**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Masalah *Stunting* pada Baduta**
	1. **Pengertian Baduta *Stunting***

Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah masa balita, karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Balita merupakan masa pertumbuhan tubuh dan otak yang sangat pesat dalam mencapai keoptimalan fungsinya. Pada masa balita perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensi yang berjalan sangat cepat, hal ini merupakan landasan perkembangan berikutnya (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Masa balita adalah saat yang tepat untuk dilakukannya latihan mengendalikan diri atau biasa disebut sebagai *toilet training.* Pada usia ini, balita mulai berlatih untuk mengikuti aturan melalui proses penahanan keinginan untuk membuang kotoran (Susilowati dan Kuspriyanto, 2016). Masa tumbuh kembang merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa emas (Sutomo dan Anggraini, 2010).

Menurut Adriani dan Wirjatmadi (2012) balita adalah individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentang usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0 – 2 tahun), golongan batita (2 – 3 tahun) dan golongan prasekolah (> 3 – 5 tahun). Adapun menurut WHO dalam Adriani dan Wirjatmadi (2012) kelompok usia balita adalah 0 – 60 bulan. Balita normal dan balita dengan pertumbuhan terganggu pada awalnya mengalami tingkatan pertumbuhan yang sama, biasanya hal ini terjadi pada usia bayi, namun pada usia balita perbedaan pertumbuhan akan terlihat. Pada balita yang mendapatkan asupan gizi secara baik saat usia bayi dan janin akan tumbuh secara normal sesuai dengan usianya. Penelitian Ulfa (2015) diperoleh bahwa bayi yang mendapatkan ASI ekslusif berpeluang mengelami pertumbuhan normal 1,62 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi ASI tidak ekslusif. Penelitian ini diperkuat oleh Ulsafitri dan Jesim (2017) terdapat perbedaan yang bermakna antara pertumbuhan bayi normal yang diberikan ASI ekslusif (47,1%) dan tidak ekslusif (29,4%). Menurut penelitian Handriani (2016) ada hubungan antara status gizi normal dengan tumbuh kembang balita.

Pertumbuhan cepat terjadi pada usia bayi (0 – 1 tahun) dimana pada umur 5 bulan berat badan naik 2 kali berat badan lahir, pada umur 1 tahun naik 3 kali berat badan lahir dan 4 kali berat badan lahir pada umur 2 tahun. Setelah itu, pertambahan berat badan mulai menurun karena anak menggunakan banyak energi untuk bergerak. Pertumbuhan mulai lambat pada masa balita (prasekolah) dimana kenaikan berat badan hanya sekitar 2 kg/tahun sehingga dibutuhkan nutrisi lebih untuk menunjang tumbuh kembangnya (Susilowati dan Kuspriyanto, 2016). Penelitian Agustina dan Listiowati (2012) menunjukkan ada hubungan frekuensi pemberian MP-ASI dengan peningkatan berat badan anak usia dibawah 2 tahun. Lebih lanjut penelitian Wahyuni dan Wahyuningsih (2016) ada hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kenaikan berat badan bayi usia 6 - 12 bulan yang dibuktikan dengan pemberian PMBA yang tepat, sehingga anak cenderung mengalami kenaikan berat badan sebanyak 56,8%.

Menurut Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2017), *stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurang gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi kondisi *stunting* akan tampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar buku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Sedangkan definisi *stunting* menurut Kementerian kesehatan (Kemenkes) dalam TNP2K (2017) adalah anak balita dengan nilai *z-score* kurang dari -2 SD (*stunted*) dan kurang dari -3SD (*severely stunted*). Menurut Sandjaja (2009), keadaan kurang gizi diukur berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan standar, biasanya digunakan pada balita. Kurang gizi kronis disebut juga *stunting,* dimana terjadi pertumbuhan linier pada anak.

Data prevalensi balita *stunting* yang dikumpulkan oleh *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR). Rata-rata Prevalensi balita *stunting* di Indonesia tahun 2005 - 2017 adalah 36,4%. Anak yang menderita *stunting* dapat mengalami kecacatan fisik dan mental, hal ini dapat berlangsung seumur hidup dan dapat mempengaruhi generasi selanjutnya (WHO, 2018). Menurut TNP2K (2017), baduta *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, anak menjadi lebih rentang terkena penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Sehingga *stunting* dapat menghambat perkembangan ekonomi, meningkatnya kemiskinan dan memperlebar ketimpangan. Menurut penelitian Amalia dkk. (2016) selama 2 tahun pertama kehidupan anak dengan *stunting*  memiliki tingkat kecerdasan 10 point lebih rendah dibandingkan anak tanpa *stunting*. Hal ini didukung oleh penelitian Gunasari (2016) menunjukkan ada hubungan antara kejadian *stunting* dengan tingkat kecerdasan intelektual dibawah rata-rata 39,7% dan rendah 31,03% pada anak baru masuk sekolah.

* 1. **Penyebab Baduta *Stunting***

*Stunting* disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita (Ramayulis, 2018). Bebrapa faktor penyebab terjadinya *stunting* menurut TNP2K (2017) yaitu: praktik pengasuhan yang kurang baik, terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *ANC-Ante Natal Car*e (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post-NatalCare* dan pembelajaran dini yang berkualitas, kurangnya akses rumah tangga atau keluarga ke makanan bergizi dan kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Penelitian Aini dkk. (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan faktor kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), ASI ekslusif, pengetahuan ibu dan pendepatan perkapita keluarga dengan kejadian *stunting.* Hal ini diperkuat oleh penelitian Lestari dkk. (2018) ada hubungan antara kejadian *stunting* pada anak sekolah dengan faktor pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan keluarga.

