan sebagai kelompok kontrol dapat meningkatkan status gizi balita ($p < 0,05$). Program *home care* dilakukan melalui tiga tahapan pendampingan, yaitu fase pendampingan intensif, fase pendampingan

mandiri, dan fase pendampingan penguatan. Setiap fase dilakukan selama satu bulan.

Pada pemberian program PMT dalam waktu tiga bulan, maka pada saat edukasi saat *home care* diharapkan mampu meningkatkan status gizi pada balita. Hasil analisis yang didapatkan pada *home care* dapat meningkatkan status gizi, sedangkan pada kelompok PMT-P tidak terjadi peningkatan status gizi. Hasil uji beda status gizi balita malnutrisi pada kelompok *home care* dan PMT-P menunjukkan nilai $p = 0,0001$, artinya intervensi *home care* selama tiga bulan dapat meningkatkan status gizi. *Home visit* dapat meningkatkan status gizi pada balita jika ibu memahami materi yang diberikan selama kunjungan. Tidak hanya memahami materi yang diberikan namun ibu balita juga mempraktekkannya. Sebagai contoh adalah ibu melalukan anjuran makan yang diberikan pada saat diberikan materi yaitu memberikan makanan yang sehat dan bergizi serta adekuat. Tentunya jika melakukan hal tersebut, status gizi pada balita akan meningkat. Program intervensi *home visit* yang dilakukan selama satu bulan belum dapat meningkatkan status gizi pada balita secara signifikan, tetapi hanya dapat meningkatkan berat badan dan tinggi badan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Viertanty (2019) dengan menggunakan metode konseling selama satu bulan dengan satu kali pertemuan setiap minggunya. Metode yang dijalankan pada penelittian ini dapat meningkatkan berat badan gizi kurang sebesar 0,33%, tetapi pada analisis statistik menggunakan uji *Wilcoxon* dengan tingkat kepercayaan 95%, menunjukan konseling gizi seimbang belum ada pengaruh terhadap pertumbuhan berat badan pada balita dengan $p = 0,159$. Pada penelitian yang dilakukan oleh Fitriyani dkk (2013) dengan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berat badan balita sebagian besar tidak naik (52%).

Pada penelitian Kawengian, dkk (2015) yang memperoleh hasil tidak terdapat hubungan status gizi (IMT/U) dan pengetahuan ibu dengan anak umur 1-3 tahun, nilai $p = 0,480$ ($p < \alpha = 0,05$), dan tidak terdapat hubungan status gizi (TB/U) dan pengetahuan gizi ibu pada anak umur 1-3 tahun, nilai $p = 0,113$ ($p < \alpha = 0,05$). Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik belum tentu bisa menerapkan dengan baik juga. Didukung penelitian

Lestari, dkk (2014) diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai praktik pemberian makan balita yang tidak baik (53.7%). Dengan hasil uji statistik taraf signifikansi 5% diperoleh nilai p sebesar 0,282 (nilai $p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa H_a ditolak dan H_0 diterima, yang berarti tidak ada hubungan antara praktik pemberian makan balita dengan status gizi balita di Kelurahan Mateseh Semarang. Hal ini menunjukkan bahwa makanan yang dikonsumsi balita tersebut merupakan makanan yang kurang bergizi dengan jumlah yang tidak seimbang antara energi dan jumlah nutrisi yang harus diperoleh.

D. Perencanaan Penanganan Masalah Gizi

Berdasarkan uraian kategori status gizi di atas, maka perencanaan penanganan masalah gizi yang dapat dilakukan dengan pendekatan intervensi gizi spesifik salah satunya adalah dengan pemberian penyuluhan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita dengan uraian beberapa materi sebagai berikut:

1. Gizi Bayi Usia 0 – 6 Bulan

ASI adalah makanan yang ideal untuk bayi sehingga pemberian ASI eksklusif dianjurkan selama masih mencukupi kebutuhan bayi. Langkah pertama untuk meningkatkan produksi ASI sehingga pemberian ASI eksklusif berhasil adalah dengan inisiasi menyusui dini (Nakao, 2008 dalam IDAI, 2015). Langkah kedua adalah posisi dan perlekatan yang benar, serta bayi mengisap secara efektif yaitu mengisap kuat, perlahan, dalam, disertai jeda di antara beberapa isapan (WHO, 2003 dalam IDAI, 2015). Langkah ketiga adalah menilai kecukupan ASI. Kecukupan ASI dipastikan dengan frekuensi buang air kecil 6 – 8 kali sehari, durasi menyusui 10 – 30 menit untuk satu payudara, dan kenaikan berat badan yang adekuat (*American Academy*, 2012 dalam IDAI, 2015).

