



IPB University
— Bogor Indonesia —

LAPORAN AKHIR

EVALUASI INTERVENSI DASHAT SEBAGAI PROGRAM PERCEPATAN ATASI *STUNTING*



Prof. Dr. Ir Ali Khomsan
Rania Permata Rifayanto M.Gz
As Syaffa Amalia S.Gz
Alya Firdausi S.Gz



**EVALUASI INTERVENSI DASHAT SEBAGAI
PROGRAM PERCEPATAN ATASI STUNTING**

**PROF DR IR ALI KHOMSAN
RANIA PERMATA RIFAYANTO M.Gz
AS SYAFFA AMALIA ADHA S.Gz
ALYA FIRDAUSI S.Gz**

**INSTITUT PERTANIAN BOGOR
JANUARI 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Kuasa bahwa atas rahmat dan ridho-Nya Laporan Akhir Evaluasi Intervensi DASHAT sebagai Program Percepatan Atasi *Stunting* akhirnya dapat diselesaikan.

Stunting masih menjadi permasalahan gizi yang menonjol di Indonesia. Berbagai program spesifik dan sensitif telah diimplementasikan di tingkat masyarakat dengan target penurunan prevalensi *stunting* menjadi 14% di tahun 2024. Oleh karena itu perlu upaya luar biasa untuk mencapai target yang telah ditetapkan pemerintah.

PT Nestle Indonesia bersama SPEAK Indonesia telah bersinergi dengan BKKBN, DPPKB dan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang untuk melaksanakan kegiatan intervensi pemberian makanan tambahan untuk balita *stunting* di Desa Gintung Kerta Kabupaten Karawang dan Kelurahan Karawang Kulon Kota Karawang. Kegiatan ini merupakan wujud kontribusi pihak swasta di dalam membantu pemerintah mengatasi masalah gizi masyarakat. Di tingkat lapangan intervensi ini mendapat dukungan sepenuhnya dari perangkat desa, kader, PLKB, PKK dan pihak terkait lainnya. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui dampak intervensi terhadap perubahan status gizi, konsumsi makanan, pengetahuan gizi, serta aspek-aspek lainnya.

Sebagaimana diketahui bahwa problem gizi masyarakat adalah fenomena yang kompleks karena berbagai penyebab yang menyertainya. Persoalan akses pangan muncul karena keterbatasan ekonomi dan masalah konsumsi pangan juga dapat terjadi karena adanya tabu makanan. Ketidakcukupan konsumsi pangan menjadi penyebab langsung timbulnya masalah gizi, sementara penyebab tidak langsung di antaranya adalah infeksi, sanitasi, pengetahuan gizi dll.

Berbagai studi intervensi gizi telah dilakukan untuk memperbaiki status gizi balita. Durasi intervensi gizi beragam antara 3-6 bulan dan jenis intervensi juga bervariasi tergantung jenis makanan yang diberikan. Hal ini tentu memberikan dampak yang berbeda pada status gizi anak. Namun pada dasarnya beragam intervensi akan memberikan informasi yang bermanfaat bagi pemangku kepentingan sehingga di masa-masa yang akan datang dapat ditentukan intervensi yang memberikan dampak paling signifikan terhadap perbaikan status gizi balita.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dalam kegiatan Evaluasi Intervensi DASHAT sebagai Program Percepatan Atasi *Stunting*. Semoga Laporan ini bermanfaat.

Bogor, Februari 2023

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL	iv
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
II METODE	3
2.1 Desain, Tempat, Subjek dan Waktu Penelitian	3
2.2 Jenis Data, Cara Pengumpulan dan Pengolahan	3
III HASIL DAN PEMBAHASAN	6
3.1 Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga	6
3.2 Pola Asuh Balita	9
3.3 Partisipasi di Posyandu dan Pemahaman Ibu tentang Status Gizi Anak	10
3.4 Riwayat Kesehatan Anak	11
3.5 Riwayat Pemberian ASI dan Kebiasaan Makan Anak	12
3.6 Partisipasi Program Gizi	14
3.7 Pengetahuan Gizi	16
3.8 Kebiasaan Makan Balita	19
3.9 Kepatuhan Konsumsi	24
3.10 Status Gizi	24
IV SIMPULAN DAN SARAN	27
4.1 Simpulan	28
4.2 Saran	28
DAFTAR PUSTAKA	29

DAFTAR TABEL

1 Pengumpulan data baseline dan endline	4
2 Karakteristik sosial ekonomi keluarga	6
3 Rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan	7
4 Rincian pengeluaran pangan dan non pangan per bulan	7
5 Karakteristik balita peserta program DASHAT	8
6 Berat badan dan tinggi badan balita peserta program DASHAT	9
7 Pola asuh makan balita peserta program DASHAT	9
8 Partisipasi di posyandu dan pemahaman ibu tentang status gizi anak	10
9 Riwayat kesehatan anak (2 minggu terakhir)	11
10 Riwayat ASI eksklusif dan kebiasaan makan anak	12
11 Rumah tangga balita stunting penerima program PMT dan program sensitif	14
12 Frekuensi kunjungan ke posyandu	15
13 Kategori pengetahuan gizi ibu (fase 1)	16
14 Kategori pengetahuan gizi ibu (fase 2)	17
15 Sebaran pengetahuan gizi mengenai topik edukasi gizi (Fase 1)	17
16 Sebaran pengetahuan gizi mengenai topik edukasi gizi (Fase 2)	18
17 Sebaran rata-rata frekuensi konsumsi pangan per bulan	19
18 Rata-rata asupan zat gizi balita	20
19 Tingkat Kecukupan Zat Gizi Balita	21
20 Rata-rata kuantitas konsumsi pangan per kelompok pangan per hari	22
21 Sebaran balita berdasarkan kategori IDDS	23
22 Rata-rata sisa konsumsi makanan	24
23 Rata-rata sisa konsumsi susu	24
24 Status gizi balita peserta program DASHAT	25
25 Hubungan karakteristik subjek dengan status gizi peserta program DASHAT	27

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Presiden memberikan arahan agar ada langkah-langkah luar biasa atau *extraordinary* untuk mengatasi *stunting*. Angka *stunting* di Indonesia ditargetkan turun 14 persen hingga 2024 atau turun 2,7 persen per tahun. Untuk itu telah ditunjuk BKKBN menjadi Ketua Pelaksana Percepatan Penurunan *Stunting*. Pemetaan *stunting* sudah sangat detil dan jelas. Penderita *stunting* sudah dideteksi *by name by address* sehingga data yang ada dapat dijadikan dasar untuk membuat langkah-langkah konkret untuk penanganannya.

Ada dua langkah besar yang harus dilakukan pemerintah yaitu pertama penanggulangan *stunting* dan kedua pencegahan *stunting*. Mengapa kedua langkah ini harus dibedakan? Karena target atau sasarannya berbeda. Penanggulangan *stunting* sasarannya adalah anak-anak balita yang kondisinya saat ini berstatus kurang gizi kronis sehingga mereka menderita *stunting*. Intervensi yang harus diberikan adalah bantuan makanan langsung baik berupa pangan sumber kalori maupun protein atau sumber gizi lainnya. Jika target penanggulangan *stunting* adalah balita, lalu siapa yang menjadi sasaran pencegahan *stunting*? Pertama, remaja putri adalah target jangka panjang yang harus diintervensi. Menyiapkan generasi bebas *stunting* diawali dengan membekali calon ibu dengan kesehatan dan gizi yang baik. Problem yang sering dihadapi remaja putri adalah anemia (kurang darah) dan masalah ini bisa berkelanjutan hingga remaja putri tersebut berkeluarga, hamil dan melahirkan. Potensi bayi lahir *stunting* bisa terjadi karena ibu hamil kurang gizi termasuk anemia.

Sasaran pencegahan *stunting* lainnya adalah ibu hamil kurang energi kronis (KEK) dan rumah tangga miskin yang berisiko melahirkan anak *stunting*. Program-program pencegahan *stunting* kini dikenal dengan istilah intervensi spesifik dan sensitif. Kedua intervensi ini harus dipadukan agar pencegahan masalah *stunting* sifatnya holistik dan berkelanjutan. Contoh intervensi spesifik adalah imunisasi dan pemberian vitamin A untuk balita, pemberian tablet besi untuk ibu hamil, dan pemantauan 1000 hari pertama kehidupan (sejak anak dalam kandungan hingga berusia dua tahun). Program Makanan Tambahan (PMT) di posyandu/puskesmas selama ini hanya difokuskan pada balita gizi buruk dan ibu hamil kurang energi kronis (KEK). Tidak ada program makanan tambahan untuk balita *stunting*.

Intervensi sensitif contohnya adalah intervensi perbaikan kesehatan lingkungan, bantuan jamban sehat, program pengentasan kemiskinan, Program Keluarga Harapan (PKH), serta pemberdayaan perempuan. Kementerian Pertanian menyelenggarakan Program KRPL (Kawasan Rumah Pangan Lestari) dan beberapa tahun terakhir telah membina Kelompok Wanita Tani untuk memanfaatkan pekarangan serta distribusi bantuan ternak unggas untuk memberi kemudahan akses pangan keluarga.

Corporate Social Responsibility (CSR) hendaknya membantu pemerintah melalui program sensitif gizi. Dalam suatu publikasi dinyatakan bahwa program

sensitif gizi berperan 70% dalam pengentasan problem *stunting*, sedangkan peran program spesifik gizi hanya 30%. Jadi, jelas kiranya bahwa mengatasi *stunting* tidak bisa hanya mengandalkan dari program-program spesifik yang dikawal Kementerian Kesehatan, namun kementerian lain yang terkait program sensitif mempunyai tanggung jawab lebih besar.

CSR yang terlibat dalam pemberdayaan masyarakat harus bisa membaca masalah, menggali potensi, dan membina masyarakat agar dapat mengoptimalkan sumberdaya di lingkungan sekitarnya. Pada dasarnya, masyarakat miskin yang banyak mengalami problem gizi termasuk *stunting* perlu dibantu dengan kail dan ikan. Bantuan kail adalah agar masyarakat semakin mandiri, mempunyai ketrampilan untuk memanfaatkan sumberdaya alam untuk menopang kehidupan keluarganya, dan pada akhirnya tercipta masyarakat yang sehat dan sejahtera. Bantuan ikan adalah upaya yang dilakukan oleh siapapun termasuk CSR untuk membantu rumah tangga miskin dengan problem *stunting* agar anak-anak *stunting* dapat memperoleh bantuan pangan bergizi (susu, telur, dan makanan lainnya) dengan gratis atau bersubsidi sehingga anak-anak tersebut dapat mengejar ketertinggalan pertumbuhan tinggi badannya meski tidak seoptimal anak-anak sehat lainnya.

