

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. *Stunting* pada Baduta Usia 6-24 bulan

Baduta adalah sebutan yang ditujukan untuk anak usia bawah dua tahun atau sekitar 0-24 bulan (Depkes RI, 2006). Masa baduta (bawah dua tahun) merupakan "*Window of opportunity*". Pada masa ini, seorang anak memerlukan asupan zat gizi yang seimbang baik dari segi jumlah maupun proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal (Soeparmanto dalam Putri, 2008).

*Stunting* merupakan keadaan yang menggambarkan kegagalan pertumbuhan pada anak baduta, yang ditandai dengan tinggi badan yang rendah menurut anak seusianya. Anak dikatakan pendek (*Stunting*) jika tingginya berada dibawah -2 SD dari standar WHO (Dewey & Begum, 2010 dan WHO, 2005). *Stunting* merupakan keadaan kurang gizi dalam jangka waktu yang lama dan berlangsung secara terus menerus. Kekurangan gizi kronis dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan hingga usia dua tahun yakni 270 hari (9 bulan) masa kehamilan ibu, ditambah 730 hari (usia 0-2 tahun) setelah anak lahir atau yang sering disebut dengan 1000 hari pertama kehidupan. Dilansir dari Buku Saku Desa dalam Penanganan *Stunting*, *Stunting* disebabkan karena:

- 1) "Kurang nya asupan gizi dalam jangka waktu yang lama sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun.
- 2) Anak sering sakit terutama diare, campak, TBC dan penyakit infeksi lainnya
- 3) Keterbatasan air bersih dan sanitasi
- 4) Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga rendah." (Kemendesa PDTT, 2018).

Baduta yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada gilirannya *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (Setiawan, 2018). Jika kebutuhan gizi anak terpenuhi dengan baik, maka potensi anak pun bisa berkembang optimal dan perkembangan otak terjadi dengan pesat. Sebaliknya bila pada periode ini kecukupan pangan yang bergizi dan berkualitas tidak diberikan maka pertumbuhan otak tidak optimal, imunitas yang kurang sehingga pada saat dewasa cenderung menderita penyakit tidak menular dan berpotensi menjadi

tidak produktif (Trihono,2015). Dengan usia kerja yang tidak produktif maka akan menjadi beban negara. Beban ekonomis penyakit tidak menular sangatlah besar. Sebagai gambaran selama 6 bulan (Januari – Juni 2014) biaya katastrofik terbanyak didominasi oleh 4 besar penyakit tidak menular berturut-turut: penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, dan diabetes melitus, dengan besaran biaya >3,5 trilyun rupiah (Trihono,2015).

Di Indonesia, sekitar 30,8% atau sekitar 150,8 juta balita mengalami *stunting* (Riset Kesehatan Dasar/ Riskesdas 2018), sedangkan target RPJM 2019 adalah 28% (Riskesdas, 2018) dan target Global WHO adalah 20% (Dalam Depkes, 2018). Di desa Kranggan Kecamatan Ngajum Kabupaten Malang prevalensi baduta *stunting* usia 0-59 bulan adalah 20,62% atau sekitar 59 balita mengalami *stunting* (Laporan penimbangan pelayanan gizi tingkat desa di Puskesmas Ngajum, Desember 2019). Namun terdapat 30 anak baduta (bayi dua tahun) atau 38% anak mengalami *stunting* (Laporan buku timbang Desa Kranggan, Januari 2020). 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

Kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu yang lama akan dapat meningkatkan gangguan pertumbuhan, kebutuhan zat gizi dan energi tiap baduta tidak sama hal ini dipengaruhi oleh jenis kelamin dan usia. Menurut Bahmat (2010) Jenis kelamin menentukan besar kecilnya kebutuhan energi protein

seseorang. *Stunting* lebih banyak ditemukan pada anak berjenis kelamin laki-laki hal ini disebabkan karena perkembangan motorik kasar anak laki-laki lebih cepat dan beragam dari pada anak perempuan sehingga membutuhkan energi lebih banyak, sejalan dengan penelitian Nadiya, dkk. (2014) menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih banyak mengalami *stunting* (35.7%) dibandingkan anak perempuan (31.6%). Menurut Damayanti (2016) prevalensi *stunting* pada anak laki-laki lebih banyak disebabkan karena laki-laki lebih beresiko untuk mengalami kekurangan gizi akibat lebih banyaknya kebutuhan energi protein pada laki-laki. Selain jenis kelamin, kebutuhan zat gizi juga dipengaruhi oleh usia anak karena tahap perkembangan dan pertumbuhan baduta dari waktu ke waktu membutuhkan energi dan zat gizi yang berbeda.

