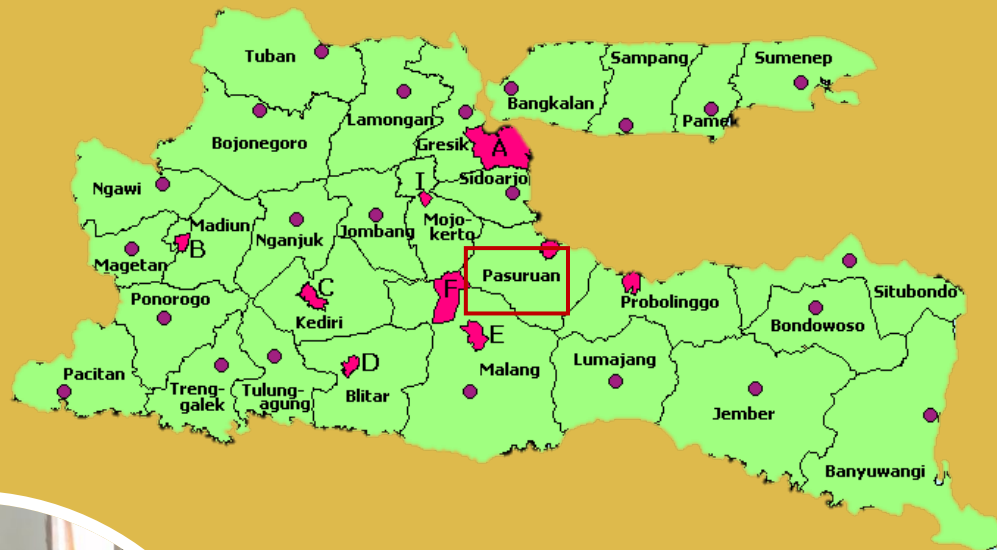




# LAPORAN AKHIR KABUPATEN PASURUAN

## INTERVENSI PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN DAN EDUKASI GIZI UNTUK ATASI *STUNTING*



Ali Khomsan  
Alya Firdausi  
As Syaffa Amalia Adha

IPB University  
2024

## KATA PENGANTAR

*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. Prevalensi *stunting* di Jawa Timur adalah 19,2% dan di Kabupaten Pasuruan 20,5%.

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. Ketidacukupan 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. Pada *action-research* ini intervensi yang diberikan berupa telur dan susu selama 100 hari untuk balita *stunting*.

Bogor, Maret 2024

Tim Peneliti IPB

## RINGKASAN

*Stunting* merupakan permasalahan gizi yang masih menjadi pokok permasalahan karena angka prevalensinya yang masih cukup tinggi. Berdasarkan SSGI (2022), diketahui bahwa *prevalensi stunting* di Jawa Timur adalah 19,2% dan di Kabupaten Pasuruan 20,5%. Tingginya angka tersebut ditargetkan dapat mengalami penurunan sebesar 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.

Kegiatan ini dilakukan di Kabupaten Pasuruan, Provinsi Jawa Timur. Jumlah subjek adalah 108 anak balita. Balita yang menjadi sampel dalam penelitian ini berusia di atas 12 bulan. Studi ini dilakukan pada bulan Juni 2023 – Maret 2024. Intervensi yang diberikan adalah edukasi gizi dan pemberian makanan tambahan berupa telur dan satu sachet susu Dancow yang sudah difortifikasi dengan gizi mikro. Makanan tambahan diberikan setiap hari selama 100 hari. Edukasi gizi dilakukan 1 kali *offline* dan 1 kali *online*.

Karakteristik keluarga di Pasuruan dicirikan oleh usia ayah 35,3 tahun dan usia ibu 30,0 tahun. Pendidikan ayah mayoritas adalah SD (39,8%) dan SMP (20,4%), sementara pendidikan ibu mayoritas SD 60,2% dan SMA 14,8%. Sementara itu, pekerjaan ayah mayoritas (30,6%) adalah sebagai pegawai swasta dan ibu sebagai ibu rumah tangga (83,3%). Rata-rata penghasilan keluarga sebesar Rp 2.892.171 dan hanya 13,0% keluarga yang telah berpenghasilan di atas UMR (Rp. 4.515.133). Pengeluaran pangan terbesar adalah untuk membeli lauk pauk (24,8%), dan pengeluaran nonpangan untuk membeli rokok 26,5%, angka ini lebih besar daripada pengeluaran untuk pendidikan, kesehatan, dan pengeluaran lainnya. Karakteristik balita di Pasuruan dicirikan oleh BBLR (berat badan lahir rendah) sejumlah 12,0%, stunting saat lahir berjumlah 22,2%, dan lahir prematur berjumlah 6,5%.