* 1. **Dampak Masalah *Stunting***

Dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang menurut WHO dalam pusat data dan informasi, Kemenkes (2018):

1. Dampak Jangka pendek: Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian, perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak tidak optimal, dan peningkatan biaya kesehatan.
2. Dampak Jangka panjang: Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya), meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya, menurunnya kesehatan reproduksi, kapasitas belajar, performa yang kurang optimal pada masa sekolah serta produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.
	1. **Penanganan Masalah *Stunting***

Penetapan 5 pilar penanganan *stunting* menurut Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2018):

* + 1. Komitmen dan visi pimpinan tertinggi Negara
		2. Kampanye Nasional berfokus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas
		3. Konvergensi, koordinasi program Nasional, daerah dan masyrakat.
		4. Mendorong kebijakan “*Nutritional Food Security”*
	1. **Pemantauan dan Evaluasi.**

*Stunting* merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting*  hingga 40% pada tahun 2025 (Pusat Data dan Informasi Kemenkes, 2018)

Pencegahan *stunting* dilakukan dengan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik ditujukan dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), memiliki kontribusi 30% untuk mengatasi permasalahan gizi pada ibu hamil, ibu menyusui 0 - 6 bulan, ibu menyusui 7 - 23 bulan, anak usia 0 - 6 bulan dan anak usia 7 - 23 bulan. Permasalahan gizi bisa diatasi jika dapat memahami masalah yang terjadi dan mengetahui cara mengatasi sesuai dengan kondisi (Ramayulis dkk., 2018). Intervensi gizi sensitif berkontribusi 70% ditujukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan, sasaranya adalah masyarakat umum tidak khusus untuk 1000 HPK, jenis intervensi gizi menurut TNP2K (2018) antara lain:

* + - 1. Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi.
			2. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan.
			3. Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan gizi ibu serta anak dengan cara penyebar luasan informasi melalui media, konseling gizi untuk merubah perilaku antar pribadi, konseling gizi kepada orang tua, adanya akses pendidikan.
			4. Peningkatan akses pangan bergizi.
1. **Pola Makan**

Pola makan adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai jenis dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Pola makan merupakan perilaku penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan masyarakat. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular terkait gizi, maka pola makan perlu ditingkatkan kearah konsumsi gizi seimbang (Kemenkes, 2014). Oleh karena itu makanan balita seharusnya berpedoman pada gizi seimbang, serta harus memenuhi standar kecukupan balita. Gizi seimbang dapat menjamin tubuh memperoleh makanan yang cukup dan mengandung semua zat gizi dalam jumlah yang dibutuhkan. Dengan zat gizi yang seimbang maka pertumbuhan dan perkembangan balita akan optimal dan daya tahan tubuhnya akan baik sehingga tidak mudah sakit (Dewi dkk., 2013).

Kebutuhan energi dan nutrisi anak hingga usia 6 bulan dapat tercukupi oleh pemberian ASI ekslusif. Setelah itu anak memerlukan tambahan makanan selain ASI, hal ini disebabkan karena ASI hanya memberikan separuh dari kebutuhan energi usia 6 sampai 12 bulan dan memberikan sepertiga dari kebutuhan energi anak usia 12 sampai 24 bulan (UNICEF, 2012). Meskipun ASI tidak dapat memenuhi kebutuhan zat gizi secara lengkap, pemberian ASI tetap dianjurkan karena dibandingkan dengan susu formula bayi, ASI mengandung zat fungsional seperti imunoglobulin, hormon, oligosakarida, dan lain-lain yang tidak terdapat pada susu formula (IDAI, 2015).

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara kualitas dan kuantitas harus memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien bayi sesuai usia, namun kualitas MP-ASI seringkali tidak memadai, terutama dalam hal energi, protein dan mikronutrien (IDAI, 2015). Penelitian Rahmad (2016) menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara asupan zat gizi makroseperti energi dan protein serta zat gizi mikro yang berasaldari MP-ASI sehingga anak memiliki peluang 6,5 kali lebih besar mengalami gangguan pertumbuhan. Lebih lanjut penelitian Rahmad dan Miko (2013) anak memiliki peluang 3,4 kali tidak dapat tumbuh dengan normal akibat pemberian MP-ASI yang salah, hal ini menunjukkan bahwa kualitas MP-ASI yang kurang baik memiliki hubungan signifikan dengan kejadian anak pendek di Kota Banda Aceh.

