

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini menunjukkan status gizi yang kurang (malnutrisi) dalam jangka waktu yang lama (kronis) (Candra, 2020). *Stunting* pada anak menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan dan kematian, gangguan pada perkembangan otak, gangguan terhadap perkembangan motorik dan terhambatnya pertumbuhan mental anak (Rahayu *et al.*, 2018).

Menurut WHO (2017) dampak yang ditimbulkan apabila seorang anak mengalami *stunting* terbagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek yang akan dialami dapat meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian serta menghambat proses perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak. Sedangkan dalam jangka panjang, anak akan memiliki postur tubuh yang tidak optimal (lebih pendek dari anak seusianya), meningkatnya risiko terkena obesitas, dan menurunnya produktivitas dan kapasitas kerja.

2. Patofisiologi

Proses pertumbuhan pada manusia di bawah kendali genetik dan pengaruh lingkungan, yang beroperasi sedemikian rupa pada waktu

tertentu selama periode pertumbuhan, dimana satu atau yang lain mungkin merupakan pengaruh dominan (Candra, 2020). Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, dimana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak (Rahayu *et al.*, 2018). Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi, sehingga diperlukan pemenuhan gizi yang adekuat di usia tersebut.

3. Cara Ukur

Diagnosis *stunting* pada anak dapat dilakukan dengan cara pengukuran antropometri seperti pengukuran tinggi badan. Indikator pengukuran tinggi badan atau panjang badan menurut umur (TB/U atau PB/U) dapat mengukur pencapaian pertumbuhan linier bayi yang menggambarkan kondisi gizi anak pada masa lalu (Fikawati *et al.*, 2015).

Penggunaan indeks PB/U atau TB/U dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*), sehingga indikator status gizi tinggi badan menurut umur (TB/U) atau panjang badan menurut umur (PB/U) dapat menggambarkan masalah gizi kronis pada anak.

Berdasarkan Permenkes Nomor 2 Tahun 2020, standar antropometri anak di Indonesia mengacu pada WHO *Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun. Berikut ini merupakan kategori status gizi PB/U atau TB/U beserta nilai ambang batas yang ditetapkan oleh WHO:

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan PB/U atau TB/U

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
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 s.d. < -2 SD
	Normal	-2 SD s.d. 3 SD
	Tinggi ¹	> 3 SD

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020

Keterangan:

- Anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi dan biasanya tidak menjadi masalah kecuali kemungkinan adanya gangguan endokrin seperti tumor yang memproduksi hormon pertumbuhan. Rujuk ke dokter spesialis anak jika diduga mengalami gangguan endokrin (misalnya anak yang sangat tinggi menurut umurnya sedangkan tinggi orang tua normal).
- Faktor Risiko

Menurut UNICEF (2013) dalam Kemenkes RI (2018) beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *stunting* diantaranya adalah:

a. Penyebab Langsung

1) Asupan Makan Kurang

Zat gizi sangat penting bagi pertumbuhan. Pertumbuhan adalah peningkatan ukuran dan massa konstituen tubuh yang merupakan salah satu hasil dari proses metabolisme. Asupan zat gizi yang menjadi faktor risiko terjadinya *stunting* dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu asupan zat gizi makro atau makronutrien dan asupan zat gizi mikro atau mikronutrien (Candra dan Nugraheni, 2015). Berdasarkan beberapa penelitian, asupan zat gizi makro yang paling mempengaruhi terjadinya *stunting* adalah asupan protein, sedangkan asupan zat gizi mikro yang paling mempengaruhi kejadian *stunting* adalah asupan Vitamin A dan seng (Aritonang *et al.*, 2020).

2) Penyakit Infeksi

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit (UNICEF, 2015). Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh (Rahayu *et al.*, 2018). Menurut Beal *et al.* (2018) infeksi klinis dan subklinis yang termasuk ke dalam *framework* WHO antara lain penyakit diare, kecacingan, infeksi saluran pernafasan, dan malaria. Dari beberapa penyakit tersebut berdasarkan literatur yang ditemukan, infeksi yang utama terkait penyebab kejadian

stunting adalah infeksi saluran pernafasan dan penyakit diare. Penelitian Tandang *et al.* (2019) menunjukkan bahwa semakin sering anak mengalami penyakit infeksi maka semakin besar risiko balita tersebut untuk menderita *stunting*.

b. Penyebab Tidak Langsung

1) Ketahanan Pangan

Masalah ketahanan pangan merupakan penyebab tidak langsung yang mempengaruhi status gizi, dimana ketahanan pangan keluarga akan menentukan kecukupan konsumsi setiap anggota keluarga (UNICEF, 2013; BAPPENAS, 2018). Dalam jangka panjang masalah kerawanan pangan dapat menjadi penyebab meningkatnya prevalensi *stunting*, kondisi tersebut mempengaruhi asupan gizi pada balita sehingga mengakibatkan terjadinya kegagalan selama proses tumbuh kembang yang diawali pada masa kehamilan (Kemenkes RI, 2018).

Definisi ketahanan pangan merujuk pada tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata, dan terjangkau serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat, untuk dapat hidup sehat, aktif, dan produktif secara berkelanjutan (Pemerintah RI, 2012). Ketahanan pangan (*food security*) pada suatu negara merupakan aspek penting dalam upaya pencegahan *stunting*, sehingga untuk meningkatkan ketahanan pangan diperlukan upaya

untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan pemanfaatan pangan oleh masyarakat (BAPPENAS, 2018).

