

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pendampingan Gizi

1. Pengertian Pendampingan Gizi

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran atau solusi, menyampaikan layanan atau bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerja sama.

Pendampingan gizi menurut Departemen Kesehatan (2007) dilaksanakan dengan prinsip-prinsip:

- a. Pemberdayaan keluarga atau masyarakat.
- b. Partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi.
- c. Melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif.
- d. Tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator.

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita.

Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Ayu, 2008).

2. Tujuan Pendampingan Gizi

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita melalui kegiatan pendampingan (Ayu, 2008). Berdasarkan buku saku kader pendamping menuju KADARZI, yang menjadi tujuan khusus program pendampingan gizi adalah:

- a. Menurunkan prevalensi *stunting* anak balita.
- b. Membawa balitanya datang ke posyandu secara teratur tiap bulan.
- c. Meningkatkan pengetahuan gizi keluarga.
- d. Memberikan ASI saja kepada bayi sampai berusia 6 (enam) bulan.
- e. Makan beraneka ragam makanan.
- f. Menggunakan garam beryodium.
- g. Minum kapsul vitamin A bagi balita, ibu nifas; dan tablet tambah darah bagi ibu hamil sesuai anjuran.
- h. Meningkatkan keluarga sadar gizi.
- i. Meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu

3. Sasaran Pendampingan Gizi

Didalam pedoman pendampingan KADARZI, sasaran pendampingan adalah keluarga yang bermasalah gizi diutamakan keluarga yang mempunyai balita dan ibu hamil dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Keluarga yang mempunyai balita yang termasuk dalam kategori pendek (-3 SD sampai dengan <-2 SD) dan sangat pendek (<-3 SD).
- b. Ibu hamil yang sangat kurus (KEK)
- c. Ibu hamil yang mengalami gejala kurang darah (anemia) yaitu pucat, lesu, cepat lelah, dan mudah mengantuk.

4. Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

Tenaga Gizi Pendamping adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi dan pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan ini di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat di desa miskin.

Tenaga Gizi Pendamping dalam Ayu (2008), selama di desa akan melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

- a. Melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD).
- b. Mengolah dan analisis data.
- c. Membuat daftar keluarga yang mempunyai batita yang menderita *stunting* serta keluarga yang tidak pernah atau tidak teratur membawa anaknya ke posyandu.
- d. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
- e. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran.
- f. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan.
- g. Mengidentifikasi masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran.
- h. Melaksanakan intervensi gizi sesuai dengan pendekatan yang telah dipilih.
- i. Memberikan nasihat gizi pada keluarga sasaran sesuai dengan permasalahannya.
- j. Melaksanakan penyuluhan gizi di posyandu atau ditempat yang memungkinkan untuk diadakan penyuluhan.
- k. Menggerakkan keluarga yang mempunyai bayi dan atau anak balita untuk membawa anaknya ke posyandu setiap bulan.
- l. Melakukan pembinaan posyandu.
- m. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah kerjanya memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS).
- n. Mencatat data SKDN tiap bulan.
- o. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi (kapsul vitamin A dan tablet besi)

- p. Menganjurkan keluarga sasaran untuk menggunakan garam beryodium.
- q. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan/perawatan.
- r. Menilai status gizi sasaran setiap bulan dan melaporkan secara berkala.
- s. Melakukan pengumpulan data akhir dan mengevaluasi perubahan status gizi, kadarzi, dan partisipasi masyarakat (D/S).
- t. Memberikan paket intervensi gizi pada kelompok sasaran.
- u. Membina hubungan kerjasama yang baik dan melakukan koordinasi dengan petugas gizi, bidan desa, dan petugas kesehatan lain di wilayah kerja.

5. 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.

2) Penguatan

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 untuk mempraktekkan secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang telah dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak dikunjungi kecuali pada hari terakhir pendampingan dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap perubahan setelah pendampingan. Perubahan yang akan dinilai pada saat akhir sesi ini adalah pengetahuan ibu balita tentang *stunting* dengan *post test* serta tingkat konsumsi kalsium dan fosfor.

