

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Status Gizi

1. Definisi Status Gizi

Keadaan gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh (Supariasa, 2002). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat dari pemakaian, penyerapan dan penggunaan makanan. Makanan yang memenuhi gizi tubuh, umumnya membawa ke status gizi memuaskan. Sebaiknya jika kekurangan atau kelebihan zat gizi esensial dalam makanan untuk jangka waktu yang lama disebut gizi salah. Manifestasi gizi salah dapat berupa gizi kurang dan gizi lebih (Supariasa, 2002).

Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient (Beck dalam creasoft, 2008). Zat gizi diartikan sebagai zat kimia yang terdapat dalam makanan yang diperlukan manusia untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sampai saat ini dikenal kurang lebih 45 jenis zat gizi dan sejak akhir tahun 1980an dikelompokkan keadaan zat gizi makro yaitu zat gizi sumber energi berupa karbohidrat, lemak, dan protein dan zat gizi mikro yaitu vitamin dan mineral (Supariasa, 2002).

Keadaan tubuh dikatakan pada tingkat gizi optimal, jika jaringan tubuh jenuh oleh semua zat gizi maka disebut status gizi optimal. Kondisi ini memungkinkan tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya tahan yang

tinggi. Apabila konsumsi gizi makanan pada seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi kesalahan gizi yang mencakup kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supariasa, 2002).

Masalah gizi pada dasarnya merupakan refleksi konsumsi zat gizi yang belum mencukupi kebutuhan tubuh. Seseorang akan mempunyai status gizi baik apabila asupan gizi sesuai dengan kebutuhan tubuh. Asupan gizi yang kurang dalam makanan dapat menyebabkan kasus kekurangan gizi, sebaliknya orang yang asupan gizinya berlebih akan menderita gizi lebih. Jadi status gizi adalah gambaran individu sebagai akibat dari asupan gizi sehari – hari (Holil, 2016).

Status gizi dapat diketahui melalui pengukuran beberapa parameter, kemudian hasil pengukuran tersebut dibandingkan dengan standar atau rujukan. Peran penilaian status gizi bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya status gizi yang salah. Penilaian status gizi menjadi penting karena gizi salah dapat menyebabkan terjadinya kesakitan dan kematian terkait dengan status gizi. Oleh sebab itu, dengan diketahuinya status gizi pada individu atau masyarakat maka dapat dilakukan berbagai upaya untuk memperbaiki tingkat kesehatan pada masyarakat (Holil, 2016).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita terbagi menjadi (Supariasa, 2002) :

a. Faktor langsung :

- 1) Keadaan infeksi Scrimshaw, et.al (1989 dalam Supariasa, 2002) menyatakan bahwa ada hubungan yang erat antara infeksi (bakteri, virus dan parasit) dengan kejadian malnutrisi. Ditekankan bahwa terjadi interaksi yang sinergis

antara malnutrisi dengan penyakit infeksi. Mekanisme patologisnya dapat bermacam-macam, baik secara sendiri-sendiri maupun bersamaan, yaitu penurunan asupan zat gizi akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit, peningkatan kehilangan cairan/zat gizi akibat penyakit diare, mual/muntah dan perdarahan terus menerus serta meningkatnya kebutuhan baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit dan parasit yang terdapat dalam tubuh.

- 2) Konsumsi makan Pengukuran konsumsi makan sangat penting untuk mengetahui kenyataan apa yang dimakan oleh masyarakat dan hal ini dapat berguna untuk mengukur status gizi dan menemukan faktor diet yang dapat menyebabkan malnutrisi.

b. Faktor tidak langsung

- 1) Pengaruh budaya

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaruh budaya antara lain sikap terhadap makanan, penyebab penyakit, kelahiran anak, dan produksi pangan. Dalam hal sikap terhadap makanan, masih terdapat pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah. Konsumsi makanan yang rendah juga disebabkan oleh adanya penyakit, terutama penyakit infeksi saluran pencernaan. Jarak kelahiran anak yang terlalu dekat dan jumlah anak yang terlalu banyak akan mempengaruhi asupan gizi dalam keluarga. Konsumsi zat gizi keluarga yang rendah, juga dipengaruhi oleh produksi pangan. Rendahnya produksi pangan disebabkan karena para petani masih menggunakan teknologi yang bersifat tradisional.

