

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gizi Seimbang untuk Balita

1. Pengertian

Berdasarkan Permenkes No 40 Tahun 2014 pengertian dari gizi seimbang adalah susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan memantau berat badan secara teratur dalam rangka mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi.

2. Gizi Seimbang untuk Bayi 0-6 bulan

Gizi seimbang untuk bayi 0-6 bulan cukup hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan, sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya, murah dan bersih. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya diberi ASI saja. (PGS, 2014)

3. Gizi Seimbang untuk Anak 6-24 bulan

Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun. Ibu sebaiknya memahami bahwa pola pemberian makanan

secara seimbang pada usia dini akan berpengaruh terhadap selera makan anak selanjutnya, sehingga pengenalan kepada makanan yang beranekaragam pada periode ini menjadi sangat penting. Secara bertahap, variasi makanan untuk bayi usia 6-24 bulan semakin ditingkatkan, bayi mulai diberikan sayuran dan buah-buahan, lauk pauk sumber protein hewani dan nabati, serta makanan pokok sebagai sumber kalori. Demikian pula jumlahnya ditambahkan secara bertahap dalam jumlah yang tidak berlebihan dan dalam proporsi yang juga seimbang. (PGS, 2014)

4. Gizi Seimbang untuk Anak Usia 2-5 Tahun

Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan. Oleh karena itu jumlah dan variasi makanan harus mendapatkan perhatian secara khusus dari ibu atau pengasuh anak, terutama dalam “memenangkan” pilihan anak agar memilih makanan yang bergizi seimbang. Disamping itu anak pada usia ini sering keluar rumah sehingga mudah terkena penyakit infeksi dan kecacingan, sehingga perilaku hidup bersih perlu dibiasakan untuk mencegahnya. (PGS, 2014)

5. Kecukupan Zat Gizi

Adapun kecukupan zat gizi menurut angka kecukupan gizi bayi dan balita dalam sehari adalah sebagai berikut:

Tabel. 1. Angka Kecukupan Gizi

Uraian	Golongan Umur			
	0—6 Bulan	7—11 Bulan	1—3 tahun	4—5 tahun
Energi (Kkal)	550	725	1.125	1.600
Protein (gram)	12	18	26	35
Lemak (gram)	34	36	44	62
Karbohidrat (gram)	58	82	155	220
Vitamin A (mcg)	375	400	400	450
Vitamin C (mcg)	40	50	40	45
Kalsium (mg)	200	250	650	1000
Fosfor (mg)	100	250	500	500
Besi (mg)	-	7	8	9
Zink (mg)	-	3	4	5

Sumber: Tabel Angka Kecukupan Gizi (2013).

B. Stunting

1. Pengertian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah stunted (pendek) dan severely stunted (sangat pendek). Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal.

Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, nilai z-scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari -3SD.

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan balita. (Infodatin, 2016).

Hal ini menjadi penting karena *stunting* adalah hasil sebagian besar zat gizi yang tidak memadai dan serangan infeksi berulang pada 1000 hari pertama kehidupan anak. *Stunting* memiliki efek jangka panjang, termasuk: berkurang kognitif dan pengembangan fisik, mengurangi kapasitas kesehatan yang buruk. Dampak buruk lainnya yang akan terjadi adalah anak akan terhambat memiliki peningkatan prestasi, kelebihan berat badan atau obesitas di kemudian hari, mengurangi hasil kehadiran sekolah dalam kapasitas produktif berkurang: rata-rata kehilangan 22% dari pendapatan tahunan di masa dewasa. (Infodatin, 2016)

2. Penyebab Stunting

Berdasarkan Buku Saku *Stunting* Desa (2017), penyebab *stunting* adalah sebagai berikut:

- a. Penyebab Langsung:
 1. Asupan makanan
 2. Penyakit infeksi
- b. Penyebab Tidak Langsung:
 1. Praktik pengasuhan yang kurang baik
 2. Faktor gizi buruk, yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita.
 3. Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi, sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan.
 4. Masih terbatasnya layanan kesehatan, termasuk layanan *ANC- Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas.
 5. Masih kurangnya akses kepada makanan bergizi, hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal.
 6. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

3. Penghambat *Stunting*

Menurut kajian Unicef Indonesia, terdapat berbagai hambatan yang menyebabkan tingginya angka balita *stunting* usia 6-23 bulan di Indonesia. Salah satu hambatan utamanya adalah pengetahuan yang tidak memadai dan praktik-praktik gizi yang tidak tepat. Secara khusus dijelaskan bahwa pengetahuan dan praktik yang menjadi hambatan utama adalah pemberian ASI eksklusif yang masih sangat kurang dan rendahnya pemberian makanan pendamping yang sesuai (41%). (Unicef, 2012).

Berdasarkan kajian UNICEF (2012) ada tiga hambatan utama terhadap peningkatan gizi dan perkembangan anak di Indonesia.

Pertama, masalah anak pendek dan gizi ibu tidak mudah dilihat. Pada umumnya, orang tidak tahu bahwa masalah gizi merupakan sebuah masalah, kecuali gizi kurang tersebut berbentuk anak yang sangat kurus.

Oleh karena itu, upaya-upaya diarahkan secara tidak tepat untuk menangani anak yang sangat kurus, bukan diarahkan pada sistem dan intervensi untuk menanggulangi gizi kurang pada ibu dan anak anak.