Pola makan yang baik seharusnya mengacu pada gizi seimbang yaitu terpenuhinya semua zat gizi sesuai dengan kebutuhan. Kebutuhan zat gizi tubuh dapat terpenuhi dengan adanya variasi dan anekaragam bahan makanan, karena dalam bahan makanan tidak ada yang mengandung makro dan mikronutrien secara lengkap (Muliarini, 2010). Upaya untuk penganekaragaman pola makan yaitu dalam rangka untuk meningkatkan status gizi (Almatsier, 2009). Penelitian Hermina dan Prihatini (2011) menunjukkan bahwa konsumsi makanan balita normal lebih beragam dibandingkan balita pendek dengan skor PPH pada balita normal sebesar 96,6, sedangkan pada balita pendek sebesar 88,4. Penelitian ini diperkuat oleh Sari dan Ratnawati (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola pemberian makan yang beragam dengan status gizi balita. Hal ini bermakna jika semakin baik praktik pemberian makan yang dilakukan, maka akan semakin baik pula status gizi balita. Sejalan dengan penelitian Perdani dkk. (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan dalam praktik pemberian makan dengan status gizi anak usia 3 - 5 tahun dan penelitian ini juga menunjukkan bahwa anak yang kurang optimal dalam pemberian makan mempunyai peluang 8 kali untuk memiliki anak dengan status gizi kurang dibandingkan orang tua yang optimal dalam pemberian asupan makan. Pedoman pemberian MP-ASI untuk anak usia 6 – 24 bulan terdapat pada Tabel 1.

Tabel 1. Pedoman Pemberian MP-ASI untuk Anak Usia 6 – 24 Bulan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usia (bulan)** | **Bentuk Makanan** | **Frekuensi** | **Jumlah setiap kali makan** |
| 1. – 9
 | * 1. ASI
	2. Makanan lumat (bubur dan makanan keluarga yang dilumatkan
 | 1. Pemberian ASI sesering mungkin.
2. 2 - 3 x makanan lumat +
3. 1 - 2 x makanan selingan

(buah, biskuit) | 2 - 3 sendok makan penuh setiap kali makan dan tingkatkan secaraperlahan sampai setengah 1/2 dari cangkir mangkuk ukuran 250 ml tiap kali makan |
| 9 – 12 | 1. ASI
2. Makanan lembek atau dicincang. (mudah ditelan)
3. Makanan selingan dapat dipegang anak. Diberikan diantara waktu makan lengkap
 | 1. Pemberian ASI tetap
2. 3 - 4 x makanan lembik
3. 1 - 2 x makanan selingan
 | ½ mangkuk ukuran 250 ml |
| 12 – 24 | 1. Makanan keluarga
2. Makanan yang dicincang atau dihaluskan jika diperlukan
3. ASI
 | 1. 3 - 4 x makanan keluarga
2. 1 - 2x makanan selingan
3. Teruskan pemberian ASI
 | ¾ mangkuk ukuran 250 ml |

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016

Tabel 1 menunjukkan bahwa pedoman pemberian MP-ASI pada baduta usia 6 – 24 bulan terbagi dalam kelompok usia. Bentuk makanan, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI secara bertahap sesuai dengan usia anak. Pemberian MP-ASI bergizi seimbang dilakukan secara bertahap untuk mengembangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan serta menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai tekstur dan rasa. Oleh karena itu pemberian MP-ASI harus mulai diberikan pada anak berumur 6 bulan yang disesuaikan dengan umur dan bentuk makanan. Namun pemberian ASI tetap harus diberikan sampai usia 2 tahun (WHO, 2018).

 Pengumpulan data pola makan dapat dilakukan salah satunya dengan menggunakan metode *food recall* 24 jam. Penilaian pola makan dilakukan dengan menggunakan pendekatan Pola Pangan Harapan (PPH). Menurut Kementerian Pertanian (2015), indokator kualitas konsumsi pangan ditunjukkan oleh skor PPH yang dipengaruhi keragaman dan keseimbangan konsumsi antar kelompok pangan. Menurut Hardinsyah dkk. (2001), PPH adalah susunan beragam pangan yang didasarkan pada sumbangan energi/kelompok pangan (baik secara absolut maupun relative) dari suatu pola ketersediaan dan atau konsumsi pangan. Ada sembilan kelompok pangan yang digunakan untuk menghitung PPH yaitu padi-padian, umbi-umbian, pangan hewani, minyak dan lemak, buah/biji berminyak, kacang-kacangan, gula, buah dan sayur serta lain-lain.

Hardinsyah dkk. (2001) cara menghitung skor PPH sebagai berikut:

1. Hitung jumlah energi masing-masing kelompok bahan makanan
2. Hitung presentase energi masing-masing kelompok bahan makanan tersebut terhadap total energi per hari dengan menggunakan rumus :

*% Terhadap total energi (Kkal) =*

$$\frac{Energi masing-masing kelompok }{jumlah total energi }×100\%$$

1. Hitung skor PPH tiap kelompok bahan makanan dengan rumus sebagai berikut :

*Skor PPH kelompok Bahan Makanan =* $\% terhadap total energi ×Bobot$

Bobot kelompok bahan makanan menurut Hardinsyah dkk. (2001)

Padi-padian : 0,5

Umbi-umbian : 0,5

Pangan hewani : 2,0

Minyak dan lemak : 0,5

Kacang-kacangan : 2,0

Buah/biji berminyak : 0,5

Gula : 0,5

Sayur dan buah : 5,0

1. Jumlah skor PPH semua kelompok bobot makanan sehingga diperoleh total skor PPH.
2. Skor PPH yang diperoleh kemudian dikategorikan menurut Prasetyo dkk. (2013) :

≥ 85 : Baik

70 – 84 : Cukup

55 – 69 : Kurang

<55 : Sangat Kurang

1. **Tingkat Konsumsi**

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dinyatakan dalam persen (Supariasa, 2016). Konsumsi makan adalah faktor langsung penyebab kejadian *stunting.* Makanan akan diubah menjadi energi dan zat gizi lain untuk menunjang semua aktivitas manusia. Makanan yang baik adalah makanan yang bergizi terutama asupan energi dan protein. Kekurangan konsumsi energi dan protein akan menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi, sehingga untuk mengatasi kekurangan tersebut, tubuh akan menggunakan simpanan energi dan protein. Jika keadaan ini berlangsung dalam waktu lama, maka simpanan energi dan protein akan habis, sehingga dapat menimbulkan kerusakan jaringan yang menyebabkan anak mengalami kurang gizi atau *stunting* (Supariasa, 2011).