- 2) Pola pemberian makanan Program pemberian makanan tambahan juga merupakan factor langsung yang merupakan program untuk menambah nutrisi pada balita ini biasanua diperoleh saat mengikuti posyandu. Adapun pemberin tambahan makanan tersebut berupa makanan pengganti ASI yang biasa didapat dari puskesmas setempat (Almatsier, 2002).
- 3) Faktor sosial ekonomi
Faktor sposial ekonomi dibedakan berdasarkan :
 - a) Data sosial meliputi keadaan penduduk di suatu masyarakat, keadaan keluarga, pendidikan, perumahan, penyimpanan makanan, air dan kakus.
 - b) Data ekonomi meliputi pekerjaan, pendapatan keluarga, kekayaan yang terlihat seperti tanah, jumlah ternak, perahu, mesin jahit, kendaraan dan sebagainya serta harga makanan yang tergantung pada pasar dn variasi musin.
- 4) Pola Asuh Keluarga Pola asuh adalah pola pendidikan yang diberikan orang tua kepada anak-anaknya. Setiap anak membutuhkan cinta, perhatian, kasih sayang yang akan berdampak terhadap perkembangan fisik, mental dan emosional.
- 5) Produksi pangan adalah penyediaan makanan keluarga, sistem pertanian, tanah, peternakan dan perikanan serta keuangan.
- 6) Pelayanan kesehatan dan pendidikan meliputi ketercukupan jumlah pusat-pusat pelayanan kesehatan yang terdiri dari kecukupan jumlah rumah sakit, jumlah tenaga kesehatan, jumlah staf dan lain-lain. Fasilitas pendidikan meliputi jumlah anak sekolah, remaja dan organisasi karang tarunanya serta media masa seperti radio, televisi dan lain-lain. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (health promotion behaviour).

Misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga dan sebagainya termasuk juga perilaku pencegahan penyakit (health prevention behavior) yang merupakan respon untuk melakukan pencegahan penyakit (Almatsier, 2002).

3. Penilaian Status Gizi

Penilaian Status Gizi balita dapat dibagi 2 (dua) (Soegiyanto & Wiyono, 2007):

1) Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian Status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian :

a) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandangan gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Keterseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Kementerian Kesehatan telah mengatur cara pengukuran status gizi balita dan anak. Berikut ini merupakan beberapa parameter antropometri bagi balita.

- Panjang Badan (PB)

Pengukuran PB dilakukan pada anak berusia 0 – 24 bulan. Apabila anak berusia 0-24 bulan diukur dengan cara berdiri maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. Pengukuran Panjang badan dilakukan dengan cara terlentang, dengan menggunakan alat ukur berupa papan kayu *length board*. Pengukuran Panjang badan lebih baik dilakukan

oleh dua orang, seorang bertugas memegang kepala bayi agar tidak bergerak, sedangkan seorang lainnya meluruskan posisi telentang bayi sambil menggeser papan skala. Dengan cara demikian, pengukuran Panjang badan bayi dapat berlangsung lebih singkat dan menghindari bayi rewel saat diukur.

- Tinggi Badan (TB)

Pengukuran TB dilakukan pada anak berusia lebih dari 24 bulan. Apabila anak berusia lebih dari 24 bulan diukur dengan cara telentang maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangi 0,7 cm. Pengukuran tinggi badan dilakukan dengan menggunakan alat *mikrotoise* atau alat multifungsi yang memiliki ketelitian 0,1 cm. Dalam melakukan pengukuran TB, perlu memperhatikan hal-hal berikut ini.

- a. *Mikrotoise* atau alat multi fungsi ditempelkan pada dinding lurus dan datar.
- b. Pengukuran TB dilakukan dengan melepas alas kaki, termasuk kaus kaki.
- c. Anak berdiri tegak-kaki lurus, sedangkan tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding. Wajah menghadap lurus dengan pandangan ke depan.
- d. *Mikrotoise* alat multifungsi diturunkan sampai rapat pada kepala bagian atas. Baca hasil ukur tinggi dengan sejajar.