Dapur Sehat Atasi *Stunting* (DASHAT) menjadi program unggulan BKKBN sebagai upaya untuk menurunkan angka *stunting*. DASHAT merupakan upaya memanfaatkan potensi pangan lokal yang sehat, lezat, bergizi serta kekinian melalui kegiatan teori dan praktek pengolahan pangan. DASHAT sendiri merupakan kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pemenuhan gizi seimbang bagi keluarga berisiko *stunting* yang memiliki calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui, baduta/balita *stunting* terutama dari keluarga kurang mampu. Dengan melalui pemanfaatan sumberdaya lokal (termasuk bahan pangan lokal).

DASHAT harus menjadi sarana edukasi penyiapan makanan bergizi, namun juga bisa dimaksudkan untuk memberi bantuan pangan secara berkesinambungan bagi rumah tangga miskin atau rumah tangga yang memiliki anak *stunting*. Dengan demikian bantuan makanan melalui kegiatan DASHAT akan membantu percepatan penurunan *stunting*. Program perbaikan gizi untuk mengatasi gizi kurang atau gizi buruk (dengan indikator berat badan menurut umur) dapat dilakukan dengan intervensi makanan selama tiga bulan. Sementara itu, upaya penanganan *stunting* melalui intervensi makanan (telur) diketahui efektif bila dilakukan selama enam bulan.

1.2 Tujuan

1. Menganalisis pengetahuan gizi ibu sebelum dan sesudah intervensi melalui DASHAT
2. Menganalisis asupan gizi makro dan mikro serta keragaman konsumsi pangan anak (*Individual Dietary Diversity Score*) sebelum dan sesudah intervensi melalui DASHAT
3. Menganalisis status gizi anak dengan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB sebelum dan sesudah intervensi melalui DASHAT

BAB II METODE

2.1 Desain, Tempat, Subjek, dan Waktu Penelitian

Kegiatan ini dilakukan di dua lokasi yaitu Desa Gintung Kerta (Kabupaten Karawang) dan Kelurahan Karawang Kulon (Kota Karawang). Dalam studi intervensi ini, ibu anak balita juga memperoleh 2 kali edukasi gizi (fase 1 dan fase 2). Jumlah subjek adalah 85 anak balita dan data yang dianalisis 80 anak karena alasan *dropout* (2 pindah rumah, 2 mengundurkan diri, dan 1 *missing case*). Balita yang menjadi responden dalam penelitian berusia 12 bulan+. Studi evaluasi ini dilakukan pada bulan Agustus – Desember 2022.

2.2 Jenis Data, Cara Pengumpulan dan Pengolahan

Pengumpulan data mengacu pada tabel di bawah ini, dan selanjutnya data diolah secara deskriptif dalam bentuk frekuensi dan persentase. Pengukuran data *baseline* dilakukan pada bulan September 2022 dan data *endline* dikumpulkan pada bulan Desember 2022. Data pengetahuan gizi terdiri dari 10 pertanyaan pilihan B – S dikumpulkan sebelum dan sesudah penyuluhan (*pretest* dan *posttest*). Pengolahan data pengetahuan gizi dengan cara mengelompokkan ke dalam 3 kategori yaitu baik, sedang, dan kurang. Data konsumsi pangan dikumpulkan dengan *1x24 hour recall* dan kemudian data diolah dengan *software* Nutrisurvey. Penilaian status gizi dilakukan dengan mengukur berat badan, tinggi badan, dan tanggal lahir, serta kemudian diolah dengan *software* WHOAntro.

Dalam studi ini juga dikumpulkan data partisipasi rumahtangga dalam kegiatan posyandu dan keikutsertaan dalam program-program pemerintah untuk pengentasan *stunting*. Data ini penting untuk menakar sejauh mana konvergensi program *stunting* telah dijalankan pada level rumahtangga. Pengumpulan data dilakukan oleh enumerator yaitu mahasiswa atau lulusan S1 dan S2 Ilmu Gizi IPB. Sebelum melakukan pengumpulan data para enumerator telah mendapatkan pelatihan untuk memahami kuesioner yang digunakan, serta penggunaan alat ukur timbangan dan *staturemeter*.

Kontrol kualitas data dilakukan dengan melakukan *cleaning* terhadap data yang telah di-*entry* untuk memastikan bahwa data diolah secara benar. Selanjutnya hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi sehingga dapat diketahui sebaran data untuk setiap variabel yang diukur. Berdasarkan tabel-tabel yang disusun, kemudian dilakukan pembahasan dan penarikan kesimpulan dengan mengacu pada tujuan studi ini. Selama proses pengumpulan data tidak dijumpai kesulitan yang berarti dan data dapat dikumpulkan secara lengkap, kecuali pada rumah tangga yang *dropout* karena berbagai alasan. Dalam setiap studi, kejadian *dropout* sering terjadi karena subjek mengundurkan diri, pindah rumah, adanya musibah dan lain-lain.

Tabel 1 Pengumpulan data *baseline* dan *endline*

Aspek	Variabel	Pengukuran	Pengumpulan Data	Baseline	Endline
Karakteristi anak	Umur	Tgl dan bulan lahir	Interview dan pengukuran	√	
	Sex	Laki dan perempuan		√	-
	Berat (kg)	Timbangan digitasl dengan ketelitian 0.1 Kg		√	√
	Tinggi (cm)	<i>Microtoise</i>		√	√
	Kesehatan	Riwayat infeksi (diare dan ISPA)	Interview	√	√
		-			
Pola asuh	Pola asuh dan kebiasaan makan	Kuesioner	Interview	√	√
Konsumsi pangan	Intake gizi dan keragaman konsumsi pangan (IDDS)	Kuesioner	Recall 1 x 24 hours	√	√
Partisipasi dalam program gizi	Program spesifik dan sensitif stunting	Kuesioner	Interview	√	√
Karakteristik rumahtangga	- Besar keluarga - Pendapatan - Pendidikan - Pekerjaan	Kuesioner	Interview	√	-

2.3 Intervensi

Intervensi yang diberikan adalah makanan tambahan berupa makan siang lengkap (nasi, sayur, lauk-pauk, buah, dan susu) 3 kali/minggu selama 3 bulan. Salah satu contoh *meals* yang diberikan adalah nasi goreng ceria+papaya. Satu porsi makan siang dalam kegiatan intervensi ini memberikan kontribusi energi sebesar 433 kalori atau 32.1% dari AKG dan protein 22.8 g atau 88% AKG. intervensi *meals* dapat dilihat pada Gambar 1. Dalam initervensi ini juga diberikan satu sachet susu Dancow FortiGro Instant yang sudah difortifikasi dengan gizi mikro, kandungan zat gizi susu dapat dilihat dalam Gambar 2.



Gambar 1 Intervensi meals



Zat gizi	Kandungan zat gizi	AKG (%)
Lemak	6 g	8%
Omega 6	190 mg	1%
Kolesterol	20 mg	7%
Lemak jenuh	3,5 g	17%
Protein	5 g	8%
Karbohidrat	14 g	4%
Gula	11 g	
Natrium	90 mg	6%

Zat gizi	AKG (%)
Vitamin A	20%
Vitamin D	30%
Vitamin E	15%
Vitamin B1	45%
Vitamin B2	30%
Vitamin B3	15%
Vitamin B6	20%
Vitamin B9	10%
Vitamin B12	15%
Vitamin C	45%
Biotin	40%
Kalsium	25%
Fosfor	20%
Magnesium	15%
Zat besi	15%
Zink	15%
Selenium	15%

Gambar 2 Intervensi susu Dancow FortiGro Instan

BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga

Karakteristik subjek dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu karakteristik sosial ekonomi keluarga dan karakteristik balita. Karakteristik sosial ekonomi keluarga terdiri dari besar keluarga, pendidikan ibu, pendidikan ayah, dan penghasilan keluarga. Karakteristik sosial ekonomi keluarga disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2 Karakteristik sosial ekonomi keluarga

Karakteristik Keluarga	n	%
Besar Keluarga		
Kecil (≤ 4 orang)	46	57.5
Sedang (5 – 6 orang)	33	41.3
Besar (≥ 7 orang)	1	1.3
Rata-rata \pm SD (orang)	4.5 \pm 0.9	
Pendidikan Ibu		
< SMA	36	45.0
Tamat SMA atau sederajat	44	55.0
Pendidikan Ayah		
< SMA	25	31.3
Tamat SMA atau sederajat	55	68.8
Penghasilan keluarga		
< UMR (Rp4 798 312)	47	58.8
\geq UMR (Rp4 798 312)	33	41.3
Rata-rata \pm SD (Rp/bulan)	4.532.658 \pm 3.118.387	

Berdasarkan Tabel 2, diketahui bahwa sebagian besar keluarga termasuk keluarga kecil (57.5%), keluarga sedang (41.3%), dan keluarga besar (1.3%). Ibu balita yang berpendidikan tamat SMA atau sederajat lebih banyak (55.0%) dibandingkan di bawah SMA (45.0%). Pendidikan ayah balita sebagian besar tamat SMA atau sederajat (68.8%) dan di bawah SMA (31.3%). Pendidikan ibu dapat memengaruhi penerapan makanan yang tepat (Rahayu *et al.* 2015). Hasil penelitian Rachmi *et al.* (2016) menunjukkan hubungan pendidikan ayah dengan *stunting*, tetapi hubungan yang lebih kuat terdapat antara pendidikan ibu dengan *stunting*. Risiko *stunting* 2 kali lebih tinggi terjadi pada anak dari ibu dengan pendidikan rendah daripada ibu dengan pendidikan tinggi (Beal *et al.* 2018).

Rata-rata penghasilan keluarga subjek adalah Rp 4 532 658,00 per bulan dengan mayoritas memiliki penghasilan di bawah UMR (58,8%). Berdasarkan penelitian Al-Anshori (2013), diketahui bahwa rendahnya pendapatan rumah tangga menandakan bahwa keluarga memiliki status ekonomi yang rendah. Status ekonomi keluarga yang

rendah dapat meningkatkan risiko mempunyai balita *stunting* 11.8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga dengan status ekonomi yang tinggi. Hal tersebut berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi, keluarga dengan status ekonomi tinggi memiliki lebih banyak pilihan dalam pemilihan bahan makanan sehingga permasalahan gizi dalam keluarganya dapat berkurang. Selain penghasilan, pengeluaran rumah tangga juga dianalisis dalam penelitian ini.