## **B. Pemberian Makan**

Pemberian makan selama masa kanak-kanak penting untuk pertumbuhan fisik dan mental yang normal serta untuk kesehatan di kemudian hari. Di lansir dari *International Breastfeeding Journal* mengungkapkan bahwa “Praktek pemberian makan yang benar sejak dini sangat penting untuk pertumbuhan fisik dan mental yang normal, untuk memiliki perkembangan normal, kekebalan optimal, mengurangi kondisi atopik, dan melatih anak dalam kebiasaan makan yang benar. Sudah diketahui bahwa kurang gizi serta obesitas pada anak usia dini dikaitkan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas di kemudian hari.” (Perera, P.J., Fernando, M., Warnakulasuria, T. *et al*, 2011). Dalam praktek pemberiannya seorang ibu harus memperhatikan pemberian makan pada baduta dari segi kualitas, maupun kuantitasnya. Praktik pemberian makan (pengetahuan dan sikap) ibu erat kaitannya dengan tingkat konsumsi dan status gizi baduta. Kurangnya pengetahuan gizi dan kesehatan orang tua, khususnya ibu merupakan salah satu penyebab terjadinya kekurangan gizi pada balita, pengetahuan juga mempengaruhi konsumsi pangan seseorang yang dimana pengetahuan gizi yang dimiliki berpengaruh terhadap keragaman jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi oleh balita (Hayati dan Yunitasari, 2011). Sikap ibu juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk. Sikap yang kurang baik terhadap pemberian makanan pada ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi anak, sehingga menghasilkan anak yang kurang gizi (Hayati, 2011). Perilaku ibu juga erat kaitannya dengan masalah kekurangan gizi pada anak balita dapat dilihat dari adanya kebiasaan yang salah dari ibu terhadap gizi anak balitanya. Kurangnya gizi pada balita dapat juga

disebabkan oleh perilaku ibu dalam memilih bahan makanan yang tidak benar, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan yang sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu (Mardiana, 2006). Pada tahun 2001 WHO merekomendasikan agar bayi disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama dan setelah itu diberikan makanan pendamping yang bergizi dan terus menyusui hingga usia dua tahun atau lebih. WHO mendefinisikan pemberian ASI Eksklusif sebagai pemberian ASI hanya bayi, tidak termasuk makanan padat atau cairan lain (termasuk susu formula bayi) kecuali obat-obatan, vitamin, dan mineral. Asi yang diberikan secara 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
- 3) ASI memberikan manfaat pada bayi karena mudah dicerna apabila ketika pencernaannya belum begitu sempurna (dibawah usia 6 bulan)
- 4) Mengandung lipase untuk pencernaan lemak
- 5) Mempertinggi penyerapan kalsium
- 6) Sebagai faktor pelindung yaitu faktor pertumbuhan dan imunoglobulin karena mengandung zat kekebalan tubuh (imunitas). (dr. Yohana Margarita, 2015).

Setelah pemberian ASI eksklusif 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 *WHO Global Strategy for Feeding Infant and Young Children 2013*.

Pemberian MPASI baiknya memenuhi 4 syarat:

- 1) Tepat waktu (*timely*), MPASI : diberikan saat Asi Eksklusif sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi
- 2) Adekuat, MPASI memiliki kandungan energi, protein, dan mikronutrien memenuhi kebutuhan bayi sesuai usianya
- 3) Aman, MPASI disiapkan dan disimpan dengan cara cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan peralatan makan yang bersih
- 4) Diberikan dengan cara yang benar (*properly fed*), MPASI diberikan dengan memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang seorang anak. (GSIYCF, 2013).

Tanda bayi siap diberikan MP-Asi:

- 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. 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 makanan selingan + ASI kali makan dan tingkatkan secara perlahan sampai $\frac{1}{2}$ dari cangkir mangkuk ukuran 250 ml tiap kali makan
9-12 bulan	3-4x makanan lembik + 1-2x makanan selingan + ASI	$\frac{1}{2}$ mangkuk ukuran 250 ml
12-24 bulan	3-4x makanan keluarga + 1-2x makanan selingan + ASI	$\frac{3}{4}$ 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	MPASI	MPASI	MPASI
10.00	ASI/ Makanan Selingan	ASI/ Makanan Selingan	Makanan Selingan
14.00	ASI	ASI	ASI
16.00	Makanan Selingan	Makanan Selingan	Makanan Selingan
18.00	MPASI	MPASI	MPASI
20.00	ASI	ASI	ASI
22.00	ASI	ASI	
24.00	ASI	ASI	
03.00	ASI		