Pada masalah gizi, ketahanan pangan dapat diketahui dari kemampuan rumah tangga untuk mengakses pangan dan keragaman konsumsi pangan rumah tangga (Coates *et al.*, 2007 dalam Wardani *et al.*, 2020). Sedangkan akses pangan untuk memenuhi kebutuhan gizi tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendapatan.

Hasil penelitian Aritonang *et al.* (2020) menunjukkan terdapat hubungan antara ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian *stunting*. Pada penelitian tersebut keluarga yang tergolong tidak tahan pangan disebabkan oleh ketersediaan pangan di tingkat keluarga yang kurang, sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi keluarga meskipun akses untuk mendapatkan pangan cukup mudah. Penelitian lain menyatakan bahwa balita yang berasal dari keluarga tidak tahan pangan berisiko 3,059 kali lebih besar untuk menderita *stunting* (Adelina *et al.*, 2018). Aspek pendapatan mempengaruhi jenis pangan yang akan dibeli baik secara kualitas maupun kuantitas. Semakin rendah pendapatan keluarga, maka sebagian besar pengeluaran digunakan untuk membeli makanan pokok (sereal), namun sebaliknya semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin bervariasi kebutuhan yang terpenuhi (Ihsan M, 2012 dalam Ulfa, 2018). Oleh karena itu,

kondisi ketahanan pangan keluarga yang tercermin dari ketersediaan pangan untuk mencukupi kebutuhan anggota keluarganya berpengaruh positif terhadap tingkat konsumsi dan secara tidak langsung juga akan berpengaruh terhadap status gizi.

2) Pola Asuh

Menurut UNICEF (2015) kondisi kekurangan gizi pada anak tidak hanya disebabkan oleh kurangnya makanan bergizi yang cukup tetapi juga karena praktik pola asuh yang tidak baik. Pola asuh termasuk di dalamnya adalah inisiasi menyusui dini (IMD), menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sampai dengan usia 2 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Widyaningsih *et al.* (2018) yang menyatakan bahwa sebanyak 51,2% balita *stunting* memiliki pola asuh makan yang kurang. Pola asuh yang kurang pada penelitian tersebut berkaitan dengan praktik pemberian makan pada balita, karena ibu balita memiliki kebiasaan menunda memberikan makan dan kurang memperhatikan kebutuhan gizi anaknya, sehingga asupan zat gizi balita tidak terpenuhi dan rawan menderita *stunting*.

a) IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

Proses inisiasi menyusui dini merupakan salah satu indikator yang termasuk kedalam prinsip pemberian makan

yang baik bagi bayi dan anak, karena keberhasilan pemberian ASI eksklusif berawal dari terlaksananya proses IMD secara optimal (Fikawati *et al.*, 2015). IMD mempengaruhi kejadian *stunting* karena melalui IMD bayi akan mendapatkan ASI pertama kali yang mengandung kolostrum yang tinggi, kaya akan antibodi dan zat penting untuk pertumbuhan usus, dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi demi kelangsungan hidupnya (Permadi, 2016).

b) ASI Eksklusif

ASI adalah makanan yang terbaik bagi bayi pada 6 bulan pertama kehidupannya karena semua kebutuhan nutrisi yaitu protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral sudah tercukupi dari ASI (Fikawati *et al.*, 2015). Durasi pemberian ASI eksklusif yang dianjurkan oleh WHO dimulai dari satu jam pertama setelah lahir sampai bayi berusia 6 bulan, dimana pada 6 bulan pertama kehidupan merupakan periode pertumbuhan otak yang paling cepat hingga bayi berusia 2 tahun (WHO, 2018). Hasil penelitian Putri (2018) menunjukkan bahwa balita dengan riwayat pemberian ASI tidak eksklusif berisiko 2,444 kali lebih besar untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif.

c) Pemberian MP-ASI

Menurut UNICEF (2015) pemberian makanan pendamping ASI merupakan faktor penting dalam kelangsungan hidup anak terutama pada masa pertumbuhan dan perkembangan. Meningkatkan pemberian makanan pendamping ASI bersama dengan pemberian ASI yang berkelanjutan terbukti efektif dalam meningkatkan pertumbuhan anak serta dapat mengurangi terjadinya *stunting* pada anak.

Hasil penelitian Nurkomala (2017) menunjukkan frekuensi konsumsi MP-ASI pada kelompok *stunting* usia 9-24 bulan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok tidak *stunting* dengan frekuensi konsumsi ≤ 2 kali/hari. Sedangkan frekuensi yang direkomendasikan WHO untuk kelompok usia 9-24 bulan adalah 3-4 kali/hari. Rendahnya frekuensi konsumsi MP-ASI tersebut baik pada kelompok *stunting* maupun tidak *stunting* dipengaruhi oleh kebiasaan anak yang sering mengonsumsi jajan atau *snack*.