Pengeluaran rumah tangga dibagi menjadi dua, yaitu pengeluaran pangan dan non pangan. Pengeluaran pangan merupakan pembelian kebutuhan pangan seperti makanan dan minuman dan berasal dari sejumlah uang yang dikeluarkan oleh responden (Ghassani dan Ernah 2021). Rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3 Rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan

Jenis pengeluaran	Mean (Rp)	SD (Rp)	Persentase (%)
Pangan	2 534 721	1 551 183	59.4
Non Pangan	1 729 886	1 464 203	40.6
Total	4 264 607	2 552 148	100

Tabel 3 menunjukkan rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan. Rata-rata pengeluaran untuk pangan (59,4%) atau sebesar Rp. 2.534.721 lebih tinggi dibanding rata-rata pengeluaran non pangan (40,6%) atau sebesar Rp. 1.729 886. Selanjutnya rata-rata pengeluaran pangan dan non pangan dirincikan dalam Tabel 4.

Tabel 4 Rincian pengeluaran pangan dan non pangan per bulan

Jenis pengeluaran	Rata-rata (Rp)	SD (Rp)	%
Pangan			
Makanan Pokok	227 221	131 679	9.0
Lauk pauk	618 263	527 645	24.4
Sayur	318 538	294 127	12.6
Buah	177 089	279 699	7.0
Minyak goreng	56 288	45 206	2.2
Kopi, teh, gula	76 081	85 008	3.0
Susu	171 456	189 071	6.8
Jajanan	892 000	1 399 927	35.2
Total pangan	2 534 721	1 551 183	100.0
Non Pangan			
Kesehatan/pengobatan	45 949	159 546	2.7
Rokok	286 000	486 790	16.5
Kebersihan	168 025	139 448	9.7
Bahan bakar (gas, listrik, bensin)	352 963	293 403	20.4
Pendidikan (SPP, uang saku)	285 969	425 048	16.5
Pakaian	79 717	161 228	4.6
Pulsa	125 173	99 426	7.2
Cicilan/kredit/arisan	401 392	928 738	23.2

Total non pangan	1 729 886	1 464 203	100.0
-------------------------	------------------	------------------	--------------

Tabel 4 menunjukkan rincian pengeluaran pangan dan non pangan. Pengeluaran pangan paling banyak dikeluarkan untuk jajanan yaitu sebesar 35,2%, selanjutnya yaitu 24,4% untuk lauk pauk, dan 12,6% untuk sayur. Pengeluaran non pangan terdiri dari kesehatan/pengobatan, rokok, kebersihan, bahan bakar, pendidikan, pakaian, pulsa, dan cicilan. Adapun pengeluaran non pangan paling banyak dikeluarkan untuk cicilan/kredit/arisan yaitu sebesar 23,2% atau sebesar Rp. 928 738 per bulan dan selanjutnya yaitu untuk bahan bakar sebesar 20,4% atau sebesar Rp. 293 403. Karakteristik balita merupakan kondisi balita yang dapat memengaruhi status gizinya, di antaranya adalah jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, dan usia kelahiran bayi. Karakteristik balita peserta program DASHAT disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5 Karakteristik balita peserta program DASHAT

Karakteristik balita	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	34	42.5
Perempuan	46	57.5
BB Lahir		
<2500 g	3	3.8
≥ 2500 g	65	81.3
Tidak Tahu	12	15.0
PB Lahir		
Pendek (<48 cm)	12	15.0
Normal (≥ 48 cm)	34	42.5
Tidak Tahu	34	42.5
Usia kelahiran bayi		
Kurang bulan (prematuur)	9	11.3
Cukup bulan	71	88.8

Dalam penelitian ini subjek didominasi oleh balita perempuan (57.5%) dibandingkan balita laki-laki (42.5%). Berat badan lahir balita ≥ 2.5 kg cukup banyak (81.3%). Sebagian besar balita memiliki panjang badan lahir dengan kategori normal (42.5%), namun banyak juga yang tidak mengetahui panjang badan lahir anak. Berat badan dan panjang badan lahir merupakan salah satu faktor penentu kondisi kesehatan anak selama masa pertumbuhannya, sehingga penting dilakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan segera setelah bayi dilahirkan untuk merencanakan perawatan selanjutnya (UNICEF 2004). Usia kelahiran bayi lebih banyak yang cukup bulan (88.8%) dibanding kurang bulan (prematuur) (11.3%). Bayi lahir prematur umumnya memiliki berat badan lahir dan panjang badan lahir yang lebih rendah dibandingkan bayi yang lahir cukup bulan

Selain pengumpulan data berat badan dan panjang badan lahir, dilakukan pula pengumpulan data berat badan dan panjang badan saat ini. Data berat badan dan tinggi badan anak balita diperoleh dari pengukuran secara langsung oleh enumerator. Berat badan dan tinggi badan peserta program DASHAT disajikan dalam Tabel 6.

Tabel 6 Berat badan dan tinggi badan balita peserta program DASHAT

Karakteristik balita	Baseline	Endline	P-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
BB saat ini (kg)	10.6 \pm 2.1	11.3 \pm 2.3	0.000*
PB saat ini (cm)	85.8 \pm 8.9	88.3 \pm 8.2	0.000*

Keterangan: Uji beda *Paired sample t-test*, *Berbeda nyata ($p < 0,05$)

Berdasarkan Tabel 6, diketahui bahwa rata-rata berat badan balita mengalami peningkatan sebesar 0.7 kg pada endline. Hal serupa terjadi pada tinggi badan yang mengalami peningkatan sebesar 2.5 cm. Berdasarkan uji beda menggunakan *paired sample t-test*, diketahui bahwa terdapat perbedaan yang nyata pada berat badan dan tinggi badan antara data *baseline* dan *endline* ($p < 0,05$) dengan nilai P untuk berat badan maupun tinggi badan sebesar 0.000. Uraian selanjutnya mengenai ukuran pertumbuhan ini dibahas dalam subbab yang membahas status gizi.

3.2 Pola Asuh Balita

Berdasarkan konsep UNICEF dalam WHO (1998), keberlangsungan hidup anak, pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dipengaruhi oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Faktor penyebab langsung terjadinya *stunting* di antaranya adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi. Faktor lainnya yang dapat menyebabkan *stunting* adalah pengetahuan ibu yang kurang, pola asuh yang salah, sanitasi dan higiene yang buruk, dan rendahnya pelayanan kesehatan (Unicef 1990). Pola asuh makan balita disajikan dalam Tabel 7.

Tabel 7 Pola asuh makan balita peserta program DASHAT

Rincian pola asuh makan	n (%)
Jadwal makan anak teratur	
Ya	50 (62.5)
Tidak	30 (37.5)
Yang sehari-hari lebih banyak mengasuh anak	
Ibu	76 (95.0)
Selain ibu	4 (5.0)
Yang biasanya menyiapkan makanan anak	
Ibu	73 (91.3)
Ibu dan orang lain	5 (6.3)
Orang lain	2 (2.5)
Situasi pada saat memberi makan anak	
Dusahakan disiplin dan tidak boleh bermain	37 (46.3)
Sambil bermain di sekitar rumah	26 (32.5)
Suasana tidak diperhatikan, asal makanan habis	17 (21.3)

Tabel 7 Pola asuh makan balita peserta program DASHAT (*Lanjutan*)

Rincian Pola Asuh makan	n (%)
Sikap ibu jika anak menghabiskan makanannya	
Memujinya	72 (90)
Diam saja	8 (10)
Kategori pola asuh makan	
Rendah <60	0 (0)
Sedang 60-80	9 (11.3)
Tinggi >80	71 (88.8)
Mean±SD	92 ± 9

Tabel 7 menunjukkan rincian pola asuh makan balita peserta program DASHAT. Sebagian besar balita memiliki jadwal makan yang teratur (62.5%), dan hanya 37.5% balita yang tidak memiliki jadwal makan teratur. Hampir seluruh balita dalam penelitian ini sehari-hari diasuh oleh ibu (95%) dan hanya 5% balita yang diasuh oleh orang lain atau selain ibu. Makanan anak lebih banyak disiapkan oleh ibu (91.3%) dibandingkan orang lain. Ketika memberi makan anak, sebanyak 46.3% ibu menyatakan balita diusahakan disiplin dan tidak boleh bermain, 32.5% anak sambil bermain di sekitar rumah, dan 21.3% tidak diperhatikan (asal makanan habis). Sebanyak 90% ibu memuji anaknya ketika sudah menghabiskan makanan, namun 10% ibu hanya diam saja ketika anaknya berhasil menghabiskan makanan. Pola asuh makan balita sebagian besar berada dalam kategori tinggi (88.8%) dan sebagian kecil sisanya berada dalam kategori sedang.

3.3 Partisipasi di Posyandu dan Pemahaman Ibu tentang Status Gizi Anak

Praktik kunjungan posyandu secara rutin dapat memengaruhi status gizi balita. Informasi yang diperoleh ibu saat datang ke posyandu melalui penyuluhan gizi, diharapkan dapat meningkatkan status gizi balita apabila informasi yang telah didapat juga diterapkan dalam kehidupan sehari-hari (Destiadi *et al.* 2015). Menurut Prihatiningsih (2022), edukasi yang diperoleh ibu di posyandu tersebut dapat menambah pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi pada anaknya. Posyandu berperan strategis berperan sebagai penyedia pelayanan gizi yang paling dekat dengan masyarakat, bahkan peranan paling penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang arti dan urgensi kesehatan dasar. Partisipasi di posyandu dan pemahaman ibu tentang status gizi anak disajikan dalam Tabel 8.

Tabel 8 Partisipasi di posyandu dan pemahaman ibu tentang status gizi anak

Pola Asuh	n	%
Rutin ke posyandu menimbang BB anak		
Rutin	63	78.8
Tidak Rutin	17	21.3
Ibu mengetahui status gizi anak		
Tahu	32	40.0
Tidak Tahu	38	47.5

Tabel 8 Partisipasi di posyandu dan pemahaman ibu tentang status gizi anak
(Lanjutan)

Pola Asuh	n	%
Jika BB anak kurang, upaya yang dilakukan ibu		
Memberi makanan lebih banyak	13	16.3
Memberi makanan lebih bergizi	41	51.3
Memberi makanan seperti biasanya	1	1.3
Alasan ibu berat badan anak kurang		
Anak sulit atau tidak mau makan	12	15.0
Makanan kurang tersedia di rumah	10	12.5
Anak terlalu banyak jajan	10	12.5
Anak sering sakit	63	78.8
Ibu tidak tahu	17	21.3
Lainnya	48	60.0

Sebagian besar ibu rutin menimbang berat badan anak di posyandu (78.8%), namun masih terdapat 21,3% ibu yang tidak rutin menimbang berat badan anak di posyandu. Ibu yang mengetahui status gizi anak (60%) lebih banyak dibanding ibu yang tidak tahu status gizi anak (40%). Sebanyak 16.3% ibu akan berupaya memberi makanan lebih banyak ketika mengetahui berat badan anaknya kurang, 51.3% memberi makanan lebih bergizi, dan 1.3% memberi makanan seperti biasanya. Permasalahan berat badan anak kurang disebabkan oleh beberapa alasan, di antaranya yaitu anak sulit atau tidak mau makan (15%), anak sering sakit (78.8%), anak terlalu banyak jajan (12.5%), anak mau makan tapi tidak ada makanan tersedia di rumah (12.5%), dan terdapat ibu yang tidak tahu alasan berat badan anak kurang (60%).

