

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status gizi adalah status kesehatan yang dipengaruhi oleh keseimbangan kebutuhan dan asupan nutrisi.¹ Status gizi merupakan hal penting yang perlu diperhatikan guna mengawali upaya perbaikan gizi masyarakat sehingga dapat berkontribusi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Buruknya status gizi atau disebut juga malnutrisi, menurut WHO (*World Health Organization*), mengacu pada defisiensi atau ketidakseimbangan dalam asupan energi dan/atau nutrisi seseorang. Malnutrisi dapat termasuk kekurangan gizi (*wasting, stunting, dan underweight*), vitamin atau mineral yang inadecuak, *underweight*, obesitas, serta malnutrisi yang mengakibatkan *diet-related noncommunicable diseases*.^{2,3} Di Indonesia pada satu sisi mengalami *undernutrition*, di sisi lain Indonesia dihadapkan oleh *overnutrition*. Kedua hal tersebut disebut *double burden of nutrition problems* dan kedua hal tersebut banyak dialami anak di Indonesia. Menurut hasil laporan UNICEF, ASEAN, dan WHO, 12% anak di Indonesia menderita *wasting* dan 12% anak *overweight*.⁴ *Undernutrition* atau kurang gizi dapat menyebabkan penyakit pada anak, kecacatan, dan kematian. *Overnutrition* atau gizi lebih dapat menyebabkan *diet-related noncommunicable diseases* seperti diabetes dan penyakit kardiovaskular di kemudian hari.^{3,6,7}

Pada balita, status gizi dinilai berdasarkan berat badan dan tinggi badan anak atau dari Indeks Massa Tubuh (IMT). Berat badan dan tinggi badan anak kemudian dinilai berdasarkan kurva pertumbuhan WHO untuk dilihat baik buruknya gizi anak. Menurut Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan angka *stunting* pada balita telah menurun dari 37,2% tahun 2013 menjadi 30,8% tahun 2018.⁷ Dari Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 pada balita di seluruh Indonesia, didapatkan adanya balita yang memiliki gizi buruk walaupun masih lebih banyak

jumlah persen gizi baik. Berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan, sebanyak 2,8% balita memiliki status gizi sangat kurus, 6,7% balita memiliki status gizi kurus, 4,6% gemuk, dan normal atau ideal sebanyak 85,9%. Pada akhirnya, disimpulkan pada data PSG tersebut bahwa masalah gizi balita di Indonesia (2016-2017) yaitu terjadi peningkatan prevalensi pendek dan gemuk serta terjadi penurunan masalah kurus. Untuk kategori kurus berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan dengan kategori kelompok risiko tinggi, jumlah balita yang berisiko menjadi kurus masih cukup tinggi.⁸ WHO tahun 2002 melaporkan bahwa 54% kematian balita di seluruh dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung oleh gizi buruk. Pada tahun 2011 data kematian balita masih 45% dikaitkan dengan malnutrisi, oleh karena itu diperlukan upaya penanggulangan.⁹

Sebelum dilakukan penanggulangan harus diketahui terlebih dahulu faktor-faktor yang menyebabkan gizi buruk. Penentuan gizi baik dan buruk dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya dari asupan makanan yang kurang atau berlebihan. Banyak orangtua mengeluh bahwa berat badan anaknya berkurang karena tidak mau makan, setiap waktu makan harus dipaksa, setiap disuapi meludahkan kembali makanannya, mendorong suapan jauh-jauh, menangis, atau menolak untuk makan. Hal tersebut dapat dikarenakan metode pemberian makan yang kurang sesuai dengan anak dan dapat diganti dengan metode lain pada awal proses menyapih.¹⁰

Menyapih menurut WHO (*World Health Organization*) adalah proses dimana bayi perlahan-lahan mulai terbiasa makan makanan keluarga dan orang dewasa serta mulai mengurangi ASI.¹⁰ Pada sebagian besar keluarga, proses menyapih dipimpin oleh orangtua dengan cara menyuapi anaknya dengan makanan bertekstur bubur sejak usia 6 bulan. Proses ini disebut pemberian MPASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) dengan metode standar WHO yang telah disetujui oleh IDAI sebagai metode makan paling baik saat ini untuk anak karena sesuai dengan perkembangan. Metode tersebut dapat disebut juga *parent-led weaning* atau *spoon-feeding*.¹¹ Namun, pada bayi yang sulit makan membuat orangtua harus menyuapi secara paksa. Metode ini kurang menumbuhkan rasa

kebebasan dan sikap positif terhadap makanan. Maka dari itu diperlukan metode lain yang dicoba oleh orangtua agar anak mereka memiliki pemikiran yang positif setiap kali mendengar kata makan.