6. Metode Pendampingan Gizi

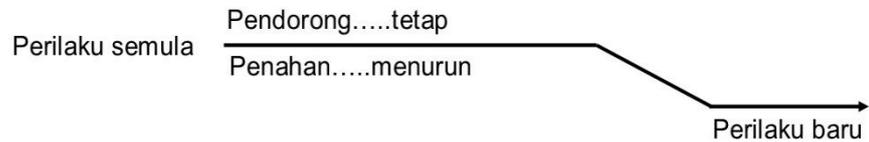
Metode pendidikan yang digunakan dalam pendampingan adalah metode pendidikan individual (perorangan) dengan bentuk pendekatan penyuluhan. Dengan cara ini kontak antara ibu dan anak dengan petugas lebih intensif (Amir, 2008). Metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Bentuk dari pendekatan individual menurut Notoatmodjo (2007), antara lain:

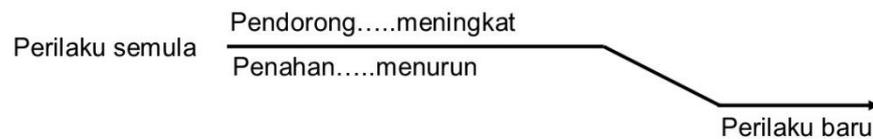
a. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela

- 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 semacam ini jelas akan terjadi perubahan perilaku.



Menurut Notoatmodjo (2012), bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Dibawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga.

- a. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

- b. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

- c. Kesiapan untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan

setiap orang mempunyai ksediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam suatu masyarakat mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda, meskipun kondisinya sama.

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3.

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 atau 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.

B. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012).

2. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2012) mempunyai enam tingkatan yang terdiri dari tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*).

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan terhadap objek yang telah dipelajari.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan-penggunaan kata kerja.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis 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.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini 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.

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 diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmodjo, 2012).

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Tingkat Pengetahuan

Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) antara lain:

a. **Tingkat Pendidikan**

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah pula memahami hal baru dan menyelesaikan aneka persoalan yang berkaitan dengannya.

b. **Informasi**

Seseorang yang memiliki keluasan informasi akan semakin memberikan pengetahuan yang lebih jelas.

c. **Budaya**

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena sesuatu hal yang sampai kepada dirinya biasanya terlebih dahulu disaring berdasarkan kebudayaan yang mengikatnya.

d. **Pengalaman**

Pengalaman disini berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, maksudnya pendidikan yang tinggi akan mempunyai pengalaman yang luas seiring dengan umur semakin banyak (semakin tua).

e. **Sosial Ekonomi**

Tingkatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup disesuaikan dengan penghasilan yang ada sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki harus dipergunakan semaksimal mungkin. Begitupun dalam mencari bantuan ke sarana kesehatan yang ada akan disesuaikan dengan pendapatan yang ada.

4. Cara-Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Kholid (2015) dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

a. Cara Tradisional atau Nonilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain:

1) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, maka akan dicoba dengan kemungkinan yang lain.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Prinsip dari cara ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai aktivitas tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenaran, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang dikemukakannya adalah benar.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan pada masa yang lalu. Namun, perlu diperhatikan bahwa tidak semua pengalaman pribadi dapat menuntun seseorang

untuk menarik kesimpulan dari pengalaman dengan benar diperlukan berpikir kritis dan logis.

4) Melalui jalan pikiran

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi adalah proses pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus.

b. Cara Modern atau Ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada saat ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan cara mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek penelitiannya.

C. Tingkat Konsumsi Kalsium dan Fosfor

Keadaan kesehatan gizi setiap orang tergantung dari tingkat konsumsinya. Sediaoetama (2010) mengatakan bahwa tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas dari suatu makanan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lainnya. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Jika susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sifat kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya.

Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang sebaik-baiknya disebut dengan konsumsi adekuat. Jika konsumsi baik kualitasnya dan dalam jumlah yang melebihi kebutuhan tubuh, maka dinamakan dengan konsumsi berlebih dan akan terjadi suatu keadaan gizi lebih. Sebaliknya jika konsumsi yang kurang baik kualitas maupun kuantitasnya maka akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, 2010).