3.4 Riwayat Kesehatan Anak

Data status kesehatan anak diketahui dengan menanyakan kepada ibu balita terkait penyakit apa saja yang diderita oleh balita dalam 2 minggu terakhir. Riwayat kesehatan anak dalam 2 minggu terakhir disajikan dalam Tabel 9.

Tabel 9 Riwayat kesehatan anak (2 minggu terakhir)

Nama penyakit	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
Infeksi saluran pernafasan (ISPA) batuk, flu/pilek				
Ya	49	61.3	39	48.8
Tidak	31	38.8	41	51.3
Rata-rata (per hari)		1.8±2.3		2.0±2.7
Diare				
Ya	6	7.5	8	10.0
Tidak	74	92.5	72	90.0
Rata-rata (per hari)		0.3±1.1		0.3±0.9
Demam				
Ya	26	32.5	26	32.5
Tidak	54	67.5	54	67.5
Rata-rata (per hari)		0.5±1.2		0.9±1.4

Tabel 9 Riwayat kesehatan anak (2 minggu terakhir) (*Lanjutan*)

Nama penyakit	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
Infeksi paru-paru				
Ya	3	3.8	3	3.8
Tidak	77	96.3	77	96.3
Rata-rata (per hari)		0.1±0.4		0.1±0.9
Cacar				
Ya	1	1.3	0	0.0
Tidak	79	98.8	80	100.0
Rata-rata (per hari)		0.0±0.2		0.0±0.0
Campak				
Ya	1	1.3	1	1.3
Tidak	79	98.8	79	98.8
Rata-rata (per hari)		0.0±0.2		0.1±0.6
Lainnya				
Ya	3	3.8	3	3.8
Tidak	77	96.3	77	96.3
Rata-rata (per hari)		0.0±0.2		0.2±1.1

Berdasarkan Tabel 9, diketahui bahwa sebanyak 61.3% balita mengalami infeksi saluran pernafasan, dan terdapat 7.5% yang mengalami diare. Prevalensi diare yang relatif rendah kemungkinan disebabkan oleh sudah baiknya sanitasi dan higiene ibu dan balita. Terdapat 32.5% balita yang mengalami demam, dan 3.8% balita yang mengalami infeksi paru-paru. Cacar dan campak hanya diderita oleh 1.3% balita, sedangkan balita yang menderita penyakit lainnya dalam 2 minggu terakhir sebanyak 3.8%.

3.5 Riwayat Pemberian ASI dan Kebiasaan Makan Anak

Pemberian ASI eksklusif sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan balita dan dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi. Riwayat pemberian ASI eksklusif dan kebiasaan makan anak pada balita dapat dilihat pada Tabel 10.

Tabel 10 Riwayat ASI eksklusif dan kebiasaan makan anak

Pertanyaan	n	%
Pemberian IMD 1 jam setelah melahirkan		
Ya	64	80.0
Tidak	16	20.0
Pemberian kolostrum		
Ya	66	82.5
Tidak	14	17.5
Pemberian makan/minum 1-3 hari kelahiran		
Ya	18	22.5
Tidak	62	77.5

Tabel 10 Riwayat ASI eksklusif dan kebiasaan makan anak (*Lanjutan*)

Pertanyaan	n	%
Makanan/minuman prelakteal (Ya)		
Susu formula	13	16.3
Air gula	2	2.5
Air tajin	2	2.5
Madu	3	3.8
Lainnya	0	0.0
Pola menyusui		
Menyusui eksklusif	44	55.0
Menyusui predominan	11	13.8
Menyusui parsial	25	31.3
Waktu pemberian ASI		
Semau bayi	41	51.3
Sesuai jam menyusui (jadwal)	36	45.0
Lainnya	3	3.8
Alasan tidak memberikan ASI eksklusif (Ya)		
ASI tidak keluar/sedikit	16	20.0
Alasan pekerjaan	0	0.0
Masalah payudara	1	1.3
Bayi tidak bisa menyusu	1	1.3
Ibu/bayi sakit	1	1.3
Bayi menangis dan ibu menganggap ASI saja tidak cukup	8	10.0
Lainnya	2	2.5
Anak sudah disapih		
Sudah	53	66.3
Belum	27	33.8
Umur anak saat disapih (bulan)	18,1±12,4	
Umur anak pertama diberi MP-ASI (bulan)	6,2±1,9	
Frekuensi makan anak sehari (kali)	2,6±0,8	

Tabel 10 menunjukkan riwayat ASI dan kebiasaan makan balita peserta program DASHAT. Lebih banyak ibu yang memberikan inisiasi menyusu dini (IMD) 1 jam setelah melahirkan (80%) dibanding ibu yang tidak memberikan inisiasi menyusui dini. Hal tersebut juga terjadi pada pemberian kolostrum; ibu yang memberikan kolostrum lebih banyak (82.5%) dibanding ibu yang tidak memberikan kolostrum (17.5%). Terdapat 22.5% ibu yang memberikan makan atau minum pada 1-3 hari setelah kelahiran. Makanan atau minuman yang diberikan di antaranya yaitu susu formula (16.3%), madu (2.5%), air gula (2.5%), dan air tajin (2.5%).

Pola menyusui pada ibu balita didominasi oleh menyusui eksklusif (55%), menyusui secara parsial (31.3%), dan menyusui predominan (13.8%). Menyusui parsial adalah pemberian ASI kepada bayi di masa ASI eksklusif dengan menyertakan makanan atau minuman buatan selain ASI. Asupan selain ASI bisa berupa susu

formula, bubur, maupun makanan lainnya sebelum usia bayi mencapai 6 bulan. Menyusui predomnan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/minuman prelakteal sebelum ASI keluar. Terdapat sebanyak 45% bayi yang diberi ASI sesuai dengan jadwal menyusui, sedangkan 51.3% bayi diberikan asi sesuai dengan kemauan bayi.

Alasan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif adalah karena ASI tidak keluar atau ASI hanya sedikit (20%), alasan lainnya yaitu karena bayi menangis dan ibu menganggap ASI saja tidak cukup (10%), masalah payudara (1.3%), bayi tidak bisa menyusu (1.3%), ibu/bayi sakit (1.3%), dan alasan lainnya (2.5%). Sebanyak 66.3% anak sudah disapih dan hanya 33.8% yang belum disapih. Rata-rata umur anak saat disapih yaitu 18.1 ± 12.4 bulan. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) rata-rata diberikan pertama kali pada anak ketika berumur 6.2 ± 1.9 bulan. Balita dalam penelitian ini rata-rata dalam sehari diberikan makan sebanyak 2.6 ± 0.8 kali.

3.6 Partisipasi Program Gizi

Pemerintah telah mencetuskan berbagai macam program sensitif yang diberikan kepada keluarga balita *stunting*. Program ini diharapkan dapat menekan angka kejadian *stunting*. Program sensitif ini terdiri dari bantuan jamban sehat, penyediaan air bersih, bantuan langsung tunai, program keluarga harapan, program kawasan rumah pangan lestari (pekarangan), dan Kartu Indonesia Sehat. Partisipasi keluarga balita *stunting* dalam program gizi disajikan dalam Tabel 11.

Tabel 11 Rumah tangga balita *stunting* penerima program PMT dan program sensitif

Pertanyaan	n	%
Menerima pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan untuk balita		
Ya	51	63.8
Tidak	29	36.3
Menerima program bantuan jamban sehat		
Ya	4	5.0
Tidak	76	95.0
Menerima bantuan penyediaan air bersih		
Ya	2	2.5
Tidak	78	97.5
Menerima bantuan langsung tunai/ bantuan pangan non tunai		
Ya	18	22.5
Tidak	62	77.5
Bantuan program keluarga harapan (PKH)		
Ya	7	8.8
Tidak	72	90.0

Tabel 11 Rumah tangga balita stunting penerima program PMT dan program Sensitif (*Lanjutan*)

Pertanyaan	n	%
Menerima bantuan berupa bibit tanaman/ ternak (program kawasan rumah pangan lestari/ KRPL)		
Ya	4	5.0
Tidak	76	95.0
Anggota keluarga yang mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS)		
Ya	20	25.0
Tidak	60	75.0

Tabel 11 menunjukkan beberapa program sensitif yang diberikan pada keluarga balita *stunting*. Sebagian besar keluarga balita *stunting* sudah menerima pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan (63.8%). Program bantuan jamban sehat hanya diberikan kepada 5% keluarga balita *stunting*, dan hanya 2.5% keluarga balita *stunting* yang menerima bantuan penyediaan air bersih. Keluarga balita *stunting* yang menerima bantuan langsung tunai/bantuan pangan nontunai hanya sebanyak 22.5%. Bantuan program keluarga harapan (PKH) hanya menysasar 8.8% keluarga balita *stunting*, dan hanya 5% keluarga balita *stunting* yang menerima bantuan berupa bibit tanaman/ternak (program kawasan rumah pangan lestari/KRPL). Anggota keluarga balita *stunting* dalam penelitian ini yang mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) hanya sebanyak 25%. Masih sedikitnya keluarga dengan balita *stunting* yang mendapatkan program sensitif mengindikasikan masih lemahnya konvergensi program *stunting* di tingkat rumah tangga. Partisipasi program gizi juga dapat dilihat dari frekuensi kunjungan ibu ke posyandu. Data kunjungan posyandu terdiri dari data *baseline* dan *endline*. Frekuensi kunjungan posyandu dapat dilihat pada Tabel 12.

Tabel 12 Frekuensi kunjungan ke posyandu

Frekuensi kunjungan	Mei – Agustus 2022		September – Desember 2022	
	n	%	n	%
<1	3	3.75	0	0.0
1	3	3.75	0	0.0
2	5	6.25	3	3.75
3	15	18.75	15	18.75
4	52	65	62	77.5
>4	2	2.5	0	0.0

Posyandu merupakan akses terdekat masyarakat akan informasi dan layanan kesehatan. Oleh karena itu posyandu memegang peranan penting dalam memperbaiki status gizi masyarakat dan mencegah *stunting*. Tabel 10 menunjukkan data frekuensi kunjungan posyandu selama bulan Mei-Agustus 2022 dan September-Desember 2022.

Dapat diketahui bahwa terdapat peningkatan frekuensi kunjungan posyandu pada periode September-Desember 2022. Persentase ibu yang mengunjungi posyandu sebanyak 4 kali meningkat dari 65% menjadi 77.5%.

