

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi Balita

2.1.1 Pengertian Balita

Balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian anak dibawah lima tahun (Muaris.H, 2006). Menurut Sutomo.B. dan Anggraeni.DY, (2010) Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun, kemampuan lain masih terbatas. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan dimasa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan.

2.1.2 Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan gizi seseorang yang dapat dilihat untuk mengetahui apakah seseorang tersebut itu normal atau bermasalah (gizi salah). Gizi salah adalah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan dan atau keseimbangan zat-zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, kecerdasan dan aktivitas atau produktivitas (Siswanto, 2001). 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 (Supariasa, dkk., 2002). Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang dapat digunakan untuk menunjukkan kualitas hidup suatu masyarakat dan juga memberikan intervensi sehingga akibat lebih buruk dapat dicegah dan perencanaan lebih baik dapat dilakukan untuk mencegah anak-anak lain dari penderitaan yang sama (Soekirman, 2000).

2.1.3 Penilaian Status Gizi

2.1.3.1 Penilaian Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat yaitu antropometri, klinis, biokimia dan biofisik.

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umum dan tingkat gizi (Supariasa, 2002). Pengukuran melalui antropometri mempunyai kelebihan dari beberapa segi kepraktisan lapangan. Pengukuran antropometri yang biasa dilakukan adalah Berat Badan (BB), Panjang Badan (PB), Tinggi Badan (TB), dan Lingkar Lengan Atas (LLA). Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk Gizi Kurang Gizi Baik Gizi Lebih	< - 3 SD - 3 SD sampai dengan <-2 SD - 2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD
Panjang Badan menurut umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut umur (TB/U) Anak umur 0-60 Bulan	Sangat Pendek Pendek Normal Tinggi	< - 3 SD -3 SD sampai dengan < - 2 SD - 2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	< - 3 SD -3 SD sampai dengan < - 2 SD - 2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD

Sumber : Klasifikasi Status Gizi berdasarkan Kepmenkes RI Nomor : 1995/Menkes/SK/XII/2010

Dengan mengetahui keadaan dari masing – masing ke tiga indikator diatas dapat disimpulkan secara tepat keadaan gizi anak atau kelompok anak. Ketiga indikator lebih banyak digunakan pada survei khusus, pada kegiatan penelitian atau untuk penapisan (*screening*) anak yang kurang gizi (Soekirman, 2000), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.2 Indikator Status Gizi.

Tabel 2.2. Indikator Status Gizi

Indikator BB/U	Indikator TB/U	Indikator BB/TB	Kesimpulan
Rendah	Rendah	Normal	Keadaan gizi anak saat ini baik, tetapi anak tersebut mengalami gizi kronis. BB anak proporsional dengan TB nya.
Normal	Rendah	Lebih	Anak mengalami masalah gizi kronis dan pada saat ini menderita kegemukan (<i>overweight</i>) karena BB lebih dari proporsional terhadap TB nya.
Rendah	Rendah	Rendah	Anak mengalami kurang gizi berat dan kronis artinya pada saat ini keadaan gizi anak tidak baik dan riwayat masa lalunya juga tidak baik.
Normal	Normal	Normal	Keadaan gizi anak “baik” pada saat ini dan pada masa lalu.
Rendah	Normal	Rendah	Anak mengalami kurang gizi berat (kurus).
Normal	Normal	Rendah	Keadaan gizi anak secara umum baik tetapi berat badannya kurang proporsional terhadap TB nya karena tubuh anak jangkung.

Sumber : (Supariasa, 2016)

2) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini berdasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*supervicial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral/pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Supariasa, 2002).

3) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan yang diuji secara laboratorium yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja dan beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Supariasa, 2002).

4) Biofisik

Penilaian status gizi baik secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan menilai kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan (Supariasa, 2002).