Bila bayi masih menghendaki

- 1) Umur 6-8 bulan:
  - a. Makanan utama: MP-ASI saring/ lumat
  - b. Makanan selingan: buah, biscuit, bubur sum-sum.
- 2) Umur 9-11 bulan :
  - a. Makanan utama: MPASI kasar/ makanan keluarga yang dimodifikasi (lembik, berbumbu ringan tetapi tidak pedas)
  - b. Makanan selingan: biscuit, buah, puding, bubur sum-sum, dsb.
- 3) Umur 12-23 bulan:
  - a. Makanan utama: makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, mungkin masih lembik/lunak

- b. Makanan selingan: berbagai buah dan kue, biskuit, puding, kolak atau bubur kacang hijau, dsb.

#### Makanan Keluarga

- a) Pada usia 1 tahun, bayi diharapkan sudah dapat menerima makanan keluarga 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.
- b) 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 peneruan yang sesuai dengan frekuensi lebih sering. Makanan utama dan makanan selingan disertai ASI atau susu 2-3 kali sehari.

### **C. Penanganan Masalah dengan Edukasi Gizi**

Edukasi gizi menurut Fasli Jalal (2010) adalah suatu proses yang berkesinambungan untuk menambah pengetahuan tentang gizi, membentuk sikap dan perilaku hidup sehat dengan memperhatikan pola makan sehari-hari dan faktor lain yang mempengaruhi makanan, serta meningkatkan derajat kesehatan dan gizi seseorang. Tujuan dari pemberian edukasi gizi adalah mendorong terjadinya perubahan perilaku yang positif yang berhubungan dengan makanan dan gizi.

Edukasi bisa dilakukan melalui beberapa media dan metode. Edukasi yang dilaksanakan dengan bantuan media akan mempermudah dan memperjelas audiens dalam menerima dan memahami materi yang disampaikan. Selain itu, media juga dapat membantu edukator dalam menyampaikan materi.

Dengan demikian kegiatan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki pengetahuan, sikap, dan tingkat konsumsi pada baduta adalah edukasi gizi. Edukasi gizi mampu meningkatkan praktik pemberian makan ibu dan tingkat konsumsi energi - protein pada baduta meskipun pertumbuhan anak tidak meningkat secara langsung. Menurut Alfiah (2015) ibu yang memiliki pengetahuan tentang edukasi gizi (MP-ASI) kurang akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan energi dan zat gizi lainnya. Hasil penelitian Jayanti (2015), menunjukkan hubungan yang signifikan antara konsumsi energi dan protein terhadap kejadian *stunting*. Balita usia 6-24 bulan yang memiliki tingkat konsumsi energi kategori defisit mengalami kejadian *stunting* lebih tinggi, yaitu

sebesar 46,8%. Demikian juga pada balita yang mempunyai tingkat konsumsi protein kategori defisit mengalami kejadian *stunting* lebih tinggi, (51,9%). Hasil penelitian Dewi dan Aminah (2013) menunjukkan ada pengaruh edukasi gizi (MPASI) terhadap *feeding practice* ibu yang memiliki balita *Stunting* usia 6-24 bulan ( $p=0,003$ ) dengan menggunakan metode ceramah dan tanya jawab secara individual. Kegiatan tersebut dilakukan sebanyak tiga kali dengan selang waktu 1 minggu. Skor pengetahuan dan *feeding practice* ibu sebelum edukasi berkisar 47-53% kategori kurang. Sedangkan, setelah edukasi menunjukkan peningkatan 75-87% kategori baik. Edukasi gizi kepada ibu dan para pengasuh baduta 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 edukasi gizi terbukti mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu baduta.

#### **D. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, dkk, 2007).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

##### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita kelompokkan berdasarkan kriteria yang dikemukakan oleh Baliwati dkk (2006) sebagai berikut:

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

#### **E. Sikap**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap memiliki empat tingkatan dari yang terendah hingga tertinggi yaitu menerima, merespon, menghargai, dan bertanggung jawab (Notoadmojo 2007). Sikap gizi adalah tahapan lanjut dari pengetahuan gizi dan mengarah pada perilaku terkait gizi. 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 sikap yang kurang baik pula (Notoadmojo, 2010). Tingkatan dari sikap adalah:

a. Menerima (*receiving*)

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

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, 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 berani mengedekakan dan bahwa orang tersebut menerima ide tersebut.

c. 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.

d. 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 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:

$$\text{Total Nilai (\%)} = \frac{\text{Nilai yang diperoleh}}{\text{Total nilai maksimal}} \times 100\%$$

Selanjutnya dikelompokkan berdasarkan kriteria yang dikemukakan oleh Wawan dan dewi (2010) sebagai berikut:

1. Baik (jawaban terhadap kuisisioner 76-100% benar)
2. Cukup (jawaban terhadap kuisisioner 56-75% benar)
3. Kurang (jawaban terhadap kuisisioner < 56% benar).

