

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Edukasi dengan Konseling Gizi**

##### **1. Konsep Edukasi**

###### **a. Definisi Edukasi**

Dalam Buku Konseling Gizi 2018, para pakar edukator gizi menyatakan bahwa pendidikan gizi adalah suatu proses yang berdimensi luas untuk mengubah perilaku masyarakat sehingga kebiasaan makan yang baik dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Banowo & Hidayat (2021) edukasi gizi merupakan proses penyampaian informasi oleh penyuluh untuk mengidentifikasi permasalahan gizi yang terjadi dan mencari solusi dari masalah tersebut. Salah satu bentuk pencegahan masalah gizi pada balita adalah dengan memberikan edukasi pada ibu yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku kesehatan gizi dan keluarga (Kemenkes RI, 2018).

###### **b. Tujuan Edukasi**

Penyampaian informasi gizi bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik gizi serta dapat meningkatkan status gizi (Kementerian PPN et al., 2019). Menurut WHO, pendidikan gizi mempunyai tujuan mendorong terjadinya perubahan perilaku yang positif yang berhubungan dengan makanan dan gizi.

Adapun beberapa program yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut antara lain: perbaikan pola konsumsi makan sesuai dengan gizi seimbang, perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi, peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Edukasi gizi yang bersifat informatif dan mudah diserap akan membawa pengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan manusia setelah diberikan. Edukasi gizi diberikan tidak hanya mengenai pencegahan, tetapi juga mengenai persiapan pertumbuhan, perkembangan anak sejak dini, dan pemulihan status

gizi anak melalui pemenuhan asupan gizi dan pola asuh ibu (Puspasari & Andriani, 2017).

c. Metode Edukasi

Menurut Notoatmodjo (2012), metode edukasi kesehatan adalah kombinasi antara teknik dan media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan edukasi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode edukasi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Metode edukasi individual

Metode edukasi individual yang terkenal adalah “*counselling*” yakni metode yang dilakukan apabila antara edukator kesehatan dan sasaran dapat melakukan komunikasi secara langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana media komunikasi seperti telepon. Cara ini merupakan cara yang paling efektif, karena antara edukator kesehatan dan sasaran dapat melakukan komunikasi interaktif baik berdialog maupun merespon dalam satu waktu. Edukator juga dapat menggunakan berbagai bentuk media sebagai alat pendukung edukasi kesehatan.

b. Metode edukasi kelompok

Teknik ini digunakan untuk sasaran berupa kelompok. Sasaran kelompok ini dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a) Metode edukasi kesehatan untuk kelompok kecil (terdiri dari 6-15 orang), misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), demonstrasi (*demonstration*), permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Metode ini perlu dilengkapi dengan media agar dapat lebih efektif seperti lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.
- b) Metode edukasi kesehatan untuk kelompok besar (terdiri lebih dari 15 sampai dengan 50 orang), misalnya dengan metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan lainnya. Media yang diperlukan pada metode ini berupa *overhead projector*, *slide projector*, film, *sound system*, dan sebagainya.

c) Metode edukasi kesehatan massa, apabila sasaran edukasi kesehatan berbentuk publik. Metode kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah:

- 1) Ceramah umum, seperti ceramah edukasi di tempat-tempat umum dan lapangan terbuka.
- 2) Menggunakan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat berupa talk show, dialog interaktif, simulasi.
- 3) Penggunaan media di luar ruang, misalnya billboard, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.
- 4) Melalui media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, selebaran poster. Bentuk sajian dalam media cetak, antara lain artikel tanya jawab, komik, dan sebagainya.

d. Media

Berdasarkan media yang digunakan, menurut Emma & Jatmika, (2019) berdasarkan cara produksinya media dikelompokkan menjadi:

- a) Media cetak, yaitu suatu media statis yang mengutamakan pesan-pesan visual yang terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Jenis media antara lain: *leaflet*, *booklet*, poster, brosur, *flipchart*, pamflet, surat kabar, stiker.
- b) Media elektronik, yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronik. Adapun macam-macamnya antara lain: TV, film, radio, film, video, CD, VCD.
- c) Media luar ruangan, yaitu suatu media yang diletakkan di luar ruangan yang pesannya disampaikan juga di luar ruang, biasanya melalui media cetak dan elektronik secara statis. Antara lain: papan reklame, spanduk, banner, pameran, dan TV layar lebar.

Media yang digunakan pada penelitian yaitu ada dua diantaranya:

a. Media *Leaflet*

- 1) Pengertian Media *Leaflet*

*Leaflet* merupakan media berbentuk selebaran kertas yang diberi gambar dan tulisan pada kedua sisi

kertas serta dilipat sehingga berukuran kecil dan praktis dibawa. Biasanya ukuran A4 dilipat tiga. Media ini berisikan suatu gagasan secara langsung ke pokok persoalannya dan memaparkan cara melakukan tindakan secara pendek dan lugas (Azul, 2010). *Leaflet* sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang singkat dan padat. Seperti poster, media ini juga mudah dibawa dan disebarluaskan. Bahkan, karena ukurannya yang lebih ringkas, jumlah yang dibawa bisa lebih banyak daripada poster (Azul, 2010).

*Leaflet* adalah media cetak berbentuk selebaran yang memiliki fungsi untuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat (Jatmika dkk., 2019). Pada penelitian Fatmawati (2017) media leaflet berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan ibu balita. Hal ini sejalan dengan penelitian Sumiati & Marsofely (2017) bahwa ada pengaruh promosi kesehatan dengan menggunakan metode *leaflet* terhadap pengetahuan sasaran, namun tidak berpengaruh pada sikap sasaran.

Ciri-Ciri *leaflet* yaitu sebagai berikut.

- a) Tulisan terdiri dari 200 sampai dengan 400 huruf dengan tulisan cetak biasanya juga diselingi gambar-gambar
  - b) Isi *leaflet* harus dapat dibaca sekali pandang.
  - c) Ukuran biasanya sampai dengan cm.
- 2) Manfaat Media *Leaflet*

*Leaflet* merupakan salah satu publikasi singkat dari berbagai bentuk media komunikasi yang berupa selebaran yang berisi keterangan atau informasi tentang perusahaan, produk, organisasi dan jasa atau ide untuk diketahui oleh umum. *Leaflet* adalah selebaran-selebaran yang bentuk lembarannya seperti daun, biasanya bentuk *leaflet* lebih kecil dari pamflet (Falasifah, 2014).

Manfaat penggunaan *leaflet* yaitu sebagai berikut.

- a) Untuk mengingatkan kembali hal-hal yang pernah dipelajari
- b) Biasanya *leaflet* diberikan kepada sasaran setelah selesai pelajaran/penyuluhan atau dapat juga diberikan sewaktu kampanye untuk memperkuat ide yang disampaikan.

b. Media Piring Sekat

Piring merupakan media tiga dimensi yang diharapkan mampu meningkatkan kesadaran ibu baduta agar pemenuhan gizi sesuai dengan kebutuhan baduta. Piring ini dapat digunakan sebagai media intervensi karena bagian yang bersekat berjumlah empat bagian sesuai dengan kebutuhan gizi pada baduta yang meliputi makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, serta sayur dan buah. Piring akan digunakan ibu baduta setiap hari sehingga diharapkan ibu selalu ingat kebutuhan gizi baduta setiap kali memberikan makanan. Belum ada penelitian yang menggunakan piring sekat sebagai media intervensi. Dengan demikian, perlu diteliti lebih lanjut mengenai efektivitas pemberian media panduan berupa *leaflet* dan piring sekaligus sebagai upaya pemenuhan gizi baduta dalam rangka pencegahan masalah gizi yang lebih parah diakibatkan oleh gizi kurang.