2.1.3.2 Penilaian Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dibedakan menjadi tiga yaitu survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

1). Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Berdasarkan jenis data yang diperoleh, pengukuran konsumsi makanan menghasilkan dua jenis data konsumsi yang bersifat kualitatif dan kuantitatif.

(1) Metode Kualitatif

Metode ini biasanya untuk menggambarkan frekuensi makanan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habits*) serta cara-cara memperoleh bahan makanan.

- (a) Metode riwayat makanan (*dietary history*)
- (b) Metode frekuensi makan (*food frequency*)
- (c) Metode telepon
- (d) Metode pendaftaran makanan (*food list*)

(2) Metode Kuantitatif

Metode ini digunakan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM). Metode tersebut antara lain :

- (a) Metode recall 24 jam
- (b) Perkiraan makanan (*estimation food records*)
- (c) Penimbangan makanan (*food weighing*)
- (d) Metode food account
- (e) Metode inventaris (*inventory method*)

(f) Pencatatan (*household food records*)

(3) Metode Kualitatif dan Kuantitatif

Beberapa metode dapat menghasilkan data yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Metode tersebut antara lain :

(a) Metode recall 24 jam

(b) Metode riwayat makanan (*dietary history*) (Supariasa, 2002).

2). Statistik Vital

Penilaian status gizi dengan statistik vital adalah menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi (Supariasa, 2002).

3). Faktor Ekologi

Bengoa dalam Supariasa (2002) mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain-lain.

2.1.4 Pengukuran Status Gizi

Dalam pengukuran status gizi terdapat bermacam-macam indikator indeks, masing-masing indeks mempunyai keunggulan dan kelemahan (Supariasa, 2016). Jenis, keunggulan dan kelemahan masing-masing indeks dapat dilihat pada tabel 2.3.

Tabel 2.3. Jenis, keunggulan dan kelemahan masing-masing indeks

Indeks	Keunggulan	Kelemahan
BB/U	Baik untuk mengukur status gizi akut/kronis Berat badan dapat berfluktuasi Sensitif terhadap perubahan Dapat mendeteksi kegemukan	Interpretasi keliru jika terdapat edema maupun asites Memerlukan data umur yang akurat Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran seperti pengaruh pakaian dan gerakan anak Masalah sosial budaya
TB/U	Baik untuk menilai status gizi masa lampau Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa	Tinggi badan tidak cepat naik Pengukuran relatif sulit dan membutuhkan 2 orang untuk melakukannya Ketepatan umur sulit didapat, terutama di daerah terpencil
BB/TB	Tidak memerlukan data umur Dapat membedakan proporsi tubuh (gemuk, normal dan kurus)	Tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek Membutuhkan 2 macam alat ukur Pengukuran relative lama Sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran
LILA/U	Indikator yang baik untuk menilai KEP berat Alat ukur murah, ringan, dan dapat dibuat sendiri Alat dapat diberi kode warna untuk menentukan tingkat keadaan gizi	Hanya dapat mengidentifikasi KEP berat Sulit menentukan ambang batas Sulit digunakan untuk melihat pertumbuhan anak karena perubahan tidak tampak nyata

Sumber : (Supariasa, 2016)

2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi ada dua yaitu faktor langsung dan tidak langsung.

2.1.5.1 Faktor Langsung

Faktor langsung dipengaruhi oleh infeksi dan asupan makanan.

1) Faktor infeksi

Defisiensi gizi sering dihubungkan dengan infeksi. Infeksi bisa dihubungkan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare atau muntah mempengaruhi metabolisme makanan dan banyak cara lain lagi. Secara umum, defisiensi gizi merupakan awal dari gangguan sistem kekebalan. Gizi kurang dan infeksi, kedua-duanya dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan tidak sehat dengan sanitasi yang buruk. Selain itu juga diketahui bahwa infeksi menghambat reaksi immunologis yang normal dengan menghasilkan sumber-sumber energi tubuh. Gangguan gizi dan infeksi sering bekerja sama dan jika bekerja sama akan memberikan prognosis yang lebih buruk jika dibandingkan dengan jika kedua faktor tadi bekerja sendiri-sendiri. Infeksi memperburuk taraf gizi dan sebaliknya, gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi. Kuman-kuman yang kurang berbahaya bagi anak-anak dengan status gizi naik, bisa menyebabkan kematian pada anak-anak dengan status gizi yang buruk (Kemenkes RI, 2013).