Salah satu penyebab *stunting*, seperti yang sudah disebutkan pada halaman 29, adalah asupan makanan. Asupan makanan tersebut terdiri dari zat gizi makro dan zat gizi mikro, salah satu zat gizi mikro yang memengaruhi kejadian *stunting* adalah mineral. Widjaja (2007) mengatakan bahwa mineral merupakan katalisator yang sangat membantu dalam proses pencernaan dan metabolisme tubuh. Kebutuhan mineral pada balita terus meningkat sejalan dengan penambahan berat badan. Angka kecukupan gizi balita terdapat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 1. Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk bayi dan balita (perorang perhari)

Uraian	Golongan Umur			
	0—6 Bulan	7—11 Bulan	1—3 tahun	4—5 tahun
Energi (Kkal)	550	725	1.125	1.600
Protein (g)	12	18	26	35
Lemak (g)	34	36	44	62
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
Zinc (mg)	-	3	4	5

Sumber: Tabel Angka Kecukupan Gizi (2013).

1. Tingkat Konsumsi Kalsium

Kalsium merupakan mineral yang paling banyak terdapat di dalam tubuh dan merupakan salah satu zat yang dibutuhkan sejak usia bayi hingga dewasa. Kira-kira sebanyak 99% kalsium terdapat di dalam jaringan keras, yaitu tulang dan gigi (Almatsier, 2009). Peranan kalsium tidak hanya pada pembentukan tulang dan gigi, namun juga memegang peranan penting pada pembekuan darah, mengaktifkan reaksi enzim dan reaksi hormon, memelihara dan meningkatkan fungsi membran sel, serta eksitabilitas syaraf otot (Suhardjo, 2010).

a. Fungsi Kalsium

Menurut Almatsier (2009) kalsium mempunyai berbagai fungsi dalam tubuh, yaitu:

- 1) Pembentukan tulang
- 2) Pembentukan gigi
- 3) Mengatur pembekuan darah
- 4) Katalisator reaksi-reaksi biologik
- 5) Kontraksi otot

b. Sumber Kalsium

Menurut Almatsier (2009), sumber kalsium utama adalah susu dan hasil susu. Ikan dimakan dengan tulang, termasuk ikan kering merupakan sumber kalsium yang baik. Sereal, kacang-kacangan dan hasil kacang-kacangan, tahu dan tempe, dan sayuran hijau merupakan sumber kalsium yang baik juga, tetapi bahan makanan ini mengandung banyak zat yang menghambat penyerapan kalsium seperti serat, fitat, dan oksalat. Susu *non-fat* merupakan sumber terbaik kalsium, karena ketersediaannya biologiknya yang tinggi. Kandungan kalsium beberapa bahan makanan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2. Nilai Kalsium Berbagai Bahan Makanan (mg/100 gram)

Bahan Makanan	Mg	Bahan Makanan	Mg
Susu bubuk	904	Tahu	124
Keju	777	Kacang merah	80
Susu sapi segar	143	Kacang tanah	58
Yoghurt	120	Oncom	96
Udang kering	1209	Tepung kacang kedelai	195
Teri kering	1200	Bayam	265
Sardines (kaleng)	354	Sawi	220
Telur bebek	56	Daun melinjo	219
Telur ayam	54	Katuk	204
Ayam	14	Selada air	182
Daging sapi	11	Daun singkong	165
Susu kental manis	275	Ketela pohon	33
Kacang kedelai, kering	227	Kentang	11
Tempe kacang kedelai murni	129	Jagung kuning, pipil	10

Sumber: Daftar Komposisi Bahan Makanan (1979).

c. Akibat Kekurangan Kalsium

Kekurangan kalsium pada masa pertumbuhan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yaitu tulang kurang kuat, mudah bengkok dan rapuh.

Jika pada orang dewasa kekurangan kalsium akan mengalami osteoporosis, karena pada saat usia 50 tahun akan kehilangan kalsium dari tulangnya dan dapat dipercepat oleh keadaan stress sehari-hari. Osteoporosis lebih banyak terjadi pada wanita daripada laki-laki dan lebih banyak terjadi pada orang kulit putih daripada kulit berwarna. Di samping itu osteoporosis lebih banyak terjadi pada perokok dan peminum alkohol.

Kekurangan kalsium dapat pula menyebabkan osteomalasia, yang dinamakan juga riketsia pada orang dewasa dan biasanya terjadi karena kekurangan vitamin D dan ketidakseimbangan konsumsi kalsium terhadap fosfor. Mineralisasi matriks tulang terganggu, sehingga kandungan kalsium di dalam tulang menurun.

