

BAB II

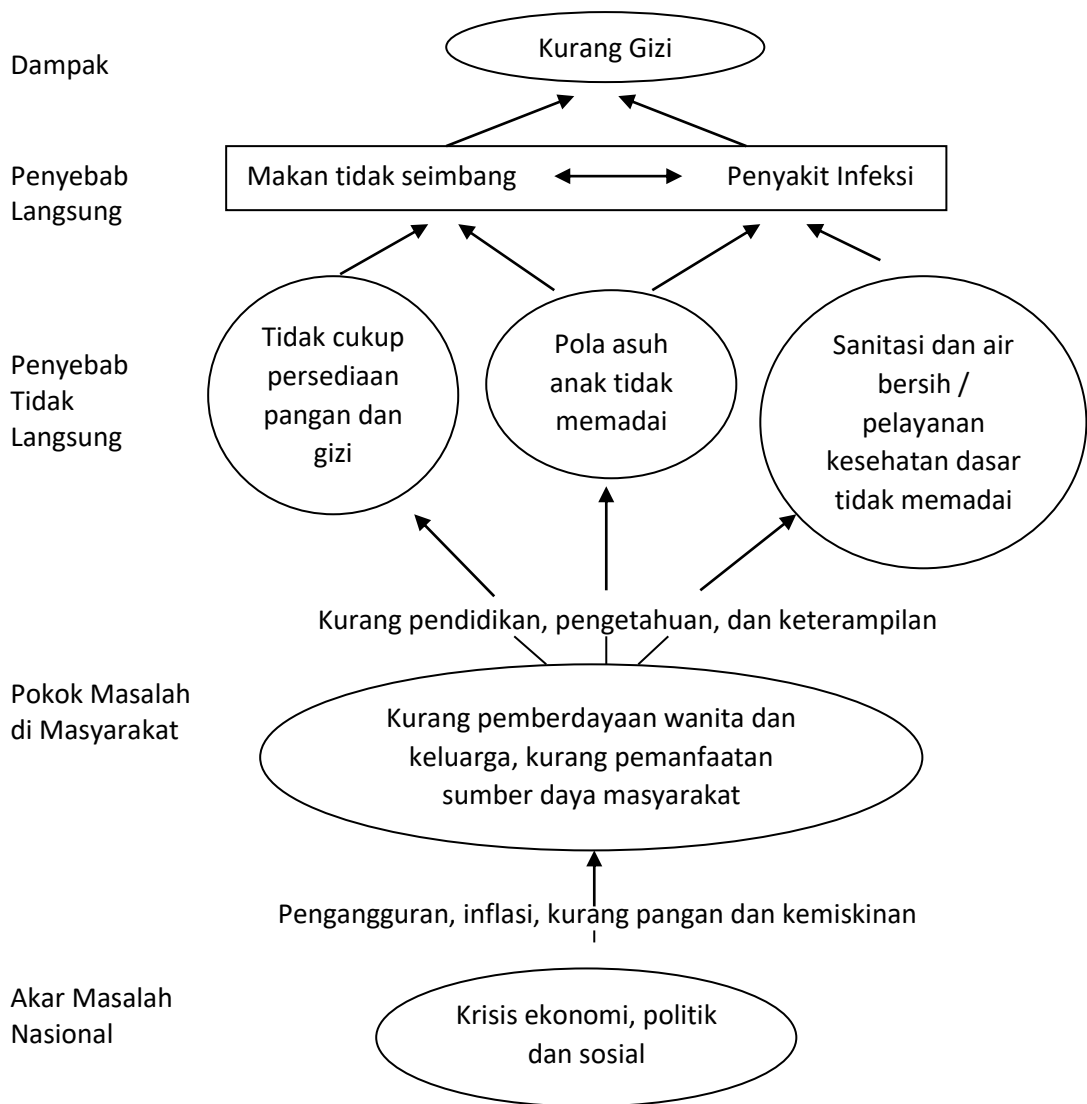
TINJAUAN PUSTAKA

A. Masalah Gizi Kurang pada Balita

Gizi kurang adalah kondisi sebagai akibat dari konsumsi makanan yang tidak memadai jumlahnya pada kurun waktu cukup lama (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Selain itu, menurut Almatsier (2002), status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Penyakit gizi salah di Indonesia yang terbanyak termasuk gizi kurang yang mencakup susunan hidangan yang tidak seimbang maupun konsumsi keseluruhannya yang tidak mencukupi kebutuhan badan, hal ini terutama diderita oleh anak-anak yang sedang tumbuh pesat, yaitu kelompok balita (Sediaoetama, 2010).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi gizi kurang (BB/U) pada balita yaitu 13,9%. Angka tersebut lebih tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2010 dan 2007 yaitu 13%. Lebih lanjut dilaporkan bahwa prevalensi balita gizi kurang di Provinsi Jawa Timur juga mengalami peningkatan yaitu 12,6% (tahun 2007), 12,3% (tahun 2010), dan meningkat menjadi 14,2% (tahun 2013). Selain itu, hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015 pada 496 Kabupaten/Kota menunjukkan bahwa prevalensi balita gizi kurang sebesar 14,9% (Kemenkes RI, 2016).

Masalah gizi kurang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan, dan adanya daerah miskin gizi (Almatsier, 2002). Lebih lanjut, penelitian Marut (2008) menunjukkan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan masalah gizi kurang di Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur adalah pendapatan perkapita keluarga, pengetahuan gizi ibu, dan tingkat konsumsi energi serta protein.



Gambar 1. Penyebab Gizi Kurang pada Anak (disesuaikan dari UNICEF, 1998)