3) Faktor Lingkungan

a) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik pada balita akan meningkatkan kualitas pertumbuhan dan perkembangan balita. Dalam program kesehatan anak, pelayanan kesehatan

bayi minimal 4 kali, yaitu satu kali pada umur 29 hari-2 bulan, 1 kali pada umur 3-5 bulan, 1 kali pada umur 6-8 bulan dan 1 kali pada umur 9-11 bulan. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, Polio 1-4, dan Campak), pemantauan pertumbuhan, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan, penyuluhan pemberian ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Sedangkan pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan bagi anak umur 12-59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun dan pemberian vitamin A sebanyak 2 kali setahun (Kemenkes RI, 2016).

b) Lingkungan

Sanitasi lingkungan memiliki peran yang cukup dominan terhadap kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Aspek kebersihan baik perorangan maupun lingkungan, memegang peranan yang penting dalam menimbulkan penyakit. Kebersihan yang kurang dapat menyebabkan anak sering sakit, seperti diare, kecacingan, demam tifoid, hepatitis, malaria, demam berdarah, dan sebagainya (Simbolon, 2017). Praktik *higiene* yang buruk menimbulkan risiko tinggi

munculnya bakteri. Bakteri-bakteri inilah yang akan masuk ke tubuh anak melalui makanan yang biasa disajikan di rumah, dan dapat berdampak terhadap timbulnya penyakit diare pada anak. Durasi diare yang berlangsung lama akan membuat anak mengalami kehilangan zat gizi, dan bila tidak diimbangi dengan asupan zat gizi yang cukup maka akan terjadi gagal tumbuh (Desyanti dan Triska, 2017).

c. Akar Masalah

1) Pendidikan

Berdasarkan penelitian Rahayu dan Khairiyati (2014) terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada anak. Hal ini menunjukkan pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak karena orang tua dengan pendidikan yang tinggi cenderung akan memahami pentingnya peranan orang tua dalam pertumbuhan anak.

Pendidikan yang baik diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula, ibu dengan pengetahuan gizi yang baik akan tahu bagaimana mengolah makanan, mengatur menu makanan, serta menjaga mutu dan kebersihan makanan dengan baik. Kebijakan dalam dunia pendidikan juga dapat menjaga remaja perempuan dari pernikahan dini dan risiko melahirkan pada usia muda (WHO, 2014).

2) Status Ekonomi

Faktor ekonomi memiliki pengaruh jangka panjang terhadap kondisi kekurangan gizi ibu dan anak (UNICEF, 2015). Negara-negara dengan prevalensi *stunting* yang tinggi, seperti Asia Selatan dan sub-Sahara Afrika harus mempertimbangkan sumber daya yang digunakan untuk meningkatkan gizi masa kanak-kanak sebagai investasi yang menguntungkan bagi kesejahteraan populasi dan ekonomi masyarakat (McGovern *et al.*, 2017).

Penelitian Wardani *et al.* (2020) menunjukkan terdapat hubungan antara faktor sosial ekonomi (pendidikan dan pendapatan) terhadap kejadian *stunting* pada balita, dimana faktor pendapatan memiliki nilai korelasi yang kuat dibandingkan dengan pendidikan. Faktor sosial ekonomi yang rendah meliputi pendidikan dan pendapatan yang rendah akan menyebabkan terjadinya stratifikasi sosial ekonomi dalam masyarakat yang pada akhirnya akan mengakibatkan perbedaan akses terhadap sarana prasarana kesehatan.

B. Ketahanan Pangan

1. Pengertian Ketahanan Pangan

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang di dunia yang masih memiliki tantangan dalam mewujudkan ketahanan pangan dan gizi. Berdasarkan laporan *Global Food Security Index* tahun 2020, Indonesia berada di peringkat ke 65 dari 113 negara tahan pangan di dunia (*The*

Economist Intelligence Unit, 2020). Wilayah yang termasuk kategori tahan pangan tidak dapat menjamin kondisi ketahanan pangan yang menyeluruh pada tingkat rumah tangga. Hal ini disebabkan karena akses pangan yang berbeda-beda dan tidak merata pada setiap rumah tangga (Ilham *et al.*, 2017).

Pangan adalah kebutuhan dasar bagi manusia yang harus dipenuhi setiap saat. Kondisi pangan hendaknya tersedia secara cukup dan memenuhi kaidah aman, bermutu, bergizi, dan beragam untuk memenuhi kebutuhan pokok yang dibutuhkan tubuh setiap hari. Hal ini bertujuan untuk menghindari kondisi kekurangan atau kelebihan pangan dalam jangka waktu lama yang dapat berakibat buruk terhadap kesehatan (Almatsier, 2011).

Menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012, ketahanan pangan adalah kondisi terpenuhinya pangan bagi negara sampai dengan perseorangan, yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata, dan terjangkau serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat. Sedangkan menurut USAID (1992) dalam Ulfa (2018) ketahanan pangan didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika seluruh orang memiliki akses pada setiap saat baik secara fisik dan ekonomi untuk memperoleh kebutuhan konsumsinya untuk hidup sehat dan produktif.

2. Ketahanan Pangan Rumah Tangga

Menurut Kemenkes RI (2018) ketahanan pangan sendiri meliputi aspek ketersediaan pangan hingga level rumah tangga, kualitas makanan yang dikonsumsi (*intake*), serta stabilitas dari ketersediaan pangan yang berkaitan dengan akses penduduk untuk membeli. Kondisi ketahanan pangan keluarga yang tercermin dari ketersediaan pangan dan akses pangan berpengaruh positif terhadap tingkat konsumsi dan secara langsung juga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status ketahanan pangan keluarga baik maka tingkat konsumsi pun juga akan baik (Adriani, 2014 dalam Adelina *et al.*, 2018).