## **F. Tingkat Konsumsi Energi-Protein**

Menurut Supariasa, dkk (2016), tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dinyatakan dalam persen. Status gizi merupakan gambaran ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi oleh tubuh (Susetyowati, 2016).

Menurut Almatsier (2009), konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum dalam keadaan baik. Sediaoetama (2006) menyatakan bahwa keadaan kesehatan gizi juga tergantung dari tingkat konsumsi energi dan zat gizi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lain. Kuantitas menunjukkan kwantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Apabila susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya.

Pengukuran konsumsi makanan tingkat individu bertujuan untuk mengetahui pola dan jumlah konsumsi individu yang berhubungan dengan keadaan kesehatannya (Supariasa, dkk. 2016). Metode pengukuran konsumsi makanan individu dapat dilakukan dengan metode kuantitatif yaitu melalui *recall-24 jam (24-hours recall)*. Untuk menilai tingkat konsumsi makanan (energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan atau AKG (Angka Kecukupan Gizi). AKG yang dianjurkan untuk balita disajikan dalam Tabel 4.

Tabel 4. Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013

<b>KelompokUmur</b>	<b>BB (kg)</b>	<b>TB (cm)</b>	<b>Energi (kkal)</b>	<b>Protein (gram)</b>
0-6 bulan	6	61	550	12
6-12 bulan	9	71	700	16
12-36 bulan	13	91	1050	20

Sumber: Kemenkes RI, 2013

Menurut Darwin dan Muhilal (1996) dalam Supariasa, dkk (2012) pada Tabel 4 menunjukkan AKG untuk kelompok umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan sesuai standar, jadi bukan menggambarkan AKG tiap individu. Untuk mengukur AKG individu dapat dihitung dengan melakukan koreksi terhadap berat badan aktual individu tersebut dengan berat badan standar yang tercantum pada tabel AKG.

$$\text{AKG Individu} = \frac{\text{BB Aktual}}{\text{BB standar pada tabel AKG}} \times \text{nilai AKG}$$

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

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Asupan Energi Aktual}}{\text{AKG Energi}} \times 100$$

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{Asupan Protein Aktual}}{\text{AKG Protein}} \times 100$$

Hasil perhitungan tingkat konsumsi tersebut selanjutnya akan dinyatakan dalam % AKG yang dapat dikategorikan berdasarkan Ditjen Bin Kes Mas Depkes RI (1996), yaitu :

Lebih	: > 120 % AKG
Normal	: 90-120 % AKG
Defisit Tingkat Ringan	: 80-89 % AKG
Defisit Tingkat Sedang	: 70-79 % AKG
Defisit Tingkat Berat	: < 70 % AKG.

### **G. Pengaruh Edukasi Gizi terhadap Pengetahuan Ibu**

Perubahan perilaku pada seseorang salah satunya dipengaruhi oleh pengetahuan. Sehingga akan timbul kesadaran dan pada akhirnya orang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuannya tersebut. Apabila perubahan perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Sebaliknya jika perubahan perilaku didasari dengan pengetahuan dan kesadaran maka proses informasi yang didapatkan akan berlangsung lama atau responden akan memahami betul informasi yang didapatkan (Notoadmodjo, 2012). Untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang edukasi gizi maka dapat diberikan melalui pemberian edukasi gizi dengan penyuluhan.

