

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Masalah *Stunting*

*Stunting* digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama sehingga kejadian ini menunjukkan bagaimana keadaan gizi sebelumnya. *Stunting* merupakan suatu masalah yang sedang dihadapi di dunia ini. Sebanyak 162 juta anak usia di bawah 5 tahun (balita) secara global mengalami *stunting*. Indonesia menduduki peringkat kelima prevalensi *stunting* tertinggi di Asia pada tahun 2005 - 2011 (*Unicef*, 2013). Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) 2013 melaporkan prevalensi *stunting* pada balita di Indonesia adalah 37,2% yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%) (*WHO*, 2010).

#### 1. Faktor Penyebab *Stunting*

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya keadaan *stunting* pada anak. Faktor penyebab *stunting* ini dapat disebabkan oleh faktor langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung dari kejadian *stunting* adalah asupan gizi dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsung adalah pola asuh, pelayanan kesehatan, ketersediaan pangan, faktor budaya, ekonomi dan masih banyak lagi faktor lainnya (*Riskesdas*, 2013).

##### 1) Faktor Penyebab Langsung

###### a. Asupan Gizi Balita

Asupan gizi yang adekuat sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh balita. Usia anak 1 – 2 tahun merupakan masa kritis dimana pada tahun ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan secara pesat. Konsumsi makanan yang tidak cukup merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan *stunting*. Hasil penelitian Solihin, dkk. (2013) di Kabupaten Bogor melaporkan bahwa tingkat kecukupan asupan energi balita berhubungan positif dengan status gizi TB/U balita secara signifikan ( $p = 0,015$ ), makin tinggi tingkat kecukupan energi, semakin baik status gizi balita. Energi merupakan hasil dari pembakaran zat gizi karbohidrat, protein dan lemak dengan demikian agar

manusia selalu tercukupi energinya diperlukan asupan makanan yang cukup untuk mencukupi kebutuhan energi dan zat gizi. Kekurangan energi dan zat gizi terjadi bila konsumsi makanan kurang dibanding yang dikeluarkan. Seseorang tidak dapat bekerja dengan energi melebihi dari apa yang diperoleh dari makanan kecuali jika meminjam atau menggunakan cadangan energi dalam tubuh, namun kebiasaan meminjam ini akan dapat mengakibatkan keadaan yang gawat, yaitu kurang gizi khususnya energi (Kartasapoetra, G., 2005).

#### b. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penyebab langsung *stunting*, Kaitan antara penyakit infeksi dengan pemenuhan asupan gizi tidak dapat dipisahkan. Adanya penyakit infeksi akan memperburuk keadaan bila terjadi kekurangan asupan gizi. Anak balita dengan kurang gizi akan lebih mudah terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi akan ikut menambah kebutuhan zat gizi untuk membantu perlawanan terhadap penyakit ini sendiri. Pemenuhan zat gizi yang sudah sesuai dengan kebutuhan namun penyakit infeksi yang diderita tidak tertangani akan tidak dapat memperbaiki status kesehatan dan status gizi anak balita. Untuk itu penanganan terhadap penyakit infeksi yang diderita sedini mungkin akan membantu perbaikan gizi dengan diimbangi pemenuhan asupan yang sesuai dengan kebutuhan anak balita.

### 2) Faktor Tidak Langsung

#### a. Ketersediaan Pangan

Akses pangan pada rumah tangga menurut Bappenas (2011) adalah kondisi penguasaan sumberdaya (sosial, teknologi, finansial/keuangan, alam, dan manusia) yang cukup untuk memperoleh dan/atau ditukarkan untuk memenuhi kecukupan pangan, termasuk kecukupan pangan di rumah tangga. Masalah ketersediaan ini tidak hanya terkait masalah daya beli namun juga pada pendistribusian dan keberadaan pangan itu sendiri, sedangkan pola konsumsi pangan merupakan susunan makanan yang biasa dimakan mencakup jenis dan jumlah dan frekuensi dan jangka waktu tertentu. Aksesibilitas pangan yang rendah berakibat pada kurangnya pemenuhan konsumsi yang beragam, bergizi, seimbang dan nyaman di tingkat keluarga yang mempengaruhi pola konsumsi

pangan dalam keluarga sehingga berdampak pada semakin beratnya masalah kurang gizi masyarakat.

Ketersediaan pangan yang kurang dapat berakibat pada kurangnya pemenuhan asupan gizi dalam keluarga itu sendiri. Rata-rata asupan energi dan protein anak balita di Indonesia masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang mengakibatkan balita Indonesia mempunyai rata-rata tinggi badan lebih pendek dari pada standar rujukan WHO 2005. Oleh karena itu penanganan masalah gizi ini tidak hanya melibatkan sektor kesehatan saja namun juga melibatkan lintas sektor lainnya.

#### b. Pola Asuh

Pengasuhan adalah serangkaian interaksi yang intensif dalam mengarahkan anak untuk memiliki kecakapan hidup. Oleh karena itu melibatkan aktivitas atau ketrampilan fisik dalam memberikan rangsangan serta memberikan respon yang tepat untuk situasi yang spesifik (Sunarti, E., 2004).

Pola asuh anak adalah kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan yang berdampak luas pada kehidupan seluruh anggota keluarga yang menjadi dasar penyediaan pengasuhan yang tepat dan bermutu pada anak termasuk pengasuhan makanan bergizi (Depkes RI, 2000).

#### c. Higiene Sanitasi Lingkungan

Keadaan sanitasi lingkungan yang kurang baik memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, kecacingan, dan infeksi saluran pencernaan. Apabila anak menderita infeksi saluran pencernaan, penyerapan zat-zat gizi akan terganggu yang menyebabkan terjadinya kekurangan gizi. Seseorang yang kekurangan zat gizi akan mudah tererang penyaki, dan pertumbuhan akan terganggu (Supariasa, I. D. N., 2014).