Ketahanan pangan keluarga erat hubungannya dengan ketersediaan pangan yang berpengaruh pada status gizi anak meskipun berperan sebagai faktor penyebab tidak langsung (Soekirman, 2000 dalam Arluis *et al.*, 2017). Ketersediaan pangan tersebut merujuk pada tersedianya pangan dalam jumlah yang cukup, aman, dan bergizi untuk semua orang baik yang berasal dari produksi sendiri, cadangan pangan, maupun bantuan pangan (Badan Ketahanan Pangan, 2019; Rahayu *et al.*, 2020).

Komponen selanjutnya yang berkaitan dengan ketahanan pangan rumah tangga adalah akses terhadap pangan atau *food accessibility*. Akses pangan ini meliputi kemampuan rumah tangga dan individu dengan sumber daya yang dimilikinya untuk memperoleh pangan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi. Akses rumah tangga dan individu ini terdiri dari akses ekonomi, fisik, dan sosial. Akses ekonomi tergantung

pada pendapatan, kesempatan kerja dan harga. Akses fisik menyangkut tingkat isolasi daerah (sarana dan prasarana distribusi), sedangkan akses sosial menyangkut tentang preferensi pangan (Badan Ketahanan Pangan, 2019).

Rendahnya ketahanan pangan rumah tangga dapat berdampak pada munculnya permasalahan gizi dan kesehatan bagi anggota rumah tangga, terutama pada kelompok rentan seperti balita. Dampak kerawanan pangan pada balita berkaitan dengan terhambatnya masa pertumbuhan dan perkembangan (WHO, 2014). Berdasarkan hasil beberapa penelitian terkait korelasi antara prevalensi kerawanan pangan sedang dan berat dengan malnutrisi menunjukkan hubungan yang positif untuk *stunting* pada anak dan anemia pada wanita usia produktif (FAO, 2019). Selain itu, kondisi kerawanan pangan juga berhubungan signifikan dengan kejadian sakit pada balita, terutama diare, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), dan parasitosis (Hackett *et al.*, 2009 dalam Adi dan Andrias, 2013).

3. Faktor-Faktor Ketahanan Pangan

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap ketahanan pangan rumah tangga antara lain :

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan kepala keluarga tidak berpengaruh nyata terhadap ketahanan pangan rumah tangga dan dalam memberikan konsumsi pangan untuk anggota rumah tangganya. Menurut penelitian Sumardilah dan Rahmadi (2015) kepala rumah tangga dengan tingkat

pendidikan rendah sampai tinggi sebagian besar berada pada kategori kurang tahan pangan.

b. Jumlah Anggota Keluarga

Besarnya jumlah anggota dalam satu keluarga akan berpengaruh terhadap jumlah pangan yang diterima dan dikonsumsi oleh setiap anggota keluarga, sehingga semakin besar ukuran anggota rumah tangga maka akan semakin kecil peluang tercapainya ketahanan pangan rumah tangga (Yuliana *et al.*, 2013).

c. Pengeluaran Rumah Tangga

Semakin besarnya pengeluaran per kapita per bulan di rumah tangga, secara langsung dapat meningkatkan ketahanan pangan rumah tangga. Hasil penelitian Sumardilah dan Rahmadi (2015) menunjukkan bahwa dari total pengeluaran per kapita per bulan, pengeluaran untuk pangan hanya mencapai 50,5%. Angka ini masih lebih rendah dari batasan rumah tangga rawan pangan yaitu jika pengeluaran untuk pangan mencapai $> 70\%$ dari total pengeluaran.

d. Pekerjaan

Mata pencaharian berhubungan erat dengan akses pangan yang meliputi produksi rumah tangga dan alat untuk memperoleh pendapatan/sumber nafkah (Yuliana *et al.*, 2013). Fungsi dari akses terhadap sumber pangan adalah daya beli rumah tangga. Dengan kata lain, akses pangan terjadi seiring terjaminnya pendapatan dalam jangka panjang.

e. Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan gizi ibu terkait dengan keputusan ibu dalam memilih jenis dan jumlah pangan yang akan dikonsumsi oleh anggota keluarga berhubungan dengan status ketahanan pangan rumah tangga. Semakin baik pengetahuan gizi ibu maka ketahanan pangan rumah tangga dapat dicapai dengan baik (Yuliana *et al.*, 2013).

f. Asupan energi dan kecukupan gizi rumah tangga

Pola konsumsi pangan individu dapat mencerminkan kecukupan gizi seseorang. Mengonsumsi pangan yang beragam merupakan upaya seseorang untuk mencukupi asupan gizinya baik asupan energi, protein, vitamin, mineral atau yang lainnya. Pada dasarnya semakin beragam konsumsi pangan seseorang maka semakin besar peluang kebutuhan gizinya tercukupi (Ulfa, 2018).