Wiboworini (2009) menyatakan bahwa berdasarkan konsep UNICEF (1998) penyebab langsung gizi kurang adalah makanan dan penyakit serta penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan, dan lingkungan yang kurang memadai. Penyebab langsung dan tidak langsung tersebut berkaitan erat dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga.

Defisiensi gizi pada anak balita sangat besar kemungkinannya untuk memberikan hambatan pada pertumbuhan numerik sel-sel otak, yang akan bersifat permanen, tidak dapat dikejar kembali dengan perbaikan gizi pada umur yang lebih tua. Ini akan menghasilkan sumber daya manusia yang kapasitas intelektualnya lebih rendah dari yang seharusnya dicapai (Sediaoetama, 2010). Diperkirakan Indonesia kekurangan 220 juta IQ poin akibat kekurangan gizi.

Dampak lain dari gizi kurang adalah menurunkan produktivitas kerja yang diperkirakan antara 20 - 30% (Adisasmito, 2008). Penelitian Nugroho (2007) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p = 0,000$) antara status gizi dengan produktivitas tenaga kerja wanita di PT. JAVA TOBACCO Gembongan Kartasura. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Adriani dan Wirjatmadi (2012) yang mengemukakan bahwa anak balita yang mengalami gizi kurang atau infeksi maka tumbuh kembang otak pun tidak dapat optimal dan tidak terpulihkan sehingga akan menghasilkan sumber daya manusia yang tidak berguna. Oleh karena itu, masa balita merupakan masa terpenting (*golden age*) karena pada masa ini pertumbuhan dan perkembangannya sangat berpengaruh terhadap keberadaannya saat dewasa kelak. Selain itu, Chandra (1980) dalam Beck (2011) menyatakan bahwa gizi kurang menghambat reaksi pembentukan kekebalan tubuh sehingga anak akan lebih mudah terkena infeksi. Ada interaksi antara gizi, kekebalan tubuh, dan infeksi. Infeksi memperburuk status gizi dan sebaliknya gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi.