2) Asupan Makan

Tujuan memberi makan pada anak adalah untuk memenuhi kebutuhan zat gizi yang cukup dalam kelangsungan hidupnya, pemulihan kesehatan sesudah sakit, untuk aktivitas pertumbuhan dan perkembangan. Dengan memberikan makan anak juga didik agar dapat menerima, menyukai makanan yang baik serta menentukan jumlah makanan yang cukup dan bermutu (Santoso, 2009).

Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi normal tubuh. Sebaliknya, jika makanan tidak dipilih dengan baik, tubuh akan mengalami kekurangan zat-zat gizi esensial tertentu. Konsumsi aneka ragam makanan merupakan salah satu cara untuk mencukupi zat-zat gizi yang kurang di dalam tubuh (Almatsier, 2010).

2.1.5.2 Faktor Tidak Langsung

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi gizi secara tidak langsung antara lain : pola asuh, pendidikan, pengetahuan, ketersediaan pangan, sikap, perilaku, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan.

1) Pola Asuh

Pola asuh adalah praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak (LIPI, 2000). Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal hakekatnya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan, tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak (Soekirman, 2000).

Dalam WNPG (LIPI, 2000) terdapat beberapa aspek kunci dalam pola asuh anak meliputi :

- (a) Perawatan dan perlindungan bagi ibu
- (b) Praktek menyusui dan pemberian MP- ASI
- (c) Pengaruh psiko – sosial
- (d) Penyiapan makanan
- (e) Kebersihan diri dan sanitasi lingkungan
- (f) Praktik kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan

2) Pengetahuan

Kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menetapkan informasi dalam kehidupan sehari-hari merupakan penyebab terjadinya gangguan gizi (Suhardjo, 2003). Ibu yang mempunyai pengetahuan gizi dan kesadaran gizi yang tinggi akan melatih kebiasaan makan yang sehat sedini mungkin kepada semua putra-putrinya. Selain itu tingkat pengetahuan ibu sebagai pengelola rumah tangga akan

berpengaruh juga pada macam bahan makanan dalam konsumsi keluarga sehari-hari. Ibu yang cukup pengetahuan gizinya akan memperhatikan kebutuhan gizi anaknya agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Pengetahuan ibu memberi makan anak sering menghadapi kesulitan dan juga pengetahuan ibu tentang cara memperlakukan bahan pangan dalam pengelolaan sehingga zat gizi yang terkandung di dalamnya tidak rusak atau salah masih perlu dikaji di pedesaan.

3) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Notoatmodjo, 1993). Suatu sikap belum dapat otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behaviour*). Banyak factor yang dapat mempengaruhi penentuan sikap secara utuh seperti pengetahuan, berfikir, berkeyakinan, dan emosi itu semua memegang peranan sangat penting. Sedangkan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas.

4) Perilaku

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya (Azwar, 1997). Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Maksudnya, bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu, adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk tendensi perilaku terhadap objek (Azwar, 1997).