4. Cara Mengukur Ketahanan Pangan

Definisi dan indikator untuk mengukur ketahanan pangan mencakup aspek yang sangat luas, sehingga cara pengukuran ketahanan pangan dalam suatu penelitian berbeda-beda sesuai indikator dan lingkup yang akan diteliti. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengukur ketahanan pangan di tingkat rumah tangga adalah menggunakan kuesioner *United States Household Food Security Survey Module (US-HFSSM)*. Kuesioner tersebut tersusun dari beberapa pertanyaan yang dapat menggambarkan ketersediaan pangan serta akses fisik dan ekonomi terhadap pangan pada suatu rumah tangga. Dalam kuesioner US-HFSSM

ini terdapat 18 pertanyaan yang akan menilai status ketahanan pangan rumah tangga dengan menganalisis situasi terkait persediaan makanan yang tidak tercukupi, kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi oleh orang dewasa dan anak-anak, serta akses rumah tangga terhadap pangan (Usfar *et al.*, 2007). Kuesioner ini juga dapat digunakan untuk menghitung ketahanan pangan rumah tangga pada keluarga dengan anak maupun tanpa anak (USDA, 2012). Berdasarkan hasil pengukuran menggunakan instrumen tersebut, klasifikasi status ketahanan pangan rumah tangga akan terbagi menjadi 4 kategori, dengan interval skor sebagai berikut:

- a. 0 = Ketahanan pangan tinggi
- b. 1-2 = Ketahanan pangan sedang
- c. 3-7 = Ketahanan pangan rendah
- d. 8-18 = Ketahanan pangan sangat rendah

Rumah tangga dengan ketahanan pangan tinggi atau sedang diklasifikasikan sebagai rumah tangga yang tahan pangan. Sedangkan rumah tangga yang memiliki ketahanan pangan rendah atau sangat rendah diklasifikasikan sebagai rawan pangan (USDA, 2012).

C. Pola Asuh

Pola asuh dapat diartikan sebagai cara orang tua dalam membimbing dan memberikan arahan kepada anak. Menurut Edward dalam Yuniarti dan Andriyani (2017) pola asuh merupakan cara interaksi orang tua dengan anak dalam memberikan bimbingan, mengarahkan, dan memberikan dorongan pada

anak dalam kehidupan sehari-hari. Pola asuh yang diterapkan orang tua kepada anak berpengaruh terhadap kehidupan anak di masa mendatang. Oleh karena itu, pola asuh orang tua menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan normal pada anak.

Menurut UNICEF aspek pola asuh yang telah disesuaikan dengan kondisi di Indonesia meliputi 3 hal yaitu perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam pemberian makan (pola asuh makan), rangsangan psikososial terhadap anak, dan perawatan kesehatan (pola asuh kesehatan) (UNICEF, 2012 dalam Rosita, 2020).

1. Perhatian Ibu Terhadap Anak Dalam Pemberian Makan

Menurut Karyadi dalam Subekti dan Yulia (2012) pola asuh makan merupakan praktik-praktik pengasuhan yang diterapkan oleh ibu kepada anak yang berkaitan dengan cara dan situasi makan. Sebagai orang tua, seorang ibu memiliki peran penting dalam proses pengasuhan anak. Pola asuh makan yang diterapkan ibu kepada anak akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita karena kekurangan gizi pada masa tersebut bersifat tidak dapat diperbaiki (Marni, 2013 dalam Widyaningsih *et al.*, 2019).

Menurut Kemenkes RI (2018) pola asuh pada balita ini meliputi 3 hal yaitu inisiasi menyusu dini, pemberian ASI eksklusif, serta praktik pemberian MP-ASI.

a. Inisiasi Menyusu Dini

Dalam prinsip pemberian makan yang baik bagi bayi dan anak, inisiasi menyusu dini menjadi salah satu penentu kesuksesan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. Hal ini telah dibuktikan dalam beberapa studi yang menunjukkan terdapat hubungan yang positif antara IMD dengan kelangsungan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan (WHO, 2009 dalam Fikawati *et al.*, 2015).

Definisi IMD sendiri adalah proses menyusu yang dimulai segera setelah lahir dengan cara membiarkan bayi melakukan kontak kulit dengan kulit ibunya setidaknya selama 1 (satu) jam pertama setelah lahir dan berlangsung minimal 1 (satu) jam. Pada proses IMD bayi akan mendapatkan kolostrum yang terdapat pada tetes ASI pertama ibu yang kaya akan zat kekebalan tubuh. Kolostrum merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir yang mengandung antibodi (zat kekebalan) serta dapat melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi (Rahayu *et al.*, 2018).

Proses IMD memberikan manfaat yang besar bagi bayi dan juga ibu untuk mengurangi risiko kejadian kematian ibu, mencegah kematian neonatal, serta meningkatkan kedekatan dan rasa kasih sayang antara ibu dan bayi (Fikawati *et al.*, 2015).

b. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. Dalam *World Health Assembly*, WHO merekomendasikan agar pemberian ASI pada anak tetap dilakukan hingga anak berusia dua tahun dilengkapi dengan pemberian MP-ASI setelah anak berusia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif ini mampu menurunkan risiko infeksi saluran cerna, alergi, kematian bayi, infeksi usus besar dan usus halus (*inflammatory bowel disease*), penyakit celiac, leukemia, limfoma, obesitas, dan penyakit diabetes mellitus pada masa yang akan datang (Fikawati *et al.*, 2015; Rahayu *et al.*, 2018).