B. Pengetahuan

Pengetahuan gizi merupakan pengetahuan tentang makanan dan zat gizi, sumber-sumber zat gizi pada makanan, makanan yang aman dikonsumsi sehingga tidak menimbulkan penyakit dan cara mengolah makanan yang baik agar zat gizi dalam makanan tidak hilang serta bagaimana hidup sehat (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan (*overt behaviour*). Sebelum individu mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian Wahyuni (2009) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p = 0,009$) antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi anak balita. Semakin baik pengetahuan ibu tentang gizi semakin baik pula status gizi dari balitanya. Lebih lanjut, penelitian Rahmawati (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p < 0,05$) antara pengetahuan ibu tentang gizi seimbang dengan asupan protein, lemak dan karbohidrat pada balita usia 2 -

5 tahun di Posyandu Gonilan Kartasura. Rakhmawati (2014) berpendapat bahwa dengan pengetahuan tentang gizi yang baik, seorang ibu dapat memilih dan memberikan makan bagi balita baik dari segi kualitas maupun kuantitas yang memenuhi angka kecukupan gizi. Sebaliknya, Sediaoetama (2010) berpendapat bahwa awam yang tidak mempunyai cukup pengetahuan gizi, akan memilih makanan yang paling menarik panca indra dan tidak melakukan pilihan berdasarkan gizi makanan.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan cara wawancara yaitu menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian (Notoatmodjo (2012). Menurut Baliwati dkk. (2006) pengetahuan subyek mengenai gizi diukur dengan pemberian skor 1 untuk jawaban benar dan jawaban salah diberi skor 0 kemudian di jumlah. Hasil penjumlahan jawaban benar dibagi dengan jumlah seluruh soal dikali 100%. Skor kemudian dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- a. Baik : > 80% jawaban benar
- b. Cukup : 60 – 80% jawaban benar
- c. Kurang : < 60% jawaban benar

C. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka (Notoatmodjo, 2012). Sikap terbentuk dan dapat dipelajari. Oleh karena itu, sikap dapat berubah. Sikap mempunyai kecenderungan stabil sekalipun sikap itu dapat mengalami perubahan. Kalau sesuatu sikap telah terbentuk dan telah merupakan nilai dalam kehidupan individu, secara relatif sikap itu akan lama bertahan. Tetapi sebaliknya, bila sikap itu belum begitu mendalam ada dalam diri individu, maka sikap tersebut secara relatif tidak bertahan lama dan mudah berubah (Walgito, 2003)

Penelitian Setiawan dan Prihatiningsih (2010) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,000$) antara sikap orang tua tentang gizi seimbang dengan status gizi anak balita di Dusun Kleben, Catuharjo, Sleman. Apoooh dkk. (2005) dalam Sofiyana (2012) menjelaskan bahwa sikap merupakan

salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Perubahan sikap secara berkelanjutan dapat merubah perilaku. Perilaku pemberian makan yang baik dapat meningkatkan status gizi anak.

Penilaian sikap menurut Sugiyono (2011) menggunakan kuesioner yang ditandai dengan pilihan: setuju dan tidak setuju. Data diperoleh dengan memberikan skor pada setiap item pernyataan. Untuk pernyataan positif, setuju diberi skor 1 dan tidak setuju 0. Untuk pernyataan negatif, setuju diberi skor 0 dan tidak setuju 1. Persentase skor dari setiap responden dihitung dengan menggunakan rumus :

$$\% \text{ Skor} = \frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{skor maksimal}} \times 100$$

Selanjutnya menghitung skor penelitian dan skor ideal (kriterium) untuk mengetahui tingkat persetujuan. Skor penelitian ditentukan dengan cara menghitung total skor dari setiap responden dan menjumlahkan seluruhnya dari keseluruhan responden. Sedangkan jumlah skor ideal (kriterium) untuk seluruh item dihitung dengan rumus:

$$n \times \text{jumlah pernyataan} \times \text{jumlah responden}$$

Dalam penelitian ini, n adalah 1 yang merupakan skor setuju pada pernyataan positif atau tidak setuju pada pernyataan negatif (atau n adalah skor maksimal pada pernyataan positif atau negatif). Selanjutnya dihitung tingkat persetujuan, dalam penelitian ini adalah tingkat persetujuan terhadap gizi seimbang balita dengan rumus :

$$\text{Tingkat persetujuan (\%)} = \frac{\text{Skor penelitian}}{\text{Jumlah skor ideal (kriterium)}} \times 100$$