Status gizi berdasarkan Panjang atau tinggi badan berdasarkan umur yang diukur menggunakan alat multifungsi kemudian dihitung z-score dan dibandingkan dengan standar pada PMK Nomor 2 tahun 2020 :

- Sangat Pendek (<- 3 SD)
- Pendek (-3 SD sampai dengan <-2 SD)
- Normal (-2 SD sampai dengan + 3 SD)
- Tinggi (> +3 SD)

b) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Penggunaan metode ini umumnya untuk survey klinis secara cepat (rapid clinical surveys). Survey ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan. Fisi yaitu tanda (sign) dan gejala (symptom) atau riwayat hidup.

c) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan dapat terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

d) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan cara melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Penggunaan : Umumnya dapat digunakan

dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja (epidemic of night blindnesses). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap (Supriasa, 2002).

B. Kebutuhan Gizi Balita

Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan untuk anak dibagi menjadi : anak usia 6 -11 bulan dengan rata-rata berat badan 9,0 kg dan tinggi badan 72 cm; anak usia 1 – 3 tahun dengan rata – rata berat badan 13,0 kg dan tinggi badan 92 cm; dan usia 4 – 6 tahun dengan rata-rata berat badan 19,0 kg dan tinggi badan 113 cm.

Tabel 1
Angka Kecukupan Gizi Anak

Kelompok Umur	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)			KH (gram)	Zink (mg)
					Total	Omega 3	Omega 6		
6-11 bulan	9	72	800	15	35	0,5	4,4	105	3
1-3 tahun	13	92	1350	20	45	0,7	7	215	3
4 – 6 thn	19	113	1400	25	50	0,9	10	220	5

Sumber : Angka Kecukupan Gizi, 2019

Kebutuhan energi dan protein pada bayi dan anak per kg berat badan lebih besar dari pada kebutuhan energi dan protein orang dewasa karena anak tumbuh dan berkembang. Kebutuhan energi dan protein per kg berat badana per hari menurun seiring dengan bertambahnya umur, sedangkan kebutuhan zat gizi mikro semakin meningkat sesuai dengan kebutuhan umur. Kebutuhan zat gizi dipengaruhi oleh berbagai keadaan seperti status gizi, status pertumbuhan, aktivitas, dan tidak adanya penyakit.

Tujuan pemenuhan kebutuhan gizi pada bayi dan anak adalah untuk :

- a. Pertumbuhan dan perkembangan fisik dan psikomotor
- b. Melakukan aktifitas fisik
- c. Memberikan zat gizi yang cukup bagi kebutuhan hidup yaitu untuk pemeliharaan dan atau pemulihan serta peningkatan kesehatan. (Penuntun Diet Anak, 2015)

1. Energi

Kebutuhan energi anak secara perorangan didasarkan pada kebutuhan energi untuk metabolisme basal, kecepatan pertumbuhan dan aktivitas. Energi untuk metabolisme basa bervariasi sesuai jumlah dan komposisi jaringan tubuh yang aktif secara metabolik bervariasi sesuai umur dan gender. Aktifitas fisik memerlukan energi di luar kebutuhan untuk metabolisme basal. Aktifitas fisik adalah Gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan system penunjangnya. Selama aktifitas fisik, otot membutuhkan energi di luar metabolisme untuk bergerak, sedangkan jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan untuk mengeluarkan sisa dari tubuh.