Kekurangan energi pada anak merupakan indikasi kekurangan zat gizi lain. Apabila kondisi ini dibiarkan dalam jangka waktu lama, maka akan mengakibatkan terhambatnya proses pertumbuhan tulang yang menyebabkan terjadinya permasalahan dengan tinggi badan atau *stunting* pada balita. Kekurangan protein menyebabkan reterdasi pertumbuhan dan kematangan tulang, karena protein adalah zat gizi yang esensial dalam pertumbuhan. Protein memiliki fungsi yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain yaitu membangun serta memlihara sel-sel dan jaringan tubuh (Almatsier, 2009). Menurut penelitian Suiroka dan Nugraha (2011) menunjukkan bahwa ada pengaruh antara tingkat konsumsi energi, protein dan vitamin A dengan kejadian *stunting* pada anak balita. Konsumsi energi dan protein berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak balita dan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Konsumsi energi dan protein yang rendah dapat menjadikan anak balita beresiko mengalami *stunting.* Hal ini sejalan dengan penelitian Rahmawati (2018) menunjukkan bahwa tingkat konsumsi energi yang kurang cenderung mengalami *stunting* 64% dan tingkat konsumsi protein yang kurang dapat beresiko *stunting* 63%. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan konsumsi energi dan protein dengan kejadian *stunting.* Lebih lanjut penelitian Azmi dan Mundiastuti (2018) diketahui bahwa konsumsi energi dan protein berhubungan dengan status gizi (TB/U). Semakin rendah konsumsi energi dan protein maka akan beresiko 4,048 kali dan 1,6 kali lebih besar mengalami *stunting.*

Manusia membutuhkan energi untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik. Asupan energi diperoleh dari bahan makanan yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein. Ketiga zat gizi ini ditemukan dalam jumlah banyak pada bahan pangan (Almatsier, 2001). Apabila asupan nutrisi yang diberikan kurang, maka anak akan mengalami malnutrisi, gizi buruk, kecerdasan otak tidak maksimal, menurunkan daya tahan tubuh dan pertumbuhan serta perkembangan yang terhambat (Supariasa, 2012). Kekurangan energi dan protein dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan terganggu. Gangguan asupan gizi yang bersifat akut menyebabkan anak kurus kering (*wasting*). *Wasting* yaitu berat badan anak tidak sebanding dengan tinggi badan. Jika kekurangan ini bersifsat menahun (kronik), maka dalam jangka waktu yang lama akan terjadi keadaan *stunting* (Rusilanti dkk., 2015). Berikut adalah jumlah energi dan protein dalam satu hari berdasarkan angka kecukupan gizi untuk kelompok usia 1 - 3 tahun, sebagaimana disajikan dalam Tabel 2 (Kemenkes, 2019).

Tabel 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2019

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Golongan usia (bulan)** | **BB (kg)** | **TB** **(cm)** | **Energi (Kkal)** | **Protein (g)** |
| 0 – 6 | 6 | 60 | 550 | 9 |
| 7 – 11 | 9 | 72 | 800 | 15 |
| 12 – 36 | 13 | 92 | 1350 | 20 |

Sumber : Kemenkes RI, 2019.

Menurut Supariasa dkk. (2012) AKG (disajikan pada Tabel 2) bukan menggambarkan AKG individu akan tetapi untuk golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan dan berat badan standar. Menurut Darwin dan Muhilal (1996) dalam Supariasa dkk. (2012), 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 dengan berat badan standar dalam AKG. Perhitungan AKG berdasarkan BB aktual dapat dilakukan dengan rumus:

$$\frac{Berat badan Aktual}{Berat badan standar}×AKG $$

Keterangan:

BB aktual : Berat badan aktual, berdasarkan hasil penimbangan (kg)

BB standar : Berat badan standar mengacu pada tabel angka kebutuhan gizi

AKG : Angka Kebutuhan Gizi yang dianjurkan

Perhitungan tingkat konsumsi energi dan protein menggunakan rumus sebagai berikut:

*Tingkat konsumsi energi =*$\frac{Asupa energi aktual}{Kebutuhan energi berdasarkan BBA}×100\%$

*Tingkat konsumsi protein=* $\frac{Asupan Protein Aktual}{Kebutuhan energi berdasarkan BBA}×100\%$

Hasil perhitungan tingkat konsumsi energi kemudian dikategorikan berdasarkan SDT (Studi Diet Total, 2014):

* 1. Sangat kurang : < 70% AKE
	2. Kurang : 70 - < 100% AKE
	3. Sesuai AKG (Normal) : 100 - < 130% AKE
	4. Lebih besar dari AKG : > 130% AKE

Hasil perhitungan tingkat konsumsi protein kemudian dikategorikan berdasarkan SDT (Studi Diet Total, 2014):

1. Sangat kurang : < 80% AKP
2. Kurang : 80 - < 100% AKP
3. Sesuai AKG (Normal) : 100 - < 120% AKP
4. Lebih besar dari AKG : ≥ 120% AKP
5. **Perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar, namun dalam pemberian respon pada tiap orang berbeda tergantung karakteristik atau faktor-faktor lain dari individu tersebut. Dapat dirumuskan bahwa perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antar berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Teori Bloom membagi perilaku manusia ke dalam tiga domain yakni pengetahuan, sikap dan keterampilan.