Persen tingkat persetujuan kemudian dikelompokkan ke dalam tiga kategori berdasarkan pendapat Khomsan (2000) dalam Azzahra (2015) yaitu:

- a. Baik : > 80% jawaban benar
- b. Cukup : 60 – 80% jawaban benar
- c. Kurang : < 60% jawaban benar

D. Pola Makan Balita

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan

individu dan masyarakat. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular terkait gizi, maka pola makan perlu ditingkatkan kearah konsumsi gizi seimbang (Kemenkes RI, 2014). Pola makan dibentuk sejak masa kanak-kanak yang akan terbawa hingga dewasa. Oleh karena itu, untuk membentuk pola makan yang baik, sebaiknya dilakukan sejak masa kanak-kanak (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Menjelang anak berusia 2 tahun, anak hendaknya mendapatkan hampir semua nutrisi dari makanan padat. Seperti seorang dewasa, seorang anak hendaknya makan beragam makanan, dengan kandungan padi-padian, sayuran, buah, dan makanan kaya protein yang seimbang (Steven dkk, 2002).

Asrar dkk. (2009) berpendapat bahwa balita dengan pola makan yang baik akan memberikan pengaruh yang memadai pada asupan gizi. Dengan asupan gizi yang memadai, balita tidak akan mengalami gizi kurang, demikian sebaliknya. Penelitian Adriani dan Kartika (2011) menunjukkan bahwa pemberian makan pada balita gizi kurang di Jawa Timur, Jawa Tengah dan Kalimantan Tengah lebih ditujukan agar balita kenyang dan tidak rewel, tanpa memperhatikan nilai gizi makanan sehingga mengakibatkan balita kekurangan zat protein dan lemak yang dibutuhkan yang akan mengganggu pertumbuhan balita. Selain itu, penelitian Persulesy dkk. (2013) menunjukkan bahwa pola makan dengan status gizi memiliki hubungan yang bermakna ($p = 0,010$ dan $RP = 2,31$) yang berarti balita yang mempunyai pola makan kurang dari 3 kali sehari berisiko 2,31 kali menjadi status gizi kurang. Lebih lanjut, penelitian Restianti (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,000$) antara pola konsumsi balita dengan status gizi balita umur 3 – 5 tahun.

Anak yang tidak memperoleh gizi seimbang karena pola makan yang buruk dikhawatirkan akan terjadi malnutrisi yang menyebabkan sistem imunitas anak berkurang, mudah alergi, kulit kering, mudah batuk dan pilek atau mudah terserang penyakit lainnya (Redaksi Health Secret, 2013). Selain itu, pola makan yang buruk dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan perubahan metabolisme sehingga otak tidak mampu berfungsi secara normal. Keadaan ini dapat berpengaruh pada kecerdasan anak (Dewi dkk, 2013). Apabila pola konsumsi baik maka status gizi balita pun baik (Restianti, 2016).

Menurut Supariasa dkk. (2016), balita usia dibawah 2 tahun, biasanya selain mengonsumsi makanan juga masih mengonsumsi ASI (Air Susu Ibu). Oleh

karena itu, perlu dilakukan penaksiran jumlah ASI yang dikonsumsi balita tersebut. Volume ASI yang dikonsumsi balita dari ibu balita akan menurun seiring dengan bertambahnya usia balita. Perkiraan volume ASI sesuai dengan usia balita adalah sebagai berikut :

- Tahun pertama : Volume ASI berkisar 400 – 700 ml/24 jam
 Tahun kedua : Volume ASI berkisar 200 – 400 ml/24 jam
 > 2 Tahun : Volume ASI berkisar 200 ml/24 jam