2.2 Taburia

2.2.1 Pengertian

Taburia adalah tambahan multivitamin dan mineral berupa serbuk tabur yang diproduksi oleh PT Indofarma, Bekasi – Indonesia dengan LPPOM 00180072030315 dan berlabel Halal dari Majelis Ulama Indonesia (MUI). Taburia merupakan produk yang digunakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk memenuhi tumbuh kembang balita usia 6-59 bulan dengan prioritas balita usia 6-24 bulan. Kemasan Taburia dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Taburia

2.2.2 Keunggulan Taburia

- 1) Tidak mengubah kebiasaan makan anak
- 2) Tidak mengubah rasa, aroma maupun bentuk makanan anak
- 3) Praktis
- 4) Kebutuhan vitamin dan mineral anak terpenuhi

2.2.3 Manfaat Taburia

- 1) Meningkatkan nafsu makan anak
- 2) Anak tidak mudah sakit
- 3) Anak tumbuh dan berkembang sesuai umur
- 4) Anak tidak kurang darah / anemia sehingga lebih cerdas dan ceria

2.2.4 Kandungan Zat Gizi Mikro dalam Taburia

1) Vitamin

(a) Vitamin A

Memelihara kesehatan mata, kekebalan tubuh dan meningkatkan pertumbuhan anak.

(b) Vitamin B1

Meningkatkan nafsu makan, pertumbuhan, fungsi pencernaan dan saraf.

(c) Vitamin B2

Memelihara kesehatan kulit, fungsi penglihatan, mencegah pecah-pecah pada sudut bibir dan pertumbuhan.

(d) Vitamin B3

Meningkatkan nafsu makan, kesehatan kulit dan daya ingat.

(e) Vitamin B6

Membantu pembentukan sel darah merah, pertumbuhan dan mencegah gangguan fungsi otak.

(f) Vitamin B12

Meningkatkan nafsu makan, fungsi saraf, pembentukan sel darah merah dan mencegah gangguan mental.

(g) Asam Folat

Membantu pembentukan sel darah merah serta mencegah penyakit (infeksi) dan kelelahan.

(h) Vitamin C

Mencegah sariawan dan perdarahan gusi, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit serta mencegah kelesuan dan kurang darah.

(i) Asam Pantotenat

Mencegah kelelahan dan mengatasi sulit tidur pada anak.

(j) Vitamin D3

Membantu pertumbuhan tulang dan gigi serta mencegah gangguan gigi rapuh.

(k) Vitamin E

Membantu pembentukan sel darah merah serta mencegah gangguan bicara dan penglihatan.

(l) Vitamin K

Membantu pembekuan darah, pembentukan dan perbaikan tulang.

2) Mineral**(a) Iodium (I)**

Membantu pertumbuhan dan perkembangan mental, serta mencegah kretin.

(b) Seng (Zn)

Meningkatkan pertumbuhan, fungsi saraf dan otak serta nafsu makan.

(c) Selenium (Se)

Meningkatkan daya tahan tubuh dan kesehatan.

(d) Zat Besi (Fe)

Meningkatkan nafsu makan dan mencegah anemia (kurang darah) dengan gejala 5 L (Letih, Lemah, Lesu, Lelah dan Lalai).

2.2.5 Komposisi Per Gram Taburia

Komposisi per gram taburia dapat dilihat pada tabel 2.4.

Tabel 2.4 Komposisi per gram taburia

No	Jenis Vitamin dan Mineral	Satuan	Kandungan Gizi
1	Vitamin A	mcg	417
2	Vitamin B1	mg	0.5
3	Vitamin B2	mg	0.5
4	Vitamin B3	mg	5
5	Vitamin B6	mg	0.5
6	Vitamin B12	mcg	1
7	Asam Folat	mcg	150
8	Vitamin C	mg	30
9	Asam Pantotenat	mg	3
10	Vitamin D3	mcg	5
11	Vitamin E	mg	6
12	Vitamin K1	mcg	20
13	Iodium (I)	mcg	50
14	Zat Besi (Fe)	mg	10
15	Seng (Zn)	mg	5
16	Selenium (Se)	mcg	20

Sumber : Informasi Nilai Gizi dalam Kemasan Taburia, 2016.

Perbandingan komposisi taburia dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk anak usia 1-3 tahun dapat dilihat pada table 2.5.