* 1. **Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, hal tersebut setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan gizi merupakan pengetahuan tentang makanan yang aman dikonsumsi sehingga tidak menimbulkan penyakit dan cara mengolah makanan yang baik agar zat gizi dalam makanan tidak hilang (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan gizi yang tidak memadai, kurangnya pengertian tentang kebiasaan makan yang baik, serta kurang mengetahui tentang kontribusi gizi dari berbagai jenis makanan akan menimbulkan masalah kecerdasan dan produktifitas. Peningkatan pengetahuan gizi bisa dilakukan dengan program pendidikan gizi yang telah dijalankan oleh pemerintah (TNP2K, 2017). Menurut Almatsier (2002), pengetahuan gizi adalah sesuatu yang diketahui tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan optimal. Berdasarkan penelitian Ni’mah dan Nadhiroh (2015), deketahui bahwa ibu balita yang memilki tingkat pengetahuan gizi yang rendah merupakan faktor kejadian *stunting* pada balita. Hasil ini sejalan dengan penelitian Adelina dkk. (2018) menunjukkan bahwa pengetahuan ibu yang kurang tentang gizi lebih beresiko untuk memiliki balita *stunting.*

Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada keadaan gizi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2007). Ibu yang memiliki pengetahuan, sikap dan praktik tentang kesehatan merupakan faktor penentu status gizi anak (Khomsan, 2004). Semakin tinggi pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan ibu balita maka status gizi anak semakin baik (Hidayah dan Hidayanti, 2013). Penelitian Hapsari (2018) membuktikan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang gizi yang rendah memiliki risiko *stunting* 3,8 kali lebih besar. Kemudain penelitian Rahmawati (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang gizi seimbang dengan asupan protein, lemak dan karbohidrat pada balita usia 2 - 5 tahun. Penelitian ini diperkuat oleh Rakhmawati (2014) menyatakan bahwa pengetahuan tentang gizi yang baik, dapat membuat ibu memilih dan memberikan makan yang berkualitas sehingga dapat memenuhi kecukupan gizi balita.

Pengetahuan diperoleh dari beberapa faktor, antara lain yaitu pendidikan, motivasi dan pengalaman(Notoatmodjo, 2003). Penelitian Ni’mah dan Nadhiroh (2015) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi pengetahuan tentang gizi, hal ini merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita. Lebih lanjut penelitian Irnani dan Sinaga (2017) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi anak dengan pengetahuan ibu, yang mana pengetahuan ibu dipengaruhi oleh pendidikan gizi sebelumnya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden Notoatmodjo (2012). Menurut Baliwati dkk. (2004), pengetahuan subjek mengenai gizi diukur dengan pemberian skor 1 untuk jawaban benar dan jawaban salah diberi skor 0 kemudian di jumlah. Hasil penjumlahan jawaban benar dibagi dengan jumlah seluruh soal dikali 100%. Skor kemuadian dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

1. Baik (> 80% menjawab benar)
2. Sedang (60 -80% menjawab benar)
3. Kurang (< 60% menjawab benar)
	1. **Sikap**

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012). Batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Sikap terbentuk dan dapat dipelajari, oleh karena itu sikap dapat berubah. Sikap memiliki kecenderungan stabil sekalipun sikap itu dapat mengalami perubahan, jika sikap telah terbentuk dan menjadikan nilai dalam kehidupan individu, secara relatif sikap akan bertahan lama. Namun sebaliknya jika sikap belum ada dalam diri individu, maka sikap secara relatif tidak bertahan lama dan mudah berubah (Walgito, 2003). Menurut Notoatmodjo (2007) sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

* + 1. Menerima (*receiving*): Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah.
		2. Merespons (*responding*): Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena di bandingkan dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan.
		3. Menghargai (*valuing*): Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.
		4. Bertanggung jawab (*responsible*): Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Sedangkan secara tidak langsung bisa menggunakan kuesioner dengan 4 skala kategori jawaban yang dikelompokkan menjadi 2 yaitu (Azwar, 2012):

1. Pernyataan Positif

 Sangat setuju : 4

 Setuju : 3

 Tidak setuju : 2

 Sangat tidak setuju : 1

1. Pernyataan Negatif

 Sangat setuju : 4

 Setuju : 3

 Tidak setuju : 2

 Sangat tidak setuju : 1

Hasil yang diperoleh kemudian dihitung dengan rumus:

$$Total nilai = \frac{Nilai yang diperoleh}{Total nilai maksimal} ×100\%$$

Hasil pengolahan data kemudian dikelompokkan dalam tiga kategori berdasarkan (Baliwati dkk., 2004) sebagai berikut:

1. Baik : > 80% menjawab benar
2. Cukup : 60 - 80% menjawab benar
3. Kurang : < 60% menjawab benar
	1. **Keterampilan**

Keterampilan adalah perilaku yang menunjukkan kemampuan individu dalam melakukan tugas mental atau fisik tertentu yang dapat diobservasi (Purnawanto, 2010). Menurut Suprapto (2009), keterampilan adalah kemampuan untuk merealisasikan pengetahuan ke dalam praktik sehingga tercapai hasil yang diinginkan.