3.7 Pengetahuan Gizi

Pengetahuan gizi merupakan pemahaman seseorang terkait zat gizi serta interaksinya dengan status gizi dan kesehatan (Notoatmodjo 2007 dalam Pantaleon 2019). Selain itu, pengetahuan gizi ibu adalah salah satu faktor yang dapat memengaruhi kecukupan gizi keluarga dan juga status gizi anak (Suhardjo 2003). Pengetahuan gizi merupakan aspek kognitif yang menunjukkan pemahaman mengenai gizi dan kesehatan (Soraya *et al.* 2017). Pengetahuan gizi seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi pendidikan, sosial dan budaya, ekonomi, serta lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap sikap seseorang dalam memahami kandungan gizi yang kemudian berpengaruh terhadap konsumsi dan kebiasaan makan (Anjani dan Kartini 2013). Pengetahuan gizi ibu balita diukur dengan menguji kemampuan subjek dalam menjawab 10 pertanyaan terkait gizi. Sebaran subjek berdasarkan pengetahuan gizi (fase 1) disajikan pada Tabel 13.

Tabel 13 Kategori pengetahuan gizi ibu (fase 1)

Pengetahuan Gizi	Fase 1				<i>P-value</i>
	Pretest		Posttest		
	n	%	n	%	
Rendah (<60)	21	46.7	6	13.3	0,000*
Sedang (60-80)	22	48.9	32	71.1	
Tinggi (>80)	2	4.4	7	15.6	
Rata-rata±SD	56.2 ± 13.0		70.4 ± 13.8		

Keterangan: Uji beda *Paired sample t-test*, *Berbeda nyata ($p < 0,05$)

Kategori pengetahuan gizi ibu dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu rendah (<60%), sedang (60-80%), dan tinggi (>80%). Pengetahuan gizi ibu dilihat berdasarkan nilai pretest dan posttest. Berdasarkan Tabel 11 diketahui bahwa kategori pengetahuan gizi sedang (skor 60-80) pada saat pretest (48.9%) dan kemudian meningkat jumlah saat posttest (71.1%). Pengetahuan gizi ibu dalam kategori rendah (skor <60) pada saat pretest (46.7%) mengalami penurunan pada saat posttest menjadi 13.3%. Pada kategori pengetahuan gizi tinggi terjadi peningkatan dari 4.4% (pretest) menjadi 15.6% (posttest). Rata-rata skor pengetahuan gizi ibu saat pretest adalah 56.2 ± 13.0 dan meningkat menjadi 70.4 ± 13.8 . Terdapat perbedaan yang nyata antara *pretest* dan *posttest* ditandai dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($< 0,05$). Edukasi gizi yang diberikan pada fase 1 secara jelas menunjukkan adanya perbaikan pengetahuan gizi. Tingkat pengetahuan gizi yang tinggi pada ibu balita secara tidak langsung akan memengaruhi sikap dan praktik dalam memilih bahan makanan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada status gizi balita. Sebaran subjek berdasarkan pengetahuan gizi (fase 2) disajikan pada Tabel 14.

Tabel 14 Kategori pengetahuan gizi ibu (Fase 2)

Pengetahuan Gizi	Fase 2				P-value
	Pretest		Posttest		
	n	%	n	%	
Rendah (<60)	8	24.2	4	12.1	0,006*
Sedang (60-80)	21	63.6	22	66.7	
Tinggi (>80)	4	12.1	7	21.2	
Rata-rata±SD	65.7 ±16.2		72.1 ± 14.0		

Keterangan : Uji beda Paired sample t-test , *Berbeda nyata (p<0,05)

Tabel 14 menunjukkan bahwa ibu dengan pengetahuan gizi dalam kategori rendah saat pretest 24,2% dan mengalami penurunan pada saat posttest (12.1%). Pengetahuan gizi dengan kategori sedang mengalami peningkatan dari 63.6% menjadi 66.7%. Hal yang sama juga terjadi pada pengetahuan gizi kategori tinggi yang mengalami peningkatan dari pretest sebesar 12.1% menjadi 21.2%. Rata rata skor pengetahuan gizi mengalami peningkatan dari 65.7 ±16.2 (*pretest*) menjadi 72.1 ± 14.0 (*posttest*). Berdasarkan uji beda, diketahui bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara *pretest* dan *posttest* fase 2 (p<0,005).

Berdasarkan Septamarini *et al.* (2019), ibu yang memiliki pengetahuan rendah tentang *responsive feeding* 10,2 kali lebih berisiko memiliki anak *stunting* pada usia 6–24 bulan dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan cukup. Pengetahuan gizi ibu menjadi titik awal dalam proses perubahan sikap dan praktik ibu dalam penyelenggaraan makanan keluarga sehingga peningkatan status gizi balita dapat dicapai. Memiliki pengetahuan gizi yang baik tentunya dapat meningkatkan pemahaman-pemahaman gizi lebih banyak (Wijaya *et al.* 2021). Persentase ibu yang menjawab pertanyaan pengetahuan gizi dengan benar disajikan pada Tabel 15.

Tabel 15 Sebaran pengetahuan gizi mengenai topik edukasi gizi (Fase 1)

No	Pertanyaan	Fase 1	
		Pretest	Posttest
1	Saat hamil dianjurkan makan 1 piring lebih banyak dari biasanya	27 (60)	32 (71,1)
2	Warna kulit merupakan salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya stunting	36 (80)	42 (93.3)
3	Dalam bahasa awam (sehari-hari) kata stunting diartikan anak pendek	30 (66.7)	38 (84.4)
4	ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan pada anak sampai umur 2 tahun	7 (15.6)	10 (22.2)
5	Minyak adalah sumber lemak, demikian juga alpukat	34 (76.6)	41 (91.1)
6	Anak yang kurus dan mukannya berkeriput disebut menderit kwashiorkor	14 (31.1)	36 (80.0)
7	Anemia terjadi akibat kekurangan zat besi	41 (31.1)	40 (88.9)

Tabel 15 Sebaran pengetahuan gizi mengenai topik edukasi gizi (fase 1) (*Lanjutan*)

No	Pertanyaan	Fase 1	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
8	Tahu, tempe, oncom dan susu adalah sumber protein nabati	3 (6.7)	4 (8.9)
9	Jumlah air putih yang diminum saat hamil adalah 6 gelas/hari	16 (35.8)	31 (68.9)
10	Konsumsi ikan laut sangat baik untuk mendukung kecerdasan anak	45 (100)	43 (95.6)

Pada fase 1 pengetahuan gizi ibu diukur menggunakan 10 pertanyaan seputar topik edukasi gizi. Berdasarkan Tabel 15, diketahui bahwa terdapat peningkatan persentase jawaban benar pada *posttest* dibandingkan dengan *pretest* pada sebagian besar pertanyaan. Pada fase 2 (Tabel 15) beberapa pertanyaan seputar edukasi gizi tidak mengalami peningkatan, seperti pada pertanyaan “lauk pauk umumnya mengandung karbohidrat yaitu gizi yang sangat penting untuk pertumbuhan” (15.2%), selanjutnya pada pertanyaan “kegemukan tidak menimbulkan problem kesehatan” jumlah ibu yang menjawab benar pada *pretest* 63.6% dan tidak ada peningkatan pada saat *posttest*. Jawaban benar dengan pertanyaan terkait dengan “memberikan jajanan mendekati waktu makan anak” juga tidak mengalami peningkatan pada saat *pretest* dan *posttest* (75.8%). Sebaran data terkait dengan persentase ibu yang menjawab pertanyaan pengetahuan gizi dengan benar (fase 2) disajikan pada Tabel 16.

Tabel 16 Sebaran pengetahuan gizi mengenai topik edukasi gizi (Fase 2)

No	Pertanyaan	Fase 2	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
1	Suasana hati anak yang sedang tidak Bahagia dapat menyebabkan anak sulit makan	30 (90.9)	32 (97)
2	Anak menjadi malas mengunyah karena terlalu sering dibiasakan makan makanan lunak	21 (63.6)	27 (81.8)
3	Mematikan TV saat anak makan, membuat anak fokus dengan makanannya	30 (90.9)	31 (93.9)
4	Lauk pauk umumnya mengandung karbohidrat yaitu gizi paling penting untuk pertumbuhan anak	5 (15.2)	5 (15.2)
5	Dibandingkan dengan cilok-cireng, jajanan tahu bulat lebih banyak mengandung protein	18 (54.5)	20 (60.6)
6	Makanan yang aman adalah makanan yang tidak tercemar	27 (81.8)	31 (93.9)
7	<i>Stunting</i> adalah anak kurus karena kurang gizi	9 (27.3)	13 (39.4)
8	Kegemukan tidak menimbulkan problem kesehatan karena gemuk berarti hidup sejahtera	21 (63.6)	21 (63.6)
9	Jajan boleh dilakukan tetapi jangan lupa bahwa anak tetap harus makan 3 kali sehari	31 (93.9)	33 (100)
10	Berikan <i>snack</i> (jajanan) mendekati waktu makan anak, agar tidak terlalu banyak makan	25 (75.8)	25 (75.8)

3.8 Kebiasaan Makan Balita

Asupan gizi seseorang erat kaitannya dengan kebiasaan makan. Penelitian mengenai kebiasaan makan yang dilakukan oleh Pantaleon (2019) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan makan dengan status gizi. Sebaran rata-rata frekuensi konsumsi pangan per bulan disajikan dalam Tabel 17.