Tabel 2.5 Perbandingan Komposisi Taburia dengan AKG

No	Zat Gizi	Satuan	Taburia	AKG (Usia 1-3 th)
1	Energi	Kkal	-	1125
2	Protein	gram	-	26
3	Vitamin A	mcg	417	400
4	Vitamin B1	mg	0.5	0.5
5	Vitamin B2	mg	0.5	0.5
6	Vitamin B3	mg	5	6
7	Vitamin B6	mg	0.5	0.5
8	Vitamin B12	mcg	1	0.9
9	Asam Folat	mcg	150	150
10	Vitamin C	mg	30	40
11	Asam Pantotenat	mg	3	3
12	Vitamin D3	mcg	5	5
13	Vitamin E	mg	6	6
14	Vitamin K1	mcg	20	15
15	Iodium (I)	mcg	50	120
16	Zat Besi (Fe)	mg	10	8
17	Seng (Zn)	mg	5	8.3
18	Selenium (Se)	mcg	20	17

Sumber : AKG Tahun 2013

2.2.6 Sasaran Pemberian Taburia

Sasaran pemberian taburia adalah semua balita usia 6-59 bulan dengan prioritas balita usia 6 – 24 bulan. Dengan pertimbangan pada usia tersebut merupakan periode emas pertumbuhan (*golden period*). Taburia dapat juga diberikan kepada anak yang sakit, kecuali balita gizi buruk yang sedang menjalani perawatan.

2.2.7 Cara Pemberian Taburia

- 1) Gunting atau sobek saset taburia kemudian taburkan satu bungkus taburia pada sebagian makan pagi balita yang siap dimakan ;

- 2) Makanan yang sudah dicampur taburia harus segera dimakan dan dihabiskan oleh balita ;
- 3) Tidak boleh dicampur dengan makanan yang berair / sayuran berkuah (sup) dan minuman seperti susu, teh dan lain-lain karena akan menggumpal dan tidak larut ;
- 4) Tidak boleh dicampur dengan makanan panas karena beberapa zat gizi akan rusak dan dapat menimbulkan bau yang kurang enak ;
- 5) Taburia diberikan setiap 2 (dua) hari sekali.

2.2.8 Hal-Hal yang Perlu diketahui Selama Anak Mengonsumsi Taburia

- 1) Ada kemungkinan tinja anak berwarna hitam yang disebabkan adanya zat besi pada taburia
- 2) Bila terjadi diare atau gangguan kesehatan lainnya, dianjurkan untuk dirujuk ke puskesmas atau pelayanan kesehatan terdekat.
- 3) Apabila setelah dicampur taburia, warna dan rasa makanan sedikit berubah, tidak perlu khawatir karena perubahan tersebut tidak mengurangi manfaat taburia. Cuci tangan dahulu dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum menyiapkan makanan.

2.3 Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

2.3.1 Pengertian Konseling

Konseling merupakan proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi, dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut. (Saefudin, Abdul Bari : 2002). Jadi konseling PMBA adalah bantuan kepada orang lain dalam bentuk wawancara yang menuntut adanya komunikasi, interaksi yang mendalam dan usaha bersama antara konselor dengan klien untuk mencapai tujuan konseling yang dapat berupa pemecahan masalah, pemenuhan kebutuhan ataupun perubahan tingkah laku/ sikap dalam ruang lingkup pemberian makan bayi dan anak.

2.3.2 Tujuan Konseling

Tujuan konseling adalah :

- 1) Pemecahan masalah, meningkatkan efektifitas individu dalam pengambilan keputusan secara tepat.
- 2) Pemenuhan kebutuhan, menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu.
- 3) Perubahan sikap dan tingkah laku.