Menurut Purnawanto (2010), proses evaluasi keterampilan dilakukan terhadap individu yang berbeda. Pemahaman keterampilan yang diperlukan dalam pekerjaan akan dinilai, baik dalam hal kedalaman maupun variasi. Pemahaman variasi keterampilan tergantung pada kemauan dan kemampuan seseorang dalam mempelajari hal baru.

Cara mengukur indikator keterampilan atau memperoleh data informasi tentang perilaku, memiliki indikator yang berbeda dengan pengetahuan dan sikap. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD) khusus untuk penelitian kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data keterampilan yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). Namun juga dapat dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2003).

Penilaian keterampilan menurut Baliwati (2004) keterampilan subjek dapat diperoleh dari hasil jawaban kuesioner dengan memberi penilaian berdasarkan jawaban *pretest* dan *posttest*, bila jawaban “Ya” diberi skor 1 dan ”Tidak” diberi skor 0, kemudian di jumlah. Hasil penjumlahan jawaban benar dibagi dengan jumlah seluruh soal dikali 100%. Selanjutnya dikelompokkan berdasarkan kriteria yaitu:

* 1. Baik : > 80% jawaban benar
	2. Cukup : 60-80% jawaban benar
	3. Kurang : < 60% jawaban benar
1. **Gizi Seimbang untuk Anak Usia 6 - 24 Bulan**

Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh dengan memerhatikan prinsip keanekaragaman atau variasi makanan, aktifitas fisik, kebersihan dan berat badan ideal. Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak dapat dipenuhi hanya dengan ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, terpapar infeksi dan secara fisik mulai aktif sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas 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, mulai bentuk lumat, makan lembik, dan beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun, sebagaimana disajikan pada Tabel 3 (Kemenkes, 2014).

Tabel 3. Pola Pemberian ASI dan MP-ASI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usia** **(bulan)** | **ASI** | **Makanan Lumat** | **Makanan Lembik** | **Makanan Keluarga** |
| 0 - 6 |  |  |  |  |
| 6 - 9 |  |  |  |  |
| 9 - 12 |  |  |  |  |
| 12 - 24 |  |  |  |  |

Sumber: Kemenkes RI, 2014.

Tabel 3 menunjukkan tahapan pemberian makanan bergizi seimbang untuk MP-ASI dilakukan secara bertahap, dari makanan bertekstur lunak (bubur susu atau bubur saring), lembek (bubur biasa atau nasi tim) hingga padat (nasi biasa atau makanan keluarga), sesuai dengan tingkat usia bayi. Menurut Depkes (2007), setelah bayi berumur 6 bulan, kebutuha gizi meningkat dan tidak dapat dicukupi sepenuhnya dari ASI, pemberian MP-ASI dengan gizi seimbang dilakukan secara bertahap untuk mengembangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan serta menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai tekstur dan rasa. Oleh karena itu pemberian MP-ASI diberikan pada anak berusia 6 bulan yang disesuaikan dengan usia dan bentuk makanan serta pemberian ASI dilanjutkan hingga anak berusia 2 tahun.

* 1. Lanjutkan pemberian ASI sampai usia 2 tahun.

ASI adalah makanan yang ideal untuk bayi sehingga pemberian ASI ekslusif dianjurkan selama masih mencukupi kebutuhan bayi (IDAI, 2015). Pemberian ASI dilanjutkan hingga usia 2 tahun, karena ASI mengandung zat gizi yang penting meskipun jumlah tidak memenuhi kebutuhan, disamping itu hal ini dapat meningkatkan kedekatan secara emosional antara ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kekebalan tubuh bayi hingga dewasa. Pemberian ASI dapat dilakukan dengan beberapa cara. Pertama dengan menyusui langsung pada payudara ibu dan kedua dengan memberikan ASI perah jika ibu bekerja atau terpaksa meninggalkan bayi (Kemenkes, 2014).

* 1. Berikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan.

Pada usia 6 - 24 bulan tidak cukup hanya ASI saja, harus diberikan makanan tambahan atau makanan pendamping ASI. MP-ASI yang baik dan tepat merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi terutama gizi mikro sehingga anak dapat tumbuh kembang secara optimal (Kemenkes, 2014). Pada masa ini anak merupakan konsumen pasif, artinya dia masih menerima saja makanan yang diberikan orang tuanya, maka makanan yang diberikan harus dalam porsi kecil dengan frekuensi sering (7 -8 kali) sehari, terdiri atas tiga kali makan pagi, siang dan sore, 2 - 3 kali makan selingan dan 3 - 4 kali minum susu. Masing-masing usia ini memerlukan makanan yang berbeda sesuai tahap pertumbuhan dan perkembangan saluran pencernaan anak serta kebutuhan gizi (Suhardjo, 2005)**.**