Frekuensi pemberian ASI lebih tepat ditentukan berdasarkan tanda lapar. Ibu diajarkan mengenali tanda lapar yaitu bayi membuka mulut, mencari puting susu serta memasukkan tangannya ke mulut (IDAI, 2015). Jika tidak segera disusui bayi akan menangis. Kesalahan yang umum terjadi adalah ibu berpikir bahwa menangis merupakan tanda lapar dan baru menyusui saat bayi telah menangis. Padahal menangis merupakan tanda

lapar yang sudah lanjut dan saat menangis justru bayi tidak boleh disusui, seharusnya ditenangkan terlebih dulu sampai menunjukkan tanda lapar dini kembali (Iwinski, 2003 dalam IDAI, 2015).

2. Gizi Bayi Usia 6 – 11 Bulan

WHO (2003) dalam IDAI (2015) merekomendasikan pemberian MPASI yang baik yaitu memenuhi 4 syarat:

- 1) Tepat waktu (*timely*), artinya MPASI harus diberikan saat ASI eksklusif sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.
- 2) Adekuat, artinya MPASI memiliki kandungan energi, protein, dan mikronutrien yang dapat memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien bayi sesuai usianya.
- 3) Aman, artinya MPASI disiapkan dan disimpan dengan cara-cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan peralatan makan yang bersih.
- 4) Diberikan dengan cara yang benar, artinya MPASI diberikan dengan memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang seorang anak. Frekuensi makan dan metode pemberian makan harus dapat mendorong anak untuk mengonsumsi makanan secara aktif dalam jumlah yang cukup menggunakan tangan, sendok, atau makan sendiri yang disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan seorang anak.

a. MPASI untuk bayi usia 6 bulan

Menurut IDAI (2018) banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MPASI adalah sebanyak 200 kilo kalori (kcal) per hari. Pemberian MPASI pada awal usia 6 bulan dapat dimulai dengan memperhatikan tahap perkembangan anak yang sudah siap diberikan MPASI seperti bayi dapat menggenggam suatu benda dan memasukkannya ke dalam mulut, bayi mulai belajar duduk tegap secara mandiri, bayi menunjukkan respons membuka mulut ketika sendok didekatkan, dan bayi memberikan sinyal lapar dengan cara mencoba meraih makanan.

Frekuensi pemberian MPASI pada bayi berusia 6 bulan hanya 2 kali sehari. MPASI diberikan dengan jumlah 2 – 3 sendok dalam sekali makan sebagai awalan. Mulai MPASI dengan makanan yang dihaluskan sehingga menjadi bubur kental (*puree*). Dalam tahap ini bayi masih

beradaptasi dengan MPASI sehingga ibu harus sabar dan memberi dorongan kepada bayi untuk makan namun juga tidak memaksa bayi untuk menghabiskan makanan yang diberikan.

b. MPASI untuk bayi usia 6 – 9 bulan

Menurut IDAI (2018) dalam usia ini ASI terus diberikan sesuai dengan permintaan anak, karena ASI memenuhi lebih dari setengah kebutuhan energi anak. ASI yang diberikan rutin akan membantu menjaga kesehatan dan kekuatan anak. Pemberian MPASI pada anak usia 6 – 9 bulan perlu memperhatikan tahapan perkembangan anak seperti bayi dapat memindahkan makanan dari satu sisi mulut ke sisi lainnya, gigi depan bayi mulai tumbuh, bayi dapat menelan makanan bertekstur lebih kental, bayi dapat menunjukkan jari ke arah makanan dan mencoba meraih makanan untuk menunjukkan rasa lapar.