Pemberian ASI pada bayi hendaknya dilakukan secara *on demand feeding* (menyusu semau bayi) tanpa adanya pembatasan waktu dan frekuensi untuk mencapai keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Frekuensi menyusu sesuai keinginan bayi dapat dilakukan sebanyak 8-12 kali atau lebih dalam 24 jam. Pada saat menyusui, biarkan bayi selesai menyusu dari satu payudara sampai bayi melepas sendiri, sebelum memberikan payudara yang lain agar bayi mendapatkan ASI akhir (*hind milk*) yang kaya akan lemak (Kemenkes RI, 2020).

Upaya untuk memaksimalkan kualitas dan kuantitas pemberian ASI pada anak dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut, yaitu menghindari penggunaan dot atau empeng,

memperbanyak konsumsi energi dan makanan bergizi, melakukan pemijatan punggung, serta memberikan dukungan penuh dari keluarga ataupun tenaga kesehatan kepada ibu yang sedang menyusui (Fikawati *et al.*, 2015).

c. Pemberian MP-ASI

Masa balita tidak memiliki kecepatan pertumbuhan seperti pada masa bayi, akan tetapi kebutuhan nutrisi pada masa ini merupakan prioritas yang utama. Pada usia 0-5 bulan ASI mampu memenuhi seluruh kebutuhan energi bayi, namun setelah memasuki usia 6 bulan kesenjangan antara kebutuhan energi bayi dengan energi yang diperoleh dari ASI dapat terjadi dan berisiko menimbulkan terjadinya kurang gizi serta bayi akan rentan terhadap penyakit infeksi. Selain itu, masa balita juga merupakan masa transisi terutama saat anak berusia 1-2 tahun, dimana anak akan mulai mengonsumsi makanan yang padat dan menerima rasa serta tekstur makanan yang baru (Pritasari *et al.*, 2017).

Menurut Kemenkes RI (2020) pemberian MP-ASI pada anak harus memenuhi 4 syarat berikut:

1) Tepat waktu

MP-ASI diberikan saat ASI saja sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi yaitu pada usia 6 bulan (Kemenkes RI, 2020).

2) Adekuat

MP-ASI mampu memenuhi kecukupan energi, protein, dan mikronutrien untuk mencapai tumbuh kembang anak dengan mempertimbangkan usia, jumlah, frekuensi, konsistensi/tekstur, dan variasi makanan. Berikut merupakan tabel angka kecukupan gizi bagi anak usia 6-36 bulan dalam satu hari.

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Anak Usia 6-36 Bulan yang Dianjurkan (per Orang per Hari)

No	Zat Gizi	Angka Kecukupan Gizi (AKG)	
		6-11 Bulan	1-3 Tahun
1	Energi	800 kkal	1350 kkal
2	Protein	15 gram	20 gram
3	Karbohidrat	105 gram	215 gram
4	Vit A	400 RE	400 RE
5	Vit C	50 mg	40 mg
6	Kalsium	270 mg	650 mg
7	Besi	11 mg	7 mg
8	Seng	3 mg	3 mg

Sumber: Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019

Berdasarkan petunjuk WHO, penjelasan mengenai kebutuhan energi yang harus dipenuhi pada saat membuat MP-ASI serta penjelasan mengenai MP-ASI yang harus diberikan kepada anak tercantum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.3 MP-ASI yang Dibutuhkan Bayi Berdasarkan Usia

Usia (bulan)	Energi dari MP-ASI per hari (kalori)	Tekstur	Frekuensi	Porsi Setiap Makan
6-8 bulan	200	Mulai dengan bubur yang kental dan makanan yang dihaluskan, kemudian lanjutkan dengan makanan keluarga yang dihaluskan	2-3 kali/hari	2-3 sendok makan, tambahkan hingga 125 ml atau ½ dari gelas belimbing
9-11 bulan	300	Makanan yang dicincang atau dihaluskan sehingga bayi dapat mengambilnya	3-4 kali/hari Snack 1-2 kali, atau bergantung pada nafsu makan bayi	125 ml atau ½ dari gelas belimbing
11-23 bulan	550	Makanan keluarga, dapat dicincang jika perlu	3-4 kali/hari Snack 1-2 kali, atau bergantung pada nafsu makan bayi	150-250 ml atau ¾ hingga 1 gelas belimbing penuh

Sumber: WHO (2009) dalam Fikawati et al. (2015)

Catatan:

Jumlah makanan yang diberikan sesuai dengan kolom ke-4, apabila kandungan energi MP-ASI 0,8-1 kal/g bahan. Jika jumlah

energinya 0,6 kal/g, ibu harus menambahkan jumlahnya, menjadi:

- a) Untuk 6-8 bulan, tambahkan menjadi 2/3 gelas belimbing
- b) Untuk 9-11 bulan, tambahkan menjadi 3/4 gelas belimbing
- c) Untuk 12-23 bulan, berikan sebanyak 1 gelas belimbing

Jika bayi tidak mengonsumsi ASI, berikan: 1-2 gelas susu/hari, dan 1-2 porsi MP-ASI ekstra/hari.