## 2. **Konseling Gizi**

a. Definisi Konseling Gizi

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan gizi individu dapat dilakukan melalui konseling. Konseling gizi merupakan salah satu bagian dari pendidikan gizi yang bertujuan membantu masyarakat, kelompok atau individu untuk menyadari dan mampu mengatasi masalah kesehatan dan gizi yang dialaminya (Sukraniti dkk., 2018). Menurut Supariasa (2012), konseling merupakan suatu proses komunikasi dua arah/interpersonal antara konselor dan klien untuk membantu klien dalam mengenali, menyadari dan akhirnya mampu mengambil keputusan yang tepat dalam

mengatasi masalah gizi yang dihadapinya. Menurut Kamus Gizi (2009), yang dikeluarkan oleh Persagi, konseling gizi adalah proses komunikasi dua arah antara konselor dan pasien/klien, untuk membantu klien untuk mengenali dan mengatasi malah gizi. Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi) (2010) mendefinisikan bahwa konseling gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian lebih baik tentang dirinya dan permasalahan gizi yang dihadapi. Setelah konseling diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi maslah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi ke arah kebiasaan hidup sehat.

b. Tujuan Konseling

Secara umum konseling gizi bertujuan membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga dapat meningkatkan kualitas gizi dan kesehatan klien, meliputi perubahan pengetahuan, perubahan sikap, dan perubahan tindakan (Sukraniti dkk., 2018). Dalam konseling gizi terjadi proses komunikasi dua arah memberikan kesempatan konselor dan klien saling mengemukakan pendapat. Konselor mengarahkan klien untuk mampu menentukan sikap dan keputusan untuk mengatasi masalah gizi yang dialami. Jadi tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga mampu meningkatkan kualitas gizi dan kesehatannya. Dalam buku pendidikan dan konsultasi gizi oleh Supriasa (2012), yang dimaksud dengan tujuan konseling gizi adalah sebagai berikut.

- 1) Membantu klien dalam mengidentifikasi dan menganalisis masalah klien serta memberi alternatif pemecahan masalah. Melalui konseling klien dapat berbagi masalah, penyebab masalah dan memperoleh informasi tentang cara mengatasi masalah.
- 2) Menjadikan cara-cara hidup sehat di bidang gizi sebagai kebiasaan hidup klien. Melalui konseling klien dapat belajar merubah pola hidup, pola aktivitas, pola makan.

- 3) Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga klien tentang gizi. Melalui konseling klien mendapatkan informasi pengetahuan tentang gizi, diet dan kesehatan.

## **B. Konsep Pengetahuan Ibu**

### **1. Definisi Pengetahuan**

Menurut Notoatmojo (2012) Pengetahuan merupakan efek lanjutan dari bentuk deteksi indra seseorang, atau hasil dari apa yang seseorang tahu terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya. Proses pengideraan hingga menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan perespsi terhadap objek pengetahuan yang sebagian besar diperoleh melalui indra pengelihatn dan pendengaran, pengetahuan ini merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap tindakan yang diambil seseorang.

### **2. Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan atau *knowledge* merupakan respons yang masih tertutup (*covert behavior*), menurut Notoatmojo (2012) pengetahuan memiliki enam tingkatan yaitu sebagai berikut.

#### **a. Tahu (*Know*)**

Tahu merupakan proses mengingat sesuatu yang telah terpapar indra sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) sesuatu baik secara spesifik maupun tidak terhadap sesuatu yang telah dilihat atau didengar merupakan tingkat tahu. Kata kerja yang dapat mengukur tingkat tahu seseorang yaitu menjelaskan, mendefinisikan, menyebutkan kembali, menguraikan, dan sebagainya. Contohnya dapat menyebutkan porsi makan balita sehari setelah dipaparkan edukasi gizi mengenai pemenuhan asupan gizi balita.

#### **b. Memahami (*Comprehension*)**

Memahami merupakan suatu kemampuan untuk dapat mencerna dan menjelaskan secara benar tentang sesuatu yang telah diketahui, seseorang yang telah berada pada tingkat memahami mampu menjelaskan secara rinci dan benar meski hanya diingatkan dengan beberapa kata kunci. Contoh orang yang berada di tingkat

memahami yaitu dapat menyebutkan mengapa asupan gizi balita perlu diperhatikan dan diimplementasikan.

c. Aplikasi (*Application*)

Terdapat tiga domain perilaku adalah pengetahuan/*knowledge*, sikap/*attitude* dan tindakan/*practice*. Aplikasi merupakan sikap atau tindakan yang didasari oleh pengetahuan dan pemahaman. Aplikasi dalam kata kerja berupa bertindak atau menerapkan apa yang telah dipahami terhadap situasi atau objek.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan tingkat kemampuan dimana seseorang telah dapat memisahkan, menjabarkan, mengelompokkan serta menghubungkan komponen-komponen yang terdapat pada suatu situasi. Kemampuan penerapan analisis tidak jauh dari tingkatan yang telah dilalui sebelumnya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menghubungkan sesuatu ke dalam hubungan yang logis. Dengan kata lain sintesis juga dapat diartikan sebagai proses menyusun sesuatu yang baru berdasarkan sesuatu yang telah dimiliki.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan tindakan seseorang melakukan penilaian yang didasari oleh norma-norma yang berlaku di masyarakat atas suatu kondisi yang telah dilewati sebelumnya.

### 3. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, fasilitas, penghasilan, dan budaya (Notoatmojo, 2012). Terdapat 8 hal yang mempengaruhi pengetahuan yaitu (Notoatmodjo, 2010) sebagai berikut.

a) Pendidikan

Tingkat pengetahuan seseorang akan membantu orang tersebut untuk lebih mudah menangkap dan memahami suatu informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat pemahaman juga meningkat serta tepat dalam pengambilan sikap.

- b) Pekerjaan  
Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang mendapatkan pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.
- c) Pengalaman  
Pengalaman merupakan sebuah kejadian atau peristiwa yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.
- d) Usia  
Umur seseorang yang bertambah dapat membuat perubahan pada aspek fisik psikologis, dan kejiwaan. Dalam aspek psikologis taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa. Semakin bertambah umur seseorang, semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga akan lebih mampu untuk menerima pengetahuan atau informasi yang baik.
- e) Kebudayaan  
Kebudayaan tempat dimana kita dilahirkan dan dibesarkan mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap terbentuknya cara berfikir dan perilaku kita.
- f) Minat  
Minat merupakan suatu bentuk keinginan dan ketertarikan terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya dapat diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
- g) Sumber informasi  
Pengetahuan juga dipengaruhi oleh sumber informasi atau bacaan yang berguna bagi perluasan cakrawala pandang atau wawasan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan dapat dijadikan tempat bertanya tentang berbagai pengetahuan untuk memenuhi apa yang ingin di capai.
- h) Media  
Contoh media yang didesain secara khusus untuk mencapai masyarakat luas seperti televisi, radio, koran, majalah, dan internet.

#### 4. Cara Mengukur Pengetahuan

Mengukur pengetahuan dapat dilakukan dengan pengadaaan wawancara atau angket yang menanyakan tentang situasi atau kondisi dari pengetahuan yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2012). Wawancara atau angket yang diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan responden yang meliputi tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi, melalui pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk mengukur pengetahuan dengan pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan essay maupun pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda (*multiple choice*), betul salah, dan pertanyaan menghubungkan.