Frekuensi pemberian MPASI pada bayi berusia 6 – 9 bulan yaitu 2 hingga 3 kali sehari dengan 1 sampai 2 kali selingan. MPASI diberikan sebanyak setengah mangkuk berukuran 250 ml dalam sekali makan. Beri MPASI dengan tekstur bubur kental (*puree*) atau makanan yang dilumatkan hingga halus (*mashed*). Ibu harus tetap sabar dan memberi dorongan kepada bayi untuk makan namun juga tidak memaksa bayi untuk menghabiskan makanan yang diberikan.

c. MPASI untuk bayi usia 9 – 12 bulan

Menurut IDAI 2018 bayi pada usia 9 – 12 bulan diberikan energi tambahan dalam MPASI sebanyak 300 kkal. MPASI diberikan dengan memperhatikan tahapan perkembangan anak seperti bayi dapat merapatkan bibir ketika disuapi untuk membersihkan makanan yang ada di sendok, bayi dapat menggigit makanan dengan tekstur lebih keras seiring dengan tumbuhnya gigi, bayi dapat menyebutkan nama makanan yang diketahuinya, serta bayi dapat menggumamkan lapar dan beberapa nama makanan untuk menunjukkan rasa laparnya.

Dalam tahap ini frekuensi pemberian MPASI sebanyak 3 – 4 kali makan ditambah dengan selingan sebanyak 1 – 2 kal setiap harinya. Berikan MPASI masih sebanyak setengah mangkuk berukuran 250 ml. Tekstur MPASI yang dapat diberikan yaitu makanan yang dicincang halus (*minced*), dicincang kasar (*chopped*), atau makanan yang

dipegang oleh anak (*finger food*). Gunakan mangkuk berukuran 250 ml untuk memastikan jumlah makanan yang diberikan sudah tepat.

3. Gizi Baduta Usia 12 – 24 Bulan

Bayi usia 12 – 24 bulan terus diberikan ASI sesuai permintaan anak, karena ASI dapat memenuhi kebutuhan anak hingga sepertiga kebutuhan energi. Anak juga diberikan MPASI untuk melengkapi kebutuhan energi perharinya yaitu sebanyak 550 kkal. Pada usia ini anak diberi 3 – 4 kali makan dan 1 – 2 kali selingan tiap harinya. Porsi MPASI perlahan ditingkatkan menjadi tiga perempat mangkuk berukuran 250 ml sekali makan. Tekstur makanan yang diberikan yaitu makanan keluarga yang dihaluskan atau dicincang seperlunya (IDAI, 2018).

Tabel 2. Pola Pemberian MP-ASI

Usia (Bulan)	ASI	Makanan Lumat	Makanan Lembik	Makanan Keluarga
0 – 6				
6 – 9				
9 – 12				
12 – 24				

Sumber: Permenkes RI Nomor 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang

Tabel 1 menunjukkan bentuk makanan yang tepat diberikan untuk bayi berdasarkan kategori usianya.

- a. Makanan lumat yaitu sayuran, daging/ikan/telur, tahu/tempe dan buah yang dilumatkan/disaring, seperti tomat saring, pisang lumat halus, pepaya lumat, air jeruk manis, bubur susu dan bubur ASI. Contoh lain makanan lumat yang mudah dibuat oleh ibu yaitu bubur sumsum kacang hijau sebagai MPASI sederhana, dan MPASI lengkap seperti bubur beras merah, bubur tepung jagung, bubur singkong saos jeruk, bubur kentang saus pepaya.
- b. Makanan lembik atau dicincang yang mudah ditelan anak, seperti bubur nasi campur, nasi tim halus, bubur kacang hijau. Contoh MPASI lengkap

dengan bentuk makanan lembik atau cincang yaitu nasi tim kangkung saos pepaya, tim jagung muda saos melon, tim menado pisang. MPASI sederhana dengan bentuk makanan lembik atau cincang seperti nasi tim beras merah, nasi tim tempe

- c. Makanan keluarga seperti nasi dengan lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah.