MP-ASI yang diberikan kepada anak harus mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral dalam jumlah yang cukup. Adapun jenis makanan yang dapat dijadikan bahan untuk membuat MP-ASI berdasarkan jenis zat gizinya adalah:

Tabel 2.4 Jenis Makanan yang Dapat Dijadikan Bahan untuk Membuat MP-ASI

Jenis Zat Gizi	Jenis Makanan
Karbohidrat	Beras, beras merah, jagung, gandum, dan umbi-umbian (kentang, ubi merah, singkong).
Protein	Protein hewani (unggas, hati, ikan, daging ayam, daging sapi, telur ayam, susu, dan produk susu lainnya. Protein nabati (kacang kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, tempe, tahu, dan lainnya).
Lemak	Minyak kelapa sawit, minyak wijen, margarin, mentega, santan, dan lainnya.
Vitamin dan Mineral	Bayam, wortel, kol, mangga, papaya, pisang, jeruk, alpukat, dan lainnya.

Sumber: Kemenkes RI, 2020

3) Aman

Pemberian MP-ASI pada anak hendaknya disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis serta diberikan menggunakan tangan dan peralatan yang bersih (Kemenkes RI, 2020). Adapun 5 kunci untuk menyediakan makanan yang aman antara lain:

- a) Menjaga kebersihan (tangan, tempat kerja, peralatan).
- b) Memisahkan penyimpanan makanan mentah dan makanan yang sudah dimasak.
- c) Menggunakan bahan makanan yang segar dan sudah dimasak sampai matang (daging, ayam, telur, dan ikan).
- d) Menyimpan makanan dalam suhu yang tepat sesuai dengan jenis makanannya ($> 60^{\circ}\text{celcius}$ dan $< 5^{\circ}\text{celcius}$).
- e) Menggunakan air bersih yang aman.

4) Diberikan dengan Cara yang Benar

Menurut Kemenkes RI (2020), pemberian MP-ASI harus memenuhi syarat sebagai berikut:

a) Terjadwal

Jadwal makan termasuk makanan selingan hendaknya sudah diatur dan terencana, serta lama waktu makan maksimum 30 menit.

b) Lingkungan yang mendukung

Hindari memaksa anak untuk makan meskipun hanya 1-2 suap (perhatikan tanda lapar dan kenyang), hindari pemberian makan sebagai hadiah, serta hindari pemberian makan sambil bermain atau menonton televisi.

c) Prosedur makan

- 1) Mulailah dengan porsi yang kecil.
- 2) Apabila selama 15 menit bayi menolak makan dan mengemut, hentikan pemberian makan.
- 3) Cobalah stimulasi bayi untuk makan sendiri, dimulai pada saat pemberian makanan selingan yang bisa dipegang sendiri.
- 4) Membersihkan mulut hanya setelah makan selesai.

Selain itu, adapun prinsip pemberian MP-ASI pada kondisi khusus yang tercantum di dalam pedoman pemberian makan bayi dan anak antara lain:

1) Pemberian MP-ASI pada Anak Sakit

Pada saat anak sakit, tingkat konsumsi makan anak cenderung mengalami penurunan sehingga akan berpengaruh terhadap penurunan berat badan. Keadaan sakit yang berulang akan menyebabkan risiko kurang gizi sehingga anak menjadi lebih mudah sakit. Bayi dan anak yang sakit akan lebih cepat pulih bila asupan makan tetap terjaga. Oleh karena itu, hal yang

perlu diperhatikan dalam pemberian makan anak yang sedang sakit, antara lain:

- a) Memberi makanan yang beraneka ragam dan padat energi.
- b) Bujuk anak untuk tetap makan dan minum dengan penuh kesabaran.
- c) Berikan makanan dalam jumlah sedikit tetapi sering.
- d) Berikan makanan kesukaan anak.
- e) Teruskan pemberian ASI.

2) Pemberian MP-ASI Dalam Masa Pemulihan

Beberapa tips yang dapat digunakan ibu saat proses pemberian makan anak apabila sedang dalam masa pemulihan setelah sakit, antara lain:

- a) Memberi makanan yang beraneka ragam dan padat gizi.
- b) Berikan makanan yang lebih sering, dengan menambah makanan selingan.
- c) Berikan makanan lebih banyak dari biasanya.
- d) Suapi anak dengan lebih sabar dan penuh kasih sayang.
- e) Memberikan ASI lebih sering.

2. Rangsangan Psikososial

Faktor lingkungan yang baik seperti pemberian stimulasi ibu yang adekuat dan sesuai dengan tahap perkembangan anak akan berpengaruh positif terhadap proses perkembangan seorang anak. Perkembangan anak dapat dilihat dari kemampuan anak dalam berbicara, bermain, berhitung,

membaca dan lainnya. Pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat dilihat dari perilaku sosial anak di lingkungannya (Doni dan Mukhtar, 2020).

Pengasuhan keluarga pada anak selama usia lima tahun pertama sangat berpengaruh terhadap 4 domain perkembangan anak yaitu aspek motorik, kognitif, bahasa, dan sosial emosional, yang nantinya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku anak di masa mendatang. Hal ini memerlukan peran orang tua agar perkembangan anak berjalan dengan optimal. Orang tua harus selalu memberi rangsang atau stimulasi kepada anak dalam semua aspek perkembangan baik motorik kasar, motorik halus, bahasa, maupun personal sosial. Stimulasi yang diberikan oleh orang tua harus dilakukan secara rutin dan berkesinambungan disertai dengan rasa kasih sayang seperti memberikan pelukan, senyuman, belaian, atau mendengarkan celoteh anak (Yuniarti dan Andriyani, 2017).