## **2. Dampak *Stunting***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jika penanggulangan *stunting* tidak dilakukan pada 1000 hari pertama kehidupan maka akan berdampak pada pertumbuhan anak hingga dewasa. Berikut adalah dampak *stunting* yang menghambat pertumbuhan (UNICEF, 2013).

a. Dampak pada kesehatan

- Pada bayi dan balita, stunting dihubungkan dengan lemahnya sistem kekebalan tubuh dan beresiko tinggi terhadap penyakit menular. Ketika anak kekurangan gizi sedang dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan maka lebih beresiko mengalami tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, dan obesitas.
- Diperkirakan bahwa anak-anak di bawah usia lima tahun dengan ibu pendek (kurang dari 145 cm) memiliki 40% peningkatan resiko kematian.
- Ibu dengan tinggi badan pendek memiliki resiko melahirkan bayi dengan berat badan rendah, yang dapat beresiko untuk menjadi lebih pendek.

b. Dampak pada pendidikan dan ekonomi

- Anak *stunting* lebih terlambat memulai masa sekolah dan kemungkinan *drop out*. Kurang mampunya belajar disebabkan perkembangan otak dan mental terganggu.
- Gangguan perkembangan juga dikaitkan dengan menurunnya produktivitas seseorang dan berdampak pendapatan.
- Peningkatan 1% tinggi badan dikaitkan dengan peningkatan pendapatan sebesar 2,4%. Lebih buruknya selama kehidupan anak yang mengalami *stunting* dapat mengurangi potensi pendapatan sebesar 10%.
- Diperkirakan investasi pada bayi dan anak-anak dengan gizi baik dapat meningkatkan Produk Domestik Bruto suatu negara sebesar 2 – 3%.

### 3. Klasifikasi Panjang Badan menurut Umur (PB/U)

Tinggi badan atau panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Kategori ambang batas status gizi anak berdasarkan PB/U disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 menjelaskan tentang klasifikasi status gizi anak berdasarkan indeks PB/U. Anak yang memiliki indeks PB/U -2 SD sampai dengan 2 SD termasuk dalam kategori normal sedangkan bila kurang dari -2 SD maka anak

tersebut telah dikategorikan dalam status gizi pendek dan apabila indeks PB/U lebih dari 2 SD maka anak tersebut dikategorikan dalam tinggi.

**Tabel 1. Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks PB/U**

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Sangat Pendek	< -3 SD
Pendek ( <i>stunted</i> )	-3 SD sampai dengan < -2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
Tinggi	> 2 SD

Sumber : Kepmenkes nomor 195/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Gizi Anak

## B. Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

### 1. Kebutuhan Energi dan Zat Gizi

Penentuan kebutuhan energi dan zat gizi dapat dihitung dengan mengacu kepada Angka Kecukupan Gizi (AKG). Menentukan kebutuhan energi dan zat gizi pada anak sebaiknya dihitung berdasarkan berat badan ideal (BBI) sesuai dengan tinggi badan aktual dikalikan dengan AKG sesuai usia (AsDI, IDAI, dan Persagi, 2015).

Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan atau *Recommended Dietary Allowed* (RDA) adalah banyaknya zat gizi yang harus dikonsumsi, mencakup hampir semua orang sehat. Dapat diartikan sebagai suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan usia, jenis kelamin, ukuran tubuh, dan aktivitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Wirakusumah, 2010). Kecukupan gizi usia 1 – 3 tahun disajikan pada Tabel 2.

**Tabel 2. Kecukupan Zat Gizi menurut AKG 2013**

Usia 1 - 3 tahun	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Kalsium (mg)	Zat besi (mg)	Zinc (mg)
	13,0	91	1125	26	650	8	4

Sumber: Permenkes RI, Nomor. 75 tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi

Tabel 2 menunjukkan bahwa anak berusia 1 tahun hingga 3 tahun dengan berat badan dan tinggi badan ideal 13 kg dan 91 cm diperlukan energi sebesar 1125 kkal, protein 26 gram, kalsium 650 mg, zat besi 8 mg dan *zinc* 4 mg untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi dalam sehari.

## 2. Perhitungan Tingkat Konsumsi

Menentukan tingkat konsumsi didapatkan dengan cara menghitung konsumsi energi dan zat gizi rata-rata dari baduta selama 3 x 24 jam kemudian dirata-rata dihitung dengan rumus:

$$\text{Tingkat Konsumsi} = \frac{\text{Rata-rata asupan energi dan zat gizi per hari}}{\text{kebutuhan energi dan zat gizi perhari}} \times 100$$

Kemudian hasil tingkat konsumsi energi dan zat gizi digolongkan menjadi beberapa kategori berdasarkan Depkes RI (1996). Kategori tingkat konsumsi energi dan zat gizi disajikan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi**

Kategori	Tingkat konsumsi (%)
Diatas Angka Kecukupan	>120
Normal	90 – 119
Defisit Tingkat Ringan	80 – 89
Defisit Tingkat Sedang	70 – 79
Defisit Tingkat Berat	<70

Sumber: Depkes RI (1996) dalam Supriasa (2014).

Tabel 3 menunjukkan bahwa klasifikasi tingkat konsumsi yang normal adalah 90 - 119% dari AKG, jika tingkat konsumsi kurang dari angka tersebut maka akan dikategorikan dalam defisit sedangkan jika melebihi angka tersebut maka akan dikategorikan dalam diatas angka kecukupan.

### C. Pola Makan Anak 1 - 2 Tahun

Anak pada usia 1 - 2 tahun merupakan periode emas kehidupan, yaitu 1000 hari pertama kehidupan yang dimulai dari masa kehamilan hingga anak berusia 2 tahun. Pada periode ini terjadi pertumbuhan yang sangat pesat di seluruh proses pertumbuhan anak, sehingga gizi yang baik akan mendukung pertumbuhan anak dengan sempurna (Kemenkes RI, 2013). Kebutuhan gizi pada 1000 hari pertama harus dipenuhi dengan baik, agar balita dapat tumbuh secara sempurna, karena jika tidak terpenuhi, pertumbuhan otak dan fisiknya

akan terhambat dan tidak dapat diperbaiki dimasa kehidupan selanjutnya, berarti kerusakan atau hambatan yang terjadi bersifat permanen. Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh tidak terpenuhinya gizi yang dibutuhkan dalam 1000 hari pertama kehidupan salah satunya adalah gangguan pertumbuhan fisik (Menko Kesra, 2013). Salah satu dari contoh gangguan ini adalah *stunting* atau panjang badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur anak tersebut. *Stunting* merupakan gambaran dari gizi kurang yang telah berjalan lama atau dengan kata lain anak tersebut telah lama mengalami defisiensi zat gizi.