4. Penyimpanan ASI

Dalam suatu keadaan Ibu tidak bisa menyusui langsung kepada anaknya sedangkan anak harus terus terpenuhi kebutuhan energi untuk masa pertumbuhannya. Seorang ibu dengan pekerjaan yang padat maka perlu melakukan kegiatan perah ASI sebagai cadangan makanan untuk diberikan pada anak ketika ibu jauh dari anaknya. Berikut adalah tips pemerahan ASI menurut Satgas ASI IDAI (2013):

- 1) Pompa payudara sesuai jam bayi minum jika ibu jauh dari anak.
- 2) Untuk meningkatkan jumlah ASI yang diperah, kompres payudara dengan air hangat dan pijat dengan lembut sebelum pemerahan.
- 3) Jangan putus asa bila saat awal pemerahan jumlah ASI yang keluar sedikit. Dengan memompa secara rutin biasanya akan meningkatkan produksi ASI dalam 2 minggu.
- 4) Simpan ASI sejumlah yang diminum bayi. Coba sedikit-sedikit. Sejumlah kecil yang dicairkan lebih cepat mencair dan lebih sedikit ASI yang terbuang bila bayi hanya sedikit minum dari biasanya.
- 5) Jika anda memompa saat kerja, dinginkan atau gunakan *portablecooler bag*.
- 6) ASI dapat disimpan di lemari pendingin selama 72 jam. Jika ibu tidak ingin memakainya pada periode waktu tersebut, bekukan ASI. Ibu dapat menggunakan tempat penampung yang bersih. Kantong plastik atau botol.
- 7) Jika ibu akan memompa dan menyimpan ASI secara teratur, pertimbangkan untuk menggunakan kantong plastik yang didisain untuk menyimpan ASI. Kemudian ujung plastik ditutup dengan menggunakan perekat plastiknya. Kumpulan kantong plastik kecil itu dimasukkan dalam kantong plastik besar untuk melindungi dan menghindari robek

atau lubang. Beri label berisi tanggal dan waktu pemerahan pada tiap kantong plastik.

- 8) ASI beku aman untuk penyimpanan jangka panjang tergantung dari suhu freezer di mana ASI di simpan.
- 9) ASI yang dicairkan dapat bertahan 24 jam di lemari pendingin.
- 10) Berikan sedikit ruangan pada bagian atas wadah. Seperti kebanyakan cairan lain, ASI akan mengembang bila dibekukan.
- 11) Untuk mencairkan ASI, tempatkan di dalam wadah berisi air hangat untuk beberapa menit.
- 12) Jangan menggunakan microwave untuk mencairkan atau menghangatkan ASI.
- 13) Jangan memasak ASI
- 14) Dengan perlahan kocoklah ASI untuk mencampur lemak yang telah mengapung.

ASI yang telah melalui proses penyimpanan dingin atau beku maka perlu dilakukan proses penghangatan ASI agar bayi dapat menerima ASI dengan baik. Menurut Yohmi Satgas IDAI (2014) tips dalam menghangatkan ASI perah yang telah dibekukan sebagai berikut:

- 1) Cek tanggal pada label wadah ASI. Gunakan ASI yang paling dulu disimpan.
- 2) ASI tidak harus dihangatkan. Beberapa ibu memberikannya dalam keadaan dingin.
- 3) Untuk ASI beku, pindahkan wadah ke lemari es selama 1 malam atau ke dalam bak berisi air dingin. Naikkan suhu air perlahan-lahan hingga mencapai suhu pemberian ASI.
- 4) Untuk ASI dalam lemari es, hangatkan wadah ASI dalam bak berisi air hangat atau air dalam panci yang telah dipanaskan selama beberapa menit. Jangan menghangatkan ASI dengan api kompor secara langsung.
- 5) Jangan menaruh wadah dalam microwave. Microwave tidak dapat memanaskan ASI secara merata dan justru dapat merusak komponen

ASI dan membentuk bagian panas yang melukai bayi. Botol juga dapat pecah bila dimasukkan ke dalam microwave dalam waktu lama.

- 6) Goyangkan botol ASI dan teteskan pada pergelangan tangan terlebih dahulu untuk mengecek apakah suhu sudah hangat.
- 7) Berikan ASI yang dihangatkan dalam waktu 24 jam. Jangan membekukan ulang ASI yang sudah dihangatkan.