3. Perawatan Kesehatan

a. Praktik Kebersihan Diri (*Hygiene Personal*)

Kebersihan diri maupun lingkungan berperan penting dalam tumbuh kembang anak, hal ini karena kebersihan tubuh, makanan, dan lingkungan akan berpengaruh terhadap penurunan status gizi anak. Kebersihan diri ini berkaitan dengan mandi dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menggunakan pakaian yang bersih, menggosok gigi, serta ikut menjaga kebersihan diri dan lingkungan (Bella *et al.*, 2020).

Kebersihan makanan meliputi kebersihan tempat penyimpanan, wadah, serta penjamah makanan juga penting diperhatikan untuk mencegah masuknya bakteri atau virus yang menyebabkan *foodborne disease* terutama diare. Adapun hal-hal yang dapat dilakukan untuk menghindari kontaminasi bakteri dan virus pada makanan dengan cara:

- 1) Menjaga kebersihan alat makan serta penjamah makanan
- 2) Memisahkan bahan mentah dan bahan yang sudah dimasak
- 3) Memasak bahan makanan hingga matang
- 4) Menyimpan makanan pada suhu yang benar
- 5) Menggunakan air bersih dan bahan yang aman (Fikawati *et al.*, 2015).

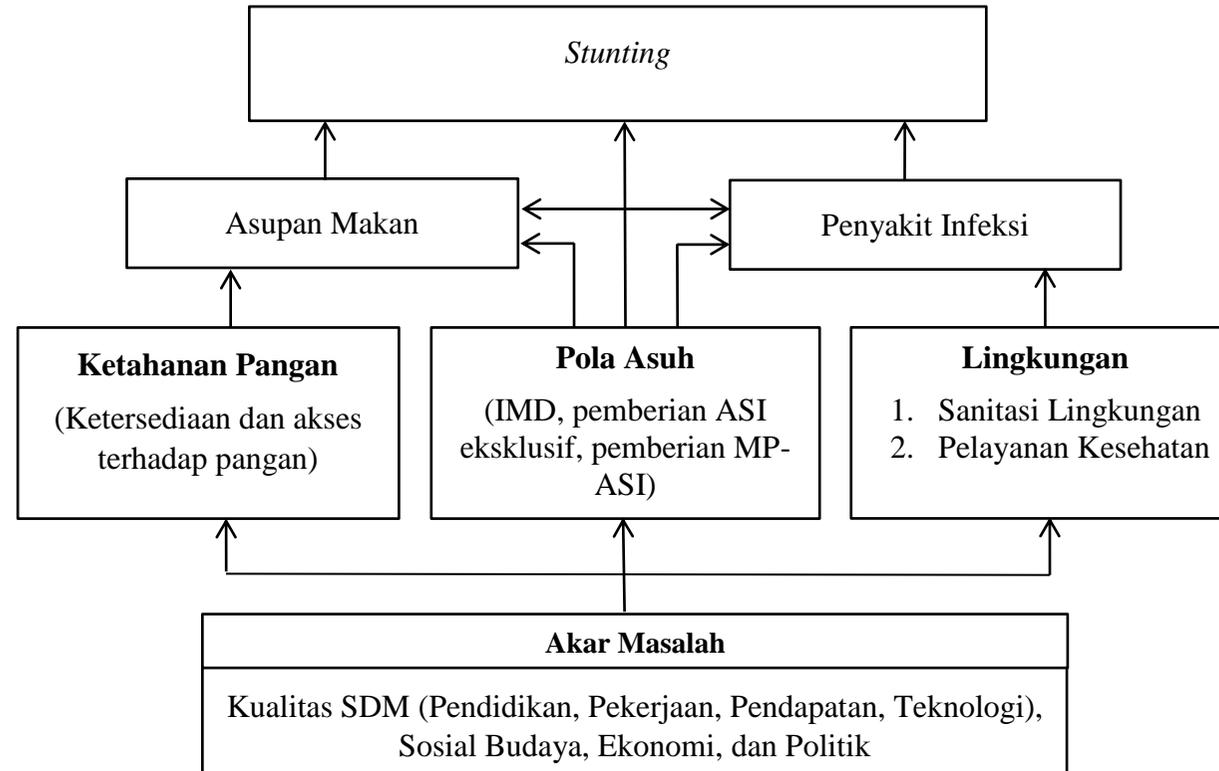
b. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Engle dalam Siregar (2017) salah satu pola asuh yang berhubungan dengan kesehatan dan status gizi anak balita adalah pola asuh kesehatan. Pola asuh ini meliputi pola asuh yang sifatnya preventif seperti pemberian imunisasi maupun perawatan anak dalam keadaan sakit.

Kebiasaan dalam upaya mendapatkan pelayanan kesehatan mencakup cara ibu untuk mengakses pelayanan kesehatan anak dengan memberikan imunisasi yang lengkap, pengobatan penyakit, dan bantuan tenaga profesional dalam menjaga kesehatan anak. Salah satu upaya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan

ibu adalah dengan melakukan pemantauan pertumbuhan balita di Posyandu pada setiap bulan untuk mengukur tinggi dan berat badan anak (Bella *et al.*, 2020).

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber: UNICEF (2013) dalam Kemenkes RI (2018), Kemenkes RI (2018), Soekirman (2000) dalam Arlius *et al.*, (2017), UNICEF (2015) dimodifikasi.