### **1. Kebutuhan Zat Gizi anak 1 - 2 tahun**

Pola makan yang tidak memenuhi syarat gizi dan kesehatan akan mengakibatkan perlambatan pertumbuhan anak yang terjadi pada usia 12 - 24 bulan. Asupan makanan yang tidak seimbang akan menyebabkan anak usia 12 – 24 bulan tidak dapat mengikuti pola pertumbuhan yang seharusnya. Salah satu parameter perlambatan pertumbuhan adalah tinggi badan.

Menurut penelitian Roosita, K., dkk (2010) dan Astari, L. D., Nasoetion A, Dwiriani C. M (2006) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh secara langsung pada balita *stunting* adalah rendahnya asupan energi dan zat gizi terutama protein, zat besi, zinc, dan kalsium.

#### **a. Energi**

Kekurangan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan kurang dibanding energi yang dikeluarkan. Energi dalam tubuh manusia dapat timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein dan lemak dengan demikian agar manusia selalu tercukupi energinya diperlukan zat-zat makanan yang cukup pula didalam tubuhnya. Seseorang tidak dapat bekerja dengan energi melebihi dari apa yang diperoleh dari makanan kecuali jika meminjam atau menggunakan cadangan energi dalam tubuh, namun kebiasaan meminjam ini akan dapat mengakibatkan keadaan yang gawat, yaitu kurang gizi khususnya energi (Kartasapoetra, 2005).

Konsumsi makanan yang tidak cukup merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan *stunting*. Hasil penelitian Solihin, dkk. (2013) di Kabupaten Bogor melaporkan bahwa tingkat kecukupan energi balita berhubungan positif

dengan status gizi TB/U balita secara signifikan ( $p = 0,015$ ), makin tinggi tingkat kecukupan energi, semakin baik status gizi balita. Setiap penambahan satu persen tingkat kecukupan energi balita, akan menambah z-skor TB/U balita sebesar 0.032 satuan. Lebih lanjut penelitian Oktarina dan Sudiarti (2013) menyebutkan hubungan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) antara tingkat konsumsi energi dan *stunting*, balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai risiko 1,28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi cukup. Hasil tersebut sama dengan hasil penelitian Lestari, dkk (2014) didapatkan hubungan antara konsumsi energi dan kejadian *stunting*, dimana Tingkat kecukupan energi balita *stunting* tergolong dalam kategori kurang sebesar 83,64%, pada penelitian ini didapatkan hasil anak dengan tingkat kecukupan energi yang rendah, memiliki risiko sebesar 3,09 kali untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak yang memiliki tingkat kecukupan energi baik.

Tingkat konsumsi energi balita berhubungan dengan pengetahuan ibu balita, peningkatan pengetahuan gizi ibu akan meningkatkan konsumsi pasien. Penelitian Handayani, E dan Rosidi, A (2010) menyatakan pengetahuan gizi ibu sangat berhubungan dengan tingkat konsumsi baduta. Baduta merupakan konsumen pasif yang belum dapat memilih makanan sesuai dengan kebutuhannya. Oleh karena itu, peran ibu sangat penting dalam pemberian makanan yang baik bagi anak. Bila pengetahuan gizi ibu tinggi, kemampuan dalam pemilihan, pembelian dan pengolahan bahan-bahan makanan juga baik.

#### b. Protein

Protein merupakan zat gizi yang sangat penting, karena paling erat hubungannya dengan proses kehidupan. Sama halnya dengan energi pertumbuhan pada awal kehidupan membutuhkan protein dengan proporsi yang tepat. Pada periode pesat tumbuh ini kebutuhan akan protein lebih diperhitungkan pada tiap unit masukan energi daripada unit pertambahan berat badan. Besarnya konsumsi energi dan protein dalam diet yang sesuai akan menjamin pertumbuhan bayi pada masa pesat tumbuh (Adriani, M. dan Wirjatmadi, B., 2012).



Hasil penelitian Solihin, dkk. (2013) di Kabupaten Bogor melaporkan bahwa tingkat kecukupan balita berhubungan positif dengan status gizi balita secara signifikan ( $p < 0,05$ ), makin tinggi tingkat kecukupan protein, semakin baik status gizi balita. Setiap penambahan satu persen tingkat kecukupan protein balita, akan menambah z-skor TB/U balita sebesar 0.024 satuan. Hasil penelitian Fuada et.al (2010), diperoleh hasil anak balita dengan konsumsi protein yang tidak memadai ( $< 80\%$  kecukupan protein) berisiko menjadi pendek sebesar 0,94%. Sejalan dengan penelitian energi merupakan faktor risiko *stunting* penelitian Lestari (2014) menyatakan bahwa anak dengan tingkat kecukupan protein yang rendah, memiliki risiko sebesar 3,09 kali untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak yang memiliki tingkat kecukupan energi baik. Risiko semakin meningkat 5,54 pada anak dengan tingkat kecukupan protein yang rendah.

#### c. Kalsium

Kalsium merupakan faktor kontribusi pada pertumbuhan badan, karena selain kalsium diperlukan juga protein (Muchtadi, 2014). Kekurangan kalsium dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan, tulang kurang kuat, mudah rapuh dan bengkok (Almatsier, S., 2009). Penelitian Astari L. D., Nasoetion A, Dwiriani C. M. (2006) di Bogor pada anak usia 6-12 bulan menyatakan gangguan pertumbuhan dapat disebabkan karena defisiensi tunggal atau gabungan zat gizi mikro seperti seng dan kalsium. Lebih lanjut penelitian Aridiyah, dkk (2015) didapatkan hasil hubungan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) antara tingkat konsumsi kalsium dan kejadian *stunting* pada anak *stunting* di pedesaan.