Pengetahuan gizi ibu terbagi dua komponen, yaitu *short-term* dan *long-term*. Untuk *short-term* terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi sebesar 15,2 poin dari skor 70,4 (*pretest*) menjadi 85,6 (*posttest*). Terdapat perbedaan skor pengetahuan gizi yang signifikan antara *pretest* dan *posttest* ( $p < 0,01$ ). Sementara untuk *long-term* terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi sebesar 0,7 dari skor *baseline* 73,4 menjadi 74,1 saat *endline*.

Terdapat peningkatan asupan, ditandai dengan rata-rata tingkat kecukupan energi yang meningkat dari  $59,2 \pm 21,5$  menjadi  $65,4 \pm 21,8$ . Peningkatan juga terjadi pada protein dan lemak, yakni  $164,6 \pm 79,3$  menjadi  $193,7 \pm 69,2$  untuk protein, dan  $57,5 \pm 30,0$  menjadi  $76,0 \pm 32,3$  untuk lemak. Sedangkan untuk karbohidrat menurun dari  $51,1 \pm 19,1$  menjadi  $48,5 \pm 16,0$  untuk karbohidrat. Meskipun terjadi peningkatan asupan dibanding *baseline* dan *endline*, tetapi tingkat kecukupan energi, lemak, dan karbohidrat sebagian besar balita masih tergolong dalam kategori sangat kurang ( $< 80\%$ ). Terjadi peningkatan skor keragaman konsumsi pangan dari 3,8 (*baseline*) menjadi 4,9 (*endline*). Skor keragaman ini masih masuk kategori sedang (4-5). Terdapat perbedaan skor keragaman konsumsi pangan yang signifikan antara *baseline* dan *endline* ( $p < 0,01$ ).

Status gizi berdasarkan TB/U menunjukkan adanya perbaikan yaitu dari *z-score* -3,17 (*baseline*) menjadi -2,95 (*endline*). Pada saat *baseline* terdapat 58 anak balita *severe stunting* (*Z-score*  $< -3$  SD) dan jumlahnya turun menjadi 46 anak pada saat *endline*. Penurunan *severe stunting* mencapai 20,7%. Total balita *stunting* dan *severe stunting* pada saat *baseline* adalah 108 anak dan pada saat *endline* menjadi 98 anak, ini berarti terjadi penurunan sejumlah 10 anak (9,3%). Status gizi berdasarkan BB/U menunjukkan adanya perbaikan yaitu dari *z-score* -2,55 (*baseline*) menjadi -2,44 (*endline*). Berat badan normal (BB/U) pada saat *baseline*

berjumlah 26 anak dan pada saat *endline* menjadi 30 anak atau terjadi peningkatan jumlah anak dengan BB/U normal sebesar 15,4%. Status gizi berdasarkan BB/TB menunjukkan tidak adanya peningkatan atau penurunan *z-score*, yaitu -1,02 saat *baseline* maupun *endline*.

# DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b>	iii
<b>PENDAHULUAN</b>	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
<b>METODE</b>	3
2.1 Desain, Tempat, Subjek, dan Waktu Penelitian	3
2.2 Jenis Data, Cara Pengumpulan dan Pengolahan	3
2.3 Intervensi	4
<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	6
3.1 Deskripsi Wilayah	6
3.2 Karakteristik Keluarga dan Balita	8
3.3 Riwayat Kesehatan Anak	12
3.4 Riwayat Pemberian ASI dan Kebiasaan Makan Anak	13
3.5 Pola Asuh Balita	14
3.6 Partisipasi Program Gizi	16
3.7 Partisipasi di Posyandu dan Pemahaman Ibu tentang Status Gizi Anak	17
3.8 Pengetahuan Gizi	18
3.9 Kebiasaan Makan Balita	21
3.10 Status Gizi	27
<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	30
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	32

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Stunting* merupakan permasalahan gizi yang masih menjadi pokok permasalahan karena angka prevalensinya yang masih cukup tinggi. Berdasarkan SSGI (2022), diketahui bahwa prevalensi *stunting* di Jawa Timur adalah 19,2% dan di Kabupaten Pasuruan 20,5%. Secara nasional *stunting* diharapkan turun menjadi 14% pada tahun 2024. 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.