Kadar kalsium darah yang sangat rendah dapat menyebabkan *tetani* atau kejang. Kepekaan serabut saraf dan pusat saraf terhadap rangsangan meningkat, sehingga terjadi kejang otot misalnya pada kaki. Tetani dapat terjadi pada ibu hamil yang makannya terlalu sedikit mengandung kalsium atau terlalu tinggi mengandung fosfor. Tetani kadang terjadi pada bayi baru lahir yang diberi minuman susu sapi yang tidak diencerkan yang mempunyai rasio kalsium : fosfor rendah (Almatsier, 2009).

d. Akibat Kelebihan Kalsium

Kelebihan kalsium dapat menimbulkan batu ginjal atau gangguan ginjal. Di samping itu, dapat menyebabkan konstipasi (susah buang air besar). Kelebihan kalsium dapat terjadi bila menggunakan suplemen kalsium berupa tablet atau bentuk lain (Almatsier, 2009).

2. Tingkat Konsumsi Fosfor

Fosfor merupakan mineral kedua terbanyak di dalam tubuh, bagian terbesar fosfor tubuh bergabung dengan kalsium di dalam jaringan tulang dan gigi (Beck, 2000). Otot, otak dan sistem saraf merupakan bagian yang kaya fosfor dan akan berkurang ketika terserang penyakit dan kurang gizi, dengan banyak konsekuensi fungsional (Lean, 2013).

a. Fungsi Fosfor

Almatsier (2009) mengatakan bahwa fosfor mempunyai berbagai fungsi dalam tubuh yaitu:

1) Klasifikasi tulang dan gigi

Klasifikasi tulang dan gigi diawali dengan pengendapan fosfor pada matriks tulang. Kekurangan fosfor menyebabkan peningkatan enzim fosfatase yang diperlukan untuk melepas fosfor dari jaringan tubuh ke dalam darah agar diperoleh perbandingan kalsium terhadap fosfor yang sesuai untuk pertumbuhan tulang.

2) Mengatur pengalihan energi

Melalui proses fosforilasi fosfor mengaktifkan berbagai enzim dan vitamin B dalam pengalihan energi pada metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.

3) Absorpsi dan transportasi zat gizi

Dalam bentuk fosfat, fosfor berperan sebagai alat angkut untuk membawa zat-zat gizi menyebrangi membran sel atau di dalam aliran darah. Proses ini dinamakan fosforilasi dan terjadi pada absorpsi di dalam saluran cerna, pelepasan zat gizi dari aliran darah ke dalam cairan interseluler dan pengalihannya ke dalam sel. Lemak yang tidak larut dalam air, diangkut di dalam darah dalam bentuk fosfolipida. Fosfolipida adalah ikatan fosfat dengan molekul lemak, sehingga lemak menjadi lebih larut. Glikogen yang dilepas dari simpanan hati atau otot berada di dalam darah terikat dengan fosfor.

4) Pengaturan keseimbangan asam-basa

Fosfat memegang peranan penting sebagai buffer untuk mencegah perubahan tingkat keasaman cairan tubuh. Ini terjadi karena kemampuan fosfor mengikat tambahan ion hidrogen.

5) Bagian dari ikatan tubuh esensial

Vitamin dan enzim tertentu hanya dapat berfungsi bila terlebih dahulu mengalami fosforilasi. Fosfat merupakan bagian esensial dari DNA dan RNA, bahan pembawa kode gen/keturunan yang terdapat di dalam inti sel dan sitoplasma semua sel hidup yang dibutuhkan untuk reproduksi sel.

b. Sumber Fosfor

Menurut Almatsier (2009), fosfor ada di semua sel makhluk hidup, fosfor terdapat di dalam semua bahan makanan, terutama makanan kaya protein, seperti daging, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahannya, kacang-kacangan dan hasil olahannya, serta sereal. Saat memasak makanan sumber fosfor hindarkan dari perendaman dan gunakan air tidak terlalu banyak (Devi, 2010). Kandungan fosfor beberapa bahan makanan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3. Nilai Fosfor Berbagai Bahan Makanan (mg/100 gram)

Bahan Makanan	Mg	Bahan Makanan	Mg
Ayam	200	Kacang hijau	320
Daging sapi	170	Kelapa tua, daging	98
Telur ayam	180	Tahu	63
Telur bebek	175	Jagung kuning, pipil	256
Tepung susu	694	Beras setengah giling	221
Susu kental manis	209	Tepung terigu	106
Susu sapi	60	Roti putih	95
Keju	338	Biskuit	87
Teri kering	1500	Kentang	56
Sardines (kaleng)	434	Mie kering	47
Udang segar	170	Ketela pohon	40
Ikan segar	150	Gula kelapa	37
Kacang kedelai kering	585	Bayam	67
Kacang merah	400	Daun singkong	54
Kacang tanah terkelupas	335	Wortel	37
Tempe kacang kedelai murni	154	Pisang ambon	28