#### d. Zat Besi (Fe)

Zat besi merupakan mineral mikro yang paling banyak di dalam tubuh manusia yaitu 3 sampai 5 gram didalam tubuh orang dewasa. Kekurangan zat besi sejak 30 tahun terakhir diakui berpengaruh terhadap produktivitas kerja, penampilan kognitif, dan sistem kekebalan (Almatsier, 2009).

Hasil penelitian Aridiyah, F. O. (2015) menunjukkan bahwa tingkat kecukupan zat besi mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak balita baik yang berada di daerah pedesaan maupun yang berada di perkotaan. Hal yang sama ditunjukkan pada penelitian Theron, et al (2006) bahwa rata-rata asupan zat besi

balita *stunting* mengalami defisiensi dibandingkan dengan balita normal. Asupan zat besi yang rendah memungkinkan terjadinya anemia defisiensi besi. Dampak anemia gizi besi pada balita dihubungkan dengan terganggunya fungsi kognitif, perilaku dan pertumbuhan. Selain itu, zat besi memegang peranan penting dalam sistem kekebalan tubuh (Narendra, 2002). Lebih lanjut pemberian suplementasi Fe (20 mg) satu kali seminggu pada anak stunted usia 6 - 24 bulan. Penelitian ini dapat meningkatkan panjang badan anak (*Height for Age z- score*) sebesar 0,14, pada anak stunted yang diberi Fe (20 mg) (Nasution, 2000).

e. *Zinc* (seng)

Kekurangan *zinc* pertama dilaporkan pada tahun 1960-an, yaitu pada anak dan remaja laki-laku di Mesir, Iran dan Turki dengan karakteristik tubuh pendek dan keterlambatan pematangan seksual. Defisiensi *zinc* dapat terjadi pada golongan rentan, yaitu anak-anak, ibu hamil, dan menyusui pada orang tua. Tanda-tanda kekurangan seng adalah gangguan pertumbuhan dan kematangan seksual. Fungsi pencernaan terganggu, karena gangguan fungsi pankreas, gangguan pembentukan kilomikron dan kerusakan permukaan saluran cerna. Disamping itu dapat terjadi diare dan gangguan fungsi kekebalan. Kekurangan seng kronis mengganggu pusat sistem saraf dan fungsi otak. Kekurangan seng juga mengganggu fungsi kelenjar tiroid dan laju metabolisme, gangguan nafsu makan, penurunan ketajaman indra rasa serta memperlambat penyembuhan luka (Almatsier, S., 2009).

Hasil penelitian Aridiyah, dkk (2015) menunjukkan hubungan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) antara tingkat kecukupan zink dengan kejadian *stunting* pada anak balita baik yang berada di daerah pedesaan maupun yang berada di perkotaan. Sejalan dengan hasil penelitian Anindita (2012) di Semarang menunjukkan bahwa rendahnya kecukupan zink dapat memberikan risiko perawakan pendek pada anak balita. Hal tersebut yang dapat mempengaruhi proses pertumbuhan, mengingat zink sangat erat kaitannya dengan metabolisme tulang, sehingga zink berperan secara positif pada pertumbuhan dan perkembangan dan sangat penting dalam tahap-tahap pertumbuhan dan perkembangan.

## **2. Pola Makan Anak 1 - 2 Tahun**

Menginjak usia 6 bulan ke atas, kebutuhan zat gizi bayi semakin meningkat dan bervariasi. Pemberian ASI saja tidak mencukupi kebutuhan gizi bayi (Khomsan, A. dan Ridayani, S., 2010). Karena itu selain pemberian ASI sebagai makanan utama diperlukan juga makanan lain sebagai makanan pendamping untuk menunjang asupan gizinya. MP-ASI atau makanan pendamping ASI adalah makanan atau minuman selain ASI yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada bayi selama periode penyapihan (*complementary feeding*) yaitu pada saat makanan/ minuman lain diberikan bersama pemberian ASI (AsDI, IDAI, dan Persagi, 2015).

Menurut Moehji (1988), jenis bahan makanan yang diberikan kepada balita umur 1 – 5 tahun berangsur-angsur berubah menjadi beragam bahan makanan, yaitu makanan pokok, bahan makanan sumber protein hewani dan nabati, sayuran, serta buah-buahan. Bukan saja untuk memenuhi kebutuhan tubuh anak akan zat gizi, tetapi pemberian beragam bahan makanan akan melatih anak untuk mengonsumsi makanan yang bervariasi. Jumlah makanan yang diberikan juga bertambah sesuai dengan bertambahnya umur. Kecukupan bahan makanan balita per hari umur 1 – 5 tahun disajikan pada Tabel 4.

**Tabel 4. Komposisi Bahan Makanan untuk Memenuhi Angka Kecukupan Gizi per hari untuk Umur 1 – 3 Tahun**

Bahan makanan	Berat (gram)
Nasi/ makanan pokok	150
Lauk Hewani	70
Lauk Nabati	50
Sayuran	75
Buah	110
Minyak	10
Gula Pasir	15
ASI	Sesukanya

Sumber : AsDI, IDAI, dan Persagi, 2015.

Tabel 4 menunjukkan untuk memenuhi kecukupan energi berdasarkan AKG pada golongan usia 1 – 3 tahun dibutuhkan nasi 3 centong plastik (50 g) per hari, lauk hewani 2- 3 potong dan lauk nabati dibutuhkan 1 potong sedang, sayuran 3 - 4 sendok sayur dan 1 buah. Komposisi bahan makanan tersebut dapat dibagi dalam 3 – 4 kali makan dan 2 kali makan selingan, sehingga kecukupan gizi anak dapat terpenuhi. Nestle dalam Hayati (2009) menjelaskan jadwal pemberian makan pada anak usia >12 bulan yang tertera pada Tabel 5.