Menurut Dewi dkk. (2013) makanan balita seharusnya berpedoman pada gizi seimbang serta harus memenuhi standar kecukupan gizi balita. Selain itu, penyajian makanan juga harus diperhatikan karena dapat mempengaruhi selera makan anak, baik dari penampilan, tekstur, aroma, besar porsi, dan pemilihan alat makan yang menarik. Dalam menyusun menu, jadwal makan balita juga harus diperhatikan. Idealnya pemberian makan balita yaitu 3 kali makan utama yaitu sarapan, makan siang dan malam, dan ditambah 2 kali makanan selingan. Berikut adalah anjuran makan satu hari berdasarkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan per golongan umur anak :

Tabel 1. Anjuran Jumlah Porsi Menurut Kecukupan Energi Sehari untuk Kelompok Umur 1 – 3 Tahun

Bahan Makanan	Berat (g) / URT	Anak Usia 1 – 3 Tahun 1125 kkal
Nasi	1 p = 100 g (3/4 gls)	3 p
Sayuran	1 p = 100 g (1 gls)	1,5 p
Buah	1 p = 50 g (1 bh pisang ambon)	3 p
Tempe	1 p = 50 g (2 ptg sdg)	1 p
Daging	1 p = 35 g (1 ptg sdg)	1 p
ASI		Dilanjutkan hingga 2 tahun
Susu	1 p = 200 g (1 gls)	1 p
Minyak	1 p = 5 g (1 sdt)	3 p
Gula	1 p = 20 g (1 sdm)	2 p

Sumber : Kemenkes RI, 2014

Penilaian pola makan dilakukan dengan membandingkan antara konsumsi kelompok bahan makanan per hari dengan jumlah kebutuhan kelompok bahan makanan per hari (Depkes, 1996) yaitu :

$$\text{Pola Makan} = \frac{\text{Jumlah konsumsi kelompok bahan makanan per hari}}{\text{Jumlah kebutuhan kelompok bahan makanan per hari}} \times 100\%$$

Selanjutnya hasil perhitungan dikategorikan sebagai berikut :

> 115% dari standar kebutuhan	: Sangat tinggi
106 – 115% dari standar kebutuhan	: Tinggi
95 – 105% dari standar kebutuhan	: Cukup / Sesuai Standar
85 – 94% dari standar kebutuhan	: Rendah
< 85% dari standar kebutuhan	: Sangat Rendah

E. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dinyatakan dalam persen (Supariasa, 2016). Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lain. Sedangkan kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Jika kualitas maupun kuantitasnya kurang baik, akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, 2006).

Menurut Almatsier (2002), konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Penelitian Fuada dan Hidayat (2015) pada balita di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 25,3% balita mengalami defisit energi dan 18,8% balita defisit protein. Lebih lanjut, penelitian Nilawati (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,001$) antara tingkat kecukupan energi dan protein dengan kejadian gizi kurang pada balita di Desa Kemiri Kecamatan Jepon Kabupaten Blora. Masih adanya anak balita yang mengalami defisit energi dan protein, tentunya berkaitan dengan pola pemberian makan yang kurang seimbang. Oleh karena itu, dalam pemberian makanan pada balita baik ibu maupun pengasuh perlu lebih memperhatikan konsumsi makanan sumber energi dan protein. Hal tersebut diperlukan untuk pertumbuhan anak balitanya. Dengan gizi seimbang

maka pertumbuhan dan perkembangan balita akan optimal dan daya tahan tubuhnya akan baik sehingga tidak mudah sakit (Dewi dkk, 2013).