Sumber: Daftar Komposisi Bahan Makanan (1979).

c. Akibat Kekurangan Fosfor

Kekurangan fosfor bisa terjadi bila menggunakan obat antasid untuk menetralkan asam lambung, seperti aluminium hidroksida untuk jangka lama. Aluminium hidroksida mengikat fosfor, sehingga tidak dapat diabsorpsi. Kekurangan fosfor juga bisa terjadi pada penderita yang kehilangan banyak cairan melalui urin (Almatsier, 2009).

Kekurangan fosfor menyebabkan kerusakan tulang. Gejalanya adalah rasa lelah, kurang nafsu makan dan kerusakan tulang. Bayi prematur juga dapat menderita kekurangan fosfor, karena cepatnya pembentukan tulang sehingga kebutuhan fosfor tidak bisa dipenuhi oleh ASI (Almatsier, 2009).

d. Akibat Kelebihan Fosfor

Kelebihan fosfor karena makanan jarang terjadi. Bila kadar fosfor darah terlalu tinggi, ion fosfat akan mengikat kalsium sehingga dapat menimbulkan kejang (Almatsier, 2009).

D. Stunting

1. Pengertian Stunting

Stunting adalah keadaan terganggunya pertumbuhan pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis dan atau penyakit infeksi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya, ditunjukkan dengan nilai z-score panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) < -2 SD berdasarkan standar WHO. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 1995/MENKES/SK/II/2010 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).

Tabel 4. Kategori dan Ambang Batas Stunting

Indikator	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 1995/MENKES/SK/XII/2010

2. Penyebab Stunting

Menurut UNICEF, pertumbuhan dipengaruhi oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung diantaranya adalah asupan makanan dan penyakit infeksi. Sedangkan untuk penyebab tidak langsung diantaranya adalah ketersediaan pangan rumah tangga, pola asuh, dan pelayanan kesehatan.

a. Asupan Makanan

Usia balita merupakan masa dimana proses pertumbuhan dan perkembangan terjadi sangat pesat. Pada masa ini balita membutuhkan asupan zat gizi yang cukup dalam jumlah dan kualitas yang lebih banyak, karena pada umumnya aktivitas fisik yang cukup tinggi dan masih dalam proses belajar. Apabila intake zat gizi tidak terpenuhi maka pertumbuhan fisik dan intelektualitas balita akan mengalami gangguan (Welasasih dan Wirjatmadi, 2012).

Stunting merupakan keadaan yang ditimbulkan akibat kekurangan nutrisi (malnutrisi). Kejadian malnutrisi tidak hanya disebabkan kekurangan asupan zat gizi makro, tetapi juga kekurangan asupan zat gizi mikro. Oleh karena itu, asupan makanan bergizi dan pola makan yang tepat akan sangat mempengaruhi tumbuh kembang seorang anak dan generasi masa depan sebuah bangsa (Nurbaiti et al., 2014).

b. Penyakit Infeksi

Balita yang sering mendapat infeksi dalam waktu yang lama tidak hanya berpengaruh terhadap berat badannya akan tetapi juga juga berdampak pada pertumbuhan linier. Infeksi juga mempunyai kontribusi terhadap defisiensi energi, protein, dan gizi lain (Welasasih dan Wirjatmadi, 2012). Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga masukan zat gizi berkurang padahal anak justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak. Penyakit infeksi sering disertai oleh diare dan muntah yang menyebabkan penderita kehilangan cairan dan sejumlah zat gizi

seperti mineral dan sebagainya (Moehji, 2002 dalam Welasasih dan Wirjatmadi, 2012).

c. Praktek Pengasuhan yang Kurang Baik

Pola asuh adalah pola pengasuhan anak yang berlaku dalam keluarga, yaitu bagaimana keluarga membentuk perilaku generasi berikut sesuai dengan norma dan nilai yang baik dan sesuai dengan kehidupan masyarakat (Hardywinoto dan Setiabudhi, 2002). Pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Secara lebih spesifik, kekurangan gizi dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan, lebih penting lagi keterlambatan perkembangan otak dan dapat pula terjadinya penurunan atau rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Pada masa ini juga anak masih benar-benar tergantung pada perawatan dan pengasuhan oleh ibunya (Lubis 2008 dalam Rahmayana, dkk 2014).