Sumber energi berkonsentrasi tinggi adalah bahan makanan sumber lemak, seperti lemak dan minyak, kacang-kacangan dan biji-bijian. Setelah itu, bahan makanan sumber karbohidrat, seperti padi-padian, umbi-umbian, dan gula murni. Semua makanan yang dibuat dari dan dengan bahan makanan sumber energi. Energi merupakan kemampuan atau Tenaga untuk melakukan kerja yang diperoleh dari zat-zat gizi penghasil energi. Berdasarkan hasil Angka Kecukupan Gizi (2019), angka kecukupan energi untuk anak usia 6 – 11 bulan adalah sebesar

800 kkal/ orang/ hari, anak berusia 1 – 3 tahun adalah sebesar 1350 kkal/ orang/ ahri, sedangkan untuk anak berusia 4 – 6 tahun adalah sebesar 1400 kkal/ orang/ hari. Sementara itu, menentukan kebutuhan energi pada anak sebaiknya dihitung secara individual berdasarkan berat badan ideal sesuai tinggi badan actual dikalikan dengan AKG sesuai usia tinggi.

Tabel 2
Angka Kecukupan Energi dan Protein
yang dianjurkan untuk Bayi dan Anak (per orang per hari)

Umur	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Energi (kkal/ kg BB)	Protein (g)	Protein (g/ kg BB)	Faktor Koreksi Protein**
0 – 6 bulan	6	61	550	91	12	2	1,1
7 – 11 bulan	9	71	725	80,5	18	2	1,3
1 – 3 tahun	13	91	1125	86,5	26	2	1,5
4 – 6 tahun	19	112	1600	84,2	35	1,8	1,5
7 – 9 tahun	27	130	1850	68,5	49	1,8	1,5
Laki – laki							
10 – 12 tahun	34	142	2100	61,8	57	1,7	1,5
13 – 15 tahun	46	158	2475	53,8	72	1,6	1,5
16 – 18 tahun	56	166	2675	47,8	66	1,2	1,3
Perempuan							
10 – 12 tahun	34	145	2000	55,6	60	1,7	1,5
13 – 15 tahun	46	155	2125	46,2	69	1,5	1,5
16 – 18 tahun	50	158	2125	42,5	59	1,2	1,3

Sumber : PERMENKES RI 2013

2. Karbohidrat

Karbohidrat zat tepung/ pati-gula adalah makanan yang dapat memenuhi kebutuhan energi, energi yang terbentuk dapat dihunakan untuk melakukan gerakan-gerakan tubuh baik yang disadari maupun yang tidak disadari misal, gerakan jantungm pernapasan, usus, dan organ-organ lan dalam tubuh. Pangan sumber karbohidrat misalnya serealiala, biji-bijian, gula, buah-buahan, umumnya menyumbang paling sedikit 50% atau separu kebutuhan energi keseluruhan. Anjuran konsumsi karbohidrat menurut Angka Kecukupan Gizi (2019) sehari bagi anak usia 6-11 bulan sebesar 105 gram, anak usia 1-3 tahun sebesar 215 gram, dan untuk usia anak 4-6 tahun sebesar 220 gram.

3. Protein

Kebutuhan protein anak termasuk untuk pemeliharaan jaringan. Perubahan komposisi tubuhm dan pembentukan jaringan baru. Selama pertumbuhan, kadar protein tubuh meningkat dari 14,6% pada umur satu tahun menjadi 18-19% pada umur empat tahun, yang sama dengan kadar protein orang dewasa. Kebutuhan protein untuk pertumbuhan diperkirakan berkisar antara 1-4 g/kg penambahan jaringan tubuh.

Protein diperlukan untuk pertumbuhan, pemeliharaan, dan perbaikan jaringan tubuh, serta membuat enzim pencernaan dari zat kekebalan yang bekerja untuk melindungi tubuh balita. Protein bermanfaat sebagai presekutor untuk neurotransmitter demi perkembangan otak yang baik nantinya. Kebutuhan protein menurut Angka Kecukupan gizi (2019), untuk anak usia 6-11 bulan

sebesar 15 gram, anak usia 1-3 tahun sebesar 20 gram, dan anak usia 4-6 tahun sebesar 25 gram.

Penilaian terhadap asupan protein anak harus didasarkan pada : (1) kecukupan untuk pertumbuhan, (2) mutu protein yang dimakan, (3) kombinasi makanan dengan kandungan asam amino esensial yang saling melengkapi bila dimakan Bersama. (4) kecukupan asupan vitamin, mineral, dan energi.