1. **Konseling Gizi Seimbang**

Salah satu upaya untuk mengubah perilaku masyarakat mengenai gizi adalah dengan melakukan konseling gizi. Secara umum konseling merupakan suatu proses komunikasi interpersonal atau dua arah antara konselor dan klien untuk membantu mengatasi serta membuat keputusan yang benar dalam masalah gizi yang dihadapi. Dalam definisi ini melibatkan dua unsur yaitu konselior dan klien. Konselor gizi adalah ahli gizi yang bekerja untuk membantu orang lain (klien) mengenali atau mengatasi masalah gizi yang dihadapi serta mendorong klien untuk mencari dan memilih cara pemecahan masalah gizi secara efektif dan efisien. Sedangkan klien adalah orang yang ingin mendapat bantuan dari seorang konselor dalam hal mengenali, mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam permasalah yang dihadapi (Supariasa, 2012). Menurut Ramayulis dkk. (2018) konseling gizi merupakan suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi. Pelayanan konseling gizi dilakukan selama 60 menit. Tiga puluh menit pertama adalah kegiatan menggali data dantiga puluh kedua merupakan kegiatan diskusi untuk menyepakati strategi pemecahan masalah.

Proses konseling gizi membutuhkan keterampilan komunikasi dan keahlian dalam bidang gizi, fisiologi, dan psikologi yang terfokus pada perubahan perilaku tentang makanan serta hubungannya dengan penyakit atau masalah gizi. Keterampilan komunikasi merupakan dasar dari konseling gizi dengan menggunakan berbagai cara komunikasi verbal maupun non verbal (Ramayulis dkk., 2018).

* 1. Tujuan konseling

Tujuan konseling yaitu dapat membantu klien dalam upaya mengubah perilaku berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang diubah meliputi renah pengetahuan, sikap dan keterampilan dibidang gizi (Supariasa, 2012).

* 1. Manfaat konseling

Menurut Supariasa (2012), proses konseling akan bemanfaat bila terjadi hubungan yang baik antara konselor dan klien. Menurut persagi (2010) dalam buku pendidikan dan konseling gizi, manfaat konseling gizi adalah sebagai berikut:

* + 1. Membantu klien untuk mengenali masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi.
		2. Membantu klien memahami penyebab terjadinya masalah.
		3. Membantu klien untuk mencari alternatif pemecahan masalah.
		4. Membantu klien untuk memilih cara pemecahan masalah yang paling sesuai baginya.
		5. Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.
1. **Pengaruh Konseling Gizi Seimbang terhadap Perilaku Ibu**

Konseling merupakan komunikasi interpersonal yang sering digunakan dalam peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap serta perilaku dalam bidang kesehatan (Nurhayati, 2007). Menurut penelitian Sofiyana dan Noer (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar subjek mengalami perubahan perilaku pemberian makan pada balita setelah konseling gizi khususnya dalam meningkatkan frekuensi makan, bentuk makan serta pemberian selingan. Hal ini sejalan dengan penelitian Hestuningtyas (2013) menyatakan bahwa praktik ibu dalam pemberian makan anak meningkat secara signifikan (p < 0,05) sebelum dan sesudah konseling gizi.

Ibu berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, hal ini dipengaruhi oleh peningkatan pengetahuan dan kesadaran. Pemberian informasi akan meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai suatu hal (Notoatmodjo, 2012). Menurut penelitian Hestuningtyas (2013) peningkatan pengetahuan dan sikap tentang gizi secara signifikan sebesar 18,2% terjadi pada kelompok ibu yang mendapatkan konseling. Hal ini sejalan dengan penelitian Nikmawati dkk. (2010) yang menyebutkan bahwa pendidikan gizi dalam bentuk konseling dapat meningkatkan skor pengetahuan gizi ibu sebesar 17,05 poin. Lebih lanjut penelitian Margareta dkk. (2015) menunjukkan bahwan terdapat peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi pada kelompok perlakuan dengan kategori baik.

Menurut Nurhayati (2007) perubahan sikap dapat dilakukan dengan konseling gizi. Berdasarkan hasil penelitian Hestuningtyas (2013) peningkatan sikap tentang gizi secara signifikan terjadi pada kelompok ibu yang mendapatkan konseling. Hal ini sejalan dengan penelitian Nikmawati dkk. (2010) menunjukkan bahwa rata-rata sikap ibu mendapat konseling gizi lebih besar secara signifikan, yaitu sebanyak 6.75 poin. Lebih lanjut penelitian Margareta dkk. (2015) diketahui bahwa pada kelompok perlakuan, terjadi peningkatan sikap sebesar 33% sbelum dan sesudah konseling gizi.

1. **Pengaruh Konseling Gizi Seimbang terhadap Pola Makan Baduta *Stunting***

Pola makan atau pola konsumsi pangan merupakan susunan jenis dan jumlah pangan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang pada waktu tertentu (Baliwati dkk., 2004). Orang tua termasuk ibu memiliki peranan penting dalam pola makan baduta. Pemberian informasi melalui konseling gizi seimbang kepada ibu baduta berfungsi untuk meningkatkan pengetahuan serta diharapkan dapat meningkatkan pola makan baduta. Sesuai dengan penelitian Wirawan dkk. (2017) edukasi gizi dapat menciptakan dan membentuk kebiasaan yang berkaitan dengan jenis praktik terkait pangan. Edukasi gizi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran ibu terhadap kebutuhan anak dan memperhatikan pola makan keluarga.