Kedua, banyak pihak menghubungkan gizi kurang dengan kurangnya pangan dan percaya bahwa penyediaan pangan merupakan jawabannya. Ketersediaan pangan bukan penyebab utama gizi kurang di Indonesia, meskipun kurangnya akses ke pangan karena kemiskinan merupakan salah satu penyebab. Bahkan anak-anak dari dua kuintil kekayaan tertinggi menunjukkan anak pendek dari menengah sampai tinggi, sehingga penyediaan pangan saja bukan merupakan solusi.

Ketiga, pengetahuan yang tidak memadai dan praktek-praktek yang tidak tepat merupakan hambatan signifikan terhadap peningkatan gizi.

Pada umumnya, orang tidak menyadari pentingnya gizi selama kehamilan dan dua tahun pertama kehidupan. Secara lebih khusus:

- a. Perempuan tidak menyadari pentingnya gizi mereka sendiri. Misalnya, 81 persen perempuan hamil menerima atau membeli tablet besifolat pada tahun 2010, tetapi hanya 18 persen yang mengkonsumsi tablet sebagaimana direkomendasikan minimal selama 90 hari selama masa kehamilan. Perbedaan antara provinsi dengan kinerja terbaik (Yogyakarta) dan provinsi terburuk (Sulawesi Barat) adalah 65 persen.
- b. Masyarakat dan petugas kesehatan perlu memahami pentingnya ASI eksklusif dan praktek-praktek pemberian makan bayi dan anak yang tepat, dan memberikan dukungan kepada para ibu. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007 menunjukkan bahwa kurang dari satu dari tiga bayi di bawah usia enam bulan diberi ASI eksklusif dan hanya 41 persen anak usia 6-23 bulan menerima makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dengan praktek-praktek yang direkomendasikan tentang pengaturan waktu, frekuensi dan kualitas.
- c. Keluarga seringkali tidak memiliki pengetahuan tentang gizi dan perilaku kesehatan. Berdasarkan Riskesdas 2010, sebagian besar rumah tangga di Indonesia masih menggunakan air yang tidak bersih

(45 persen) dan sarana pembuangan kotoran yang tidak aman (49 persen). Minimal satu dari setiap empat rumah tangga dalam dua kuintil termiskin masih melakukan buang air besar di tempat terbuka. Perilaku tersebut berhubungan dengan penyakit diare, yang selanjutnya berkontribusi terhadap gizi kurang. Pada tahun 2007, diare merupakan penyebab dari 31 persen kematian pada anak-anak di Indonesia antara usia 1 sampai 11 bulan, dan 25 persen kematian pada anak-anak antara usia satu sampai empat tahun.

- d. Penyedia layanan kesehatan dan petugas masyarakat tidak memberikan konseling gizi yang memadai. Tanpa konseling yang efektif, pemantauan pertumbuhan tidak akan efektif dalam menurunkan gizi kurang.
- e. Pengambil keputusan lokal seringkali tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang apa yang dapat dan tidak dapat dilakukan untuk meningkatkan gizi. Ini berarti sumber daya terbuang, misalnya, tentang program pemberian makanan prasekolah, yang tidak efektif dalam menurunkan gizi kurang pada anak-anak, meskipun program tersebut dapat memberikan manfaat pendidikan. Kurangnya kesadaran juga berarti tidak adanya tindakan tentang langkah-langkah penting yang harus dilakukan oleh para pengambil keputusan kabupaten, misalnya, pengeluaran dan pelaksanaan peraturan daerah (Perda) tentang iodisasi garam universal atau tentang pemberian ASI. Pada tahun 2007, hanya 62 persen rumah tangga di seluruh Indonesia yang dapat mengonsumsi garam beryodium secara memadai, sebuah indikator yang belum menunjukkan banyak peningkatan selama beberapa tahun terakhir.

4. Ciri-Ciri *Stunting*

Ciri-ciri *stunting* pada anak berdasarkan Buku Saku *Stunting Desa* (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan *eye contact*.
- b. Pertumbuhan melambat.

- c. Wajah tampak lebih muda dari usianya.
- d. Tanda pubertas terlambat.
- e. Performa buruk, pada tes perhatian dan memori belajar.
- f. Pertumbuhan gigi terlambat.

5. Penyebab *Stunting*

Berdasarkan Buku Saku dalam Penanganan *Stunting* (2018) penyebab *stunting* adalah sebagai berikut:

- a. Kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu yang lama sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun.
- b. Anak sering sakit terutama diare, campak, TBC dan penyakit infeksi lainnya.
- c. Keterbatasan air bersih dan sanitasi.
- d. Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga rendah.

6. Dampak *Stunting*

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh *stunting* menurut Buku Saku dalam Penanganan *Stunting* (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh
- b. Dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua.

7. Upaya Intervensi *Stunting*

Upaya perbaikan harus meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif). Intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan di sektor kesehatan, namun hanya berkontribusi 30%, sedangkan 70% nya

merupakan kontribusi intervensi gizi sensitif yang melibatkan berbagai sektor seperti ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi, penanggulangan kemiskinan, pendidikan, sosial, dan sebagainya. (Infodatin, 2016).

a. Intervensi Gizi Spesifik

Berdasarkan Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting (2018) intervensi gizi spesifik sebagai berikut:

1. Untuk Sasaran Ibu Hamil:

- a. Pemberian makanan tambahan kepada semua ibu hamil yang kekurangan energi dan protein kronis dan berasal dari keluarga miskin.
- b. Pendampingan kepada semua ibu hamil agar patuh mengonsumsi tablet tambah darah oleh Kader .
- c. Kelas ibu hamil untuk kesehatan ibu hamil dan persiapan menyusui.

2. Untuk Sasaran anak baru lahir hingga usia 23 bulan:

- a. Pendampingan kepada semua ibu yang memiliki anak usia 0-6 bulan agar mampu memberikan ASI secara Eksklusif pada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan oleh petugas kesehatan dan kader.
- b. Pembelajaran pola asuh Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) untuk ibu dalam bentuk kelas ibu, kunjungan rumha dan konseling dengan frekuensi minimal 8x (penyelenggaraan oleh kader, nara sumber dari petugas kesehatan-Puskesmas).
- c. Pemantauan pertumbuhan bayi dan anak usia 0-59 bulan oleh kader (meningkatkan partisipasi balita ke Posyandu (D/S) dan biaya transportasi rujukan anak dengan masalah gizi yang perlu ditindaklanjuti lebih lanjut.
- d. Pendataan sasaran dan pendampingan pemberian makanan tambahan pemulihan untuk anak kurus umur 6-23 bulan dari keluarga miskin.
- e. Pencegahan kecacingan dan malaria pada semua ibu hamil yang tinggal di daerah endemis malaria dengan pemberian kelambu anti malaria.

(Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting, 2018)

3. Untuk Sasaran Keluarga:

- a. Penyediaan air bersih skala desa.
- b. Sanitasi lingkungan skala desa meliputi MCK, pembuangan sampah dan pengelolaan limbah.
- c. Pendidikan gizi (gizi seimbang dan PHBS) penyelenggaraan oleh kader dengan narasumber petugas kesehatan Puskesmas.

Intervensi Gizi spesifik ini umumnya dilakukan oleh petugas kesehatan di Desa/Kecamatan dan bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek. (Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting, 2018)

b. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi dapat dilakukan Pemerintah Desa dengan mendorong kepedulian Desa dalam menangani masalah kesehatan ibu dan anak melalui penganggaran APB Desa.

Idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi pada 70% Intervensi Stunting. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Kegiatan intervensi ini antara lain pembangunan dan penyediaan air bersih, sanitasi (jamban keluarga), ketahanan pangan dan gizi (melalui kebun gizi), penyuluhan kesehatan ibu dan anak (melalui Pola Hidup Bersih dan Sehat), pelatihan para Guru PAUD agar mampu memberikan penyuluhan pengasuhan (parenting), maupun mengajar anak usia dini.

Selain itu kegiatan ini, pemerintah Desa dapat mendukung penuh kegiatan ini melalui prioritas Dana Desa bagi operasional Posyandu setiap bulannya, penyuluhan bagi remaja putri akan kebersihan alat reproduksi, meningkatkan layanan jaminan kesehatan masyarakat dan memastikan penguatan dan pelatihan Pendamping Lapang Keluarga Berencana. (Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting, 2018)

Upaya intervensi gizi spesifik untuk balita pendek difokuskan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu Ibu Hamil, Ibu

Menyusui, dan Anak 0-23 bulan, karena penanggulangan balita pendek yang paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK. Periode 1.000 HPK meliputi yang 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi yang dilahirkan telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan. Oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas", "periode kritis", dan Bank Dunia (2006) menyebutnya sebagai "*window of opportunity*".

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi pada periode tersebut, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

Berikut adalah upaya intervensi *stunting*:

1. Memperbaiki gizi dan kesehatan Ibu hamil merupakan cara terbaik dalam mengatasi *stunting*. Ibu hamil perlu mendapat makanan yang baik, sehingga apabila ibu hamil dalam keadaan sangat kurus atau telah mengalami Kurang Energi Kronis (KEK), maka perlu diberikan makanan tambahan kepada ibu hamil tersebut. Setiap ibu hamil perlu mendapat tablet tambah darah, minimal 90 tablet selama kehamilan. Kesehatan ibu harus tetap dijaga agar ibu tidak mengalami sakit
2. Pada saat bayi lahir Persalinan ditolong oleh bidan atau dokter terlatih dan begitu bayi lahir melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Bayi sampai dengan usia 6 bulan diberi Air Susu Ibu (ASI) saja (ASI Eksklusif)
3. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun Mulai usia 6 bulan, selain ASI bayi diberi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih. Bayi dan anak memperoleh kapsul vitamin A, imunisasi dasar lengkap.
4. Memantau pertumbuhan Balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan

Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1.000 HPK , namun status gizi remaja putri atau pra nikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan oleh setiap rumah tangga termasuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan. PHBS menurunkan kejadian sakit terutama penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan. (Infodatin, 2016).

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa terdapat perbaikan berupa: meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya kebutuhan gizi seimbang baik dengan cara formal maupun informal dan lebih memperhatikan asupan gizi anak sehingga kebutuhan zat gizi baik zat gizi mikro maupun zat gizi makro dapat terpenuhi dan lebih memantau pertumbuhan anak dengan seksama, memperhatikan indikator TB/U layaknya perhatian terhadap indikator BB/U agar masalah *stunting* (pendek) pada balita bisa diatasi lebih dini. (Anindita, 2012).

C. Pengetahuan

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, salah satunya adalah pengetahuan yang masuk pada ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Pengetahuan adalah hasil 'tahu' dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. (Notoatmodjo, 2011)

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yakni:

1. *Tahu (know)*

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain; menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2. *Memahami (Comprehension)*

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3. *Aplikasi (Application)*

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. *Analisis (Analysis)*

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. *Sintesis (Synthesis)*

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya; dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya, terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. *Evaluasi (Evaluation)*

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya: dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB, dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas. (Notoatmodjo, 2011)

D. Pendampingan

1. Pengertian

Pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan bagi anak umur 12 - 59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, pemberian vitamin A 2 kali setahun. (Infodatin, 2016)

Pemantauan perkembangan bisa dilakukan menggunakan metode pendampingan gizi. Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan

dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan / bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama. (Siswanti, *et al*, 2016).

Keluarga dampingan merupakan agen dan pendamping, supervisor, petugas gizi puskesmas adalah bagian dari struktur.

Siswanti, *et al* (2016) menyatakan bahwa kegiatan pendampingan memang lebih menitikberatkan pada upaya peningkatan pengetahuan dan perbaikan pola asuh yang dilakukan Ibu balita terhadap balitanya. Oleh karena itu kegiatan yang dilakukan lebih pada kegiatan pendampingan berupa diskusi, advokasi dan konsultasi sekitar pemberian pola asuh yang baik, meliputi pola pemberian makan, hygiene sanitasi diri dan lingkungan serta pemantauan status gizi balita disamping intervensi lainnya. Keluarga dampingan sebagai agen diharapkan bisa memanfaatkan dan mengimplementasikan ilmu yang didapat dari kegiatan ini untuk meningkatkan status gizi balitanya. Pendamping sebagai bagian dari struktur dalam program pendampingan keluarga balita gizi buruk ini diharapkan mampu meningkatkan kesadaran gizi keluarga, terutama praktek penerapan pola makan balita yang lebih bervariasi, upaya praktek perilaku untuk mencegah infeksi, sehingga terjadi perubahan status gizi balitanya menjadi lebih baik.

Setelah sasaran yang akan dijadikan responden sudah ditetapkan oleh pendamping dengan persetujuan supervisor dan petugas gizi puskesmas maka pendamping selanjutnya mencari data dasar keluarga dampingan dengan mengisi kuesioner yang telah disediakan. Data dasar yang sudah diperoleh Pendamping akan menjadi pedoman untuk melakukan Pendampingan selanjutnya. Pendampingan yang dilakukan pada setiap keluarga akan berbeda tergantung dari permasalahan yang ditemukan. Dalam hal ini interaksi antara keluarga dampingan sebagai agen dan pendamping terkadang masih kurang berjalan lancar. Dalam proses selanjutnya pendamping mulai melakukan pendekatan secara perlahan-lahan untuk bisa memberikan masukan kepada keluarga dampingan. Pendampingan yang dilakukan oleh pendamping pada keluarga sasaran

memberikan advokasi tentang makanan balita maupun hygiene sanitasi dengan melihat kondisi latar belakang ibu baik dari segi pendidikan, pengetahuan maupun kemampuan secara ekonomi bisa memberikan perubahan pada orangtua untuk meningkatkan pola asuh bagi balita yang mempunyai *stunting*.

Pelaksanaan program pendampingan ini mempunyai manfaat yang besar bagi keluarga dampingan. Keluarga dampingan yang mempunyai kesadaran tentang pentingnya pola asuh untuk meningkatkan status gizi balitanya mulai mempraktekkan pengetahuan yang diberikan oleh pendamping. (Siswanti, *et al*, 2016).

2. Langkah-langkah Pendampingan Gizi

Langkah-langkah pendampingan gizi berdasarkan Ayu (2008) ada empat tahap yaitu:

a. Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (*screening*) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita dengan kategori *stunting* (PB/U atau TB/U < -3 SD s/d < -2 SD). Data dasar selain diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setia waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi.

Pengumpulan data dasar dilakukan oleh TGP dengan bantuan kader setempat. Identifikasi status gizi dilakukan dengan cara melakukan pengukuran langsung panjang badan atau tinggi badan terhadap seluruh balita yang ada di setiap desa pendampingan. Pengukuran panjang badan atau tinggi badan dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran panjang badan atau tinggi badan, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (*door to door*).

Data hasil pengukuran PB/TB balita kemudian diinterpretasi menggunakan standar Kepmenkes No. 1995/Menkes/SK/XII tahun 2010 sistem Z-score untuk mengetahui status gizi menurut PB/U atau TB/U.

b. Penetapan Sasaran

Sasaran pendampingan gizi adalah ibu, pengasuh, atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kategori *stunting*. Balita yang memenuhi kriteria tersebut kemudian didaftar untuk memudahkan kegiatan intervensi.

c. Interview

Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan. Jadwal dibuat sesuai kesepakatan antara tenaga pendamping dengan pihak keluarga sasaran agar kedua belah pihak merasa nyaman dan tidak mengganggu waktu keluarga sasaran.

d. Intervensi

1. Pendampingan Intensif

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh Tenaga Gizi Pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan hal yang sudah dianjurkan bagi ibu balita.

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu tentang kebutuhan zat gizi balita, pengertian *stunting*, faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya *stunting*, dampak *stunting*, penanggulangan dini *stunting* dengan metode pendekatan individu. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama satu minggu hari ke lima sampai ke dua belas (setiap responden didampingi selama tiga kali dalam seminggu).

2. Penguatan

Sesi ini dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari ke tiga belas sampai hari ke dua puluh. Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi secara intensif, namun hanya dua kali dalam seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu, sesuai dengan rekomendasi dan dianjurkan oleh tenaga pendamping. Bagi ibu balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati

secara persuasif agar ibu mampu melakukan praktek mandiri sesuai yang dianjurkan dengan sederhana.

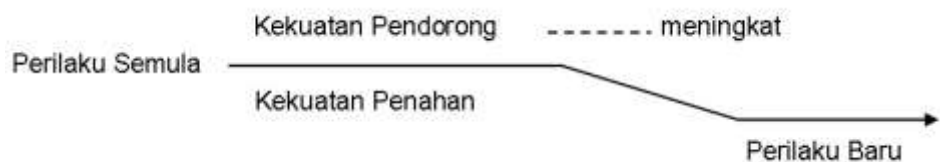
3. Praktek Mandiri

Setelah melakukan penguatan, ibu balita diberi kesempatan satu minggu (hari ke dua puluh satu sampai dua puluh tujuh) untuk mempraktekkan secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang telah dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak dikunjungi kecuali pada hari dua puluh delapan dan tiga puluh dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap perubahan setelah pendampingan. Perubahan yang akan dinilai pada saat akhir sesi adalah pengetahuan ibu balita tentang *stunting* dengan *post test* serta tingkat konsumsi protein dan zink.

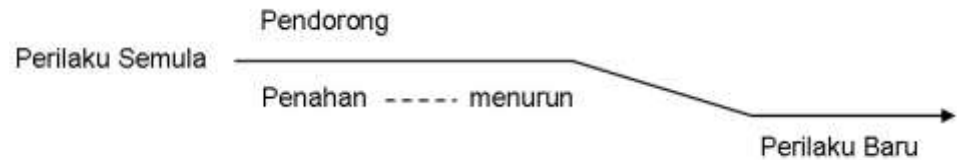
3. Teori Perubahan Perilaku

Pendampingan ini menggunakan teori perubahan perilaku berupa Teori Kurt Lewin (1970). Menurut Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa Kurt Lewin berpendapat perilaku manusia adalah keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

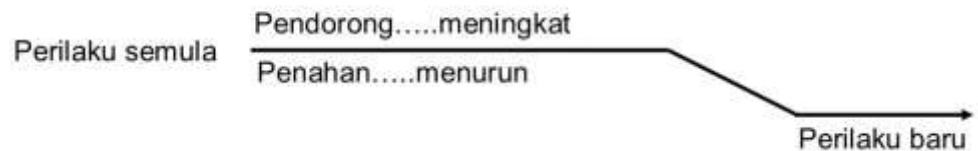
- a. Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.



- b. Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.



- c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan seperti semacam ini jelas akan terjadi perubahan perilaku.



4. Strategi Perubahan Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2012) beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku sesuai dengan norma-norma kesehatan oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga:

a. Menggunakan Kekuatan/Kekuasaan atau Dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

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 didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

c. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik daripada cara yang pertama.

Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

E. Tingkat Konsumsi Zat Gizi Balita

1. Protein

Protein dibedakan menjadi protein hewani dan protein nabati. Protein yang berasal dari hewani seperti daging, ikan, ayam, telur, susu, dan lain-lain. Sedangkan protein yang berasal dari tumbuh-tumbuhan seperti kacang-kacangan, tempe, dan tahu disebut protein nabati. Dahulu, protein hewani dianggap berkualitas lebih tinggi daripada menu seimbang protein nabati,

karena mengandung asam-asam amino yang lebih komplit. Tetapi hasil penelitian akhir-akhir ini membuktikan bahwa kualitas protein nabati dapat setinggi kualitas protein hewani, asalkan makanan sehari-hari beraneka ragam. Protein dicerna menjadi asam-asam amino, yang kemudian dibentuk protein tubuh di dalam otot dan jaringan lain. (Proverawati dan Wati, 2011)

Protein merupakan sumber asam amino esensial yang diperlukan sebagai zat pembangun, yaitu untuk pertumbuhan dan pembentukan protein dalam serum, hemoglobin, enzim, hormon serta antibodi; mengganti sel-sel tubuh yang rusak; memelihara keseimbangan asam basa cairan tubuh dan sumber energi. (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Secara umum, protein berfungsi:

- a. Sebagai sumber energi apabila karbohidrat yang dikonsumsi tidak mencukupi seperti pada waktu berdiet ketat atau pada waktu latihan fisik intensif. Sebaiknya, kurang lebih 15% dari total kalori yang dikonsumsi berasal dari protein.
- b. Sebagai pertumbuhan dan mempertahankan jaringan, membentuk senyawa-senyawa esensial tubuh, mengatur keseimbangan air, mempertahankan kenetralan (asam-basa) tubuh, membentuk antibodi, dan mentranspor zat gizi.
- c. Bahan pembentuk enzim.

Hampir semua reaksi biologis dipercepat atau dibantu oleh senyawa mikro molekul spesifik, dari reaksi yang sangat sederhana seperti reaksi transportasi karbon dioksida sampai yang sangat rumit seperti replikasi kromosom. Hampir semua enzim menunjukkan daya katalisatik yang luar biasa dan biasanya mempercepat reaksi.

- d. Alat pengangkut dan alat penyimpan.

Banyak molekul dengan berat molekul kecil serta beberapa ion dapat diangkut atau dipindahkan oleh protein-protein tertentu.

- e. Pengatur pergerakan

Protein merupakan komponen utama daging, gerakan otot terjadi karena adanya dua molekul protein yang berperan yaitu aktin dan myosin.

f. Penunjang mekanis.

Kekuatan dan daya tahan robek kulit dan tulang disebabkan adanya kolagen, suatu protein berbentuk bulat panjang dan mudah membentuk serabut.

g. Pengendalian pertumbuhan.

Protein ini bekerja sebagai reseptor yang dapat mempengaruhi fungsi-fungsi DNA yang mengatur sifat dan karakter bahan.

h. Media perambatan implus syaraf.

Protein yang mempunyai fungsi ini biasanya berupa reseptor, dan lain-lain.

(Proverawati dan Wati, 2011)

Menurut Proverawati dan Wati pada tahun 2011 bahwa kekurangan protein adalah faktor utama kwashiorkor dimana terjadi pertumbuhan dan kematangan skeletal yang menurun dan dapat menghambat pubertas.

Disarankan untuk memberikan 2,5-3 g/kg BB bagi bayi dan 1,5-2 g BB bagi anak sekolah sampai adolesensia. Jumlah protein yang diberikan dianggap adekuat jika mengandung semua asam amino esensial dalam jumlah yang cukup, mudah dicerna dan diserap oleh tubuh, maka protein yang diberikan harus sebagian berupa protein yang berkualitas tinggi seperti protein hewani. (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

2. Zink

Tubuh mengandung 2-2,5 gram zink yang tersebar di hampir semua sel. (Ellya, 2010)

Zink merupakan salah satu mikronutrien yang berperan sangat penting pada pertumbuhan manusia karena memiliki struktur serta peran di beberapa sistem enzim yang terlibat dalam pertumbuhan fisik, imunologi dan fungsi reproduksi. Akibatnya, saat terjadi defisiensi zink maka dapat mempengaruhi pertumbuhan fisik anak-anak (Abunada, et al 2013).

Sumber utama zink adalah daging, unggas, kerang, telur, ikan, susu, keju, hati, lembaga gandum, ragi, selada, dan roti. (Proverawati dan Wati,

2011). Sumber lainnya adalah sereal tumbuk dan kacang-kacangan. (Ellya, 2010).

Sedangkan fungsi zink diantaranya adalah untuk meningkatkan keaktifan enzim dan meningkatkan laju pertumbuhan, sehingga jika terjadi defisiensi maka dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan dan gangguan kesembuhan luka.

Zink berperan dalam sintesis protein dan merupakan komponen enzim tertentu sehingga defisiensi zink menyebabkan kekerdilan (stunted) dan mempengaruhi perkembangan seksual. (Proverawati dan Wati, 2011).

Menurut Adriani dan Wirjatmadi (2012) Zink memiliki peran biokemis yang sangat penting dalam proses metabolisme, yaitu:

- a. Sebagai komponen metalloenzim yang mengandung zink. Ada tiga kriteria yang harus dipenuhi agar senyawa dapat digolongkan metalloenzim:
 1. Struktur terdiri dari unsur logam dan protein.
 2. Ion logam harus berikatan erat dengan protein.
 3. Fungsi katalitik enzim akan berkurang apabila unsur logam tidak ada.
- b. Dalam pembentukan polisoma.
- c. Stabilitas membran.
- d. Sebagai ion bebas dalam sel.

Adapun zink juga berperan dalam metabolisme asam nukleat dan sintesis protein. Selain itu, zink juga berfungsi untuk pertumbuhan sel, replikasi sel, mematangkan organ reproduksi, penglihatan, kekebalan tubuh, pengecapan, dan selera makan. Untuk pertumbuhan sel, fungsi zink dihubungkan dengan peran enzim DNA polimerase, deoksinukleotidil transferase, dan timidin kinase.

Selain itu, zink juga berhubungan dengan hormon-hormon penting yang terlibat dalam pertumbuhan tulang seperti samatomedin-c, osteocalcin, testosteron, hormon tiroid dan insulin. Zink juga memperlancar efek vitamin D terhadap metabolisme tulang dengan stimulasi sintesis DNA di sel-sel tulang. Oleh sebab itu, zink erat kaitannya dengan metabolisme tulang,

sehingga sangat penting dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan (Anindita, 2012).

Peran lain dari zink adalah untuk sintesaprotein. Protein merupakan komponen terbesar dalam pembentukan antibodi, maka dari itu keberadaan zink sangat terkait dengan sistemimun humoral.

Kekurangan zink akan berdampak pada penurunan ketajaman indera perasa, melambatnya penyembuhan luka, gangguan pertumbuhan, menurunnya kematangan seksual, gangguan pembentukan IgG, dan gangguan homeostatis (Siswanto, et al 2013).

Berdasarkan pada penelitian yang telah dilakukan oleh Eva (2017) didapatkan bahwa kurang zink memiliki risiko 5,94 kali lebih besar terhadap kejadian *stunting* pada anak. Hal ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2010) mengungkapkan bahwa kekurangan zink memiliki risiko 2,67 kali lebih besar terhadap kejadian *stunting* pada anak. Hal ini dikarenakan sumber mineral zink yang masih sangat kurang pada makanan maupun susu yang di konsumsi anak.

F. Media/ Alat Bantu

1. Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2012) yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses promosi kesehatan.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek atau pesan, sehingga mempermudah pemahaman.

Seseorang atau masyarakat di dalam memperoleh pesan (atau pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu atau media. Tetapi masing-

masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu pemahaman pesan.

Dalam rangka promosi kesehatan, masyarakat sebagai sasaran juga dapat dilibatkan dalam pembuatan alat peraga atau media. Untuk itu, peran petugas kesehatan bukan hanya membimbing dan membina dalam hal kesehatan mereka sendiri, tetapi juga memotivasi mereka sehingga meneruskan informasi kesehatan kepada anggota masyarakat yang lain.

Alat peraga akan sangat membantu di dalam promosi kesehatan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas, dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat pula. Dengan alat peraga, orang dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan. (Notoatmodjo, 2012).

2. Manfaat Alat Bantu

Secara terperinci, manfaat alat peraga antara lain adalah sebagai berikut.

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- c. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- d. Menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan.
- f. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/masyarakat.

Seperti diuraikan sebelumnya bahwa pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indra. Menurut penelitian para ahli, indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dan pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indra yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih

mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi kesehatan.

- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik. Orang yang melihat sesuatu yang memang diperlukan tentu akan menarik perhatiannya, dan apa yang dilihat dengan penuh perhatian akan memberikan pengertian baru baginya, yang merupakan pendorong untuk melakukan/ memakai sesuatu yang baru tersebut.
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Di dalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecenderungan untuk melupakan atau lupa terhadap pengertian yang telah diterima. Untuk mengatasi hal ini alat bantu akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima akan lebih lama tersimpan di dalam ingatan.

(Notoatmodjo, 2012)

3. *Booklet*

a. Pengertian

Booklet merupakan suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi. (Notoatmodjo, 2011)

Suiraka dan Supriasa (2012) menyatakan bahwa *Booklet* merupakan suatu buku kecil yang terdiri dari tidak lebih dari 24 lembar. Isi *Booklet* harus jelas, tegas dan mudah dimengerti. ukuran *Booklet* biasanya bervariasi mulai dari tinggi 8 cm sampai dengan 13 cm.

Menurut Arsyad dalam Suiraka dan Supriasa (2011) menyatakan bahwa dalam pembuatan media pendidikan jenis *Booklet*, perlu memperhatikan elemen saat merancang. *Booklet* sebagai buku teks berbasis cetakan menuntut enam elemen yang perlu diperhatikan.

1. Konsistensi

Konsistensi format diperlukan dari halaman ke halaman. Konsistensi juga termasuk jarak spasi, jarak antar judul dan baris pertama, dan lainnya.

2. Format

Format *Booklet* bisa dibuat satu kolom atau dua kolom. Format dua kolom umumnya akan membuat pembaca lebih cepat untuk membaca isi *Booklet*. Pengaturan isi, isi yang berbeda supaya dipisahkan dan dilabel secara visual.

3. Organisasi

Upayakan untuk selalu menginformasikan pembaca pada posisi mana mereka berada dan sejauh mana mereka ada pada teks tersebut. Teks harus disusun sedemikian rupa sehingga informasi mudah diperoleh.

4. Daya tarik

Untuk dapat memotivasi pembaca agar terus melanjutkan materi dalam *Booklet* dapat dilakukan dengan cara menyajikan bab atau bagian baru dengan cara yang berbeda. Hal ini yang akan menyebabkan pembaca semakin ingin mengeksplorasi isi bacaan.

5. Ukuran huruf

Pilihlah ukuran huruf yang sesuai dengan sasaran, ukuran standar untuk sebuah buku teks adalah 12 point. Hindari juga penggunaan huruf kapital untuk seluruh teks, karena hal ini akan membuat proses membaca menjadi sulit.

6. Ruang (spasi) kosong

Gunakan spasi kosong untuk menambah kontras. Hal ini penting untuk memberikan kesempatan kepada pembaca beristirahat pada titik-titik tertentu.

b. Adapun kekuatan *Booklet* adalah:

1. Dapat disimpan lama
2. Sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri
3. Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai
4. Dapat membantu media lain

5. Dapat memberikan detail (misalnya statistik) yang tidak mungkin disampaikan secara lisan
6. Mengurangi kegiatan mencatat
7. Isi dapat dicetak kembali

c. Kelemahan *Booklet* adalah:

1. Menuntut kemampuan baca
2. Menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah. (Suiraka dan Supariasa. 2012)

G. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Balita

Perlakuan pendidikan gizi dan kesehatan yang diberikan menggunakan buklet terbukti secara statistik mampu meningkatkan pengetahuan ibu ($p > 0,05$). Peningkatan pengetahuan gizi pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Akan tetapi yang bermakna secara statistik pada kelompok perlakuan saja ($p = 0,0001$) sejak 1 bulan setelah perlakuan, 2 bulan setelah perlakuan, dan 3 bulan setelah perlakuan. (Vilda Ana, Bambang Agus, 2015).