2.3.3 Langkah Konseling

Ada 3 langkah pokok konseling yang harus dilaksanakan yaitu :

- 1) Pendahuluan, menciptakan kontak mengumpulkan data klien untuk mencari tahu penyebabnya;
- 2) Bagian inti/ pokok , mencari jalan keluar dan menentukan jalan keluar yang harus dipilih;
- 3) Bagian akhir, penyimpulan dari seluruh aspek kegiatan dan merupakan tahap penutupan untuk pertemuan berikutnya.

2.3.4 Prinsip Dasar Konseling

Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi :

- 1) Pengajaran;
- 2) Nasehat dan bimbingan ;
- 3) Pengambilan tindakan langsung;
- 4) Pengelolaan;
- 5) Konseling.

2.3.5 Manfaat Konseling

Manfaat konseling adalah :

- 1) Pencegahan : mencegah timbulnya masalah kesehatan.
- 2) Penyesuaian : membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, kultural dan lingkungan .
- 3) Perbaikan : perbaikan terjadi bila ada penyimpangan perilaku klien
- 4) Pengembangan : meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat kesehatan.

2.3.6 Hal-Hal yang harus diperhatikan dalam konseling

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam konseling adalah :

- 1) Iklim psikologis, suasana percakapan : Iklim psikologis, tindakan, perilaku, sikap dari orang lain yang mempunyai dampak terhadap diri kita.
- 2) Sikap Konselor menurut “Rogers”, yaitu :
 - (a) Acceptance (Menerima)

Konselor menunjukkan sikap menerima, sehingga konseli merasa tidak ditolak, diacuhkan, didikte, melainkan klien merasa bahwa ia diterima sebagai dirinya sendiri. Terima klien dengan sikap terbuka dan apa adanya. Konselor memperhatikan tanpa pamrih, tanpa menguasai klien. Tulus dan ikhlas. Konselor harus menghargai klien, apapun yang dikatakan klien. Beri kesempatan pada klien untuk mengemukakan keluhan-keluhannya.

- (b) Sikap tidak menilai
 - (c) Sikap percaya terhadap konselor
- 3) Alam pikiran dari klien, dilihat dari dalam diri klien sendiri
- 4) Situasi konseling, persamaan persepsi sampai mendapat pengertian.

2.3.7 Teknik Konseling

Teknik konseling ada 3 yaitu : Pendekatan authoritative atau directive, pusat dari keberhasilan konseling adalah dari konselor.

- 1) Pendekatan non-directive atau client centred, konseli diberikan kesempatan untuk memimpin proses konseling dan memecahkan masalah sendiri.
- 2) Pendekatan eclectic, konselor menggunakan cara yang baik sesuai dengan masalah klien.

2.3.8 Proses Konseling

Proses konseling terdiri dari 4 unsur kegiatan yaitu :

- 1) Pembinaan hubungan baik (*rapport*) : Pembinaan hubungan baik dimulai sejak awal pertemuan dengan klien dan perlu dijaga seterusnya dengan :

- (a) Memberi salam pada awal setiap pertemuan.
 - (b) Memperkenalkan diri
 - (c) Menciptakan suasana nyaman dan aman.
 - (d) Memberikan perhatian penuh pada klien (**SOLER**). **S** : *Face your clients squarely* (menghadap klien) & *smile / nod at clients* (senyum/ menganggukkan kepala). **O** : *Open and Non Judgemental Facial Expression* (ekspresi muka menunjukkan sikap terbuka dan tidak menilai). **L** : *Lean Towards Client* (tubuh condong kearah klien). **E** : *Eye Contact in a culturally-Acceptable Manner* (kontak mata/ tatap mata sesuai dengan cara yang diterima budaya setempat). **R** : *Relaxed and Friendly Manner* (santai dan sikap bersahabat).
 - (e) Bersabar.
 - (f) Tidak memotong pembicaraan klien
- 2) Pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan perencanaan. Setelah mendapatkan dan memberikan cukup informasi sesuai dengan masalah dan kondisi klien, konselor membantu klien memecahkan masalah yang dihadapi atau membuat perencanaan untuk mengatasi masalah. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan adalah (1) fisik, (2) emosional, (3) rasional, (4) praktikal, (5) interpersonal, (6) struktural.
 - 3) Menindaklanjuti pertemuan : Menindaklanjuti pertemuan konseling dengan membuat rangkuman, merencanakan pertemuan selanjutnya / merujuk klien.