Instrument ini menggunakan skala Guttman, apabila benar mendapatkan skor 1 dan salah mendapatkan skor 0. Menurut (Arikunto, 2013) kriteria hasil ukur pengetahuan dibagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut.

- a) Baik 76 – 100%
- b) Cukup 56 – 75% dan
- c) Kurang <56%

Untuk interpretasi hasil menggunakan rumus:

$$\text{Nilai responden} = \frac{\text{skor responden}}{\text{total skor seluruhnya}} \times 100\%$$

Nilai yang diperoleh tersebut dibandingkan antara nilai pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi.

#### 5. Pengetahuan Ibu

Dikutip dari Konseling Gizi (2018), pengetahuan merupakan kognitif (*cognitive domain*) yang menjadi tahap langkah pertama dalam ranah perilaku manusia yang kemudian akan diikuti dengan sikap (*attitude*) sebagai domain afektif dan praktik atau tindakan (*practice*) sebagai domain psikomotor. Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang tersebut melakukan pengindraan terhadap sesuatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan respons yang masih tertutup (*covert behavior*). Pengetahuan ini berkaitan erat dengan sikap serta tindakan yang paling mempengaruhi dalam pemenuhan asupan gizi pada balita dari polah asuh ibu. Seperti yang dikatakan Sahanggamu et al. (2017) bahwa pengetahuan

tentang kesehatan dan gizi yang dimiliki oleh ibu sangat mempengaruhi status gizi balita. Pengetahuan gizi ibu sebagai penyebab tidak langsung dari faktor penyebab stunting merupakan langkah penting dalam perbaikan gizi anak balita sehingga dapat menunjang perbaikan gizi anak balita mereka. Pengetahuan yang dimiliki ibu balita mengenai stunting dapat menjadi penentu sikap ibu dalam mencegah dan pemulihan stunting pada balita (Topik Yoga, 2020).

Pada penelitian Rehena et al. (2020) bahwa terdapat pengaruh edukasi gizi terhadap pengetahuan ibu tentang Stunting. Edukasi gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam pemenuhan asupan gizi pada balita, maka dari itu edukasi gizi merupakan hal yang sangat penting bagi pemenuhan nutrisi pada balita (Naulia et al., 2021). Di Indonesia pendidikan yang tinggi mempengaruhi pola asuh anak, termasuk dalam pemberian makan, pola konsumsi pangan, dan status gizi (Kusumaningrum & Pudjirahaju, 2018). Pengetahuan pada ibu mendukung terlaksananya perilaku gizi yang baik pada balita sehingga ini dapat menjadi salah satu cara pencegahan masalah gizi pada balita.

### **C. Konsep Sikap Ibu**

#### **1. Pengertian Sikap**

Notoatmojo dalam Safitri (2018) menyebutkan bahwa struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*), dan komponen konatif (*conative*). Menurut Widyatun (2018) sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan dengannya. Berikut adalah beberapa definisi lain sikap menurut para ahli.

- a. Thurstone et al., mendefinisikan sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Sugiyono, 2016).

- b. LaPierre (1934) mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan (Sugiyono, 2016)
- c. Allport mendefinisikan sikap sebagai kesiapan mental, yaitu suatu proses yang berlangsung dalam diri seseorang, bersama dengan pengalaman individual masing-masing (Sugiyono, 2016).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu kecenderungan dan keyakinan seseorang terhadap suatu hal yang bersifat mendekati (positif) atau menjauhi (negatif) ditinjau dari aspek afektif & kognitif dan mengarahkan pada pola perilaku tertentu (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian Mahmuda (2016), sikap adalah reaksi suatu responden stimulus sosial yang terkondisikan. Sikap merupakan perasaan, keyakinan, dan kecenderungan perilaku yang relatif menetap.

## **2. Komponen Sikap**

Pada Walgito (2011) Thurstone berpendapat tentang adanya komponen afektif pada sikap dan Rokeach berpendapat pada sikap adanya komponen kognitif dan konatif. Sedangkan komponen sikap menurut Mar'at 1984 (Rahayuningsih, 2008) mencakup tiga hal yaitu sebagai berikut.

- a. Komponen kognitif berhubungan dengan belief (kepercayaan dan keyakinan), ide, konsep. Bagian dari kognitif yaitu: persepsi, stereotype, opini yang dimiliki individu mengenai sesuatu (Sugiyono, 2016).
- b. Komponen afeksi berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang, menyangkut perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Afeksi merupakan komponen rasa senang atau tidak senang pada suatu objek (Sugiyono, 2016).
- c. Komponen perilaku/konatif merupakan komponen yang berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk berperilaku terhadap objek sikap (Sugiyono, 2016).

### 3. Tingkatan Sikap

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap dapat dibagi dalam berbagai tingkatan, yaitu sebagai berikut.

- a. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- b. Merespon (*responding*), yaitu dapat berupa memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuating*), yaitu dapat berupa mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu yang telah dipilihnya (Notoatmodjo, 2007).

### 3. Faktor yang Memengaruhi Sikap

Menurut Sunaryo (2004), ada dua faktor yang mempengaruhi pembentukan dan perubahan sikap yaitu sebagai berikut.

#### a. Faktor internal

Berasal dari dalam individu itu sendiri. Dalam hal ini individu menerima, mengolah, dan memilih segala sesuatu yang datang dari luar, serta menentukan mana yang akan diterima atau tidak diterima. Sehingga individu merupakan penentu pembentukan sikap. Faktor internal terdiri dari faktor motif, faktor psikologis, dan faktor fisiologis.

#### b. Faktor eksternal

Faktor yang berasal dari luar individu, berupa stimulus untuk mengubah dan membentuk sikap. Stimulus tersebut dapat bersifat langsung dan tidak langsung. Faktor eksternal terdiri dari: faktor pengalaman, situasi, norma, hambatan, dan pendorong. Menurut Azwar (2004) faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap yaitu sebagai berikut.

#### 1) Pengalaman pribadi

Jika berbagai pangan yang berbeda tersedia dalam jumlah yang cukup, biasanya orang memiliki pangan yang telah dikenal dan yang disukai. Hal tersebut disebabkan oleh:

(1) Banyaknya informasi yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan tubuh akan gizi selama beberapa masa dalam perjalanan hidupnya,

(2) Kemampuan seseorang untuk menerapkan pengetahuan gizi ke dalam memilih makanan jajanan dan pengembangan cara pemanfaatan pangan yang sesuai. Pengalaman pribadi adalah apa yang telah ada yang sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan anak dalam memilih makanan jajanan.

#### 2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Di antara orang yang biasanya dianggap penting oleh individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru. Pada umumnya anak cenderung untuk memiliki sikap searah dengan sikap orang yang dianggap penting.

#### 3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan masyarakat mempunyai kekuatan yang berpengaruh dalam memilih makanan jajanan yang akan dikonsumsi. Aspek sosial budaya pangan adalah fungsi pangan dalam masyarakat yang berkembang sesuai dengan keadaan lingkungan, agama, adat, kebiasaan, dan pendidikan masyarakat tersebut (Baliwati, 2004)

### **4. Pengukuran Sikap**

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan seseorang, sikap tidak dapat dinilai dengan benar maupun salah melainkan dengan lima alternatif jawaban menggunakan skala likert yaitu sangat setuju, setuju, ragu– ragu, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Pernyataan sikap terdiri dari dua kategori yaitu pernyataan favourable (menyenangkan) dan unfavourable (tidak menyenangkan) (Swarjana, 2015). Skala likert

sikap merupakan skala yang dapat digunakan untuk mengukur sikap. Pendapat dan persepsi seseorang tentang suatu gejala. (Riyanto, 2017).