Edukasi gizi dapat meningkatkan pengetahuan ibu baduta khususnya tentang pemberian makan. Ibu baduta yang memiliki pengetahuan baik tentang gizi akan membantunya dalam memilih bahan makanan dan dalam pemberian asupan bagi anak. Dengan demikian kebutuhan tubuh anak akan zat gizi terpenuhi (Moehji, 2002). Hasil penelitian Heryanto (2017) menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi pemberian makan pada baduta yaitu pengetahuan ibu. Dimana ibu dengan pengetahuan yang baik cenderung tidak memberikan MP-ASI sebelum usia seharusnya dibandingkan dengan ibu yang pengetahuannya kurang. Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian Kumalasari, dkk (2015) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian makanan pendamping ASI dini di 18 wilayah binaan Puskesmas Sidomulyo Pekan Baru didapatkan hasil bahwa ibu yang memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori “tidak baik” memiliki risiko sebesar 2,425 kali untuk memberikan MP-ASI dini pada bayi usia < 6 bulan. Sejalan juga dengan hasil penelitian Jesmin dkk. (2012) menyatakan bahwa pengetahuan gizi ibu adalah salah satu factor yang mempunyai pengaruh signifikan pada kejadian *stunting*.

#### **H. Pengaruh Edukasi Gizi terhadap Sikap Ibu**

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau akitivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoadmodjo, 2012). Menurut Notoatmodjo (2010) menyatakan 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 di pengaruhi oleh sikap yang kurang baik pula. Dalam pengaruh edukasi setelah pengetahuan bertambah maka seseorang akan menunjukkan sikap yang perlu dilakukan sesuai dengan informasi yang diterima. Sebagai contoh dalam penelitian ini diharapkan setelah ibu baduta mengetahui tentang edukasi gizi terkait pemberian makan pada baduta, selanjutnya sang ibu dapat berfikir untuk berusaha agar dapat memberikan makan yang baik dan benar. Dalam berpikir ini si ibu akan berniat untuk menyediakan makanan yang tepat untuk anaknya.

Berdasarkan penelitian Kustiani dan Misa (2018) didapatkan peningkatan persentase sikap ibu yang memiliki anak 6-24 bulan setelah diberikan penyuluhan menggunakan gambar dan makanan jadi dengan bentuk, jenis, dan

jumlah yang sesuai dengan kebutuhan anak berdasarkan usia. Peningkatan sikap yang terjadi pada ibu sejalan dengan peningkatan pengetahuan ibu tentang pemberian Makanan Pendamping ASI, dimana pada awal penelitian, sedikit sekali ibu yang memiliki pengetahuan yang baik 14,7 %, dan meningkat menjadi 82,4 % setelah dilakukan penyuluhan gizi.

Maka dari itu dengan diberikan edukasi gizi diharapkan ibu baduta dapat mempraktikkan cara pemberian makan pada baduta yang benar. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Humairah (2015) menunjukkan bahwa perilaku responden sebelum penyuluhan tentang makanan pendamping ASI pada 4 orang (12,90%) kurang baik, 14 orang (45,16%) cukup baik, dan 13 orang (41,94%) adalah baik lalu setelah diberikan penyuluhan mendapatkan hasil bahwa 4 orang (12,90%) cukup baik, dan 27 orang (87,10%) adalah baik dan tidak ada yang memiliki perilaku kurang baik.

#### **I. Pengaruh Edukasi Gizi terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Baduta**

Pemberian edukasi juga berdampak pada tingkat konsumsi energi dan protein seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Alfiah (2015) pengetahuan ibu yang kurang mengenai MP-ASI dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan energi dan zat gizi. Hal tersebut telah dibuktikan dari hasil penelitian Jayanti (2015), terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi energi dan protein terhadap kejadian *stunting*. Dimana, tingkat konsumsi energi pada baduta usia 6-24 bulan menunjukkan defisit yaitu sebesar 50,6% sehingga kejadian *stunting* pada baduta lebih tinggi. Demikian juga pada tingkat konsumsi protein pada baduta menunjukkan defisit yaitu sebesar 36,7%.

Sejalan juga dengan penelitian Ilmanisak R dkk (2017) bahwa Intervensi edukasi MP-ASI selama 4 minggu, tiap minggu dilakukan selama 2 kali memberikan pengaruh terhadap tingkat konsumsi energi dan protein baduta *stunting* usia 7-24 bulan. Edukasi MPASI pada ibu baduta mempengaruhi peningkatan tingkat konsumsi energi kategori normal sebelum edukasi hanya 25,0% menjadi 75,0%. Peningkatan juga terjadi pada tingkat konsumsi protein kategori normal sebelum edukasi 50,0% menjadi 83,4% yaitu termasuk kategori normal dan di atas kecukupan. Perubahan pola makan sebesar 75,0% pada baduta memberikan pengaruh pada tingkat konsumsi energi dan protein baduta *stunting*. Peningkatan tingkat konsumsi energi dan protein baduta sesuai dengan

peningkatan pengetahuan dan sikap ibu yang terjadi setelah diberikan edukasi MP-ASI.