Presiden memberikan arahan agar ada langkah-langkah luar biasa atau *extraordinary* untuk mengatasi *stunting*. 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.

Berdasarkan studi literatur oleh Fadhilah (2022), durasi intervensi gizi cukup beragam, yaitu antara 3-6 bulan. 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. Jenis makanan tambahan dalam penelitian ini yaitu telur dan susu fortifikasi. Penelitian oleh Ianotti (2014), intervensi telur selama 6 bulan dapat meningkatkan z-score TB/U sebesar 0,63 dan z-score BB/U sebesar 0,61. Intervensi berupa susu juga diketahui dapat meningkatkan berat badan 0,03 kg/bulan dan tinggi badan 0,03 cm/bulan (Agustina *et al.* 2013).

## 1.2 Tujuan

1. Menganalisis karakteristik sosial ekonomi rumah tangga yang memiliki anak balita
2. Menganalisis karakteristik anak balita
3. Menganalisis pengetahuan gizi ibu balita sebelum dan sesudah intervensi edukasi gizi
4. Menganalisis asupan gizi makro dan mikro serta keragaman konsumsi pangan anak (*Individual Dietary Diversity Score*) sebelum dan sesudah intervensi pemberian makanan tambahan (telur dan susu)
5. Menganalisis status gizi anak dengan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB sebelum dan sesudah intervensi pemberian makanan tambahan (telur dan susu).

## BAB II METODE

### 2.1 Desain, Tempat, Subjek, dan Waktu Penelitian

Kegiatan ini dilakukan di Kabupaten Pasuruan, Provinsi Jawa Timur. Jumlah subjek adalah 108 anak balita. Balita yang menjadi sampel dalam penelitian ini berusia di atas 12 bulan. Studi ini dilakukan pada bulan Juni 2023 – Maret 2024.

### 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. Data pengetahuan gizi terdiri dari 20 pertanyaan pilihan B – S dikumpulkan saat *baseline* dan *endline*. Selain itu juga dikumpulkan data pengetahuan gizi sebelum dan sesudah penyuluhan (*pretest* dan *posttest*) dengan jumlah soal 10. 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 Ilmu Gizi. 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. Data yang dikumpulkan selama *baseline* hingga *endline* disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1 Pengumpulan data *baseline* dan *endline*

Aspek	Variabel	Pengukuran	Pengumpul an Data	<i>Baseline</i>	<i>Endline</i>
Karakteristik anak	Umur	Kuesioner	Interview dan pengukuran	√	-
	Sex	Kuesioner		√	-
	Berat (kg)	Timbangan digital		√	√
	Tinggi (cm)	<i>Stature meter</i>		√	√
	Riwayat kesehatan	Kuesioner		√	√
	Riwayat kelahiran	Kuesioner		√	-
Karakteristik ibu	Tinggi badan ibu (cm)	Kuesioner	Interview	√	-
	Umur ibu ketika menikah (tahun)	Kuesioner	Interview	√	-
	Umur ibu saat ini (tahun)	Kuesioner	Interview	√	-



Tabel 2 Pengumpulan data *baseline* dan *endline* (Lanjutan)

Aspek	Variabel	Pengukuran	Pengumpulan Data	Baseline	Endline
Karakteristik rumahtangga	Besar keluarga	Kuesioner	Interview	√	-
	Pendidikan	Kuesioner	Interview	√	-
	Pekerjaan	Kuesioner	Interview	√	-
	Pendapatan	Kuesioner	Interview	√	-
	Pengeluaran pangan dan non-pangan	Kuesioner	Interview	√	-
Konsumsi pangan	Intake gizi	Kuesioner	Recall 1 x 24 hours	√	√
	Keragaman konsumsi pangan (IDDS)	Kuesioner	Recall 1 x 24 hours	√	√
Food habits anak	FFQ	Kuesioner	Interview	√	-
Sosio-budaya pangan	Tabu makanan	Kuesioner	Interview	√	-
Ketahanan Pangan	Ketahanan pangan	Kuesioner FIES	Interview	√	-
Partisipasi dalam program gizi	Program spesifik dan sensitif stunting	Kuesioner	Interview	√	-
Pola asuh dan MP-ASI	Pola asuh dan MP-ASI	Kuesioner	Interview	√	-
Partisipasi anak di posyandu	Partisipasi anak di posyandu	Kuesioner	Interview	√	-