Tabel 1. Penilaian Skor Sikap

Pernyataan Positif	Nilai	Pernyataan Negatif	Nilai
Sangat setuju	4	Sangat setuju	1
Setuju	3	Setuju	2
Kurang setuju	2	Kurang setuju	3
Tidak setuju	1	Tidak setuju	4

Hasil skor dihitung dengan skor diperoleh responden dibagi skor ideal x 100. Dengan kategori Positif jika nilai  $\geq$  Median dan Negatif jika nilai  $<$  Median. Skor jawaban tentang sikap dengan menggunakan skala likert (Hidayat, 2011).

Pengukuran sikap yang diolah dengan menggunakan aplikasi *microsoft excel*. Cara pengolahan dengan memberikan skor pada jawaban siswa, yaitu:

- Pernyataan positif bila menjawab setuju diberi skor 4, 3, 2, 1
- Pernyataan negatif, bila menjawab setuju diberi skor 1, 2, 3, 4.

Selanjutnya mengubah skor individu menjadi skor standar menggunakan skor T menurut Azwar (2010), adapun rumusnya sebagai berikut:

$$T = 50 + 10 \left( \frac{x - \bar{x}}{s} \right)$$

Keterangan:

x = skor responden

$\bar{x}$  = skor rata-rata kelompok

s = standar deviasi kelompok

Menentukan standar deviasi kelompok menggunakan rumus:

$$S = \frac{\sqrt{(\sum (x - \bar{x})^2)}}{(n - 1)}$$

Keterangan:

x = masing-masing data

$\bar{x}$  = rata-rata

n = jumlah responden

Menentukan skor T mean dalam kelompok menggunakan rumus:

$$MT = \frac{\Sigma T}{n}$$

Keterangan:

$\Sigma T$  = jumlah rata-rata

n = jumlah responden

Kemudian untuk mengetahui kategori sikap dicari dengan membandingkan skor responden dengan T mean dalam kelompok, maka akan diperoleh:

- a. Sikap positif, bila skor T responden > skor T mean
- b. Sikap negatif, bila skor T responden < skor T mean

Data tersebut dianalisis menggunakan SPSS untuk mengetahui perbedaan sikap ibu baduta dengan uji *paired sample t-test* untuk variabel berdistribusi normal dan uji *Wilcoxon* untuk variabel yang tidak berdistribusi normal.

#### **D. Pemberian MPASI**

##### **1. Definisi Pemberian Makan**

Pemberian makanan merupakan bentuk mendidik keterampilan makan, membina kebiasaan makan, membina selera terhadap jenis makanan, membina kemampuan memilih makanan untuk kesehatan, dan mendidik praktik makan yang baik dan benar sesuai kebudayaan masing-masing. Kekurangan dalam pemberian makan akan berakibat sebagai masalah kesulitan makan atau kekurangan nafsu makan yang pada gilirannya akan berdampak negatif pada kesehatan dan tumbuh kembang nantinya (Waryana, 2013).

Pemberian makan merupakan salah satu hal terpenting untuk menunjang kesehatan serta proses tumbuh kembang baduta. Pemberian makanan yang tepat pada baduta akan mencegah malnutrisi dan retardasi, sedangkan apabila pemberian makan kurang tepat, hal ini dapat memperbesar risiko masalah enteral, infeksi, sampai pada kematian.

##### **2. Definisi MPASI**

Makanan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai anak berusia 24 bulan. MP-ASI bukan untuk mengganti ASI, melainkan hanya untuk melengkapi ASI. Dalam hal

ini makanan pendamping ASI berbeda dengan makanan sapihan, karena makanan sapihan diberikan ketika bayi tidak lagi mengkosumsi ASI (Krisnatuti, 2000).

Makanan pendamping ASI adalah makanan/minuman yang mengandung gizi yang diberikan pada usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya selain dari ASI (Depkes RI, 2006). Makanan pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi diberikan pada bayi dan anak usia 6-12 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Ali Khomsan, 2008).

### **3. Tujuan Pemberian MPASI**

Selain ASI, baduta usia 6 – 12 bulan mulai diberikan MP-ASI untuk mencukupi kebutuhan gizinya. MP-ASI merupakan makanan yang menyerupai pemberian ASI, diberikan setelah bayi berusia 6 bulan karena ASI tidak lagi dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi. Beberapa tujuan pemberian MP-ASI pada baduta yaitu sebagai berikut.

- a. Memenuhi kebutuhan gizi pada baduta.
- b. Mengembangkan kemampuan baduta untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur sehingga mampu menerima makanan keluarga.
- c. Mengembangkan kemampuan baduta untuk mengunyah dan menelan (keterampilan oromotor).

### **4. Makanan Pendamping ASI yang Baik**

Makanan tambahan bayi sebaiknya memiliki beberapa kriteria sebagai berikut.

- a. Kaya akan sumber energi sumber protein dan mikro nutrien (zat besi, zink, kalsium, vitamin c dan asam folat).
- b. Memiliki nilai suplementasi yang baik serta mengandung vitamin dan mineral yang cocok.
- c. Dapat diterima oleh pencernaan dengan baik.
- d. Harga relatif murah dan terjangkau.
- e. Sebaiknya dapat diproduksi dari bahan yang tersedia atau 24eseh.
- f. Bersifat padat gizi.

- g. Kandungan serat kasar atau bahan lain yang sukar dicerna dalam jumlah sedikit. Kandungan serat kasar yang terlalu banyak justru akan mengganggu pencernaan bayi (Krisnatuti, 2000).
- h. Bersih dan aman.
- i. Tidak ada patogen, bahan kimia yang beracun misalnya tidak ada bakteri penyebab penyakit atau organisme berbahaya lainnya.
- j. Tidak ada potongan tulang atau bagian yang keras yang membuat anak tersedak.
- k. Tidak terlalu panas, pedas, atau asin.
- l. Mudah dimakan oleh anak dan disukai anak.
- m. Tersedia di daerah anda dan harganya terjangkau dan mudah disiapkan (Diah Rosida, 2004).

Sesudah bayi berusia 6 bulan, walaupun ketentuannya masih harus menyusui sampai usia 2 tahun, bayi memerlukan makanan pendamping agar pemenuhan gizi untuk tumbuh dapat terpenuhi. WHO/UNICEF dalam ketentuannya mengharuskan bayi usia 6-23 bulan dapat MPASI yang adekuat dengan ketentuan dapat menerima minimal 4 atau lebih dari 7 jenis makanan (sereal/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur dan buah kaya vitamin A, sayur dan buah lainnya-Minimum Dietary Diversity/MMD).

## 5. Pedoman Pemberian MPASI

Ketentuan MP-ASI untuk bayi 6-23 bulan, harus memenuhi *Minimum Acceptable Diet (MAD)*, yaitu gabungan dari pemenuhan MMD dan MMF. Pada kenyataannya kondisi ini tidak terpenuhi, pencapaian indikator pola pemberian makan bayi adekuat berdasarkan standar makanan bayi dan anak (WHO/UNICEF) ternyata masih rendah, hanya 36,6% anak 6-23 bulan yang asupannya mencapai pola konsumsi yang memenuhi diet yang dapat diterima (*minimal acceptable diet/MAD*).