4. Lemak

Lemak merupakan sumber energi dengan konsentrasi yang cukup tinggi. Balita membutuhkan lebih banyak lemak dibandingkan orang dewasa karena tubuh mereka menggunakan energi yang lebih secara proporsional selama masa pertumbuhan dan perkembangan mereka. Angka kecukupan lemak untuk anak usia 6-11 bulan sebesar 35 gram, usia 1-3 tahun sebesar 45 gram, dan anak usia 4-6 tahun sebesar 50 gram.

5. Zink

Zink atau seng adalah salah satu trace- mineral atau mineral mikro yang penting untuk semua bentuk kehidupan. Gejala klinis kekurangan zink pertama kali dilaporkan pada tahun 1961, bahwa pada anak- anak, jumlah zink yang diserap sangat sedikit sehingga mereka mengalami kegagalan untuk tumbuh dengan baik. Zink berperan penting dalam pertumbuhan, fungsi neurologis, system kekebalan tubuh, dan reproduksi (Supariasa, 2016).

Zink merupakan zat gizi yang esensial, kehadiran zink dalam tubuh akan sangat mempengaruhi fungsi kekebalan tubuh, sehingga berperan penting dalam pencegahan infeksi oleh berbagai jenis bakteri pathogen. Berdasarkan penelitian

yang sudah ada, kekurangan zink pada anak-anak dapat menyebabkan stunting(pendek) dan terlambatnya kematangan fungsi seksual. Akibat lain dari kekurangan zink adalah meningkatkan resiko diare dan infeksi saluran napas. Angka kecukupan zink untuk anak usia 6-11 bulan sebesar 3 mg, usia 1-3 tahun sebesar 3 mg, dan anak usia 4-6 tahun sebesar 5 mg.

C. ASI Eksklusif

Asupan gizi terbaik dan paling ideal bagi bayi baru lahir adalah air susu ibu (ASI). Pemberian ASI diawali dengan proses inisiasi menyusui dini (IMD). IMD adalah proses menyusui dimulai secepatnya dengan cara segera setelah lahir bayi ditengkurapkan di dada ibu sehingga kulit ibu melekat pada kulit minimal satu jam atau sampai menyusui awal selesai (Kementerian Kesehatan, 2014 dalam Helmyati, 2019)

Pemberian ASI eksklusif berarti selama enam bulan bayi hanya diberi ASI. Kebutuhan energi dan zat gizi lainnya untuk bayi dapat dipenuhi dari ASI. Pemberian ASI eksklusif merupakan hak bayi yang berkaitan dengan komitmen ibu, dukungan keluarga, dan lingkungan sekitar. Adanya faktor protektif dan zat gizi yang sesuai dalam ASI menjamin status gizi bayi dapat optimal sehingga dapat menurunkan kesakitan dan kematian anak. Pemberian ASI eksklusif selama satu bulan pertama kehidupan menjadi faktor protektif terhadap penyakit infeksi, seperti diare dan infeksi pernapasan, serta secara global dapat menurunkan angka kematian bayi. Kolustrum yang terkandung dalam ASI awal mengandung antibodi 10-17 kali daripada ASI *mature*. Selain itu, pemberian ASI dapat menurunkan risiko obesitas dan diabetes tipe-2 (Koletzko, *et al.*, 2009, dalam Helmyati, 2019).

Pemberian ASI dan durasi pemberian ASI juga berkaitan erat dengan kemampuan kognitif, walaupun dipengaruhi oleh variable lain, yaitu pendidikan ibu dan status social ekonomi, pentingnya pemberian ASI pada awal masa kehidupan berkaitan dengan status beberapa zat gizi penting, antara lain adalah zat besi, folat, yodium, zink, dan asam lemak tidak jenuh pada ibu dan bayi. (Perng dan Oken 2016, dalam Helmyati 2019).

Ibu dianjurkan untuk memberikan ASI pada bayi secara eksklusif selama enam bulan kemudian dilanjutkan samapi anak berusia dua tahun dengan dibarengi asupan makanan pendamping ASI. Pada praktiknya, ibu bayi terkadang menemui kesulitan untuk memberikan ASI eksklusif. Ibu pekerja, kejadian bingung puting, puting lecet, rasa sakit pada payudara, dan kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya pemberian ASI menjadi faktor penghambat pemberia ASI pada bayi.