ASI yang telah mengalami serangkaian proses di atas akan terjadi beberapa perubahan kondisi seperti rasa ASI yang seperti sabun hal ini dikarenakan hancurnya komponen lemak dalam ASI. Bau anyir pada ASI juga sering terjadi karena kandungan lipase (enzim pemecah lemak) tinggi. ASI dalam kondisi ini masih aman untuk dikonsumsi dan kualitas ASI masih lebih baik dibandingkan dengan susu formula.

5. Gizi Balita Usia 3 – 5 Tahun

Menurut Pritasari dkk (2017) jadwal makan baik itu makan utama maupun *snack* harus diberikan secara teratur dan terencana. Kondisi ini akan membuat ritme saluran cerna menjadi terpola sehingga saluran cerna anak akan bekerja dengan baik. Lama waktu makan maksimum 30 menit. Diantara waktu makan anak hanya boleh mengonsumsi air putih dan jangan terlalu banyak.

Seorang ibu atau pengasuh harus mampu menciptakan pola makan yang baik untuk anak, sehingga anak dapat belajar pola makan yang baik serta memilih makanan yang sehat melalui teladan orang tua dan keterlibatannya dalam aktifitas makan. Jadikan kebiasaan makan yang ingin dibiasakan dalam keluarga sebagai bagian dari kesepakatan antara anak dan orang tua serta keluarga, anak perlu tau semua alasan dibalik kesepakatan tersebut, dimana salah satunya adalah supaya tubuh tetap dalam kondisi sehat.

Menurut Irianto (2014) mengatakan pada prinsipnya menu anak yang lebih dari 1 tahun sama dengan orang dewasa hanya saja perlu memperhatikan konsistensi makanan dan rasa makanan yang tidak pedas. Menu yang baik adalah menu seimbang yaitu makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur, dan buah. Bisa pula ditambahkan susu ataupun didampingi ASI ketika anak masih berusia kurang dari 2 tahun.

6. Sepuluh Pesan Gizi Seimbang

Dalam pemberian makan untuk anak akan lebih baik bila makanan sehat, bergizi, dan seimbang. Makanan yang bergizi baik untuk memenuhi kebutuhan energi dalam masa pertumbuhan dan perkembangan anak. Berikut adalah Sepuluh Pesan Gizi Seimbang yang disarankan oleh Direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun (2019):

- 1) Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan pokok
- 2) Batasi konsumsi pangan manis, asin, dan berlemak
- 3) Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan ideal
- 4) Biasakan mengonsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi
- 5) Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir
- 6) Biasakan sarapan pagi
- 7) Biasakan minum air putih yang cukup dan aman
- 8) Banyak makan buah dan sayur
- 9) Biasakan membaca label pada kemasan pangan
- 10) Syukuri dan nikmati aneka ragam makanan

7. Cara Pengolahan Makanan

Ada berbagai macam jenis makanan yang dapat diberikan kepada anak dengan cara pemberian yang tepat sesuai dengan tingkatan usianya. Menurut Pritasari dkk (2017) berikut ini adalah contoh pemberian MPASI dengan cara pengolahan berdasarkan kategori usianya yaitu:

a. Apel

Apel mengandung karbohidrat dan vitamin A baik untuk diberikan kepada anak dengan cara pengolahan sesuai usia yaitu untuk usia 6 – 12 bulan apel dikukus kemudian dilumatkan. Cara ini juga bisa digunakan untuk campuran bubur buah. Usia 1 – 2 tahun apel dikupas dan dipotong kecil-kecil untuk melatih giginya menggigit. Usia 2 – 3 tahun apel dapat diberikan secara langsung setelah dicuci bersih dan dipotong-potong.

b. Alpukat

Buah alpukat dikenal sebagai buah paling bergizi dengan kandungan kaya lemak serta vitamin C. Pemilihan alpukat yang sudah tua dengan tekstur dagingnya yang lembut dan tebal cocok untuk

diberikan kepada anak. Usia 6 – 9 bulan buah dilumatkan sebagai campuran bubur buah pir. Usia 8 12 bulan buah dilumatkan sebagai campuran bubur beras atau buah. Usia 1 tahun keatas bisa diberikan sebagai jus atau makanan selingan.

c. Jeruk

Sama dengan alpukat buah jeruk kaya akan vitamin C. Usia 6 bulan ke atas jeruk diperas dan airnya digunakan sebagai campuran bubur buah. Usia 1 tahun ke atas ibu dapat memisahkan bagian jeruk dari bijinya dan memberikannya langsung pada anak.