Menu MPASI berdasarkan acuan WHO dan UNICEF adalah menu keluarga dan komposisi Pedoman Gizi Seimbang. Prinsip dari Pedoman Gizi Seimbang MPASI adalah menu yang sama dengan keluarga, hanya tekstur yang membedakan sesuai usia. Dianjurkan untuk menggunakan bahan makanan 25eseh, murah, dan mudah dijangkau. Untuk sumber

hewani harus diberikan kepada baduta mulai usia 6 bulan pertama diberikan MPASI.

Tabel 2. Susunan Menu MPASI 4 Bintang (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Urutan Porsi	Komposisi	Bahan Pangan
Satu bintang *	Makanan pokok	Nasi, jagung, sorgum, ubi, dll.
Dua bintang **	Sumber vitamin A, sayur, dan buah	Mangga, pepaya, markisa, jeruk, sayuran hijau, wortel, labu, pisang, alpukat, nanas, semangka, tomat, terong, dan kol, dll.
Tiga bintang ***	Kacang-kacangan	Tempe, tahu, kacang kedelai, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang polong.
Empat bintang ****	Sumber hewani	Telur, hati, ayam, daging, ikan, susu, dll.

Tabel 3. Pedoman Pemberian Makan Baduta Usia 12 – 23 Bulan yang Mendapat ASI (WHO, 2009)

No.	Aspek yang Diperhatikan	Keterangan
1	Tekstur	Makanan keluarga; jika perlu, masih dicincang atau disaring kasar
2	Frekuensi	3 – 4x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1 – 2x selingan
3	Jumlah rata-rata/kali makan	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk (175 – 250 ml) dan waktu makan tidak lebih dari 30 menit
4	Jenis makanan	Makanan utama: makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, sedikit lembek/lunak Makanan selingan: buah dan kue, biskuit, puding, kolak, bubur kacang hijau.

## 6. Jadwal dan Frekuensi

Tabel 4. Jumlah, Waktu dan frekuensi makanan  
(Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia/IDAI)

Waktu	>12 Bulan
Pukul 06.00	ASI/PASI
Pukul 08.00 (makan pagi)	Makanan keluarga
Pukul 10.00	Snack
Pukul 12.00 (makan siang)	Makanan keluarga
Pukul 14.00	Snack
Pukul 16.00	Snack
Pukul 18.00 (makan malam)	Makanan keluarga
Pukul 21.00	ASI/PASI

Frekuensi makan sehat adalah kebiasaan makan yang dilakukan sesuai dengan metabolisme tubuh. Pemberian makanan pada balita dilakukan dalam waktu yang sering, yaitu mencakup pagi, siang, sore, dan malam. Porsi makanan yang dianjurkan pada balita dalam sehari sebagai sumber zat tenaga sebanyak 3-4 piring nasi (piring kecil balita), sebagai sumber zat pembangun sebanyak 4-5 porsi lauk (1 porsi lauk = 50 gram), terdapat dalam satu potong sedang ikan segar, 2 sendok makan ikan teri, 2 potong daging, 1 butir telur, 1 biji tahu dan 2 potong edang tempe), sebagai sumber zat pengatur sebanyak 2-3 mangkuk sayuran dan buah-buahan (alpukat  $\frac{1}{2}$  buah besar, apel  $\frac{1}{2}$  buah sedang, jeruk 2 buah sedang, papaya 1 potong sedang, pisang ambon 1 buah sedang, semangka 1 potong besar, dan jambu biji 1 buah besar) yang diberikan sehabis makan siang dan makan malam. Bila porsi makanan utama yang dikonsumsi balita pada saat makan pagi hari, siang dan malam hari belum mencukupi, maka sangat diperlukan pemberian selingan seperti bubur sebanyak 1 sendok makan kecil atau roti sebanyak 5 potong.

Besar porsi makanan setiap kali makan harus sesuai, agar kecukupan gizi anak terpenuhi. Bukan jenis bahan makanan saja yang harus beragam, tetapi juga harus memperhatikan banyaknya makanan yang dimakan atau besar porsi makanan setiap kali makan. Porsi makan yang kurang akan menyebabkan anak kekurangan zat gizi. Sebaliknya porsi makan yang berlebih juga akan menyebabkan anak menjadi kelebihan gizi hingga menjadi kegemukan. Beberapa penelitian menyimpulkan, mereka yang pada masa kanak-kanak dan remaja telah

mengalami kegemukan (*overweight*), lebih rentan terhadap penyakit diabetes atau kencing manis, penyakit kardiovaskuler, dan penyakit lainnya (Moehyi, 2014).

Masih ditemukan anak, yang frekuensi konsumsi pangan pokok, nasi, hanya dua kali sehari sebanyak 37,0%. WHO menganjurkan konsumsi makanan anak sesering mungkin karena keterbatasan volume perut anak. Depkes RI (2009) Menganjurkan anak 2-3 tahun diberi makan keluarga seperti 3 kali sehari (porsi ½ piring) dan makanan selingan 2 kali.

## **7. Kebutuhan Gizi Baduta**

Kebutuhan asupan gizi setiap individu berbeda antarindividu, hal ini tergantung pada usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan (Par'i dkk., 2017). Pada masa baduta seorang anak memerlukan asupan zat gizi yang seimbang baik dari segi jumlah maupun proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal. Gizi kurang ataupun gizi buruk yang terjadi pada masa baduta akan mempengaruhi masa pertumbuhan dan perkembangannya. Hal ini akan membawa dampak negatif terhadap kondisi kesehatan baduta di masa depan (Rahayu dkk., 2018).

Bayi dan baduta membutuhkan pemenuhan asupan gizi makro dan mikro yang seimbang untuk mempercepat pembelahan sel dan sintesis DNA selama masa pertumbuhan, terutama energi dan protein. Bayi dengan usia 0 – 6 bulan dapat memenuhi kebutuhan gizinya hanya dengan ASI, sedangkan bayi >6 bulan mulai dikenalkan pada makanan padat sebagai MP-ASI (Makanan Pengganti-ASI) untuk membantu memenuhi kebutuhan gizinya.

Zat gizi dibedakan menjadi dua jenis yaitu zat gizi makro dan mikro. Berikut merupakan kebutuhan zat gizi pada baduta (Hardinsyah & Supariasa, 2016).

### **a. Zat Gizi Makro (Makronutrien)**

Kebutuhan makronutrien yang dianjurkan pada bayi dan baduta didasarkan pada kandungan gizi ASI per oral 100 ml. karbohidrat menyusun 45 – 65% dari total energi ASI atau berkisar 130 gram/hari. Karbohidrat dalam ASI sebagian besar berupa laktosa sehingga mudah dicerna dengan baik. Protein dalam ASI memenuhi 5 – 20%

dari total energi ASI atau berkisar 13 gram/hari. Bayi dan baduta membutuhkan asupan protein yang lebih tinggi untuk mendukung tumbuh kembang, namun kelebihan protein dapat mengakibatkan dehidrasi, diare, demam, dan asidosis, terutama pada bayi prematur. Lemak pada ASI terdiri dari 30 – 40% dari total energi. Lemak dibutuhkan untuk mendukung perkembangan saraf otak dan saraf pada organ tubuh lainnya.