Pengukuran konsumsi makanan dalam hal ini tingkat konsumsi energi dan protein adalah salah satu metode pengukuran status gizi secara tidak langsung yang jika dilakukan dengan metode kuantitatif dengan metode *recall* 24 jam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi. Untuk menilai tingkat asupan makanan (energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan atau sering disebut AKG (Angka Kecukupan Gizi). Adapun AKG yang dianjurkan bagi balita disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013

Golongan Umur (Bulan)	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)
0 – 6	6	61	550	12
7 – 11	9	71	725	18
12 – 47	13	91	1125	26
48 – 72	19	112	1600	35

Sumber : Kemenkes RI, 2014

Menurut Supariasa dkk. (2016), apabila ingin melakukan perbandingan antara konsumsi zat gizi dengan keadaan gizi individu, biasanya dilakukan dengan perbandingan pencapaian konsumsi zat gizi individu tersebut terhadap AKG. Oleh karena AKG (disajikan pada Tabel 2) yang tersedia bukan menggambarkan AKG individu, tetapi golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan dan berat badan standar, untuk menentukan AKG individu dapat dilakukan dengan melakukan koreksi terhadap berat badan nyata / individu terhadap berat badan standar. Perhitungan AKG berdasarkan BB aktual dapat dilakukan dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{AKG berdasarkan BB aktual} = \frac{\text{Berat Badan Aktual (kg)}}{\text{Berat Badan dalam AKG (kg)}} \times \text{AKG (kkal)}$$

Penilaian tingkat konsumsi dilakukan dengan membandingkan antara konsumsi zat gizi aktual dengan AKG berdasarkan BB aktual, yaitu :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Konsumsi Energi Aktual}}{\text{AKG Energi berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{Konsumsi Protein Aktual}}{\text{AKG Protein berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

Selanjutnya, tingkat pemenuhan energi dan protein yang diperoleh berdasarkan hasil perhitungan dikategorikan dengan kriteria menurut Kementerian Kesehatan RI (1996) dalam Supriasa dan Kusharto (2014) yaitu :

Diatas AKG	: > 120% AKG
Normal	: 90 – 120% AKG
Defisit tingkat ringan	: 80 – 89% AKG
Defisit tingkat sedang	: 70 – 79% AKG
Defisit tingkat berat	: < 70% AKG

F. Konseling Gizi

Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan pasien/ klien untuk membantu pasien/ klien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Kamus Gizi, 2010). Konseling merupakan salah satu upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga tentang gizi. Setelah melakukan konseling, diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizinya termasuk perubahan pola makan serta memecahkan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat (PERSAGI, 2013).

Secara umum tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang diubah meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan di bidang gizi (Supriasa, 2013).

1. Konseling Gizi Mengubah Pengetahuan Gizi

Penelitian Hidayah dan Hidayanti (2013) menunjukkan bahwa konseling gizi selama 2 minggu sekali dalam 2 bulan dengan intensitas waktu selama 30 – 60 menit di Posyandu Nagrog Desa Wargakerta Kecamatan Sukarame Kabupaten Tasikmalaya mempengaruhi peningkatan pengetahuan secara signifikan ($p = 0,000$) yaitu sebesar 72,7% (dari 9,1% menjadi 90,9%). Lebih lanjut, penelitian Lina dan Hidayanti (2015) pada ibu yang memiliki balita gizi kurang di Desa Wargakerta Kecamatan Sukarame Kabupaten Tasikmalaya

menunjukkan bahwa konseling selama 2 minggu sekali dalam 2 bulan dengan intensitas waktu selama 30 – 60 menit meningkatkan rata-rata skor pengetahuan ibu secara signifikan ($p = 0,000$) yaitu sebesar 13,05 poin (dari 38,27 poin menjadi 51,32 poin).

PERSAGI (2013) berpendapat bahwa hal ini sesuai dengan konsep konseling sebagai proses dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengetahuan sebagai tahap awal dalam proses perubahan perilaku. Selain itu, Ambarwati dkk. (2013) mengemukakan bahwa dalam konseling, konseling menumbuhkan kerjasama dan komunikasi yang baik antara konselor dan klien sehingga menciptakan suasana yang nyaman. Hal tersebut membuat konselor dapat menggali sejauh mana pengetahuan ibu kemudian mengembangkan pengetahuan menjadi lebih baik. Lebih lanjut, Notoatmodjo (1997) dalam Azzahra dan Muniroh (2015) menjelaskan bahwa peningkatan pengetahuan pun terjadi karena faktor pengulangan yang diberikan pada saat konseling. Informasi yang diberikan secara berulang-ulang meningkatkan pengetahuan.