2.3.9 Faktor Penghambat Konseling

Faktor penghambat dalam konseling antara lain :

- 1) Faktor individual Keterikatan budaya merupakan faktor individual yang dibawa seseorang dalam melakukan interaksi. Orientasi ini merupakan gabungan dari :
 - (a) faktor fisik atau kepekaan panca indera, usia dan seks;
 - (b) sudut pandang terhadap nilai-nilai;

- (c) faktor sosial pada sejarah keluarga dan relasi, jaringan sosial, peran dalam masyarakat, status sosial;
 - (d) bahasa.
- 2) Faktor yang berkaitan dengan interaksi,
 - (a) tujuan dan harapan terhadap komunikasi;
 - (b) sikap terhadap interaksi;
 - (c) pembawaan diri terhadap orang lain;
 - (d) sejarah hubungan.
 - 3) Faktor situasional
 - 4) Kompetensi dalam melakukan percakapan : Komunikasi dikatakan efektif bila ada sikap perilaku kompeten dari kedua belah pihak. Keadaan yang dapat menyebabkan putusnya komunikasi adalah : (a) kegagalan informasi penting; (b) perpindahan topik bicara; (c) tidak lancar; (d) salah pengertian.

2.3.10 Hasil yang diharapkan setelah konseling

Harapan setelah dilaksanakan konseling adalah kemandirian klien dalam :

- 1) Peningkatan kemampuan klien dalam mengenali masalah, merumuskan pemecahan masalah, menilai hasil tindakan dengan tepat.
- 2) Klien mempunyai pengalaman dalam menghadapi masalah kesehatan.
- 3) Klien merasa percaya diri dalam menghadapi masalah.
- 4) Munculnya kemandirian dalam pemecahan masalah kesehatan.

2.4 Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

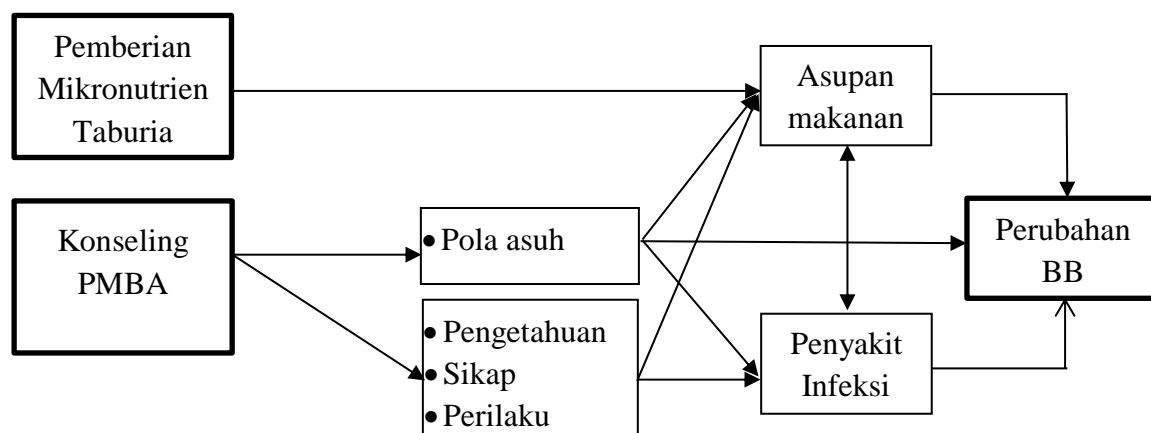
Praktik pemberian makan yang dianjurkan berdasarkan rekomendasi WHO dapat dilihat pada tabel 2.6.