Tabel 5. Kebutuhan Makronutrien pada Bayi dan Baduta (AKG, 2020)

Usia	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Air (ml)
0 – 6 bulan	550	12	34	58	-
7 – 11 bulan	725	18	36	82	800
1 – 3 tahun	1125	26	44	155	1200

b. Zat Gizi Mikro (Mikronutrien)

Konsumsi ASI yang cukup hampir memenuhi kebutuhan mikronutrien pada bayi dan baduta. Namun, kandungan vitamin D yang diperlukan untuk penyerapan kalsium dan pembentukan tulang pada ASI rendah sehingga dibutuhkan suplementasi pada kondisi defisiensi. Vitamin D juga perlu diberikan dengan pajanan sinar matahari selama kurang lebih 30 menit seminggu. Kandungan vitamin K dalam ASI juga rendah. Vitamin K diperlukan untuk pembekuan darah dan mengurangi risiko perdarahan. Selain itu, kandungan zat besi pada ASI rendah, namun zat besi dapat terserap dengan baik pada pencernaan baduta.

Pada masa baduta, kegunaan vitamin yaitu sebagai berikut.

- a) Pertumbuhan sel-sel epitel (vitamin A)
- b) Metabolisme karbohidrat dan keseimbangan air dalam tubuh (vitamin  $B_1$ )
- c) Proses oksidasi dalam sel-sel (vitamin  $B_2$ )
- d) Pembentukan sel-sel darah merah (vitamin  $B_6$ )
- e) Aktivator sebagai fermen perombak protein dan lemak serta pembentukan trombosit (vitamin C)
- f) Memperbesar penyerapan kalsium dan fosfor dari usus (vitamin D)

- g) Mencegah perdarahan dan pembelahan sel (vitamin E)
- h) Pembentukan protrombin dalam proses pembekuan darah (vitamin K).

Pada usia baduta, defisiensi vitamin A, B, dan C sering terjadi. Dengan demikian, asupan sumber vitamin seperti sayur sebanyak 100 – 150 gram/hari perlu diperhatikan. Sumber dari buah-buahan seperti buah berwarna kuning atau jingga dan asam pepaya, pisang, mangga, nanas, dan jeruk) sebanyak 100 – 200 gram/hari juga perlu diberikan.

Selain vitamin, pada usia balita kebutuhan mineral mikro yaitu berupa zat besi untuk proses oksidasi-reduksi, metabolisme aerobik, dan pembawa oksigen dalam darah; yodium sebagai bagian integral dari hormon tiroksin untuk mengatur pertumbuhan, sintesis kolesterol darah, dan aktivasi vitamin A; serta zink untuk proses metabolisme.

## **8. Cara Pengolahan, Penyajian, dan Pemberian**

### **a. Cara Pengolahan**

Keamanan pangan untuk balita tidak cukup hanya menjaga kebersihan tetapi juga perlu diperhatikan selama proses pengolahan. Proses pengolahan pangan memberikan beberapa keuntungan, misalnya memperbaiki nilai gizi dan daya cerna, memperbaiki cita rasa maupun aroma, serta memperpanjang daya simpan (Auliana, 2014). Bahan makanan yang akan diolah disamping kebersihannya juga dalam penyiapan seperti dalam membuat potongan bahan perlu diperhatikan. Hal ini karena proses mengunyah dan refleksi menelan balita belum sempurna sehingga anak sering tersedak. Penggunaan bumbu dalam pengolahan juga perlu diperhatikan. Menurut Moore (2013) dalam Urip, V. (2014) pemakaian bumbu yang merangsang perlu dihindari karena dapat membahayakan saluran pencernaan dan pada umumnya anak tidak menyukai makanan yang beraroma tajam.

Pengolahan makanan untuk balita adalah yang menghasilkan tekstur lunak dengan kandungan air tinggi yaitu di rebus, diungkep atau dikukus. Untuk pengolahan dengan di panggang atau digoreng yang tidak menghasilkan tekstur keras dapat dikenalkan tetapi dalam jumlah yang terbatas. Di samping itu dapat pula dilakukan pengolahan

dengan cara kombinasi misal direbus dahulu baru kemudian dipanggang atau direbus/diungkep baru kemudian digoreng.

b. Cara Penyajian

Penyajian makanan yang menarik bisa dilakukan dengan banyak cara diantaranya perhatikan dalam menyajikan makanan. Penyajian makanan yang menarik dapat merangsang keinginan anak untuk makan. Penyajian makanan yang menarik dapat dengan menggunakan perangkat makan yang menarik misalnya bergambar karakter kartun yang lucu, perlengkapan makan yang unik bisa membangkitkan makanan si kecil, dan ubah warna bentuk makanan, variasi menu dan berikan perubahan rasa (Haida M, 2016).

c. Cara Pemberian Makan

Pada waktu makan baduta mulai diajarkan cara makan yang baik dengan jenis makanan yang bernilai gizi tinggi. Antara waktu makan pagi dengan siang dan siang dengan malam, baduta dapat diberikan makanan selingan seperti biskuit, keju, kue basah, dan es krim.

Cara pemberian makanan harus diperhatikan seperti anak yang sulit makan biasanya ibu membawanya untuk disuapin, sambil berjalan-jalan, ada anak yang makan sendiri. Mendekati usia 1 tahun kebanyakan balita menunjukkan keinginan makan sendiri. Bila disuapin, makan yang dimakan habis karena anak senang. Usia kelahiran sampai 1 tahun, pada usia ini, ASI merupakan makanan yang optimal untuk pertumbuhan dan perkembangan si balita, hal ini tidak memerlukan persiapan, mudah dicerna, dan membantu melindungi dari infeksi. Si balita harus ASI selama 6 bulan pertama untuk kehidupan balita, WHO pun merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama untuk kehidupan balita sehat, karena ASI adalah makanan terbaik untuk tumbuh kembang optimal.

## 9. Hambatan Pemberian Makan pada Anak

Beberapa permasalahan yang terjadi dalam pemberian makanan pada bayi dan anak adalah sebagai berikut.

- a. Pemberian makanan yang pralaktal (Makanan sebelum ASI keluar).

Pemberian makanan pralaktal adalah jenis makanan seperti air kelapa, air teh, air tajin, madu, pisang, yang diberikan pada bayi yang baru lahir sebelum ASI keluar. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi mengganggu keberhasilan menyusui.

- b. Kolostrum dibuang

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan Berwarna kekuning – kuningan. Masih banyak ibu – ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Kolostrum mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi tinggi. Oleh karena itu kolostrum jangan dibuang.

- c. Pemberian MPASI terlalu dini atau terlambat

Pemberian MPASI yang masih terlalu dini (sebelum usia 4 bulan) Menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan. Bila pemberian ASI terlambat (setelah usia 6 bulan) menyebabkan hambatan tumbuh kembang anak.

- d. MPASI yang diberikan tidak cukup

Pemberian MPASI pada periode 6 – 24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas dan kuantitasnya. Masih adanya kepercayaan bahwa anak tidak boleh makan dan kebiasaan tidak mengkonsumsi santan/minyak pada makanan anak, dapat menyebabkan kondisi anak kurang gizi terutama energi dan protein serta berapa vitamin penting yang larut dalam lemak.

- e. Pemberian MPASI sebelum ASI

Pada usia 4 – 6 bulan pemberian nasi yang dilakukan sesudah MPASI dapat menyebabkan ASI kurang konsumsi. Pada periode ini zat – zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Dengan memberikan MPASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengonsumsi ASI kurang, yang berakibat menurunnya produksi ASI.

Hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi seharusnya ASI diberikan dahulu baru MPASI.

f. Frekuensi pemberian MPASI kurang

Frekuensi pemberian MPASI dalam sehari kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi.

g. Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja

Di daerah kota dan semi perkotaan ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja karena ibu sibuk. Hal ini menyebabkan konsumsi zat gizi rendah apalagi bila pemberian MP ASI pada anak kurang diperhatikan.

h. Kebersihan kurang

Pada umumnya ibu kurang menjaga kebersihan makanan terutama pada saat menyediakan dan memberi makanan dengan tangan, menyimpan makanan tanpa tutup atau tudung saji dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya. Hal ini memungkinkan timbulnya penyakit infeksi seperti diare atau mencret dll. Prioritas gizi yang salah pada keluarga banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar seperti ayah atau kakak tertua dibandingkan untuk anak baduta (bawah dua tahun) dan bila makan bersama anak baduta selalu kalah (Depkes RI, 2000)

## **E. Status Gizi Kurang pada Baduta**

### **1. Konsep Baduta**

Baduta adalah singkatan dari anak dengan usia di bawah dua tahun atau bisa disebut dengan anak usia 0 – 24 bulan. Pada masa baduta terjadi pertumbuhan fisik dan mental yang begitu besar pada anak. Sehingga, pada masa ini sering disebut periode masa pertumbuhan emas. Pertumbuhan dan perkembangan pada periode ini sangat memerlukan perhatian dan pemberian makanan yang adekuat agar pertumbuhan dan perkembangan anak dapat optimal. Periode ini sering dikenal dengan 1000 HPK atau 1000 Hari Pertama Kehidupan dihitung mulai konsepsi sampai anak berusia 2 tahun (24 bulan) (Ariani, 2022).

Masa Baduta adalah periode emas yang sangat penting untuk kejar tumbuh kembang anak dan dikenal dengan 1000 HPK (Ernawati dkk., 2018). Pentingnya zat gizi dalam tubuh anak adalah membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak serta mencegah penyakit di dalam tubuh. Apabila pada saat ini terjadi kekurangan konsumsi zat gizi maka akan terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak seperti kekurangan gizi, tingkat kecerdasan anak yang rendah, dan berisiko mengalami *stunting* (Ariani, 2022).

Menurut (Setiyowati, 2018) baduta dapat dibedakan menjadi dua golongan yaitu sebagai berikut.

a) Anak usia 1-11 bulan

Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara *continue* terutama meningkatkan fungsi sistem saraf.

b) Anak usia 12-23 bulan

Kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kinerja dalam perkembangan motorik dan fungsi ekskresi.

## 2. Definisi Status Gizi

Menurut Supriasa, Bakri, dan Fajar (Supriasa dkk., 2016) dalam Buku Penilaian Status Gizi, status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Status gizi (*nutritional status*) dalam Buku Penilaian Status Gizi oleh (Par'i dkk., 2017) adalah suatu kondisi yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan zat gizi yang berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, berat badan, tinggi badan, dan lainnya.

Berdasarkan Buku *A Dictionary of Food and Nutrition* yang diterbitkan Oxford University Press (Bender, 2009), status gizi merupakan suatu kondisi tubuh yg berkaitan dan dipengaruhi oleh zat gizi. Kadar zat gizi di dalam tubuh dan kemampuan zat gizi pada kadar tersebut untuk memelihara integritas metabolik secara normal.

Status gizi adalah keadaan gizi seseorang yang dapat dilihat untuk mengetahui apakah seseorang tersebut itu normal atau bermasalah (Darwis, 2021). Keadaan yang bermasalah atau bisa disebut dengan gizi salah diartikan sebagai gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan dan/atau keseimbangan zat-zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, kecerdasan, dan aktivitas atau produktivitas. Status gizi juga dapat merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang dimasukkan ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut (Darwis, 2021).

### 3. Penilaian Status Gizi

Berdasarkan Buku *Principles of Nutritional Assessment* (Gibson, 2005), penilaian status gizi dikelompokkan menjadi lima metode, yaitu antropometri, laboratorium, klinis, survei konsumsi pangan dan faktor ekologi. Menurut (Jelliffe & Jelfife, 1989) dalam Buku Penilaian Status Gizi (Supariasa dkk., 2016), metode penilaian status gizi dibedakan menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Berikut merupakan penjelasan dari kedua penilaian tersebut.

#### a. Penilaian Status Gizi secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari empat metode (Arisman, 2010) yaitu sebagai berikut.

##### 1) Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropo* yang berarti manusia dan *metri* yang berarti ukuran. Metode antropometri dapat diartikan sebagai pengukuran fisik dan bagian tubuh manusia. Metode ini menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode untuk menentukan status gizi. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri untuk mengukur status gizi adalah konsep dasar pertumbuhan.

Dalam Buku *Bender's Dictionary of Nutrition and Food Technology* (Bender, 2006) status gizi pada orang dewasa biasanya dinilai atau ditentukan dengan mengukur berat badan dan tinggi badan, lalu hasilnya dinyatakan sebagai indeks massa tubuh (kg)/tinggi badan<sup>2</sup> (m). Untuk anak-anak, berat dan tinggi

badan menurut usia dibandingkan dengan data standar pada anak-anak yang cukup gizi.

Tabel standar antropometri dan grafik pertumbuhan anak yang sudah diatur dalam Permenkes digunakan untuk menentukan status gizi anak.

Tabel 6. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi (Kemenkes RI, 2020)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	<-3 SD
	Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	<-3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 – 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> +1 SD sd +2 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 2 SD

Standar Deviasi Unit (SD) disebut juga z-score. Ambang batas atau Z-score dapat dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut. (Supriasa dkk., 2002)

$$Z\text{-score} = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Beberapa parameter yang diukur melalui metode antropometri antara lain sebagai berikut.

a) Umur (Kemenkes RI, 2020)

Parameter umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Umur yang digunakan pada standar ini merupakan umur yang dihitung dalam bulan penuh. Contoh, apabila umur anak 4 bulan 29 hari maka dihitung sebagai umur 4 bulan.

b) Berat Badan (Par'i dkk., 2017)

Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air, dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan merupakan komposit pengukuran ukuran total tubuh dan digunakan sebagai parameter antropometri karena perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat serta menggambarkan status gizi saat ini. Pengukuran berat badan mudah dilakukan dan alat ukur untuk menimbang berat badan mudah diperoleh.

Pengukuran berat badan memerlukan alat yang hasil ukurannya akurat. Untuk mendapatkan ukuran berat badan yang akurat, terdapat beberapa persyaratan alat ukur berat di antaranya adalah alat ukur harus mudah digunakan dan dibawa, mudah mendapatkannya, harga alat relatif murah dan terjangkau, ketelitian alat ukur sebaiknya 0,1 kg (terutama alat yang digunakan untuk memonitor pertumbuhan), skala jelas dan mudah dibaca, cukup aman jika digunakan, serta alat selalu dikalibrasi.

c) Tinggi Badan atau Panjang Badan (Par'i dkk., 2017)

Tinggi badan atau panjang badan menggambarkan ukuran pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat dari asupan gizi. Oleh karena itu tinggi badan digunakan sebagai parameter antropometri untuk menggambarkan pertumbuhan linear. Pertambahan tinggi badan atau 37esihat terjadi dalam waktu yang lama sehingga sering disebut akibat masalah gizi kronis.

Istilah tinggi badan digunakan untuk anak yang diukur dengan cara berdiri, sedangkan panjang badan jika anak diukur dengan berbaring (belum bisa berdiri). Anak berumur 0–2 tahun diukur dengan ukuran panjang badan, sedangkan anak berumur lebih dari 2 tahun dengan ukuran tinggi badan. Tinggi badan dapat diukur dengan menggunakan *microtoise*. Sedangkan panjang badan diukur dengan *infantometer*.

- d) Lingkar Lengan Atas (Par'i dkk., 2017) dan (Prakhasita, 2018)

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh.

Ukuran LILA digunakan untuk skrining kekurangan energi kronis yang digunakan untuk mendeteksi ibu hamil dengan risiko melahirkan BBLR dan balita dengan risiko malnutrisi.

- e) Lingkar Kepala (Par'i dkk., 2017)

Lingkar kepala dapat digunakan sebagai pengukuran ukuran pertumbuhan lingkar kepala dan pertumbuhan otak, meskipun tidak sepenuhnya berkorelasi dengan volume otak.

- f) Lingkar Dada (Prakhasita, 2018)

Lingkar dada mengalami pertumbuhan yang pesat sampai anak berusia 3 tahun. Rasio lingkar kepala dan dada dapat digunakan sebagai indikator KEP (Kekurangan Energi dan Protein) pada balita.

- 2) Tanda Klinis (Par'i dkk., 2017)

Pemeriksaan fisik dan riwayat medis merupakan metode klinis yang dapat digunakan untuk mendeteksi gejala dan tanda yang berkaitan dengan kekurangan gizi. Pemeriksaan klinis biasanya dilakukan dengan bantuan perabaan, pendengaran, pengetokan, penglihatan, dan lainnya. Misalnya, pemeriksaan

odema pada kedua kaki anak sebagai akibat dari kekurangan energi dan protein.

3) Biokimia (Par'i dkk., 2017; Prakhasita, 2018)

Pemeriksaan biokimia dilakukan dengan mengukur status gizi menggunakan peralatan laboratorium kimia. Pemeriksaan biokimia membutuhkan spesimen yang akan diuji seperti darah, urin, tinja, dan jaringan tubuh. Misalnya, mengukur status iodium dengan memeriksa urin, mengukur status hemoglobin dengan pemeriksaan darah, dan lainnya.

4) Biofisik (Par'i dkk., 2017)

Pemeriksaan biofisik merupakan kelanjutan dari tes biokimia. Misalnya, tes penglihatan mata (buta senja) sebagai gambaran kekurangan vitamin A atau kekurangan zink.

b. Penilaian Status Gizi secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung terdiri dari tiga metode (Supariasa dkk., 2002) yaitu sebagai berikut.

1) Survei Konsumsi Pangan

Survei konsumsi pangan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan parameter yang diukur yaitu jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi (Prakhasita, 2018).

2) Statistik Vital

3) Metode penilaian status gizi dengan statistik vital dilakukan dengan menganalisis beberapa data vital statistik yang berhubungan dengan keadaan gizi dan kesehatan, antara lain adalah angka kesakitan, angka kematian, pelayanan kesehatan dan penyakit infeksi (Par'i dkk., 2017).

4) Faktor Ekologi

Faktor ekologi yang digunakan dalam penilaian status gizi di antaranya adalah data sosial ekonomi, data kependudukan, dan keadaan lingkungan fisik (Par'i dkk., 2017). Data yang termasuk sosial ekonomi misalnya jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan, keadaan budaya, agama, tingkat pendapatan, jenis pekerjaan, ketersediaan air bersih, pelayanan kesehatan, dan

ketersediaan lahan pertanian. Data tentang lingkungan fisik seperti iklim, tanah, irigasi.

#### **F. Pengaruh Konseling Gizi (Media Piring Sekat dan *Leaflet*) terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Pemberian MPASI Baduta**

Pengetahuan, sikap, dan praktik pemberian makan anak yang salah akan berdampak buruk bagi kesehatan dan status gizi anak tersebut. Untuk mengubah perilaku tersebut diperlukan strategi. Menurut WHO strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga, yaitu menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan, pemberian informasi, dan diskusi partisipan. Diantara tiga strategi ini diskusi partisipan salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan (Notoatmojo, 2010). Disinilah pemberian pendidikan kesehatan sangat diperlukan untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat sehingga sesuai dengan norma-norma hidup sehat.

Pada penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Hestuningtyas (2013) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu dalam memberikan makan pada anak, serta asupan gizi pada anak meningkat secara signifikan setelah dilakukan konseling gizi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gammelia, dkk (2015) dalam (Putri, 2019) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling berdasarkan uji statistik wilcoxon dengan nilai *p-value* 0,000. Hasil penelitian menunjukan bahwa pengetahuan responden meningkat sesudah diberikan konseling, dilihat dari nilai rata-rata sesudah konseling yang lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata sebelum diberikan konseling. Menurut penelitian Putri (2019), terdapat pengaruh yang signifikan antara konseling gizi dengan media *booklet* dan *leaflet* dengan pengetahuan dan sikap ibu dalam pemenuhan gizi anak. Helmizar dkk. (2021) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata sikap ibu tentang MPASI antara sebelum dan sesudah edukasi gizi. Hasil penelitian Hasanah (2021) menunjukkan bahwa ada pengaruh demonstrasi Pemberian Makan Bayi dan Anak terhadap pengetahuan ( $p=0,004$ ), sikap ( $p=0,016$ ), dan keterampilan ibu balita ( $p=0,004$ ).

Peningkatan pengetahuan dipengaruhi oleh adanya bantuan media yang lebih memudahkan responden dalam mengingat materi yang diberikan. Hasil penelitian Melina dkk. (2014) juga menunjukkan adanya pengaruh pendidikan dengan media. Penelitian Nurhidayat, dkk (2012) penggunaan media sangat diperlukan sebagai alat bantu dalam meningkatkan kemampuan mengingat seseorang seperti gambar dan suara sehingga seseorang lebih cepat memahami informasi yang diberikan dari suatu media. Diberikan dua media meliputi *leaflet* dan piring kepada sasaran. Pada penelitian Fatmawati (2017) media *leaflet* berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan ibu balita. Hal ini sejalan dengan penelitian Sumiati & Marsofely (2017) bahwa ada pengaruh promosi kesehatan dengan menggunakan metode *leaflet* terhadap pengetahuan sasaran. Pada penelitian Fadhilah dkk. (2020) media leaflet, booklet, dan video edukasi efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, keyakinan, dan niat ibu remaja.

Selanjutnya, media kedua yang digunakan yaitu piring sekat. Pada penelitian Anggraini dkk. (2020) media tiga dimensi dengan audio visual berpengaruh secara signifikan terhadap sikap ibu hamil tentang pencegahan *stunting*. Hal ini sejalan dengan penelitian Susana (2021) bahwa ada pengaruh media tiga dimensi dengan menggunakan video terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu balita dalam pemberian MP-ASI. Menurut hasil penelitian Astuti & Rivqoh (2010), tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi sikap yang ditunjukkan terhadap suatu objek dan dapat menyebabkan perubahan perilaku yang akan dilakukan seperti pemberian konsumsi pada baduta.

Selain diberikan dua media tersebut, responden juga diberikan contoh makanan jadi terkait MPASI yang tepat untuk anak usia 12 – 23 bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian Kustiani & Misa (2018) yang menunjukkan bahwa terdapat 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.