Menurut Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2017), praktik pengasuhan juga termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah melahirkan.

d. Terbatasnya Pelayanan Kesehatan

Definisi pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

e. Kurangnya Akses Pangan Suatu Keluarga

Menurut Ardiani dan Wiratmadji dalam Masrin, dkk (2014), balita dikatakan memiliki akses kurang terhadap pangan jika kualitas dan kuantitas komposisi menu hariannya kurang lengkap serta frekuensi lauk nabati yang lebih dominan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Masrin, dkk mengatakan bila rumah tangga dengan kategori tahan pangan memiliki anggota keluarga yang mempunyai akses terhadap pangan, baik jumlah maupun mutunya dan hal ini akan berdampak pada terpenuhinya kebutuhan gizi sehingga tercapai status gizi yang optimal. Balita yang berada dalam kondisi rumah tangga tahan pangan memiliki tingkat kecukupan energi dan protein yang baik. Berbeda dengan baduta dari keluarga rawan pangan yang mengalami keterlambatan pertumbuhan karena kurang memiliki akses terhadap pangan, sehingga porsi makan dikurangi untuk berbagi dengan anggota keluarga lainnya.

3. Dampak Stunting

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh *stunting* menurut Buku Saku Desa dalam Penanganan *Stunting* (2017) adalah:

- a. Jangka pendek yakni terganggunya perkembangan otak, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.
- b. Jangka panjang 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.

4. Ciri-Ciri Stunting

Ciri-Ciri anak *stunting* menurut Buku Saku Desa dalam Penanganan *Stunting* (2017) adalah:

- a. Pertumbuhan melambat
- b. Tanda pubertas terlambat.
- c. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar.
- d. Pertumbuhan gigi terlambat.
- e. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan *eye contact*.
- f. Wajah tampak lebih muda dari usianya.

E. Media Pendidikan Gizi

1. Pengertian Media Pendidikan Gizi

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.

Menurut Santoso Karo-Karo (1984) dalam Supriasa (2013) yang dimaksud dengan alat peraga dalam pendidikan kesehatan adalah semua alat, bahan, atau apa pun yang digunakan sebagai media untuk pesan-pesan yang akan disampaikan dengan maksud untuk lebih mudah memperjelas pesan atau untuk lebih memperluas jangkauan pesan.

2. Manfaat Media Pendidikan Gizi

Manfaat media pendidikan gizi berdasarkan Notoatmodjo (2012), 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 atau masyarakat.
- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

3. Syarat Media Pendidikan

Menurut Supariasa (2013), agar dapat meningkatkan efektivitas proses pendidikan gizi alat peraga harus memenuhi syarat sebagai berikut:

a. Harus menarik

Menarik dapat dilihat dari desain atau tata letak, pewarnaan, isi pesan, dan bahan alat peraga tersebut tidak mudah rusak.

b. Disesuaikan dengan sasaran didik

Sasaran didik dalam pendidikan gizi berbeda-beda. Sasaran dapat dilihat dari segi umur, yaitu: anak, remaja, dewasa, dan orang tua atau lanjut usia; dari segi tingkat pendidikan, yaitu tingkat SD, SMP, SMA, dan perguruan tinggi; dari suku daerah, yaitu dari Batak, Sunda, Jawa, dan Bali; dan dapat dilihat dari segi latar belakang budaya dan pengalamannya.

c. Mudah ditangkap, singkat, dan jelas

Alat peraga yang baik tidak boleh menimbulkan multi-interpretasi dan persepsi yang berbeda-beda. Bahasa yang digunakan disesuaikan dengan tempat alat peraga tersebut digunakan. Menggunakan bahasa atau kata yang singkat dan jelas.

d. Sesuai dengan pesan yang hendak disampaikan

Pesan dapat disajikan dalam bentuk gambar dan kata-kata. Antara gambar dan kata-kata harus sesuai dan saling berhubungan. Pesan tersebut mengacu kepada tujuan alat peraga tersebut.

e. Sopan

Alat peraga tersebut tidak boleh melanggar norma, etika, dan budaya yang ada di tempat alat peraga tersebut digunakan.