Tabel 2.6 Praktik Pemberian MP ASI yang Dianjurkan

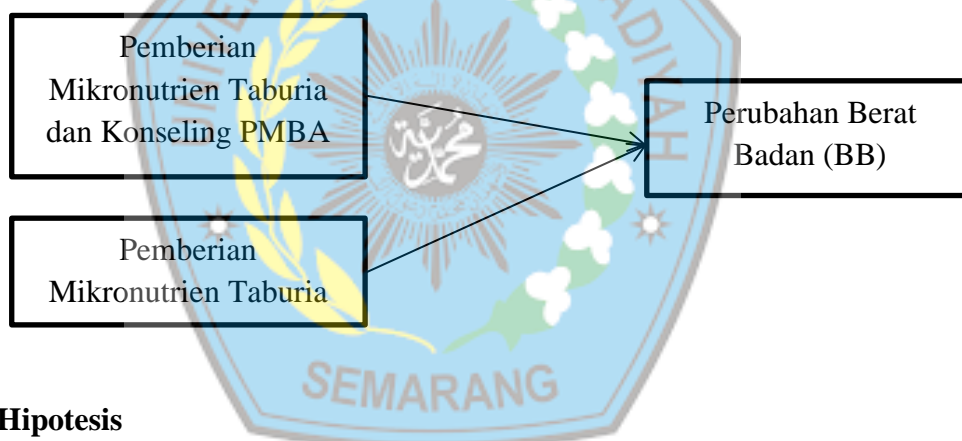
REKOMENDASI				
USIA	Frekuensi (per hari)	Jumlah (tiap kali makan)	Tekstur (kekentalan/konsistensi)	Variasi
6 bulan	2 - 3 kali makan ditambah ASI	Mulai dengan 2 s/d 3 sendok makan. Mulai dengan pengenalan rasa dan secara perlahan tingkatkan jumlahnya	Bubur Kental	ASI (bayi disusui sesering yang diinginkan + makanan hewani (makanan lokal)
6-9 bulan	2-3 kali makan ditambah ASI 1-2 kali makanan selingan	2-3 sendok makan penuh. Tingkatkan secara perlahan sampai ½ mangkuk berukuran 250 ml	Bubur kental / makanan keluarga yang dilumatkan	+ makanan pokok (makanan lokal)
9-12 bulan	3-4 kali makan ditambah ASI	½ - ¾ mangkuk berukuran 250 ml	Makanan keluarga yang dicincang / dicacah. Makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang. Makanan yang di iris-iris	+ kacang-kacangan (makanan lokal) + Buah – buahan / sayuran (makanan lokal)
12-24 bulan	3-4 kali makan ditambah ASI	¾ - 1 mangkuk ukuran 250 ml	Makanan yang di iris-iris. Makanan keluarga	+ Bubuk tabor gizi / taburia
Jika anak kurang dari 24 bulan tidak diberi ASI	Tambahkan 1-2 kali makan ekstra	Sama dengan diatas sesuai kelompok umur	Sama dengan diatas sesuai kelompok umur	Sama dengan diatas dengan penambahan 1-2 gelas susu per hari 2-3 cairan tambahan terutama di daerah iklim panas

Sumber : Kemenkes RI, 2012.

2.5 Kerangka Teori



2.6 Kerangka Konsep



2.7 Hipotesis

1. Ada pengaruh pemberian mikronutrien taburia dan konseling PMBA terhadap perubahan berat badan balita gizi kurang usia 6-24 bulan.
2. Ada pengaruh pemberian mikronutrien taburia terhadap perubahan berat badan balita gizi kurang usia 6-24 bulan.
3. Pemberian Mikronutrien Taburia dan Konseling PMBA lebih efektif mempengaruhi perubahan berat badan balita gizi kurang usia 6-24 bulan.