**Tabel 5. Jadwal Pemberian Makan Anak 1 – 2 Tahun**

Umur	Makanan yang diberikan	Waktu	
12 - 23 bulan	ASI/PASI	06.00	(Bangun tidur)
	Makanan Keluarga	08.00	(Makan Pagi)
	<i>Snack</i>	10.00	
	Makanan Keluarga	12.00	(makanan siang)
	<i>ASI</i>	14.00	(Sebelum tidur siang)
	<i>Snack</i>	16.00	
	Makanan Keluarga	18.00	(makan malam)
	ASI/PASI	20.00	

Tabel 5. menjelaskan bahwa jadwal pemberian makan anak diatas 12 bulan dalam sehari adalah 3 kali makanan keluarga yang masing-masing pada pagi, siang dan sore atau malam, makanan snack atau selingan diberikan dua kali dalam sehari selai itu ASI tetap diberikan hingga anak berusia 2 tahun.

Pola makan anak memiliki hubungan searah dengan status gizi PB/U. Pola makan anak dengan kategori kurang berisiko 6,01 kali lebih besar menyebabkan status gizi stunting dibandingkan dengan pola makan dengan kategori cukup, masing-masing dengan status gizi stunting 63,8% dan 22,7%. Hasil uji statistik chi-square menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pola makan dengan status gizi ( $p < 0,001$ ) (Aramico, B., dkk. 2013).

### **3. Metode Pengukuran Pola Makan dengan *Food Recall* 24 Jam**

Pengukuran pola makan tingkat individu umumnya dilakukan pada masyarakat yang rawan terhadap gizi salah satunya adalah balita. Metode pengukuran pola makan individu salah satunya adalah Metode *Food Recall* 24 Jam. Patterson dan Pietinen dalam Kusharto dan Supriasa (2014) menjelaskan *recall* makanan 24 jam adalah wawancara dengan meminta responden untuk menyebutkan semua makanan dan minuman yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam sebelumnya.

Pengukuran *recall* makanan 24 jam baiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut-turut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali *recall* 24 jam tanpa berturut-turut dapat menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal (Sanjur, 1997 dalam Supriasa, I. D. N., 2014). Wawancara *recall* 24 jam pada anak dibawah 4 tahun, dilakukan dengan melakukan wawancara kepada pengasuh (Kusharto dan Supriasa, 2014)

Menurut Kusharto, C. M. dan Supariasa, I. D. N., (2014) langkah-langkah pelaksanaan food recall adalah sebagai berikut :

- 1) Responden mengingat semua makanan dan minuman yang dimakan 24 jam yang lalu.
- 2) Responden menguraikan secara mendetail masing-masing bahan makanan yang dikonsumsi seperti bahan makanan atau makanan jadi. Mulai dari makan pagi, makan siang, makan malam dan berakhir sampai akhir hari tersebut.
- 3) Responden memperkirakan ukuran porsi yang dimakan, sesuai dengan ukuran rumah tangga yang biasa digunakan, antara lain dengan menggunakan *food model* atau foto-foto, bahan makanan asli dan alat-alat makan.
- 4) Pewawancara dan responden mengecek/mengulangi kembali apa yang dimakan dengan cara mengingat kembali.
- 5) Pewawancara mengubah ukuran porsi menjadi ukuran gram.

#### **D. Perilaku**

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, S., 2012).

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behaviour*) menurut Becker (1979) dalam Notoatmodjo, S. (2012) sebagai berikut:

- a. Perilaku kesehatan, yaitu tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Perilaku sakit, yakni segala tindakan seseorang yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya termasuk juga pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, serta usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit, yakni segala tindakan seseorang yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

#### **1. Faktor –faktor Pembentukan Perilaku**

Menurut Notoatmodjo, S. (2007) faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

a. Faktor internal

Faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri yaitu berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Motivasi merupakan penggerak perilaku, hubungan antara kedua konstruksi ini cukup kompleks, antara lain dapat dilihat sebagai berikut:

- 1) Motivasi yang sama dapat saja menggerakkan perilaku yang berbeda demikian pula perilaku yang sama dapat saja diarahkan oleh motivasi yang berbeda.
- 2) Motivasi mengarahkan perilaku pada tujuan tertentu.
- 3) Penguatan positif/positive reinforcement menyebabkan satu perilaku tertentu cenderung untuk diulang kembali.
- 4) Kekuatan perilaku dapat melemah akibat dari perbuatan itu bersifat tidak menyenangkan.

b. Faktor eksternal

Faktor-faktor yang berada diluar individu yang bersangkutan yang meliputi objek, orang, kelompok dan hasil-hasil kebudayaan yang disajikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

## **2. Teori Perubahan Perilaku**

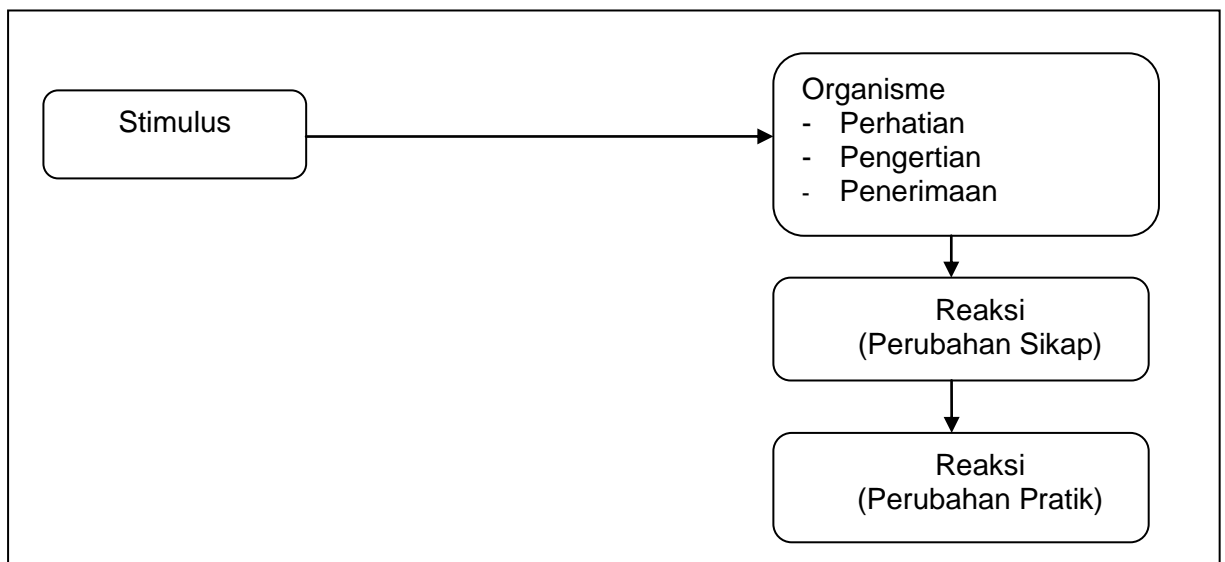
Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari promosi atau pendidikan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya.