Tabel 17 Sebaran rata-rata frekuensi konsumsi pangan per bulan

Jenis pangan	<i>Baseline</i>		<i>Endline</i>	
	Rata-rata (kali/bulan)	SD (kali/bulan)	Rata-rata (kali/bulan)	SD (kali/bulan)
Protein hewani				
Daging Ayam	9.4	7.3	13.3	14.0
Daging Sapi	1.2	2.9	1.7	4.1
Ikan	9.1	13.3	8.5	8.7
Telur	25.1	20.9	26.8	19.5
Hati	2.9	5.2	3.8	8.0
Udang	0.9	2.2	1.7	3.3
Cumi	1.5	4.6	1.5	3.4
Protein nabati				
Tahu	14.5	15.6	18.7	17.0
Tempe	17.2	16.5	19.0	17.0
Kacang-kacangan	4.0	7.2	4.8	7.3
Susu				
Susu Bubuk	21.5	43.9	32.7	29.4
Susu Skim	1.4	5.8	3.9	14.6
Kental Manis	9.4	23.8	7.9	18.7
Yogurt	2.4	7.2	1.9	5.4
Lain-lain	7.5	22.3	2.2	10.9
Jajanan				
Ciki-Cikian	24.7	25.4	24.1	17.6
Permen/Coklat	15.5	20.9	15.8	15.8
Es	10.6	17.1	7.6	10.9
Roti/Donat	14.3	15.1	12.5	10.8
Gorengan (Pisang, tahu, bakwan)	10.5	12.7	11.2	9.9
Biskuit/Wafer	25.8	16.1	23.1	14.0
Agar Agar	12.3	15.6	10.0	11.3
Teh Kemasan	4.9	8.0	7.6	12.9
Sari Buah Kemasan	1.1	3.1	2.5	10.6
Minuman Kemasan	3.1	7.0	4.2	8.3
Sirup	1.1	4.9	0.4	1.7
Es Krim	11.6	15.7	13.7	16.7
Lainnya	0.7	3.9	0.8	4.5

Tabel 17 menunjukkan bahwa terdapat beberapa jenis pangan yang mengalami peningkatan rata-rata konsumsi dibanding saat *baseline*. Jenis pangan hewani yang mengalami peningkatan cukup pesat yaitu daging ayam, dimana rata-rata konsumsi mengalami peningkatan menjadi 14 kali/bulan dari sebelumnya 9.4 kali. Tahu merupakan jenis pangan nabati yang juga mengalami peningkatan konsumsinya yaitu dari 14.5 kali menjadi 17 kali/bulan. Selain itu, susu bubuk juga mengalami peningkatan dari 21.5 kali menjadi sebesar 29.4 kali/bulan. Ada beberapa jenis makanan yang mengalami penurunan rata-rata konsumsi per bulan. Jenis pangan yang banyak mengalami penurunan antara lain jajanan seperti roti/donat, biskuit/wafer, dan sirup.

Asupan zat gizi pada balita dapat memengaruhi pertumbuhan otak. Jika asupan gizi kurang maka akan terdapat beberapa bagian otak yang perkembangannya terganggu (Qoiyyimah 2019). Asupan zat gizi yang diukur dalam penelitian ini meliputi zat gizi makro dan zat gizi mikro. Rata-rata asupan zat gizi balita disajikan dalam Tabel 18.

Tabel 18 Rata-rata asupan zat gizi balita

Zat Gizi	Baseline			Endline			p-value
	Asupan	AKG	Tingkat kecukupan (%)	Asupan	AKG	Tingkat kecukupan (%)	
Energi (kkal)	1060	1366	77.6	1217	1368	89.0	0.021*
Protein (g)	33.1	21.6	153.4	40.9	21.8	187.9	0.003*
Lemak (g)	37.5	46.6	80.6	45.6	46.8	97.5	0.016*
Karbohidrat (g)	145.7	216.6	67.3	163.5	216.8	75.5	0.056
Fe (mg)	6.7	7.9	83.9	8.0	8.1	99.3	0.073
Zn (mg)	3.7	3.6	102.2	4.2	3.7	112.2	0.252
Ca (mg)	444.8	759.4	58.6	595.5	772.5	77.1	0.016*
Vit A (RE)	434.6	728.1	59.7	414.8	767.5	54.0	0.475

Keterangan: Uji beda *Paired sample t-test*, *Berbeda nyata ($p < 0,05$)

Tabel 18 menyajikan data rata-rata asupan zat gizi balita yang terdiri dari zat gizi makro (energi, protein, lemak, dan karbohidrat) serta zat gizi mikro (Fe, Zn, Ca, dan vitamin A). Persentase tingkat kecukupan didapatkan dari asupan dibagi dengan angka kecukupan gizi (AKG). Diketahui bahwa tingkat kecukupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat mengalami peningkatan dibanding *baseline*, yaitu 77.6% menjadi 89.0% untuk energi, 153.4% menjadi 187.9% untuk protein, 80.6% menjadi 97.5% untuk lemak, dan 67.3% menjadi 75.5% untuk karbohidrat. Peningkatan asupan juga terjadi pada Fe, Zn, Ca, dan vitamin A. Berdasarkan uji beda, terdapat perbedaan yang nyata pada asupan energi, protein, lemak, dan Ca antara data *baseline* dan *endline* ($p < 0,05$).

Tingkat kecukupan energi dan zat gizi merupakan rata-rata asupan gizi harian untuk dapat memenuhi kebutuhan gizi seseorang berdasarkan umur, jenis kelamin, dan faktor-faktor fisiologis. Apabila tingkat kecukupan gizi dalam tubuh tidak seimbang maka akan berisiko menimbulkan peningkatan permasalahan-permasalahan gizi baik

itu gizi kurang atau gizi lebih. Oleh karena itu, asupan gizi seimbang sangat penting untuk dapat mempertahankan keadaan gizi dan kesehatan (Rukhama 2018). Tingkat kecukupan energi dan zat gizi didapatkan dari hasil pengukuran antara asupan dengan angka kecukupan gizi subjek. Tingkat kecukupan zat gizi makro dikategorikan menjadi empat kategori, yaitu sangat kurang, kurang, normal, dan lebih. Terdapat perubahan kategori tingkat kecukupan gizi antara *baseline* dan *endline*. Tingkat kecukupan gizi balita disajikan dalam Tabel 19.

Tabel 19 Tingkat Kecukupan Zat Gizi Balita

Tingkat Kecukupan Zat Gizi	<i>Baseline</i>		<i>Endline</i>	
	n	%	n	%
Energi				
Sangat Kurang (TKE<70%)	43	53.8	22	27.5
Kurang (TKE 70 -100%)	19	23.8	35	43.8
Normal (TKE 100 - 130%)	14	17.5	15	18.8
Lebih (TKE ≥130 %)	4	5.0	8	10.0
Mean ±skor SD	77.6±32.1		89.0±32.3	
Protein				
Sangat Kurang (<80%)	6	7.5	3	3.8
Kurang (80 -100%)	8	10.0	8	10.0
Normal (100 - 120%)	11	13.8	4	5.0
Lebih (≥120 %)	55	68.8	65	81.3
Mean ±skor SD	153.4±76.3		187.9±77.9	
Lemak				
Sangat Kurang (<80%)	52	65.0	28	35.0
Kurang (80 -100%)	8	10.0	22	27.5
Normal (100 - 120%)	6	7.5	11	13.8
Lebih (≥120 %)	14	17.5	19	23.8
Mean ±skor SD	80.6±46.6		97.5±43.6	
Karbohidrat				
Sangat Kurang (<80%)	59	73.8	51	63.8
Kurang (80 -100%)	10	12.5	16	20.0
Normal (100 - 120%)	7	8.8	7	8.8
Lebih (≥120 %)	4	5.0	6	7.5
Mean ±skor SD	67.3±27.4		75.5±27.8	

Berdasarkan Tabel 19, diketahui bahwa terdapat peningkatan asupan yang cukup tinggi untuk energi, ditandai dengan rata-rata tingkat kecukupan energi yang meningkat dari 77.6±32.1 menjadi 89.0±32.3. Peningkatan juga terjadi pada protein, lemak, dan karbohidrat, yakni 153.4±76.3 menjadi 187.9±77.9 untuk protein, 80.6±46.6 menjadi 97.5±43.6 untuk lemak, dan 67.3±27.4 menjadi 75.5±27.8 untuk karbohidrat. Tingkat kecukupan protein yang berlebih disebabkan karena responden banyak mengonsumsi jenis pangan tinggi protein seperti tempe, susu, dan ayam, sedangkan tingkat kecukupan vitamin A yang turun disebabkan karena konsumsi ASI pada saat *endline* berkurang dibanding *baseline*. Namun demikian, pada data *endline*

masih ditemukan 63.8% balita yang tingkat kecukupan karbohidratnya berada dalam kategori sangat kurang. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan masih belum cukup untuk mencapai kebutuhan seluruh responden.

Pemenuhan gizi pada masa balita akan menentukan berbagai aspek kehidupan di masa yang akan mendatang (Damayanti et al. 2016). Asupan yang cukup pada balita dapat menunjang proses pertumbuhan dan perkembangan yang baik (Rahmi 2019). Rata-rata kuantitas konsumsi pangan per kelompok pangan per hari disajikan pada Tabel 20.

Tabel 20 Rata-rata kuantitas konsumsi pangan per kelompok pangan per hari

Jenis pangan	Rata-rata konsumsi (g/hari)	
	Baseline	Endline
Sumber karbohidrat/serealia		
Nasi	136.8	129.6
Bubur	19.2	32.9
Roti	13.5	17.2
Biskuit	7.8	13.0
Mie	4.0	9.9
Pangan hewani dan nabati		
Telur ayam	32.8	46.9
Daging ayam	16.1	30.0
Tahu	7.0	18.0
Tempe	13.0	11.1
Bakso sapi	10.6	8.8
Susu		
ASI	138.1	21.4
Susu UHT ultramilk coklat	40.3	45.1
Susu bubuk dancow	6.3	18.5
Susu frisian flag	10.0	10.8
Susu kental manis	5.9	4.4
Sayuran		
Wortel	10.2	6.7
Bayam	4.4	5.8
Sawi hijau	1.0	4.4
Jagung manis	4.5	3.6
Brokoli	0.8	1.5
Buah		
Semangka	1.9	22.9
Pisang	7.6	14.4
Pepaya	0.0	8.9
Melon	7.3	4.3
Jeruk	1.5	3.8

Tabel 20 Rata-rata kuantitas konsumsi pangan per kelompok pangan per hari
(Lanjutan)

Jenis pangan	Rata-rata konsumsi (g/hari)	
	Baseline	Endline
Jajanan		
Es krim	2.4	9.3
Chiki	6.4	8.6
Wafer	5.2	6.9
Bolu	1.9	6.6
Agar-agar	6.8	3.1

Tabel 20 menyajikan data rata-rata kuantitas konsumsi pangan per kelompok pangan per hari. Bubur merupakan jenis pangan sumber karbohidrat yang mengalami peningkatan rata-rata konsumsi, yaitu meningkat dari 19.2 g/hari menjadi 32,9 g/hari. Seluruh jenis pangan hewani dan nabati juga mengalami peningkatan dibanding *baseline*. ASI mengalami penurunan rata-rata konsumsi dibanding *baseline*, yaitu dari 138.1 g/hari menjadi 21.4 g/hari. Jenis pangan sayuran yang mengalami sedikit peningkatan yaitu bayam, sedangkan buah semangka mengalami peningkatan yang sangat pesat, yaitu dari 1.9 g/hari menjadi 22.9 g/hari. Peningkatan konsumsi juga terjadi pada jajanan berupa wafer, chiki, es krim, dan bolu. Kebiasaan makan balita berupa keragaman pangan dinilai melalui IDDS yang mencakup 10 kelompok bahan pangan. Keragaman pangan dikategorikan menjadi 3 jenis yaitu rendah, sedang, dan tinggi yang dinilai berdasarkan banyaknya kelompok bahan pangan yang dikonsumsi. Sebaran responden berdasarkan kategori IDDS dapat dilihat pada Tabel 21.