Menurut WHO, pola menyusui yang dilakukan ibu dapat dikategorikan sebagai berikut.

a. Menyusui eksklusif

Menyusui dengan tidak memberi bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan, vitamin, atau mineral tetes). Pemberian ASI secara tidak langsung (ASI perah) diperbolehkan dan dapat dikategorikan sebagai menyusui eksklusif.

b. Menyusui *predominant*

Menyusui bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air minum atau berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/ minuman *prelacteal* sebelum ASI keluar.

Makanan *prelacteal* adalah makanan atau minuman yang diberikan kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar.

Makanan *prelacteal* biasanya diberikan kepada bayi baru lahir dengan proses menyusui lebih dari satu jam setelah lahir karena ASI belum keluar atau tradisi.

Makanan yang sering diberikan sebagai makanan *prelacteal*, anatar lain adalah air kelapa, susu, madu, pisang, air tajin, dan air nasi. Pemberian maknan *preacteal* juga sangat merugikan karena akan menghilangkan haus bayi sehingga bayi cenderung malas untuk menyusui.

c. Menyusu parsial

Menyusui bayi dan memberikan makanan buatan selain ASI, baik suus formula, bubur maupun makanan lainnya, sebelum bayi berumur enam bulan baik diberikan secara terus-menerus sebagai makanan *preacteal*.

D. Berat Badan Lahir

Berat badan lahir merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Berat badan lahir bayi disebut rendah bila kurang dari 2.500 gram. Dalam sebuah artikel yang dipublikasikan pada tahun 2007, Aryastami dkk. Melakukan analisis terhadap data riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2010 untuk mengetahui hubungan berat badan lahir bayi dengan kejadian *stunting*. Hasil analisis menyatakan bahwa bayi yang memiliki berat badan lahir rendah beresiko 1,74 kali lebih tinggi untuk mengalami *stunting* dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal. Berdasarkan data ini pula diketahui bahwa balita laki-laki beresiko 1,27 kali lebih tinggi untuk mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita perempuan. Christian *et al.* (2013) dalam

artikelnya menyebutkan bahwa bayi BBLR beresiko 2,5 – 3,5 kali lebih tinggi mengalami *wasting*, *stunting*, dan *stunting*. (Helmyati, 2019)

Hubungan antara BBLR dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan yaitu 5,6 kali lebih beresiko untuk mengalami kejadian *stunting* pada anak dengan riwayat BBLR dibandingkan anak yang lahir dengan berat badan normal. Kondisi ini dapat terjadi karena pada bayi yang lahir dengan BBLR, sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan akan berlanjut sampai usia selanjutnya setelah dilahirkan yaitu mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lebih lambat dari bayi yang dilahirkan normal dan sering gagal menyusul tingkat pertumbuhan yang seharusnya dicapai pada usianya setelah lahir .

Hambatan pertumbuhan yang terjadi berkaitan dengan maturitas otak yaitu sebelum usia kehamilan 20 minggu terjadi hambatan pertumbuhan otak seperti pertumbuhan somatic. Penelitian menemukan bahwa pada bayi BBLR kecil masa kehamilan, setelah berusia 2 bulan mengalami gagal tumbuh (*growth faltering*). Gagal tumbuh pada usia dini (2 bulan) menunjukkan risiko untuk mengalami gagal tumbuh pada periode berikutnya. Usia 12 bulan bayi BBLR kecil masa kehamilan tidak mencapai panjang badan yang dicapai oleh anak normal, meskipun anak normal tidak bertumbuh optimal, dengan kata lain kejar tumbuh (*catch up growth*) tidak memadai.

Kejar tumbuh pada anak yang lahir BBLR berlangsung hingga usia dua tahun. Gagal tumbuh dan kejar tumbuh yang tidak memadai merupakan suatu keadaan patologis yang menyebabkan kejadian *stunting* pada balita.