Salah satu metode yang populer sekitar 10-15 tahun terakhir adalah metode *baby-led weaning*.¹² *Baby-led weaning* (BLW) merupakan metode alternatif pemberian makan bayi yang mendorong bayi untuk *self-feeding* dari usia 6 bulan.¹³ Metode ini menawarkan berbagai manfaat kepada anak seperti kontrol nafsu makan yang lebih baik, cara diet yang bervariasi, dan pengembangan keterampilan motorik.¹¹

Dalam penelitian-penelitian sebelumnya seperti yang dilakukan oleh Ellen Townsend dan Nicola J. Pitchford didapatkan bahwa BLW mengarah ke BMI yang lebih rendah, sedangkan pada anak dengan metode makan WHO memiliki BMI yang lebih tinggi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan jumlah anak *underweight* pada BLW lebih banyak dari metode WHO berdasarkan BMI menurut *Z-score*.¹⁴ Penelitian lain yang dilakukan oleh Brittany J. Morison, Rachel W. Taylor, dan lain-lain menunjukkan BMI pada kedua kelompok yang tidak jauh berbeda.¹⁵ Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Rachel W. Taylor, William S. M., dan lain-lain yang mengatakan bahwa metode makan yang berbeda tidak menyebabkan perbedaan signifikan pada status gizi anak.¹⁶

Berdasarkan penelitian-penelitian yang ada, belum ditemukan penelitian yang dilakukan di Indonesia mengenai *baby-led weaning*. Maka dari itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perbandingan cara pemberian makan metode *baby-led weaning* dan metode WHO terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan di Kota Bandung.

1.2 Identifikasi Masalah

Adakah perbedaan pemberian makan metode *baby-led weaning* dan metode WHO terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membandingkan cara pemberian makan dengan metode *baby-led weaning* dan metode WHO terhadap gambaran status gizi anak usia 12-24 bulan.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat akademis adalah untuk memperluas wawasan mengenai perbandingan metode pemberian makan *baby-led weaning* dan metode WHO terhadap status gizi anak, dan informasi ini dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam mengadakan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam.

Manfaat praktis penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya orang tua agar dapat memantau status gizi anak.

1.5 Kerangka Pemikiran

Status gizi pada anak ditentukan dengan pengukuran berat badan dan tinggi badan anak dan disesuaikan dengan berdasarkan kurva pertumbuhan WHO.^{17,18} Faktor yang dapat memengaruhi berat badan dan tinggi badan anak adalah asupan makanan yang kurang atau lebih. Asupan makanan menentukan keseimbangan gizi anak dari jumlah nutrisi yang masuk ke dalam tubuhnya. Gizi tersebut diperlukan tubuh untuk bertumbuh dan berkembang.¹⁹ Anak dapat mengalami malnutrisi jika gizi yang masuk tidak seimbang.⁸

Pada usia 6 bulan, ASI eksklusif sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi atau nutrisi anak sehingga MPASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) mulai diberikan. Pemberian MPASI dapat dilakukan dengan metode *spoon-feeding* (metode WHO) atau *baby-led weaning* (BLW). Cara pemberian makan metode WHO yaitu dengan cara menyuapi anak dengan sendok dan mengatur waktu makan anak secara terpisah dengan waktu makan anggota keluarga lainnya. Pada metode standar WHO menyarankan makanan yang diberikan dimulai dari

makanan bertekstur bubur kemudian bertahap menjadi lebih kasar atau dapat digenggam oleh anak (*finger food*) sehingga sesuai dengan perkembangan gigi, oromotor anak. Kemudian dengan berperannya orangtua, pembentukan ikatan emosional antara anak dan orangtua dapat terjadi. Kekurangan dari metode WHO adalah orangtua cenderung menyuapi makanan dengan paksa. Kebiasaan makan dengan cara dipaksa dapat mengakibatkan perilaku anak menolak makanan karena selalu diberi tekanan dan tidak diberi kebebasan, akibatnya asupan makan anak menjadi berkurang. Makanan manis sering diselipkan agar anak mau makan saat disuapi,¹¹ akibatnya anak dengan cara makan metode WHO memiliki preferensi makanan manis sehingga status gizi sesuai grafik BB/TB WHO cenderung menunjukkan gizi cukup atau lebih. Pada metode makan WHO, orangtua memimpin proses makan, artinya anak tidak terbiasa mengatur seberapa banyak makanan yang dimakannya sendiri dan tidak dapat mengetahui waktu kapan merasa kenyang.¹⁰

BLW (*baby-led weaning*) merupakan metode alternatif pemberian makan pada anak dari usia 6 bulan dengan cara *self-feeding* yang artinya anak yang memimpin proses makan.¹² Meskipun orangtua yang menyediakan makanan, anak itu sendiri yang menjalani proses makan. Anak sendiri yang memutuskan apa, seberapa banyak, dan seberapa cepat anak mengonsumsi makanannya.¹⁰ Dengan metode makan BLW, anak terbiasa memilih makanan yang baik dalam jumlah yang tepat. Hal ini terbukti dari penelitian oleh Davis C. yang mengikuti perkembangan 15 anak yang dibiasakan memilih makanan sendiri.¹⁰ Anak dapat ikut dalam waktu makan keluarga di mana makanan yang diberikan merupakan *finger food* yang dapat digenggam oleh tangan. Anak akan lebih semangat dan antusias setiap waktu makan sehingga asupan gizi cukup. Kemudian anak akan terbiasa mengetahui waktu kapan merasa kenyang sehingga asupan gizi tidak berlebih. Namun, metode BLW masih menjadi kontroversi karena bertentangan dengan ketetapan WHO. Metode BLW masih tetap berisiko kekurangan gizi karena asupan gizi yang didapat tergantung dari bagaimana orangtua menyediakan jumlah, jenis, dan waktu makan yang tepat serta seberapa kandungan gizi anak yang diperlukan sekali makan jika anak sendiri yang menentukan kapan anak

selesai makan. Dengan metode yang tepat, risiko status gizi kurang atau gizi lebih dapat diturunkan.⁹

1.6 Hipotesis

Terdapat perbedaan cara pemberian makan metode *baby-led weaning* dan metode WHO terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan.