Tabel 21 Sebaran balita berdasarkan kategori IDDS

Keragaman Pangan	Baseline		Endline		<i>p-value</i>
	n	%	n	%	
Rendah (≤ 3)	29	36.3	11	13.8	0.000*
Sedang (4-6)	46	57.5	56	70.0	
Tinggi ($>6-10$)	5	6.3	15	18.8	
Rata-rata \pm SD	4.2 \pm 1.5		5.0 \pm 1.6		

Keterangan: Uji beda *Paired sample t-test*, *Berbeda nyata ($p < 0,05$)

Tabel 19 menunjukkan data bahwa keragaman pangan balita mengalami peningkatan dibanding *baseline*. Hal tersebut dapat dilihat dari rata-rata keragaman pangan balita yang meningkat sebanyak 0,8 dibanding *baseline*. Balita yang tergolong dalam kategori keragaman pangan rendah mengalami penurunan sebanyak 22.5%, sedangkan kategori sedang mengalami peningkatan sebesar 12.5%. Skor IDDS >6 diharapkan bisa dikonsumsi setiap hari sehingga keragaman konsumsi pangan anak dapat berkontribusi terhadap kecukupan gizi. Terdapat perbedaan yang nyata pada keragaman pangan antara data *baseline* dan *endline* ditandai dengan nilai $p < 0,000$ ($< 0,05$).

3.9 Kepatuhan Konsumsi

Kepatuhan konsumsi balita dinilai dari rata-rata sisa konsumsi makanan yang diberikan dalam intervensi. Intervensi yang diberikan adalah makanan tambahan berupa makan siang lengkap (nasi, sayur, lauk-pauk, buah, dan susu) yang diberikan sebanyak 3 kali/minggu selama 3 bulan. Rata-rata sisa konsumsi makanan dapat dilihat pada Tabel 22.

Tabel 22 Rata-rata sisa konsumsi makanan

Kategori Sisa	Jumlah anak	(%)
0-25%	178	70.9
26-50%	61	24.3
51-75%	11	4.4
76-100%	1	0.4
Total	251	100.0

Tabel 20 menunjukkan data bahwa rata-rata sisa konsumsi makanan balita didominasi berada dalam rentang 0-25% (70,9%). Masih terdapat 24,3% balita dengan rata-rata konsumsi makanan sebesar 26-50%, dan hanya 4,4% yang memiliki sisa makanan sebesar 51-75%. Berdasarkan hasil observasi, rata-rata sisa makanan yang tinggi pada balita disebabkan karena terdapat balita yang lebih suka jajan sehingga nafsu makan turun. Selain itu, terdapat beberapa balita yang kurang suka dengan menu makanan yang diberikan, seperti sayur dan ikan. Kendala lain yang dihadapi yaitu anak susah makan dan banyak yang beralasan sudah kenyang sehingga makanan yang diberikan tidak dihabiskan. Selain intervensi makan siang, responden juga diberikan intervensi susu sebanyak 3 kali/minggu. Rata-rata sisa konsumsi susu dapat dilihat pada Tabel 23.

Tabel 23 Rata-rata sisa konsumsi susu

Kategori Sisa	Jumlah anak	(%)
0-25%	193	90.2
26-50%	21	9.8
Total	214	100.0

Tabel 23 menunjukkan kepatuhan konsumsi balita dilihat dari rata-rata sisa konsumsi susu. Rata-rata konsumsi susu balita cukup baik yaitu 90.2% dalam kategori 0-25%. Hanya terdapat 9,8% balita yang memiliki rata-rata konsumsi susu sebesar 26-20%. Berdasarkan hasil observasi, terdapat beberapa balita yang mempunyai alergi susu, selain itu terdapat pula balita yang tidak suka mengonsumsi susu.

3.10 Status Gizi

Status gizi balita diukur berdasarkan BB/U, TB/U, dan BB/TB. Berat badan, tinggi badan, dan usia balita didapatkan dari wawancara dan pengukuran secara langsung oleh petugas yang turun langsung ke lapangan. Data status gizi dikumpulkan sebanyak dua kali yaitu untuk data *baseline* dan data *endline*. Status gizi balita program DASHAT ditampilkan pada Tabel 24.

Tabel 24 Status gizi balita peserta program DASHAT

Status Gizi	Baseline	Endline	Delta	<i>p-value</i>
	[n(%)]	[n(%)]	(%)	
BB/U (Z score)				
BB sangat kurang (<i>Z score</i> <-3)	23 (28.8)	19 (23.8)	-17.4	0.000*
BB Kurang (-3 ≤ <i>Z score</i> <-2)	35 (43.8)	33 (41.3)	-5.7	
BB normal (-2 ≤ <i>Z score</i> ≤2)	22 (27.5)	28 (35.0)	+27.3	
BB lebih Lebih (<i>Z score</i> >2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0	
TB/U (Z score)				
Sangat pendek (<i>Z score</i> <-3)	26 (32.5)	20 (25.0)	-23.1	0.000*
Pendek (-3 ≤ <i>Z score</i> <-2)	49 (61.3)	48 (60.0)	+2.0	
Normal (-2 ≤ <i>Z score</i> ≤3)	5 (6.3)	12 (15.0)	+140	
Tinggi (<i>Z score</i> >3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0	
Rataan ± SD (Z-score)	-2.83 ± 0.81	-2.59 ± 0.74		
BB/TB (Z score)				
Gizi Buruk (<i>Z score</i> <-3) 1	6 (7.5)	3 (3.8)	-50	0.163
Gizi Kurang (-3 ≤ <i>Z score</i> <-2) 2	11 (13.8)	16 (20.0)	+45.5	
Gizi Baik (-2 ≤ <i>Z score</i> ≤2) 3	63 (78.8)	59 (73.8)	-6.3	
Gizi Lebih (2 < <i>Z score</i> ≤3)	0 (0,0)	2 (2.5)	+100	
Obesitas (<i>Z score</i> >3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0.0	
Rataan ± SD (Z-score)	-1.35 ± 1.17	-1.25 ± 1.21		

Standar WHO Antro; Kemenkes 2019

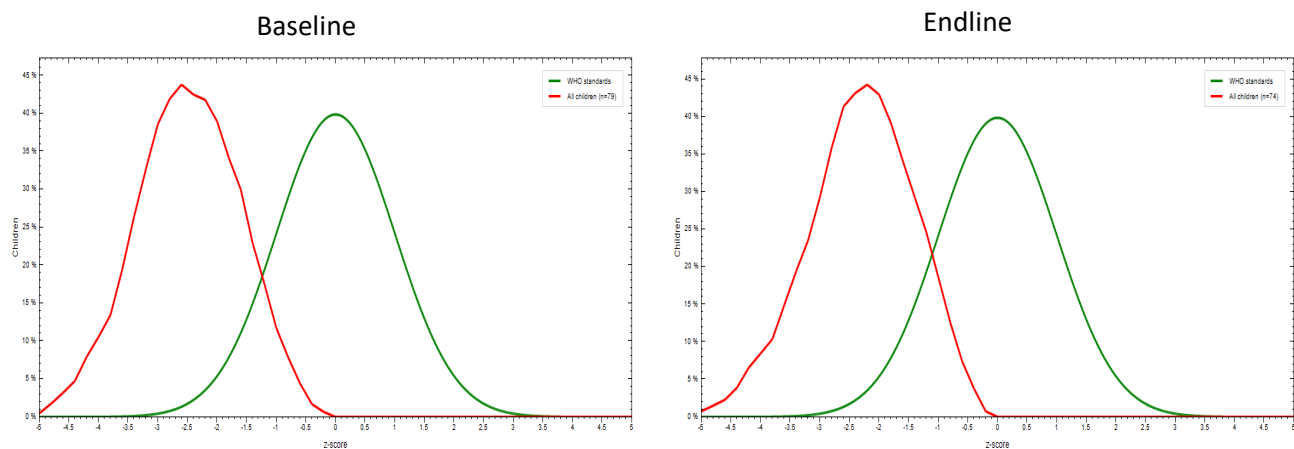
Delta = [(endline – baseline): baseline] X 100%

Catatan: 4 balita mengonsumsi susu Ultramilk, susu Soya, susu Frisian Flag

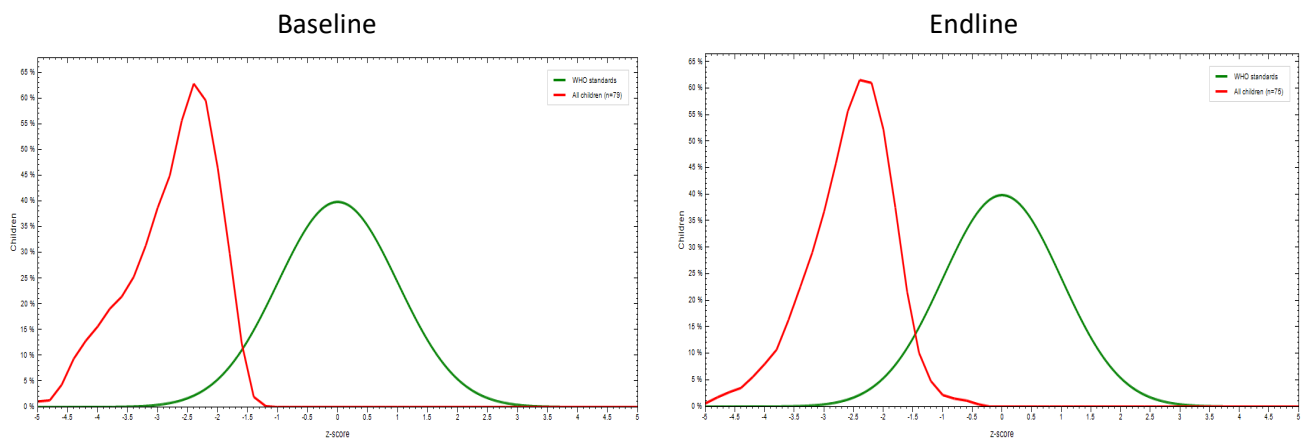
Tabel 24 menunjukkan status gizi balita berdasarkan beberapa pengukuran yaitu berat badan berdasarkan usia (BB/U), tinggi badan berdasarkan usia (TB/U), dan berat badan berdasarkan tinggi badan (BB/TB). Berdasarkan pengukuran tersebut, diketahui bahwa berat badan balita pada data *baseline* didominasi berada dalam kategori berat badan kurang (43,8%) dan tinggi badan dalam kategori pendek (61,3%). Namun status gizi balita berdasarkan pengukuran BB/TB menunjukkan bahwa sebagian besar berada dalam kategori gizi baik (78,8%), hanya 7,5% mengalami gizi buruk, dan selebihnya termasuk status gizi kurang (13,8%). Data *baseline* kemudian dibandingkan dengan data *endline*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan status gizi balita menjadi normal berdasarkan pengukuran BB/U dan TB/U. Balita yang termasuk dalam kategori berat badan normal meningkat sebesar dari 27,5% menjadi 35%. Kategori balita dengan tinggi badan normal juga meningkat dari 6,3% menjadi 15%. Akan tetapi terjadi penurunan persentase balita yang termasuk dalam kategori gizi baik, yaitu menurun dari 78,8% menjadi 73,8%. Berdasarkan uji beda menggunakan *paired sample t-test*, diketahui bahwa terdapat perbedaan yang nyata pada status gizi BB/U dan TB/U antara data *baseline* dan *endline* ($p < 0,05$) dengan nilai p untuk BB/U, TB/U