4. Booklet

a. Pengertian Booklet

Booklet ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku yang berisi tulisan dan gambar. Booklet merupakan sebuah 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 (Suiraoaka dan Supariasa, 2012).

Dalam pembuatan media pendidikan kesehatan jenis booklet, perlu memperhatikan elemen saat merancang. Booklet sebagai buku dengan teks berbasis cetakan menuntut enam elemen yang perlu diperhatikan (Arsyad, 2011) yaitu:

a. Konsistensi

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

b. 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.

c. Organisasi

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

d. 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.

e. 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.

f. Ruang (spasi) kosong

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

b. Kekuatan Booklet

Kekuatan booklet menurut Suiroaka dan Supriasa (2012) 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

Kelemahan booklet menurut Suiroaka dan Supriasa (2012) adalah:

- 1) Menuntut kemampuan baca
- 2) Menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah.

F. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) dan Amir (2008) menunjukkan bahwa pengetahuan ibu mengalami peningkatan setelah diberikan kegiatan pendampingan gizi. Untuk hasil penelitian Ayu (2008), menunjukkan peningkatan skor pengetahuan ibu pada bulan ke-1, bulan ke-2, dan bulan ke-3 pasca pendampingan cukup tinggi ($p = 0.001$). Hasil

penelitian Amir (2008), juga menunjukkan peningkatan skor pengetahuan ibu yang bermakna ($p = 0.0001$) dengan rerata skor pengetahuan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rifa'i, dkk (2013) menyatakan bahwa pada hasil penelitian mereka juga menunjukkan ada peningkatan pengetahuan ibu balita setelah diberikan pendampingan gizi. Rata-rata peningkatan pengetahuan pada kelompok pendampingan dari 81,92% menjadi 92,38% dengan beda 10,4%, kemudian pada kelompok penyuluhan dari 85,04% menjadi 88,3% dengan beda 3,32%, dan pada kelompok kontrol dari 82,4% menjadi 85,03% dengan beda 2,62%. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pendampingan ($p = 0.000$), pada kelompok penyuluhan ($p = 0.001$) dan pada kelompok kontrol ($p = 0.004$).

G. Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Tingkat Konsumsi

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pada tingkat konsumsi energi dan tingkat konsumsi protein setelah diberikan intervensi 3 bulan pendampingan. Dalam penelitian ini menyatakan ada perbedaan tingkat kecukupan energi dan protein balita KEP sebelum pendampingan, maupun pada 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p = 0.001$) yang berarti bahwa dengan melakukan pendampingan gizi dapat meningkatkan tingkat konsumsi balita KEP.

Penelitian lainnya yang sejalan dilakukan oleh Amir (2008) yaitu rerata peningkatan tingkat konsumsi energi antara kelompok intervensi pendampingan lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol ($p < 0.0001$), sedangkan untuk rerata peningkatan tingkat konsumsi protein tidak terdapat perbedaan peningkatan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol ($p = 0.292$).

H. Pengaruh Tingkat Konsumsi Kalsium dan Fosfor terhadap Kejadian *Stunting*

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2016) menunjukkan bahwa rata-rata asupan kalsium dan fosfor dalam setahun terakhir signifikan lebih rendah pada anak *stunting* dibandingkan dengan anak yang tidak *stunting* ($p < 0.05$), sedangkan rata-rata asupan fosfor tergolong cukup. Namun, baik pada kelompok *stunting* maupun tidak *stunting* memiliki persentase asupan kalsium ($p = 0.0063$) serta fosfor ($p = 0.0047$) yang cukup.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chairunnisa (2017), terdapat perbedaan rerata asupan kalsium ($p = 0.003$) dan fosfor ($p = 0.001$) antara kelompok kasus dan kontrol. Pada kelompok kasus rerata asupan kalsium dan fosfor lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan rerata asupan kalsium dan fosfor pada anak *stunting* juga lebih rendah dibandingkan asupan kalsium dan fosfor pada anak tidak *stunting*.

Maka dari itu diperlukannya mengonsumsi kalsium dan fosfor guna untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan tulang, hal ini sangat penting diperhatikan pada anak yang sedang dalam masa pertumbuhan karena dapat memengaruhi pertumbuhan dan kondisi kesehatan mereka pada saat dewasa dan pada kehidupan selanjutnya.