Menurut Notoatmodjo, S. (2012) teori perubahan perilaku Stimulus Organisme Response (SOR) teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas kepemimpinan, dan gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

Hosland, *et al.* (1953) dalam Notoatmodjo, S. (2012) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak.
- b. Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- c. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak (bersikap).
- d. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (praktik).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme faktor *reinforcement* memegang peranan sangat penting. Proses perubahan perilaku berdasarkan teori SOR disajikan pada Gambar 1 sebagai berikut:



**Gambar. 1 Teori Perubahan Perilaku S-O-R**

### **3. Strategi Perubahan Perilaku**

Strategi perubahan perilaku digunakan agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3 yaitu:

#### **a. Menggunakan Kekuasaan/ Kekuasaan atau Dorongan**

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan.

#### **b. Pemberian Informasi**

Responden diberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya sehingga akan meningkatkan pengetahuan masyarakat. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena disadari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

#### **c. Diskusi Partisipasi**

Cara ini adalah peningkatan dari cara kedua yang dalam memberikan informasi bukan hanya satu arah, melainkan dua arah. Masyarakat juga harus aktif berpartisipasi dalam diskusi. Cara ini merupakan cara yang baik dalam memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

### **4. Domain Perilaku Kesehatan**

Para ahli seiring dengan perkembangan pendidikan, untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, maka diukur dari:

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi yang diberikan
- b. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi yang diberikan
- c. Praktik atau tindakan sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan.



### **a. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya), dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan. Hal tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, S., 2010). Pengetahuan gizi dipengaruhi beberapa faktor, disamping pendidikan ibu yang pernah dijalani, faktor lingkungan sosial, dan frekuensi kontak media massa juga mempengaruhi pengetahuan gizi yang diperoleh (Suhardjo, 2003).

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan merupakan hal yang umum di setiap Negara. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi, merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Akan tetapi ada sebab lain yang tak kalah penting, yaitu kurang pengetahuan terhadap pangan dan gizi. Atmarita (2004), bahwa pendidikan kesehatan diberikan untuk menambah pengetahuan, sedang pengetahuan merupakan mediator untuk perubahan kebiasaan dengan pengetahuan yang cukup. Pendidikan memudahkan individu atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Lebih lanjut Kusumawati, Y. (2004) bahwa pendidikan kesehatan seseorang berhubungan dengan tingkat kesehatan jika pengetahuan gizi ibu baik, maka diharapkan status gizi ibu dan balita baik juga.

Menurut Notoatmodjo, S. (2007) Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Notoadmojo, S. (2012) menyatakan pengetahuan diperoleh dari beberapa faktor, yaitu:

#### **a) Pendidikan**

Pendidikan adalah suatu belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kerah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih menantang pada diri individu, keluarga atau masyarakat. Beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan pribadi, bahwa pada umumnya pendidikan itu mempertinggi taraf intelegensi individu. Hasil penelitian Handarsari, dkk. (2010) menunjukkan pendidikan ibu yang rendah akan mengakibatkan ibu tidak mengetahui bagaimana susunan makanan

yang baik dan telah mencukupi kebutuhannya. Menurut Hadi, dkk. (2011) pendidikan ibu yang relatif tinggi meningkatkan pengetahuan gizi serta praktik gizi dan kesehatan, yang secara tidak langsung memperbaiki kebiasaan makan anak yang pada akhirnya meningkatkan konsumsi energi dan protein serta status gizi pada umumnya.

#### b) Motivasi

Motivasi merupakan dorongan, keinginan dan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri seseorang untuk melakukan sesuatu dengan mengenyampingkan hal-hal yang dianggap kurang bermanfaat. Dalam mencapai tujuan dan munculnya motivasi dan memerlukan rangsangan dari dalam individu maupun dari luar. Motivasi murni merupakan motivasi yang betul-betul disadari akan pentingnya suatu perilaku akan dirasakan suatu kebutuhan.

#### c) Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu yang dirasakan (diketahui, dikerjakan) juga merupakan kesadaran akan suatu hal yang tertangkap oleh indera manusia. Faktor eksternal yang mempengaruhi pengetahuan antara lain : meliputi lingkungan, sosial, ekonomi, kebudayaan, dan informasi. Lingkungan sebagai faktor yang berpengaruh bagi pengembangan sifat dan perilaku individu. Sosial, ekonomi, penghasilan sering dilihat untuk memiliki hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan.

### **b. Sikap (*Attitude*)**

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, S., 2012). Menurut Thurstone dalam Walgito (1978) menyatakan bahwa sikap dipandang sebagai suatu tingkatan afeksi baik yang bersifat positif maupun negatif dalam hubungannya dengan objek-objek psikologis. Afeksi positif, yaitu afeksi senang, sedangkan afeksi negatif adalah afeksi yang tidak menyenangkan.

### **c. Praktik (*Tindakan*)**

Suatu sikap belum semuanya terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk mewujudkan sikap, menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Sesudah seseorang mengetahui sebuah stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (nilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan.