2. Konseling Gizi Mengubah Sikap

Penelitian Sofiyana (2012) menunjukkan bahwa konseling gizi selama 4 kali dalam satu bulan dengan waktu 30 - 60 menit untuk setiap kali sesi dengan media leaflet mempengaruhi peningkatan sikap secara signifikan ($p = 0,001$) yaitu sebesar 15,3%. Lebih lanjut, penelitian Pratiwi dkk. (2016) menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan ($p = 0,039$) antara konseling gizi dengan sikap ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Wua-wua Kota Kendari.

Peningkatan sikap yang terjadi pada responden dapat disebabkan oleh pengetahuan. Arbella dkk. (2013) mengemukakan bahwa tingkat pengetahuan individu dapat mempengaruhi sikap individu tersebut terhadap obyek tertentu. Individu yang memiliki pengetahuan yang baik terhadap suatu obyek akan memberikan respon yang lebih rasional dan akan berpikir sejauh mana keuntungan atau kerugian yang mungkin akan diperoleh dari obyek tersebut. Ngestingrum (2010) berpendapat bahwa konseling juga meningkatkan sikap karena konselor dan klien berpikir untuk memecahkan masalah secara bersama-sama. Hal ini mengandung unsur kognitif dan afektif yang menimbulkan perubahan sikap pada diri klien.

3. **Konseling Gizi Mengubah Perilaku**

Penelitian Podojoyo dkk. (2007) menyatakan bahwa konseling dapat memberikan dampak positif dalam perubahan perilaku. Lebih lanjut, penelitian Sofiyana (2012) menunjukkan bahwa melalui wawancara mendalam dan pengamatan, sebagian besar subyek mengalami perubahan perilaku pemberian makan pada balita khususnya dalam hal meningkatnya frekuensi makan, bentuk makanan, serta pemberian makanan selingan setelah konseling gizi selama 4 kali dalam satu bulan dengan waktu konseling 30 - 60 menit untuk setiap kali sesi dengan media leaflet.

Amrahu (2008) dalam Sofiyana (2012) mengemukakan bahwa pengetahuan serta sikap ibu mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan. O'Brien (2007) dalam Sofiyana (2012) juga berpendapat bahwa individu yang mendapatkan informasi baru akan mendapat pengetahuan, mengalami perubahan sikap, dan akan mengalami peningkatan perilaku. Lebih lanjut, Notoatmodjo (2012) mengemukakan bahwa secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yaitu melalui proses perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), praktik (*practice*) atau (KAP). Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dari sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Berdasarkan hasil penelitian-penelitian tersebut, maka konseling gizi pada penelitian ini dilakukan selama 4 minggu dengan frekuensi 1 kali setiap minggu selama 30 – 60 menit. Materi konseling gizi yang akan diberikan kepada ibu balita gizi kurang adalah pedoman gizi seimbang balita dan cara menyusun menu balita. Media komunikasi yang digunakan berupa modul pedoman gizi seimbang balita. Tempat dan waktu pelaksanaan konseling sesuai dengan hasil kesepakatan antara konselor dan subyek yaitu dilakukan di rumah balita di Desa Kedungrejo dengan waktu yang telah disepakati sebelumnya.

Konseling merupakan salah satu pelayanan kesehatan dimasyarakat. Konseling dalam penelitian ini menggunakan model pelayanan kesehatan yaitu model kepercayaan kesehatan (*the health belief model*). Notoatmodjo (2007) berpendapat bahwa model kepercayaan adalah model sosio-psikologis.

Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit.