

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anak Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun (Muaris, 2006). Menurut Sutomo dan Anggraeni (2010), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun).

Anak balita merupakan individu yang masih sangat rentan terhadap segala penyakit. Pada usia ini makanan yang bernutrisi sangat dibutuhkan tubuh untuk membantu mempertahankan daya tahan tubuh dan untuk pertumbuhan dan perkembangan (Asydhad, 2006).

Anak balita merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang tinggi setiap kilogram berat badannya. Anak balita ini justru merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi (Asydhad, 2006).

B. Gizi Kurang

1. Definisi Gizi Kurang

Gizi kurang adalah gangguan kesehatan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas berfikir dan semua hal yang berhubungan dengan kehidupan. Kekurangan zat gizi adaptif bersifat ringan sampai dengan berat. Gizi kurang banyak terjadi pada anak usia kurang dari 5 tahun karena merupakan golongan yang rentan serta pada fase ini kebutuhan tubuh akan zat gizi meningkat karena selain untuk tumbuh juga untuk perkembangan sehingga apabila kurang gizi dapat menimbulkan berbagai penyakit (Soetjiningsih, 2004).

Pada umumnya keadaan gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses kurang makan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa nutrient tidak terpenuhi, atau nutrient-nutrient tersebut hilang dalam jumlah yang lebih besar daripada yang didapat. Dalam pengertian yang dinamis, yaitu sebagai keadaan yang kekurangan yang terus bertumpuk, derajat ketidakseimbangan yang absolute itu bersifat *immaterial*. Namun, penegakkan diagnosis nya membawa persoalan

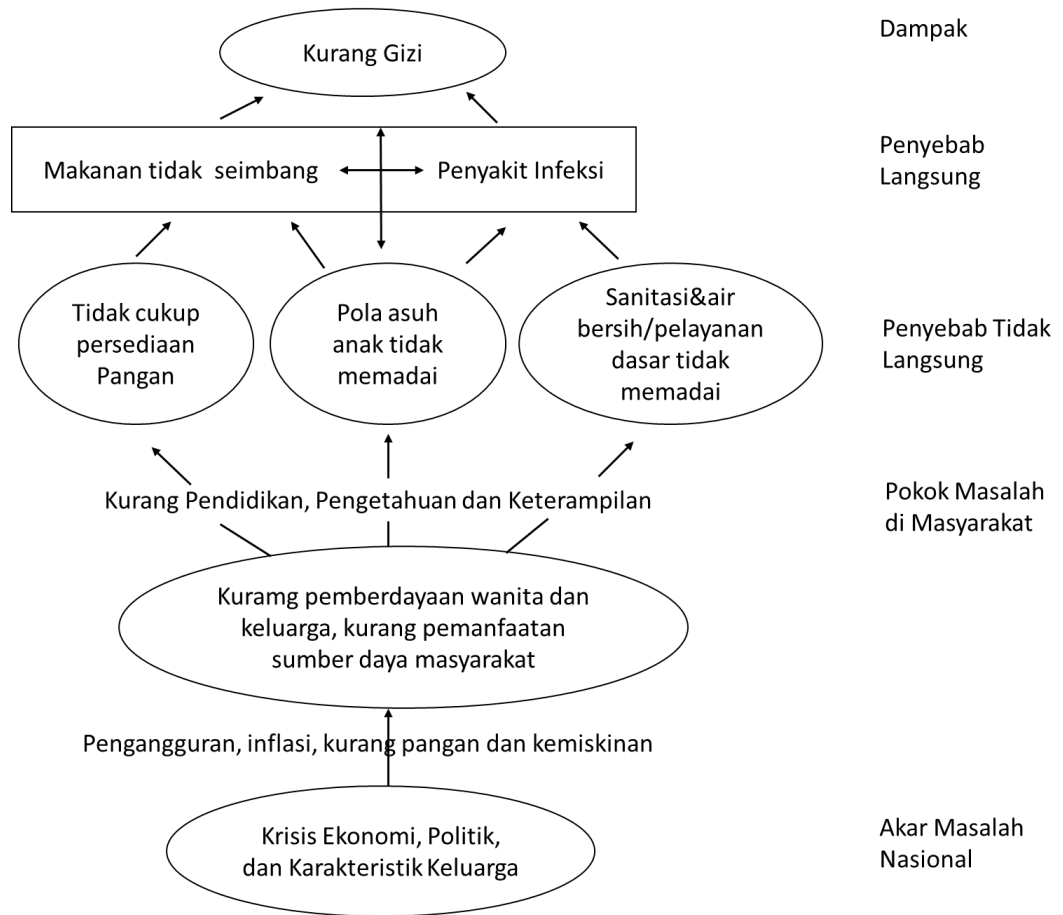
karena memerlukan pemantauan yang berkelanjutan terhadap kondisi tubuh seseorang untuk mendeteksi keseimbangan nutrient yang negatif (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2007).

Keadaan gizi kurang dalam konteks kesehatan masyarakat biasanya dinilai dengan menggunakan kriteria antropometrik static atau data yang berhubungan dengan jumlah micronutrient yang ada di dalam makanan protein dan energi (Widyastutik, 2013).

Status gizi terjadi bila tubuh kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Akibat kurang gizi terhadap proses tumbuh bergantung pada zat gizi apa yang kurang. Kekurangan gizi secara umum (makan kurang dalam kuantitas dan kualitas) menyebabkan gangguan pada proses-proses pertumbuhan, produksi tenaga, pertahanan tubuh, struktur dan fungsi otak, perilaku (Almatsier, 2009). Menurut Budiyanto (2002) mengartikan gizi kurang merupakan keadaan tidak sehat (patologis) yang timbul karena tidak cukup makan dengan demikian konsumsi energi dan protein kurang selama jam waktu tertentu. Menurut Manjoer Arif (2000) gizi kurang adalah keadaan dimana balita kekurangan gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari yang tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG). Balita gizi kurang adalah balita dengan status gizi kurang yang berdasarkan indikator BB/U dengan nilai z-score -3 SD sampai dengan < -2 SD. Selain itu, berat badan yang menurun juga merupakan tanda utama gizi kurang.

Kejadian gizi kurang tidak terjadi secara akut tapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bisa diukur melakukan penimbangan secara bulanan. Karena itu, maraknya laporan gizi kurang tersebut dihubungkan dengan tidak optimalnya kegiatan pemantauan posyandu (Depkes RI, 2005)

2. Penyebab Kurang Gizi



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

Menurut *United Nation Children's Fund* (UNICEF) tahun 2013, penyebab dari kurang gizi pada balita bukan hanya pada kemiskinan dan makanan yang kurang bergizi (makanan tidak seimbang). Akan tetapi dikarenakan balita sering terkena penyakit, kurangnya pelayanan kesehatan dan sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan (UNICEF, 2013). Sehingga anak yang mendapatkan cukup makanan tetapi sering menderita sakit serta sulitnya akses pelayanan kesehatan pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Selain itu, kurang gizi pada balita dapat dikarenakan kurangnya pengetahuan terkait gizi ibu, keluarga, masyarakat,

pola asuh anak tidak memadai, bahkan pada petugas kesehatan (pelayanan kesehatan yang tidak memadai) (Achmadi, 2013).

Menurut UNICEF (2013), penyebab masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) dapat terjadi: Pertama pada individu dimana keadaan gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami gizi kurang dan mudah sakit. Demikian pula bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan menyebabkan gizi kurang: Kedua pada tingkat keluarga dan masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh:

- a) Kemampuan keluarga dalam menyediakan bahan pangan dalam keluarganya baik jumlah maupun jenis sesuai dengan kebutuhan gizinya.
- b) Pengetahuan sikap dan keterampilan keluarga dalam hal memilih, membagi, dan mengolah makanan agar anggota keluarganya sesuai dengan kebutuhan gizinya, memberikan perhatian dan kasih sayang dalam mengasuh anak, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan gizi yang tersedia terjangkau dan memadai.
- c) Tersedianya pelayanan kesehatan dan gizi terjangkau dan berkualitas.
- d) Kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan.

Terjadinya gangguan gizi (gizi kurang atau lebih) disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer adalah bila susunan makanan salah dalam kuantitas dan kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kemiskinan, ketidaktahuan dan sebagainya. Secara umum status gizi dipengaruhi penyakit infeksi dan asupan nutrisi yang ditunjang dengan pendapatan yang dipengaruhi oleh pekerjaan orang tua. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang pertumbuhan anak gizi kurang karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik kebutuhan primer maupun sekunder. Selain itu, pendapatan yang memadai juga akan mempengaruhi

kualitas dan kuantitas konsumsi makanan anak yang akan menunjang kesehatan dan status gizi anak (Santi, 2011).

Munculnya kembali gizi kurang akhir-akhir ini diperkirakan disebabkan oleh kekurangan konsumsi pangan dan mutu gizi yang dikonsumsi oleh anggota keluarganya, keadaan ini dipicu lagi dengan adanya penyakit infeksi yang kemudian disebut dengan penyebab langsung. Sedangkan penyebab tidak langsung adalah meliputi status sosial ekonomi seperti: anggota keluarga, pendapatan keluarga rendah, pendidikan orang tua, pengetahuan gizi ibu, pola pengasuhan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai.

3. Cara Mengukur Status Gizi

Penilaian status gizi sangat penting untuk mengetahui keadaan gizi seseorang. Beberapa cara mengukur status gizi balita untuk mengetahui balita mengalami gizi kurang atau tidak dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinis maupun biokimia. Diantara ketiga cara pengukuran status gizi tersebut, pengukuran antropometri adalah pengukuran yang telah digunakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014) untuk pemantauan status gizi balita. Antropometri berasal dari kata *antropos* dan *metros* yang artinya ukuran tubuh (Supriasa, Bakhri, & Fajar, 2016). Antropometri dapat dilakukan beberapa macam pengukuran yaitu pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lipatan kulit serta umur. Berdasarkan beberapa pengukuran tersebut, berat badan (BB), tinggi badan (TB), panjang badan (PB) dan umur (U) adalah yang paling dikenal. Pengukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) serta umur (U) dipakai sebagai indikasi yang terbaik saat ini untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak balita.

Langkah pertama untuk mengukur status gizi balita dengan menanyakan usia balita, melakukan pengukuran berat badan dan juga tinggi badan balita. Pengukuran berat badan dapat dilakukan dengan timbangan injak (kg) dan tinggi badan dilakukan menggunakan microtoise (cm). Setelah didapatkan data tersebut langkah kedua yaitu menilai pertumbuhan fisik balita menggunakan pengukuran antropometri

berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U) dengan klasifikasi gizi buruk, gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih. Balita yang mendapatkan hasil ambang batas Z-score - 3 SD sampai < - 2 SD balita dinyatakan menderita gizi kurang.

Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks BB/U

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	< - 3 SD
	Gizi Kurang	- 3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	
	Gizi Lebih	-2 SD sampai dengan 2 SD > 2 SD

Sumber : (Kemenkes, 2010)

Standar deviasi unit disebut juga Z-zcore. WHO menyatakan menggunakan cara ini untuk meneliti dan memantau pertumbuhan. Waterlow juga merekomendasikan penggunaan SD untuk menyatakan hasil pengukuran pertumbuhan atau *growth monitoring*.

Cara lain untuk menentukan kurang gizi dapat secara tidak langsung, yaitu dengan cara penialian konsumsi pangannya dengan metode *recall 24 jam* dimana responden (ibu atau pengasuh) balita diminta menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin) dengan tidak menambahkan atau mengurangi jumlah makanan. Dengan menggunakan metode ini akan didapatkan data kualitatif dan kuantitatif namun data yang diperoleh cenderung lebih bersifat kualitatif. Oleh karena itu, untuk mendapatkan data kuantitatif, maka jumlah konsumsi makanan individu dinyatakan secara teliti dengan menggunakan ukuran rumah tangga (sendok, piring, gelas, mangkuk, dan lain-lain) atau ukuran lainnya yang biasa digunakan sehari-hari.

C. Konseling Gizi

1. Definisi Konseling Gizi

Persagi (2010) dalam Supariasa (2014) mendefinisikan konseling gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk mendukung individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi.

Konseling adalah suatu proses komunikasi interpersonal atau dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang di hadapi. Setelah konseling, diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat (Supariasa,2014).

2. Tujuan Konseling

Secara umum tujuan konseling adalah membantu 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 (Supariasa,2014).

3. Manfaat Konseling

Proses konseling akan bermanfaat dan bermakna apabila terjadi hubungan yang baik antara konselor dan klien. Menurut Persagi (2010) dalam Supariasa (2014) dalam penuntun konseling gizi, manfaat konseling gizi adalah sebagai berikut :

- a. Membantu klien untuk mengenali masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi.
- b. Membantu klien untuk memahami penyebab terjadinya masalah.
- c. Membantu klien untuk mencari alternative pemecahan masalah.
- d. Membantu klien untuk memilih cara pemecahan yang paling sesuai.
- e. Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.

4. Media Konseling

Dalam meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan maka diperlukannya edukasi kepada pasien.

Edukasi dapat didefinisikan sebagai perubahan progresif pada seseorang yang mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilakunya sebagai hasil dari pembelajaran dan belajar. Untuk memudahkan melakukan suatu edukasi dengan metode konseling, maka perlu didukung oleh komunikasi kesehatan, yaitu proses penyampaian pesan. Kesehatan adalah komunikator melalui saluran atau media tertentu kepada komunikan dengan tujuan untuk mendorong perilaku manusia tercapainya kesejahteraan sebagai kekuatan yang mengarah kepada keadaan sehat seutuhnya secara fisik, mental dan social (Istiyanto,2011)

Dalam proses konseling gizi dan mempermudah penyampaian informasi maka diperlukan alat peraga sebagai sarana penting dalam proses pendidikan dan konsultasi gizi. Peran media atau alat peraga sangat strategis untuk memperjelas pesan dan meningkatkan efektifitas proses konseling gizi Supariasa (2014).

Media sebagai alat bantu dalam penyampaian pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain :

a. Leaflet

Leaflet merupakan selebar kertas yang didapat sehingga dapat terdiri atas beberapa halaman. Leaflet sering digunakan dalam konseling gizi. Leaflet berisikan suatu masalah untuk suatu sasaran dan tujuan tertentu Supariasa (2014).

Kelebihan menggunakan *leaflet* adalah sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca kelompok sasaran, sehingga bisa didiskusikan, dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran.

Kelemahan dari *leaflet* adalah tidak cocok untuk sasaran individu per individu, tidak tahan lama dan mudah hilang, leaflet akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikutsertakan secara aktif, serta perlu proses penggandaan yang baik.

b. Brosur

Merupakan bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat (Rahayu,2014).

Kelebihan menggunakan *brosur* adalah memberikan informasi detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mengurangi kebutuhan mencatat, brosur mudah di bawa sehingga dapat di baca kapan saja, dilengkapi dengan gambar dan warna sehingga lebih menarik.

Kelemahan media *brosur* adalah tidak mudah dibuat, membutuhkan biaya yang mahal karena menampilkan gambar lebih besar, ada resiko mudah hilang, jika sasaran tidak diikutsertakan secara aktif perlu penggandaan lebih baik sehingga pengeluaran biaya meningkat.

c. Flip Chart (Lembar Balik)

Merupakan media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk buku dimana tiap lembar berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan kesehatan yang berkaitan dengan gambar (Rahayu,2014).

Kelebihan menggunakan media *Flip Chart* adalah dapat menyajikan pesan atau informasi dalam jumlah yang banyak, pesan atau informasi dapat dipelajari oleh sasaran sesuai dengan kebutuhan, lebih menarik apabila dilengkapi dengan gambar dan warna mudah dipelajari dan dibawa, dapat dilipat maupun digulung, murah dan efisien, dan tidak perlu peralatan yang rumit.

Kelemahan *Flip Chart* adalah terlalu kecil untuk sasaran yang berjumlah relatif besar, serta mudah robek dan tercabik.

d. Film dan video

Edukasi dengan media ini adalah dapat memberikan realita yang mungkin sulit direkam oleh mata dan pikiran sasaran., dapat memicu diskusi mengenai sikap dan perilaku, efektif untuk sasaran yang jumlahnya relative kecil atau sedang, dapat dipakai untuk belajar mandiri dan

penyesuaian oleh sasaran dapat dihentikan ataupun dihidupkan kembali, serta setiap episode yang dianggap penting dapat diulang kembali, mudah digunakan dan tidak memerlukan ruangan yang gelap (Rahayu,2014).

Kelebihan media ini *Film dan Video* adalah dapat memberikan realita yang mungkin sulit direkam kembali oleh mata dan pikiran sasaran, dapat memicu diskusi mengenai sikap dan perilaku, efektif untuk sasaran yang jumlahnya relatif penting dapat diulang kembali, mudah digunakan dan tidak memerlukan ruangan yang gelap.

Kelemahan media *Film dan Video* adalah memerlukan sambungan listrik, peralatannya beresiko untuk rusak, perlu adanya kesesuaian antara kaset dengan alat pemutar, membutuhkan ahli profesional agar gambar mempunyai makna dalam sisi artistik maupun materi, serta membutuhkan banyak biaya.

e. Slide

Merupakan penyelenggaraan pendidikan atau penyuluhan kesehatan kepada masyarakat dapat menggunakan bermacam-macam metode, karena sasarannya yang berbeda, tujuan yang akan dicapai berbeda., situasi lingkungan yang berbeda, waktu pelaksanaan yang berbeda, begitu pula sarana yang berbeda sehingga tidak dikenal metode yang paling jelek karena setiap metode memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing. Mengubah kebiasaan hidup atau mengubah perilaku kesehatan atas kesadaran sendiri melalui penyuluhan kesehatan bukan pekerjaan mudah, karena merupakan proses pembelajaran yang sangat penting. Hal ini disebabkan pasien umumnya tidak taat diet (Rahayu, 2014).

Kelebihan media *slide* adalah dapat memberikan berbagai realita walaupun terbatas, cocok untuk sasaran yang jumlahnya relatif besar, dan pembuatannya relatif murah, serta peralatannya cukup ringkas dan mudah digunakan.

Kelemahan media *slide* adalah memerlukan sambungan listrik, peralatannya beresiko mudah rusak dan memerlukan ruangan sedikit lebih gelap.

5. Persiapan Konseling

Untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi klien, perlu dilakukan pengumpulan data (Supariasa, 2011). Pengumpulan dapat dilakukan melalui wawancara dan mencatat dokumen-dokumen yang dibawa oleh klien.

Berikut merupakan jenis data yang dikumpulkan :

a. Data Antropometri

Data Antropometri yang umum dikumpulkan adalah Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Panjang Badan (PB), Tinggi Lutut, Lingkar Lengan (LILA), tebal lemak, lingkar pinggang, dan lingkar pinggul. Parameter tersebut bila dihubungkan dengan parameter lain akan menjadi indeks antropometri, seperti Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Hasil pengukuran ini dapat diinterpretasikan menjadi status gizi sesuai standar antropometri.

b. Data Biokimia

Spesimen yang umum digunakan dalam pemeriksaan biokimia adalah analisis darah dan urine. Hal-hal yang dianalisis adalah yang berhubungan dengan keadaan gizi. Hal ini penting dilakukan untuk menegakkan diagnosis gizi.

c. Data klinis dan Fisik

Data klinis umumnya berfokus pada *defisiensi zat gizi*, juga kelebihan zat gizi seperti kegemukan dan obesitas. Data klinis dan fisik diperoleh dengan mengkaji berbagai organ tubuh.

d. Data Riwayat Makan

Data riwayat makan klien dapat dikumpulkan dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif dilakukan dengan menggunakan Formulir *Food Frequency (FFQ)*. Dari hasil FFQ, konselor dapat mengetahui seberapa sering klien mengonsumsi jenis makanan atau bahan makanan tertentu. Sedangkan salah satu metode kuantitatif yang sering digunakan adalah metode *Food Recall*. Dari hasil *Food Recall*, konselor dapat mengetahui seberapa besar pencapaian asupan energi dan zat-zat gizi klien terhadap kebutuhan atau angka kecukupan energi dan zat-zat gizi tertentu.

e. Data Riwayat Personal

Data personal yang terkait dengan masalah makanan meliputi ada tidaknya alergi makanan, ada tidaknya pantangan atau tabu, keadaan sosial ekonomi, pol aktivitas riwayat penyakit klien, dan riwayat penyakit keluarga serta masalah psikologi yang berhubungan dengan masalah gizi klien. Pengkajian riwayat personal klien meliputi empat area, yaitu riwayat obat dan suplemen yang dikonsumsi, sosial budaya, riwayat penyakit, dan data umum klien.

6. Tahap Konseling Gizi

Tahap konseling gizi berdasarkan (Depkes, 2007) ada 6 tahap yang dikenal dengan singkatan GATHER yaitu :

a. G – Greet (Berikan Salam)

Konselor harus ramah dan memberikan salam kepada klien yang mendatanginya, kemudian memperkenalkan diri jika belum mengenal sebelumnya. Hal ini membuat klien merasa diterima dengan baik dan kemudian merasa lebih rileks.

b. A – Ask (Tanyakan)

Konselor harus aktif menggali inti permasalahan yang mungkin sedang dihadapi klien. Kemampuan mendengar secara aktif juga dapat membuat klien merasa ceritanya didengar.

c. T – Tell (Ungkapkan informasi)

Beritahu tentang hal-hal yang ingin diketahui oleh klien, atau yang dianggap perlu diketahui agar klien lebih memahami dirinya, keadaan dan kebutuhannya sehingga ia dapat membuat alternatif untuk memecahkan masalahnya sendiri.

d. H – Help (Bantu Klien)

Konselor dapat membantu klien mendiskusikan berbagai alternatif yang bisa dijadikan solusi masalah.

e. E – Explanning (Jelaskan)

Konselor yang baik harus dapat menjelaskan apa yang harus dilakukan klien berkaitan dengan keputusan yang telah diambil termasuk risiko-risiko yang mungkin dihadapi.

f. R – Return (Ulangi)

Berikan konseling ulang bila klien memerlukan konsultasi lebih lanjut.

Proses konseling menurut (Lestari, 2010) terdiri dari 4 tahap yaitu :

a. Pembinaan dan penetapan hubungan baik (report)

Pembinaan dan penetapan hubungan baik dilakukan sejak awal pertemuan dengan klien dan dijaga selama proses konseling, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Memberi salam pada awal konseling
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Menciptakan suasana nyaman dan aman
- 4) Memberi perhatian penuh pada klien

b. Pengumpulan dan pemberian informasi

Pengumpulan dan pemberian informasi dilakukan dengan :

- 1) Mendengarkan keluhan klien
- 2) Mengamati komunikasi non verbal klien
- 3) Bertanya tentang riwayat kesehatan, latar belakang keluarga, latar belakang masalah, dan sebagainya.
- 4) Memberi penjelasan tentang masalah yang dialami klien

c. Perencanaan, pengambilan keputusan dan pemecahan masalah

Setelah mendapatkan dan memberi informasi sesuai dengan masalah klien, konselor membantu klien memecahkan masalah yang dihadapi atau membuat perencanaan untuk mengatasi masalah.

d. Menindaklanjuti pertemuan

Mengakhiri pertemuan konseling dengan dengan merangkum jalannya hasil pembicaraan merencanakan pertemuan,selanjutnya atau merujuk klien.

D. Pengetahuan Gizi

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Sebagian besar pengetahuan

manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negative. Kedua aspek tersebut akan menunjukkan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap yang positif terhadap objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*Overt behavior*) (Notoatmojo,2012).

2. Tingkatan Pengetahuan

(Notoatmojo,2012) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif terdapat enam tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*know*) adalah sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Dalam pengetahuan tingkat ini merupakan perihwal dimana mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.
- b. Memahami (*Comprehension*) merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hokum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- d. Analisis (*analysis*) diartikan sebagai suatu kemampuan unuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan

kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.

- e. Sintesis (*synthesis*) menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan, dapat menanggapi, dapat menafsirkan dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkat di atas.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi Nursalam (2003) dalam Wawan (2010).

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluarga.

3) Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

b. Faktor Eksternal

1) Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

4. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Aritonang (2011) dalam Wawan (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Hasil presentase $\geq 80\%$
- b. Cukup : Hasil presentase 60% - 79%
- c. Kurang : Hasil presentase $< 60\%$

E. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dinyatakan dalam persen. Sedangkan status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam variabel tertentu. Semakin baik tingkat konsumsi, maka semakin baik pula status gizinya (Supariasa, dkk. 2012).

Tingkat konsumsi energi dan protein adalah jumlah energi dan protein yang dikonsumsi oleh setiap orang setiap harinya dibandingkan dengan kecukupan energi dan protein yang dianjurkan (Supariasa, dkk. 2012). Tingkat konsumsi energi dan protein yang deficit berhubungan dengan terjadinya kejadian Kurang Energi dan Protein (KEP).

Energi adalah zat yang diperlukan untuk makhluk hidup demi mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas

fisik. Energi dibutuhkan oleh tubuh untuk memelihara fungsi tubuh yang disebut metabolisme basal sebesar 60-70% dari kebutuhan energi total. Kekurangan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan kurang dari yang dikeluarkan, tubuh akan mengalami keseimbangan energi negatif. Akibatnya berat badan kurang dari berat badan seharusnya atau kekurusan. Sementara kelebihan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan melebihi energi yang dikeluarkan. Kelebihan energi akan diubah menjadi lemak tubuh. Akibatnya berat badan melebihi berat badan yang seharusnya atau kegemukan. Tingkat konsumsi energi adalah jumlah energi total yang dikonsumsi oleh setiap orang setiap harinya dibandingkan dengan kecukupan energi yang dianjurkan (Supriasa, 2012).

Protein merupakan komponen penting bagi sel hewan atau manusia. Protein yang terdapat dalam makanan berfungsi sebagai zat pembentuk dan pertumbuhan tubuh. Protein merupakan senyawa yang terdapat dalam setiap sel hidup (Astadi, 2015). Protein berguna sebagai zat pembangun dan zat pengatur bagi tubuh. Protein sebagai pembangun berguna pada masa pertumbuhan anak. Sedangkan sebagai zat pengantar protein berperan mengatur proses metabolisme tubuh (Rizqie Auliana 1999 : 48) dalam (Astadi, 2015).

Tabel 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013

Kelompok Usia	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)
0 – 6 bulan	6	61	550	12
7 – 11 bulan	9	71	725	18
1 – 3 bulan	13	91	1125	26
4 – 6 tahun	19	112	1600	35

Sumber: *Kemenkes RI.2013*

Menurut Supriasa, dkk. (2012) AKG (disajikan pada Tabel 2) yang tersedia bukanlah menggambarkan AKG individu akan tetapi untuk golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan dan berat badan standar. AKG individu dapat dilakukan dengan cara menyesuaikan berat badan aktual individu/perorangan dengan berat badan standar yang terdapat pada tabel AKG. Penyesuaian kebutuhan energi dan protein individu berdasarkan perbedaan berat badan

aktual dan berat badan standar dalam AKG. Adapun penilaian dan pengukuran serta klasifikasi tingkat konsumsi energi dan protein berdasarkan perhitungan AKG dengan menyesuaikan BB aktual dapat sebagai berikut :

1) Penilaian Pengukuran dan Klasifikasi Tingkat Konsumsi Energi

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

1. Hitung AKG Energi berdasarkan BBA = $(BB \text{ actual}/BB \text{ AKG}) \times$
Energi (dalam AKG)

2. Perhitungan tingkat kecukupan =

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Rata - rata Konsumsi Energi/hari (aktual)}}{\text{AKG Energi berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

Berdasarkan Supriasa (2012), klasifikasi tingkat konsumsi energi dibagi menjadi empat, yaitu :

- a) Diatas AKG : > 120 % AKG
- b) Baik : \geq 100 % AKG
- c) Sedang : 80 – 90 % AKG
- d) Kurang : 70 – 80 % AKG
- e) Defisit : < 70 % AKG

2) Penilaian dan Klasifikasi Tingkat Konsumsi Protein

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

1. Hitung AKG Protein berdasarkan BBA = $(BB \text{ actual}/BB \text{ AKG}) \times$
protein (dalam AKG)

2. Hitung tingkat kecukupan Protein =

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{Rata - rata Konsumsi Protein/hari (aktual)}}{\text{AKG Energi berdasarkan BBA}} \times 100\%$$

Berdasarkan Supriasa (2012), klasifikasi tingkat konsumsi protein dibagi menjadi empat, yaitu :

- a) Diatas AKG : > 120 % AKG
- b) Baik : \geq 100 % AKG
- c) Sedang : 80 – 90 % AKG
- d) Kurang : 70 – 80 % AKG
- e) Defisit : < 70 % AKG

F. Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting pada masa bayi dan balita. Berat badan merupakan hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh. Berat badan dipakai sebagai indikator yang terbaik saat ini untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak, sensitif terhadap perubahan sedikit saja, pengukuran objektif dan dapat diulangi (Soetjiningsih, 1995).

Pengukuran berat badan digunakan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, misalnya tulang, otot, organ tubuh, dan cairan tubuh sehingga dapat diketahui status gizi dan tumbuh kembang anak, berat badan juga dapat digunakan sebagai dasar perhitungan dosis dan makanan yang diperlukan dalam tindakan pengobatan (Hidayat, 2008).

Pengukuran berat badan balita dapat dilakukan dengan menggunakan timbangan injak yang sudah dikalibrasi. Balita yang akan ditimbang sebaiknya memakai pakaian seminim mungkin dan seringan mungkin. Sepatu, baju dan topi sebaiknya dilepaskan. Bila keadaan ini memaksa dimana anak balita tidak mau ditimbang tanpa ibunya atau orang tua yang menyertainya, maka cara Pertama, timbang balita beserta ibunya. Kedua, timbang ibunya saja. Ketiga, hasil timbangan dihitung dengan mengurangi berat badan ibu dan anak, dengan berat badan ibu sendiri.

Pertambahan berat rata-rata bayi selama usia 0-6 bulan mengalami penambahan berat badan sekitar 140-200 g/minggu dan berat badannya akan menjadi dua kali berat badan lahir pada akhir bulan ke-6. Sedangkan pada usia 6–12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 250–400 gram dan pada akhir bulan ke-12 akan terjadi penambahan tiga kali lipat berat badan

lahir. Pada masa bermain terjadi penambahan berat badan sekitar empat kali lipat dari berat badan lahir pada usia kurang lebih 2,5 tahun serta penambahan berat badan setiap tahunnya adalah 2–3 kg (Hidayat, 2008).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1995/MENKES/SK/XII/2010 standar minimal berat badan dan rentang penambahan berat badan anak laki-laki dan perempuan usia 12-59 bulan berdasarkan indeks berat badan menurut umur sebagai berikut :

Tabel 3. Standar Minimal Berat Badan dan Rentang Penambahan Berat Anak Laki-laki Usia 12-59 Bulan Badan Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Umur	Berat (kg)				
	Standar Minimal Berat Badan (- 2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan	Umur	Standar Minimal Berat Badan (-2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan
12-13 bulan	7,7 – 7,9	0,2	36-37 bulan	11,3 – 11,4	0,1
13-14 bulan	7,9 – 8,1	0,2	37-38 bulan	11,4 – 11,5	0,1
14-15 bulan	8,1 – 8,3	0,2	38-39 bulan	11,5 – 11,6	0,1
15-16 bulan	8,3 – 8,4	0,1	39-40 bulan	11,6 – 11,8	0,2
16-17 bulan	8,4 – 8,6	0,2	40-41 bulan	11,8 – 11,9	0,1
17-18 bulan	8,6 – 8,8	0,2	41-42 bulan	11,9 – 12,0	0,1
18-19 bulan	8,8 – 8,9	0,1	42-43 bulan	12,0 – 12,1	0,1
19-20 bulan	8,9 – 9,1	0,2	43-44 bulan	12,1– 12,2	0,1
20-21 bulan	9,1 – 9,2	0,1	44-45 bulan	12,2 – 12,4	0,2
21-22 bulan	9,2 – 9,4	0,2	45-46 bulan	12,4 – 12,5	0,1
22-23 bulan	9,4 – 9,5	0,1	46-47 bulan	12,5 – 12,6	0,1
23-24 bulan	9,5 – 9,7	0,2	47-48 bulan	12,6 – 12,7	0,1
24-25 bulan	9,7 – 9,8	0,1	48-49 bulan	12,7 – 12,8	0,1
25-26 bulan	9,8 – 10,0	0,2	49-50 bulan	12,8 – 12,9	0,1

Umur	Berat (kg)				
	Standar Minimal Berat Badan (- 2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan	Umur	Standar Minimal Berat Badan (-2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan
26-27 bulan	10 – 10,1	0,1	50-51 bulan	12,9 – 13,1	0,2
27-28 bulan	10,1 – 10,2	0,1	51-52 bulan	13,1 – 13,2	0,1
28-29 bulan	10,2 – 10,4	0,2	52-53 bulan	13,2 – 13,3	0,1
29-30 bulan	10,4 – 10,5	0,1	53-54 bulan	13,3 – 13,4	0,1
30-31 bulan	10,5 – 10,7	0,2	54-55 bulan	13,4 – 13,5	0,1
31-32 bulan	10,7 – 10,8	0,1	55-56 bulan	13,5 – 13,6	0,1
32-33 bulan	10,8 – 10,9	0,1	56-57 bulan	13,6 – 13,7	0,1
33-34 bulan	10,9 – 11,0	0,2	57-58 bulan	13,7 – 13,8	0,1
34-35 bulan	11,0 – 11,2	0,2	58-59 bulan	13,8 – 14,0	0,2
35-36 bulan	11,2 – 11,3	0,1	59-60 bulan	14,0 – 14,1	0,1

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI,2010

Berdasarkan data tabel 3. dapat diketahui bahwa penambahan berat badan anak usia 12-59 bulan berjenis kelamin laki-laki dikatakan mencukupi apabila berat badan anak laki-laki setelah dilakukan penimbangan berat badan setiap bulan mengalami kenaikan berturut-turut, begitu pula sebaliknya apabila anak usia 12-59 bulan berjenis kelamin laki-laki berat badan anak dikatakan tidak mencukupi apabila setelah dilakukan penimbangan berat badan setiap bulan tidak mengalami kenaikan. Berat badan anak laki-laki usia 12-59 bulan memiliki standar minimal berat badan dan rentang penambahan berat badan dimana standar minimal berat badan menunjukkan bahwa berat badan anak sesuai umur harus mencukupi atau mendekati standar minimal berat badan yang setiap bulannya berat badan anak harus mengalami kenaikan dapat dilihat dari rentang penambahan berat badan setiap bulannya, sebagai contoh anak laki-laki usia 15 bulan standar minimal berat badan sesuai umurnya sebesar 8,3 kg maka standar minimal berat badan anak tersebut pada usia 16 bulan harus mengalami kenaikan berat

badan sebesar 8,4 kg dimana rentang penambahan berat badan selama satu bulan sebesar 100 gram. Contoh lainnya anak laki-laki usia 17 bulan standar minimal berat badan sesuai umurnya sebesar 8,6 kg maka standar minimal berat badan pada usia 18 bulan harus mengalami kenaikan berat badan sebesar 8,8 kg dimana rentang penambahan berat badan selama satu bulan sebesar 200 gram. Apabila berat badan anak dibawah standar minimal berat badan maka berat badan anak setiap bulan harus naik sesuai dengan umurnya dengan melihat rentang penambahan berat badan setiap bulannya hingga berat badan anak mendekati standar minimal berat badan yang terdapat pada tabel diatas (Keputusan Menteri Kesehatan RI,2010).

Tabel 4. Standar Minimal Berat Badan dan Rentang Penambahan Berat Badan Anak Perempuan Usia 12-59 bulan Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Umur	Berat (kg)				
	Standar Minimal Berat Badan (- 2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan	Umur	Standar Minimal Berat Badan (-2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan
12-13 bulan	7,0 – 7,2	0,2	36-37 bulan	10,8 – 10,9	0,1
13-14 bulan	7,2 – 7,4	0,2	37-38 bulan	10,9 – 11,1	0,2
14-15 bulan	7,4 – 7,6	0,2	38-39 bulan	11,1 – 11,2	0,1
15-16 bulan	7,6 – 7,7	0,1	39-40 bulan	11,2 – 11,3	0,1
16-17 bulan	7,7 – 7,9	0,2	40-41 bulan	11,3 – 11,5	0,2
17-18 bulan	7,9 – 8,1	0,2	41-42 bulan	11,5 – 11,6	0,1
18-19 bulan	8,1 – 8,2	0,1	42-43 bulan	11,6 – 11,7	0,1
19-20 bulan	8,2 – 8,4	0,2	43-44 bulan	11,7– 11,8	0,1
20-21 bulan	8,4 – 8,6	0,2	44-45 bulan	11,8 – 12,0	0,2
21-22 bulan	8,6 – 8,7	0,1	45-46 bulan	12,0 – 12,1	0,1
22-23 bulan	8,7 – 8,9	0,1	46-47 bulan	12,1 – 12,2	0,1
23-24 bulan	8,9 – 9,0	0,1	47-48 bulan	12,2 – 12,3	0,1
24-25 bulan	9,0 – 9,2	0,2	48-49 bulan	12,3 – 12,4	0,1

Umur	Berat (kg)				
	Standar Minimal Berat Badan (- 2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan	Umur	Standar Minimal Berat Badan (- 2 SD)	Rentang Penambahan Berat Badan
25-26 bulan	9,2 – 9,4	0,2	49-50 bulan	12,4 – 12,6	0,2
26-27 bulan	9,4 – 9,5	0,1	50-51 bulan	12,6 – 12,7	0,1
27-28 bulan	9,5 – 9,7	0,2	51-52 bulan	12,7 – 12,8	0,1
28-29 bulan	9,7 – 9,8	0,1	52-53 bulan	12,8 – 12,9	0,1
29-30 bulan	9,8 – 10,0	0,2	53-54 bulan	12,9 – 13,0	0,1
30-31 bulan	10,0 – 10,1	0,2	54-55 bulan	13,0 – 13,2	0,2
31-32 bulan	10,1 – 10,3	0,2	55-56 bulan	13,2 – 13,3	0,1
32-33 bulan	10,3 – 10,4	0,1	56-57 bulan	13,3 – 13,4	0,1
33-34 bulan	10,4 – 10,5	0,1	57-58 bulan	13,4 – 13,5	0,1
34-35 bulan	10,5 – 10,7	0,2	58-59 bulan	13,5 – 13,6	0,1
35-36 bulan	10,7 – 10,8	0,1	59-60 bulan	13,6 – 13,7	0,1

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI,2010

Berdasarkan data tabel 4. dapat diketahui bahwa penambahan berat badan anak usia 12-59 bulan berjenis kelamin perempuan dikatakan mencukupi apabila berat badan anak perempuan setelah dilakukan penimbangan berat badan setiap bulan mengalami kenaikan berturut-turut, begitu pula sebaliknya apabila anak usia 12-59 bulan berjenis kelamin perempuan berat badan anak dikatakan tidak mencukupi apabila setelah dilakukan penimbangan berat badan setiap bulan tidak mengalami kenaikan. Berat badan anak perempuan usia 12-59 bulan memiliki standar minimal berat badan dan rentang penambahan berat badan dimana standar minimal berat badan menunjukkan bahwa berat badan anak sesuai umur harus mencukupi atau mendekati standar minimal berat badan yang setiap bulannya berat badan anak harus mengalami kenaikan dapat dilihat dari rentang penambahan berat badan setiap bulannya, sebagai contoh anak perempuan usia 15 bulan standar minimal berat badan sesuai umur sebesar 7,6 kg maka

standar minimal berat badan anak tersebut pada usia 16 bulan harus mengalami kenaikan berat badan sebesar 7,7 kg dimana rentang penambahan berat badan selama satu bulan sebesar 100 gram (0,1 kg). Contoh lainnya anak perempuan usia 17 bulan standar minimal berat badan sesuai umurnya sebesar 7,9 kg maka standar minimal berat badan pada usia 18 bulan harus mengalami kenaikan berat badan sebesar 8,1 kg dimana rentang penambahan berat badan selama satu bulan sebesar 200 gram (0,2 kg). Apabila berat badan anak dibawah standar minimal berat badan maka berat badan anak setiap bulan harus naik sesuai dengan umurnya dengan melihat rentang penambahan berat badan setiap bulannya hingga berat badan anak mendekati standar minimal berat badan yang terdapat pada tabel diatas (Keputusan Menteri Kesehatan RI,2010).

1) Cara Menilai Berat Badan Naik atau Turun

Berat badan dikatakan naik apabila dilakukan penimbangan setiap minggunya berat badan anak mengalami kenaikan berturut-turut. Sedangkan berat badan dikatakan turun apabila dilakukan penimbangan berat badan setiap minggunya mengalami penurunan berturut-turut. Misalnya minggu pertama berat badan 11 kg, minggu kedua 11,5 kg dan minggu ketiga 12,5 kg , maka berat badan dikatakan naik karena ada peningkatan berat badan sebesar 500 gram dan 1000 gram pada minggu kedua dan ketiga. Sebaliknya jika minggu pertama berat badan 11 kg, minggu kedua 10,5 kg dan minggu ketiga 10 kg maka berat badan dikatakan turun karena mengalami penurunan berat badan sebesar 500 gram pada minggu kedua dan ketiga. Selain itu, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar minimal berat badan dan rentang penambahan berat badan anak laki-laki dan perempuan usia 12-59 bulan berdasarkan indeks berat badan menurut umur dikatakan naik apabila berat badan mengalami kenaikan 0,1 kg - 0,2 kg (100 gram – 200 gram/bulan).