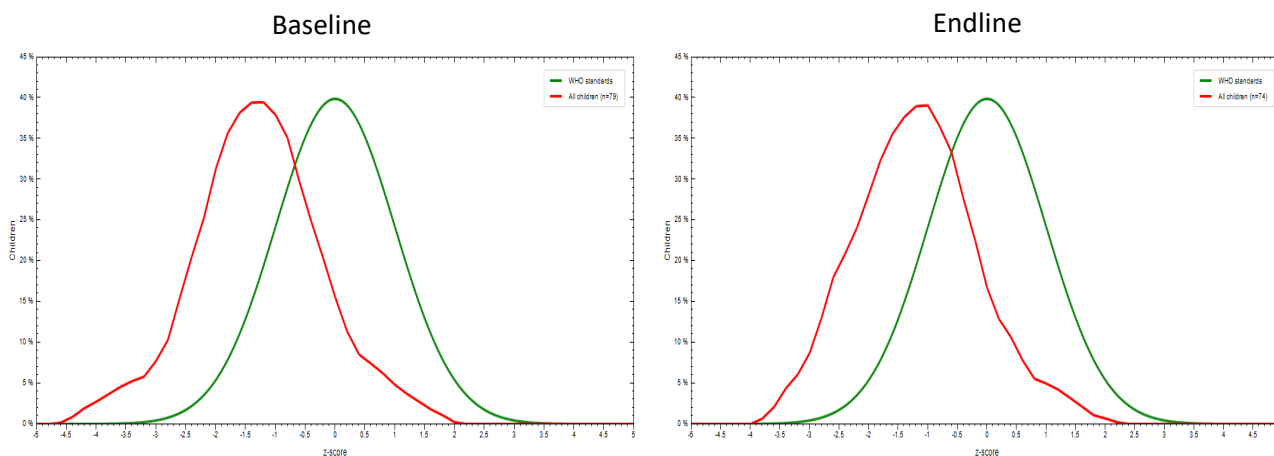
sebesar 0.000, sedangkan BB/TB tidak memiliki perbedaan yang nyata yaitu dengan nilai p 0.163 ($p > 0,05$). Grafik perbandingan antara BB/U, TB/U, dan BB/TB dengan standar berdasarkan WHO dapat dilihat dalam Gambar 3, 4, dan 5. Kurva merah adalah status gizi balita yang diukur dan kurva hijau adalah kurva standar menurut WHO. Pada Gambar 3 kurva merah *endline* semakin mendekati hijau dibandingkan gambar *baseline*, demikian pula Gambar 4 memiliki kecenderungan yang sama. Sementara itu gambar 5 menunjukkan bahwa jarak kurva merah ke kurva hijau relatif sama pada *baseline* maupun *endline*. Semakin kurva merah mendekati kurva hijau (gambar 3 dan 4 *endline*) maka semakin baik status gizi anak.



Gambar 3 Perbandingan BB/U dengan WHO standars



Gambar 4 Perbandingan TB/U dengan WHO standars



Gambar 5 Perbandingan BB/TB dengan WHO standars

Karakteristik subjek yang terdiri dari besar keluarga, pendidikan ibu, pendidikan ayah, dan penghasilan keluarga dilakukan uji korelasi dengan status gizi berdasarkan BB/U, TB/U, dan BB/TB. Hubungan karakteristik subjek dengan status gizi peserta program DASHAT disajikan dalam Tabel 25.

Tabel 25 Hubungan karakteristik subjek dengan status gizi peserta program DASHAT

Variable	Status gizi		
	BB/U	TB/U	BB/TB
Besar keluarga	0.500	0.195	0.939
Pendidikan ibu	0.101	0.689	0.055
Pendidikan ayah	0.008*	0.077	0.031*
Penghasilan keluarga	0.189	0.103	0.610

Keterangan: Uji korelasi *Pearson*, *Signifikan ($p < 0.05$)

Tabel 25 menunjukkan data hubungan karakteristik subjek dengan status gizi peserta program DASHAT menggunakan uji korelasi *Pearson*. Hasil uji menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan BB/U dan BB/TB ($p < 0,05$), sedangkan untuk variabel lainnya seperti besar keluarga, pendidikan ibu, dan penghasilan keluarga tidak memiliki hubungan yang signifikan ($p > 0,05$).

BAB IV SIMPULAN DAN SARAN

4.1 Simpulan

1. Pengetahuan gizi ibu sebelum dan sesudah intervensi program DASHAT mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut ditandai dengan naiknya nilai rata-rata saat *pretest* dan *posttest*. Pada intervensi pendidikan gizi fase 1 terjadi kenaikan skor pengetahuan gizi dari 56.2 ± 13.0 (*pretest*) menjadi 70.4 ± 13.8 (*posttest*). Pada fase 2 intervensi pendidikan gizi terjadi kenaikan skor dari 65.7 ± 16.2 (*pretest*) menjadi 72.1 ± 14.0 (*posttest*). Skor pengetahuan gizi yang diperoleh ibu balita saat *posttest* secara signifikan lebih tinggi dibanding saat *pretest* ($p < 0.05$).
2. Ada peningkatan tingkat kecukupan gizi setelah intervensi program DASHAT. Tingkat kecukupan energi meningkat dari 77.6% menjadi 89.0% untuk energi, 153.4% menjadi 187.9% untuk protein, 80.6% menjadi 97.5% untuk lemak, dan 67.3% menjadi 75.5% untuk karbohidrat. Peningkatan asupan juga terjadi pada Fe, Zn, dan Ca; hal ini disebabkan kontribusi dari susu yang telah difortifikasi dan diberikan sebagai PMT dalam program DASHAT. Keragaman pangan (IDDS) juga mengalami peningkatan, nilai IDDS pada saat *baseline* adalah 4.2 ± 1.5 meningkat menjadi 5.0 ± 1.6 . Peningkatan ini berbeda secara signifikan ($p < 0.05$).
3. Status gizi balita yang diukur berdasarkan BB/U, TB/U, dan BB/TB mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi program DASHAT. Peningkatan ini ditunjukkan dengan perubahan nilai *z-score* yang lebih baik. Prevalensi *severe underweight* berkurang 17.4%, *severe stunting* berkurang 23.1%, dan *severe wasting* berkurang 50%.

4.2 Saran

1. Perlu adanya pemberdayaan kader posyandu secara kontinu yang dapat menjadi kunci dalam peningkatan pengetahuan ibu terkait pangan, gizi, dan kesehatan. Pemberdayaan ini dapat dilakukan dengan mengadakan training secara berkesinambungan untuk meningkatkan kualitas kader posyandu.
2. Intervensi berupa PMT pada balita dapat ditingkatkan durasinya menjadi 6 bulan sehingga dampaknya terhadap status gizi dapat lebih bermakna.
3. Intervensi lain yang bisa dipertimbangkan adalah pemberian telur dan susu (bukan *meals*) untuk menunjang kontinuitas program dengan pembiayaan yang lebih sedikit dibandingkan intervensi berbentuk *meals*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjani RP, Kartini A. 2013. Perbedaan pengetahuan gizi, sikap dan asupan zat gizi pada dewasa awal (mahasiswi LPP Graha Wisata dan sastra Inggris Universitas Diponegoro Semarang). *Journal of Nutrition College*. 2(3):312– 320.
- Beal T, Tumilowicz, Sutrisna A, Izwardy LMN. 2018. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal and Child Nutrition*. 14: 1-10.
- Destiadi A, Nindya TS, Sumarmi S. 2015. Frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai factor risiko kejadian stunting pada anak usia 3-5 tahun. *Media Gizi Indonesia*. 10(1): 71-75.
- Pantaleon MG. 2019. Hubungan pengetahuan gizi dan kebiasaan makan dengan status gizi remaja putri di sma negeri di Kota Kupang. *CHMK Health Journal*. 3(3): 69–76.
- Pantaleon MG. 2019. Hubungan pengetahuan gizi dan kebiasaan makan dengan status gizi remaja putri di SMA Negeri II Kota Kupang. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 53(9):1689–1699.
- Prihatiningsih PA. 2022. Pengetahuan, sikap, dan praktik ibu balita stunting usia 24–59 bulan di kecamatan cibungbulang, kabupaten bogor [skripsi]. Bogor (ID): IPB University.
- Qoiyyimah A. 2019. Hubungan lingkaran kepala dengan prestasi belajar pada anak SDN 1 Tambongwetan Kalikotes. *Jurnal Involusi Kebidanan*. 9(2):137-146.
- Rachmi CN, Agho KE, Li M, Baur LA. 2016. Stunting coexisting with overweight in 2.0-4.9 years old Indonesian children: prevalence, trends, and associated risk factor from repeated cross-sectional surveys. *Public Health Nutrition*. 19(15): 2698-2707.
- Rahayu A, Yulidasari F, Putri AO, Rahman F. 2015. Riwayat berat badan lahir dengan kejadian stunting pada anak usia bawah dua tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 10(2): 67-73.
- Rukhama RA. 2018. Gambaran tingkat kecukupan gizi pada remaja putri SMP Unggulan Aisyiyah Bantul [skripsi]. Yogyakarta (ID): Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Soraya D, Sukandar D, Sinaga T. 2017. Hubungan pengetahuan gizi, tingkat kecukupan zat gizi, dan aktivitas fisik dengan status gizi pada guru SMP. *Jurnal Gizi Indonesia*. 6(1):29–36.
- Suhardjo. 2003. *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta (ID): Rineka Cipta.

[UNICEF] United Nations Children's Fund. 2004. Low Birthweight: Country, Regional, and Global Estimates. New York(US): United Nations Children's Fund.

Wijaya OGM, Meiliana M, Lestari YN. 2021. Pentingnya pengetahuan gizi untuk asupan makan yang optimal pada atlet sepak bola. Nutrition Research and Development Journal. 1(1): 22-33