Berdasarkan penelitian Chandradewi dkk. (2012), menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan penyuluhan dengan pendampingan selama 3 bulan terdapat perubahan yang signifikan terhadap pola makan anak usia 6 - 24 bulan.Selain itu penelitian Puspitasari (2018) menunjukkan intervensi konseling gizi seimbang selama 4 minggu terdapat peningkatan rata-rata skor PPH sebesar 2,6%. Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pemberian materi konseling sebanyak empat kali untuk memberikan peningkatan terhadap pola makan baduta. Lebih lanjut penelitian Amalia (2017) menunjukkan peningkatan pada skor pola makan balita menjadi kategori cukup atau sesuai standar (95%), hal ini membuktikan bahwa konseling gizi yang diberikan dapat merubah pola makan balita *stunting* hingga sesuai standar.

Terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi skor PPH yaitu tingkat pendidikan ibu dan ekonomi keluarga, hal ini ditunjukkan dengan orang tua balita yang tergolong ekonomi rendah memiliki skor PPH di bawah standar sedangkan untuk ibu balita yang berpendidikan tamat SMA menunjukkan skor PPH tinggi (Haryanto, 2017). Menurut penelitian Hamid dkk. (2013), menunjukkan bahwa pendidikan ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi rumah tangga. Sedangkan untuk hasil penelitian sosial ekonomi diperkuat oleh Widodo dkk. (2017) menunjukkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi rumah tangga maka semakin tinggi skor PPH anak.

1. **Pengaruh Konseling Gizi Seimbang terhadap Tingkat Konsumsi Baduta *Stunting***

Konsumsi makan adalah faktor langsung penyebab kejadian *stunting.* Makanan akan diubah menjadi energi dan zat gizi lain untuk menunjang semua aktivitas manusia. Makanan yang baik adalah makanan yang bergizi terutama asupan energi dan protein (Supariasa, 2011). Edukasi gizi bertujuan untuk membangun kebiasaan dan praktik makan yang sesuai dengan kebutuhan gizi seseorang (Wirawan dkk., 2017). Pemberian makan baduta bergantung pada ibu, ibu memiliki peranan penting dalam asupan makanan yang bergizi. Jumlah dan kualitas makanan yang dibutuhkan untuk konsumsi anak penting untuk direncanakan. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian edukasi salah satunya dengan konseling gizi seimbang diharapkan dapat meningkatkan konsumsi baduta.

Penelitian Fatmawati (2014) menunjukkan bahwa konseling gizi mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam pemberian menu seimbang, sehingga konseling tentang gizi seimbang yang diberikan terhadap ibu responden diterapkan pada menu makanan responden setiap harinya. Menurut penelitian Hidayah dan Hidayanti (2012) menunjukkan rata-rata konsumsi energi dan protein sesudah diberikan konseling lebih tinggi yaitu 991,46 kkal dan 26,91 gram, dibandingkan dengan rata-rata konsumsi energi dan protein sebelum diberikan konseling gizi yaitu 944,76 kkal dan 22,22 gram. Lebih lanjut penelitian Puspitasari (2018) menunjukkan terdapat peningkatan tingkat konsumsi energi dan protein setelah intervensi 3 minggu yaitu sebesar 8,8% dan 13,5%.

1. **Pengaruh Konseling Gizi Seimbang terhadap Kejadian *Stunting***

Menurut Kemnkes (2018), upaya penanganan *stunting* dilakukan dengan cara intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Kegiatan konseling gizi merupakan salah satu upaya dalam intervensi gizi sensitif. Kegiatan ini dilakukan untuk merubah perilaku ibu dengan cara meningkatkan kesadaran dan praktik ibu dalam pengasuhan anak.

Penelitian yang dilakukan oleh Sofiyana (2013) melakukan konseling gizi selama 4 kali dalam satu bulan dengan waktu 30 - 60 menit untuk setiap kali sesi dengan media leaflet. Setelah perlakuan, subjek diberikan *posttest* kemudian dilihat perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan setelah konseling gizi. Terdapat perubahan pengetahuan (13,8%), sikap (15,3%) dan perilaku yang ditunjukkan dengan adanya perubahan dalam pemberian makan, peningkatan frekuensi dan bentuk pemberian makanan selingan. Hal ini sejalan dengan penelitian Hidayah dan Hidayanti (2013) melakukan konseling 2 minggu sekali selama 2 bulan dengan waktu 30 - 60 menit dapat meningkatkan pengetahuan ibu setelah konseling dengan jumlah rata-rata 13,05%. Lebih lanjut penelitian Iriantika (2016) melakukan proses konseling dengan perlakuan sebanyak 4 kali pertemuan selama 1 bulan dengan waktu 45 menit untuk setiap kali sesi. Hal ini dilakukan untuk melihat perubahan sikap dan pemilihan makan setelah dilakukan konseling gizi. Hasil *pretest* dan *posttest* didapatkan bahwa adanya perubahan sikap pada subjek, hal ini terjadi karena subjek telah mendapatkan informasi sesuai kebutuhan.

Dari hasil penelitian yang pernah dilakukan, pemberian konseling gizi seimbang untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu lebih efektif dilakukan selama 4 kali dalam satu bulan.