d. Bayam

Bayam bermanfaat karena kandungan kalsium, zat besi, dan vitamin A yang tinggi. Usia 6 – 9 bulan bayam diolah menjadi bubur saring setelah di tim dan dicampurkan dengan nasi tim yang dilumatkan dan disaring. Usia 9 – 12 bulan bisa disajikan langsung setelah ditim. Usia 1 – 2 tahun disajikan dalam bentuk sayur bening. Kandungan gizi pada bayam akan rusak jika dipanaskan atau setelah dimasak lebih dari 6 jam, maka masak untuk sekali penyajian saja dan segera dimakan.

e. Brokoli

Brokoli kaya akan vitamin A yang berfungsi sebagai antioksidan. Usia 7 – 12 bulan brokoli dikukus kemudian dilumatkan, dapat dijadikan sebagai campuran bubur bayi. Usia 1 tahun ke atas brokoli dikukus dan disajikan sebagai *finger food*.

f. Daging sapi

Daging sapi adalah sumber protein dan zat besi. Pada usia 9 – 12 bulan anak dapat diberikan daging sapi yang dicincang sebagai campuran bubur. Usia 1 tahun ke atas daging dicincang dibuat campuran perkedel atau semur.

g. Hati ayam

Hati ayam mengandung vitamin A yang baik juga untuk penambahan hemoglobin dalam darah. Pada usia 7 – 12 bulan hati ayam ditim dan diberikan sebagai campuran bubur saring. Usia 1 tahun ke atas hati ayam dipotong kecil dan dibuat semur.

h. Ikan kakap

Protein dan Omega 3 didapat dari mengonsumsi ikan. Anak usia 6 – 9 bulan diberikan sebagai campuran bubur saring. Usia 9 – 12 bulan ikan disuir sebagai campuran bubur padat. Usia 1 tahun ke atas ikan dikukus sebagai lauk atau digoreng tepung menjadi *fish nugget*.

i. Ikan teri

Ikan teri kaya akan kalsium. Anak usia 12 – 18 bulan dapat diberikan ikan teri sebagai campuran dalam nasi tim. Usia 18 bulan ke atas ikan teri digoreng atau dibuat sebagai lauk yaitu perkedel.

8. Kesulitan Pemberian Makanan pada Anak

Kesulitan makan pada anak merupakan hal yang wajar karena anak mungkin baru merasakan atau sudah bosan dengan makanan yang diberikan sebelumnya. Sulit makan berkepanjangan berakibat menurunnya asupan kalori yang dibutuhkan oleh anak sehingga dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Menurut Bonnin (2006) dalam Galuh (2016) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemberian makanan untuk anak yang susah makan antara lain:

a. Jadwal makan

Pemberian makanan menurut jadwal makanan utama dan makanan selingan (*snack*) yang teratur. Saat makan sebaiknya tidak lebih dari 30 menit. Saat makan utama ibu diharapkan tidak menawarkan camilan lain kecuali minum.

b. Kondisi lingkungan saat makan

Lingkungan yang menyenangkan saat makan akan membuat anak semangat untuk menghabiskan makanannya. Hindari waktu makan dengan kegiatan-kegiatan yang dapat memecahkan fokus anak untuk menghabiskan makanannya seperti mainan, televisi, perangkat permainan elektronik. Menciptakan kondisi yang bersih saat makan juga perlu untuk melatih anak agar dapat membiasakan diri hidup bersih dengan cara menyiapkan serbet untuk alas makan.

c. Prosedur pemberian makan

Pemberian makanan sesuai dengan porsi dan tingkatan usianya. Saat makan berikan minum bila anak merasa kesulitan dalam menelan makanannya, dan akhiri makan dengan minum. Biasakan anak untuk

makan sendiri. Bila anak menunjukkan tanda tidak mau makan (mengatupkan mulut, memalingkan kepala, menangis), tawarkan kembali makanan secara netral, yaitu tanpa membujuk ataupun memaksa. Dalam waktu 10 – 15 menit anak tetap tidak mau makan maka akhiri proses makan. Ibu dapat membersihkan mulut anak jika makan sudah selesai.