Berdasarkan Aswita (2008) dalam Ayu (2008) membuktikan bahwa penyuluhan gizi yang dilaksanakan melalui program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik.

Menurut Pakhri, dkk (2017) ada pengaruh edukasi gizi terhadap pengetahuan gizi sebelum dan sesudah intervensi dengan nilai nilai $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$).

Rerata pengetahuan kelompok booklet saat post-test mengalami peningkatan. Peningkatan ini terjadi berkaitan dengan kelebihan dari booklet yaitu materi yang dituangkan dalam booklet lebih lengkap, lebih terperinci, jelas dan edukatif serta penyusunan materi booklet dibuat sedemikian rupa agar menarik perhatian remaja, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi remaja. Selain itu, booklet juga dapat dibawa pulang, sehingga subjek dapat membaca atau mempelajarinya. (Riau, Nurul dan Yudi Deny, 2016)

Ada pengaruh penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan ibu dan perubahan sikap ibu tentang makanan sehat dan gizi seimbang dengan metode ceramah dan pembagian leaflet. Penelitian lainnya menurut Mintarsih p, wiwin (2007) dalam Marfuah, Dewi dan Kurniawati (2017) mengenai pendidikan kesehatan menggunakan booklet dan poster dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang kesehatan reproduksi di Kabupaten Tasikmalaya. Hasil penelitian tersebut menunjukkan pendidikan kesehatan menggunakan booklet dan poster dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terhadap kesehatan reproduksi. Ibu lebih aktif dan tertarik pada penyuluhan dengan media booklet.

H. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Konsumsi Protein Balita

Penelitian Ayu (2006) menunjukkan ada perbedaan tingkat konsumsi protein balita sebelum dan sesudah diberi pendampingan gizi. Ada perbedaan tingkat konsumsi energi dan protein balita KEP sebelum pendampingan ($p=0,001$) maupun pada tiga bulan setelah pendampingan gizi. Artinya program pendampingan gizi dapat meningkatkan tingkat kecukupan energi dan protein balita KEP.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Novianti (2006) dalam Ayu (2008) bahwa konseling gizi yang dilakukan di posyandu terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu secara signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Peningkatan perilaku pemberian makan, menyebabkan tingkat konsumsi energi, protein, *iron*, *zink*, dan kalsium pada anak juga meningkat dengan signifikan ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Berdasarkan penelitian Nurmasyita, dkk (2015) terdapat perbedaan rerata Tingkat Kecukupan Protein yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Sesudah pendidikan gizi terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol, hasil analisis statistik diperoleh nilai $p = 0,030$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perubahan rata-rata asupan energi dan protein sebelum dan sesudah edukasi gizi. Hasil uji T test menunjukkan ada pengaruh yang bermakna sebelum dan sesudah edukasi gizi terhadap asupan energi dimana nilai $p = 0,005$ ($\alpha < 0,05$), dan ada pengaruh yang bermakna sebelum dan sesudah edukasi gizi terhadap asupan protein dimana nilai $p = 0,002$ ($\alpha < 0,05$). (Pakhri, dkk, 2017).

Sedangkan berdasarkan penelitian Nurmasyita, dkk (2015) menyatakan terdapat perbedaan rerata tingkat kecukupan protein yang menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi dimana $p = 0,030$ ($\alpha < 0,05$). Ini menunjukkan bahwa pendidikan gizi yang diberikan selain meningkatkan pengetahuan juga telah dipraktikkan dalam pemenuhan kebutuhan energi dan proteinnya.

I. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Konsumsi Zink Balita

Ada pengaruh yang bermakna pada konsumsi protein, konsumsi seng dan riwayat penyakit infeksi terhadap kejadian stunting. Faktor dominan yang mempengaruhi kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Nusa Penida III adalah konsumsi seng ($p=0,006$; $OR=9,94$) dan riwayat penyakit infeksi anak ($p=0,025$; $OR=5,41$). Dalam mencegah semakin banyaknya anak yang mengalami stunting maka pemegang kebijakan perlu meningkatkan gerakan 1000 hari pertama kehidupan salah satunya dengan menumbuhkan kesadaran ibu akan pentingnya pemenuhan zat gizi terutama asupan gizi mikro pada saat hamil hingga 1000 hari pertama kehidupan anak dan bagi masyarakat diharapkan untuk lebih meningkatkan PHBS. (Dewi, Ida A. K. C, dan Adhi, Kadek T. 2016)

Penelitian yang dilakukan oleh Novianti (2006) dalam Ayu (2008) menghasilkan bahwa konseling gizi yang dilakukan di posyandu

terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu secara signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Peningkatan perilaku pemberian makan, menyebabkan tingkat konsumsi energi, protein, *iron*, zink, dan kalsium pada anak juga meningkat dengan signifikan ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.