Notoatmodjo, S., (2012) menjelaskan Praktik atau tindakan dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

1) Praktik terpimpin (*guided response*)

Apabila suatu objek atau seseorang telah melakukan sesuatu tapi masih tergantung pada tuntutan atau penggunaan panduan.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau memperhatikan suatu hal secara otomatis, maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas (Notoatmodjo, S., 2012).

Secara teori perubahan perilaku mengikuti tahapan-tahapan proses perubahan : pengetahuan (*knowledge*) – sikap (*attitude*)- praktik (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu berteori PSP, bahkan disalam kehidupan sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Menurut Notoatmodjo, S., (2007) pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

## **E. Upaya Penanganan *Stunting* dengan Konseling Gizi**

Prevalensi *stunting* pada balita di Indonesia di tahun 2013 adalah 37,2% yang berarti mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan

2007 (36,8%). Kejadian stunting di Indonesia 10 tahun terakhir masuk dalam kategori masalah kesehatan masyarakat yang dianggap berat dimana prevalensi *stunting* >30% (WHO, 2010). Salah satu cara penanganan stunting adalah dengan konseling gizi. Konseling gizi merupakan suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi. Setelah konseling, diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi ke arah kebiasaan hidup sehat (Persagi, 2010). Konseling memiliki keunggulan dibandingkan jenis edukasi lain, yaitu konseling diadakan secara individu, sehingga konselor mampu menggali informasi secara detail dan mampu memberikan jalan keluar dari masalah yang sedang dihadapi pasien.

Penelitian yang dilakukan Hestunintyas, T. N. (2013) terkait konseling kepada ibu baduta *stunting* di Kecamatan Semarang Timur didapatkan hasil terdapat peningkatan skor pengetahuan, sikap, praktik ibu, dan asupan zat gizi anak secara signifikan pada kelompok intervensi dengan konseling gizi 1x setiap minggu selama 6 minggu, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi tidak terdapat peningkatan skor pengetahuan, sikap, praktik ibu, dan asupan zat gizi anak secara signifikan. Materi yang diberikan kepada ibu balita selama 6 minggu adalah tentang pemberian makan kepada anak dan memotivasi ibu agar ibu mampu merubah pemberian makan anak ke arah yang lebih positif. Tempat dan waktu pelaksanaan konseling sesuai dengan hasil kesepakatan antara konselor dan subjek, yaitu dilakukan di rumah responden dengan waktu 15 - 20 menit.

Penelitian Lina dan Hidayati (2015) menyebutkan bahwa konseling gizi yang diberikan kepada ibu balita yang dilakukan 4 kali yaitu 2 minggu sekali selama 2 bulan di wilayah UPTD Puskesmas DTP Sukrame Kabupaten Tasikmalaya didapatkan hasil pengetahuan ibu yang meningkat sebesar 13,5% dibandingkan sebelum mendapatkan konseling.

## 1. Langkah – langkah Konseling

Persagi (2010) dalam Supariasa (2012) menyatakan langkah-langkah konsultasi ada enam, yaitu membangun dasar-dasar konseling, menggali permasalahan, memilih solusi dengan menegakkan diagnosis, memilih rencana, memperoleh komitmen dan *monitoring* dan evaluasi.

Langkah pertama adalah membangun dasar-dasar konseling, terutama menciptakan hubungan yang baik merupakan kunci untuk langkah selanjutnya. Hubungan yang baik ini berdasarkan rasa saling percaya, keterbukaan, kejujuran, dan konselor dapat menunjukkan dirinya seorang profesional dan kompeten untuk melakukan konsling gizi.

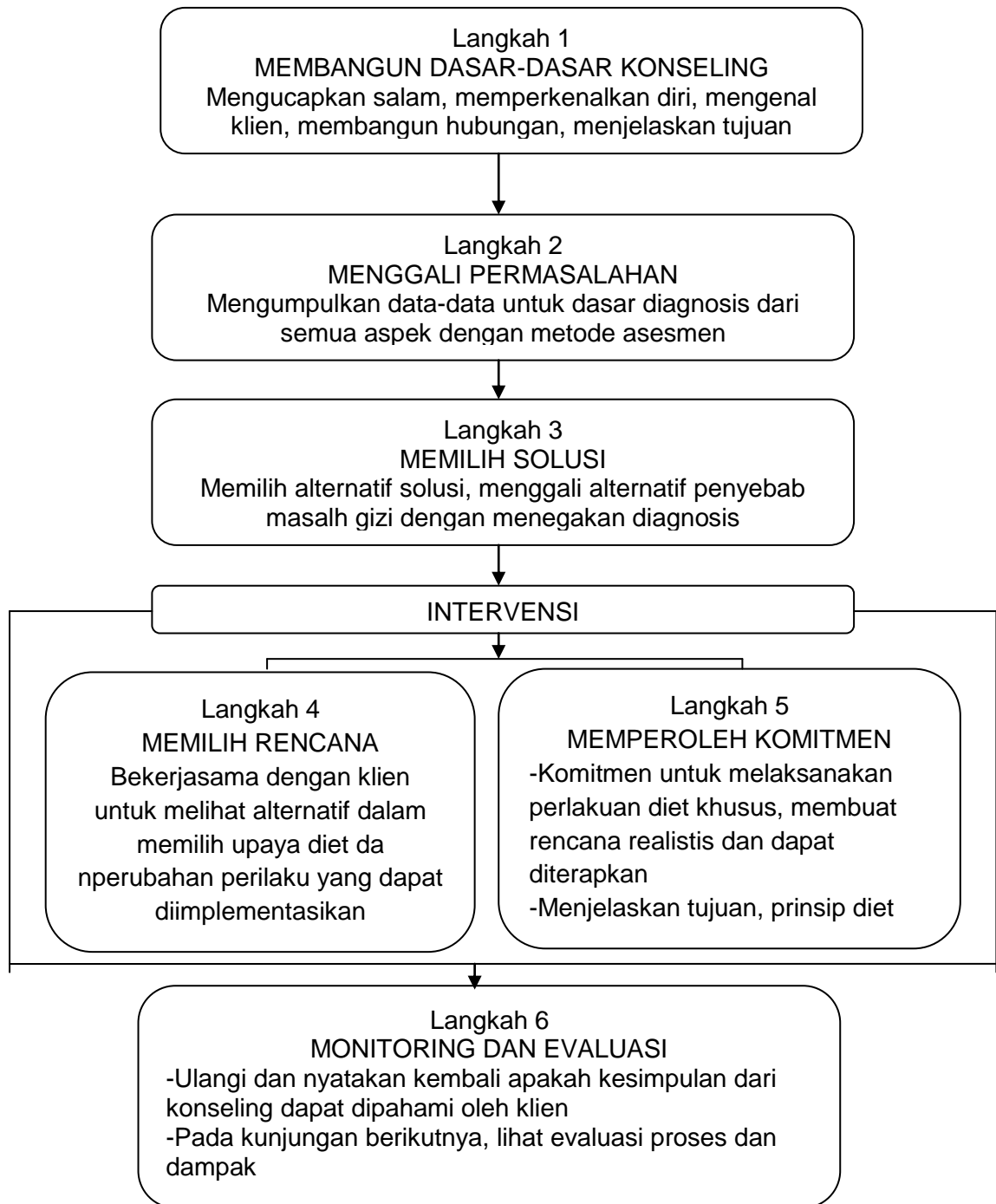
Langkah kedua adalah menggali permasalahan, yaitu konselor perlu mengumpulkan data yang dapat dilakukan melalui wawancara dan mencatat dokumen-dokumen yang dibawa oleh klien. Setelah pengumpulan data perlu dilakukan verifikasi data, interpretasi, penentuan masalah, dan penentuan penyebab masalah. Tujuan utama pengumpulan data adalah mengidentifikasi masalah gizi dan faktor-faktor yang menyebabkan hal tersebut.

Langkah ketiga yaitu memilih solusi dengan menegakkan diagnosis, dalam hal ini ada 3 hal yang perlu diperhatikan yaitu menentukan masalah, menentukan penyebab masalah, dan menentukan tanda gejala masalah tersebut.

Langkah keempat adalah memilih rencana. Seorang konselor harus melibatkan klien mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi intervensi.

Langkah kelima adalah memperoleh komitmen, yaitu perlu adanya kesepakatan antara konselor dan klien yang dituangkan dalam bentuk komitmen untuk melakukan preskripsi diet dan aturan lainnya.

Langkah keenam yaitu *monitoring* dan evaluasi. Tujuan dari langkah ini adalah mengetahui pelaksanaan intervensi sesuai komitmen dan mengetahui tingkat keberhasilannya. Untuk memudahkan pemahaman tentang langkah-langkah dan alur konseling gizi dapat dilihat pada Gambar 2.



**Gambar 2. Alur Konseling Gizi**

Sumber : Persagi (2010). *Penuntun Konseling Gizi*

## **F. Pengaruh Konseling Gizi terhadap Perilaku Pola Makan Anak, Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi serta Perubahan Berat Badan**

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan merupakan hal yang umum di setiap Negara. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi, merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Akan tetapi ada sebab lain yang tak kalah penting, yaitu kurang pengetahuan terhadap pangan dan gizi. Atmarita (2004), bahwa pendidikan kesehatan salah satunya adalah konseling diberikan untuk menambah pengetahuan, sedang pengetahuan merupakan mediator untuk perubahan kebiasaan dengan pengetahuan yang cukup. Pendidikan memudahkan individu atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Lebih lanjut Kusumawati (2004) bahwa pendidikan kesehatan seseorang berhubungan dengan tingkat kesehatan jika pengetahuan gizi ibu baik, maka diharapkan status gizi ibu dan balita baik juga.

Penelitian Lina, N. dan Hidayati, L. (2015) menyebutkan bahwa konseling gizi yang diberikan kepada ibu balita yang dilakukan 4 kali yaitu 2 minggu sekali selama 2 bulan di wilayah UPTD Puskesmas DTP Sukrame Kabupaten Tasikmalaya didapatkan hasil pengetahuan ibu yang meningkat sebesar 13,5% dibandingkan sebelum mendapatkan konseling.

Penelitian yang dilakukan Hestunintyas, T. N. (2013) terkait pendidikan gizi berupa konseling kepada ibu baduta *stunting* di kecamatan Semarang Timur mengatakan bahwa terdapat peningkatan skor sikap, praktik ibu dan asupan zat gizi balita secara signifikan pada kelompok intervensi dengan konseling gizi 1x setiap minggu selama 6 minggu, Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi tidak terdapat peningkatan skor sikap, praktik ibu dan asupan zat gizi balita secara signifikan.

Tingkat pengetahuan ibu yang tergolong masih rendah akan mempengaruhi status gizi anak. Handarsari, E., dkk (2010) mengungkapkan pengetahuan gizi ibu sangat berhubungan dengan tingkat konsumsi baduta. Baduta merupakan konsumen pasif yang belum dapat memilih makanan sesuai dengan kebutuhannya. Oleh karena itu, peran ibu sangat penting dalam

pemberian makanan yang baik bagi anak. Bila pengetahuan gizi ibu tinggi, kemampuan dalam pemilihan, pembelian dan pengolahan bahan-bahan makanan juga baik. Ada kecenderungan semakin tinggi pengetahuan gizi ibu maka semakin baik tingkat konsumsinya. Sehingga hal ini akan menyebabkan hubungan yang searah antara pengetahuan ibu dan status gizi anak. Apabila pengetahuan gizi ibu baik maka status gizi anak akan baik termasuk berat badan dan panjang badan anak. Mengingat anak *stunting* mengalami malnutrisi maka bukan hanya panjang badan anak saja yang terhambat, melainkan berat badan anak turut terpengaruhi pula disebabkan oleh kebutuhan energi dan zat gizi yang tidak terpenuhi.