### 2.3 Intervensi

Intervensi yang diberikan adalah edukasi gizi dan pemberian makanan tambahan berupa telur dan satu sachet susu Dancow yang sudah difortifikasi dengan gizi mikro. Makanan tambahan diberikan setiap hari selama 100 hari. Edukasi gizi dilakukan 1 kali *offline* dan 1 kali *online*. Kandungan zat gizi susu Dancow dapat dilihat dalam Tabel 2.

Tabel 2 Kandungan zat gizi susu Dancow

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

Tabel 2 Kandungan zat gizi susu dancow (*Lanjutan*)

<b>Zat gizi</b>	<b>AKG (%)</b>
<b>Vitamin dan mineral</b>	
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%

## **BAB III**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Deskripsi Wilayah**

Wilayah Kabupaten Pasuruan dengan luas 1.474,015 km<sup>2</sup> terletak antara 112°33'55" hingga 113°05'37" Bujur Timur dan antara 7°32'34" hingga 7°57'20" Lintang Selatan. Sebelah Utara dibatasi oleh Kota Pasuruan, Selat Madura dan Kabupaten Sidoarjo, sebelah Selatan dibatasi oleh Kabupaten Malang, sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Mojokerto dan Kota Batu, serta sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Probolinggo (BPS 2022). Posisi geografis Kabupaten Pasuruan yang berada delta jalur ekonomi Surabaya - Jember/Banyuwangi/Bali, Surabaya-Malang, dan Malang - Jember/Banyuwangi/Bali, sangat strategis dan memiliki nilai ekonomis.

Kabupaten Pasuruan terdiri dari 24 kecamatan dengan jumlah desa/kelurahan sebanyak 365. Lokasi Kabupaten Pasuruan berada di sekitar garis khatulistiwa, maka seperti daerah yang lain Kabupaten Pasuruan mempunyai perubahan iklim sebanyak 2 jenis setiap tahunnya, yaitu musim kemarau (Mei-September) dan musim penghujan (Oktober-April). Curah hujan maksimum di Kabupaten Pasuruan terjadi pada bulan Januari dengan rata-rata penyinaran matahari paling lama terjadi di bulan September. Rata-rata kelembaban maksimum juga terjadi di bulan Januari, yaitu sebesar 94% (BPS 2022)

Penduduk Kabupaten Pasuruan pada tahun 2022 mencapai 1.619.035 dengan komposisi 809.968 jiwa penduduk laki-laki dan 809.067 jiwa penduduk perempuan. Laju pertumbuhan penduduk di tahun 2020-2022 sebesar 0,81 persen. Kepadatan penduduk di Kabupaten Pasuruan tahun 2022 mencapai 1.098 jiwa/km<sup>2</sup>. Kepadatan penduduk di 24 kecamatan cukup beragam dengan kepadatan penduduk tertinggi terletak di Kecamatan Pohjentrek dengan kepadatan sejumlah 2.672 jiwa/km<sup>2</sup> dan terendah di Kecamatan Tosari sejumlah 192 jiwa/km<sup>2</sup> (BPS 2022).

Berdasarkan data Sakernas (2021), jumlah angkatan kerja di Kabupaten Pasuruan mencapai 916.175 orang dengan tingkat pengangguran mencapai 54.113. Menurut data tahun 2022 dari Dinas Ketenagakerjaan, jumlah pencari kerja terdaftar pada tahun 2022 mencapai 5.003 orang. Jumlah tersebut meliputi pencari kerja laki-laki sebanyak 3.212 orang dan pencari kerja perempuan sebanyak 1.791 orang. Di Kabupaten Pasuruan, banyaknya penempatan lowongan kerja tahun 2022 yaitu 2.025 orang. Mata pencaharian penduduk di Kabupaten Pasuruan berdasarkan data Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Pasuruan (2020) sangat beragam, diantaranya yaitu karyawan swasta/BUMN/BUMD sebesar 21,54 %, petani/peternak/nelayan dan para buruh di lapangan usaha tersebut sebesar 13,40 %, pedagang/wiraswasta sebesar 9,85 %, belum/tidak bekerja sebesar 22,62 %, serta PNS/TNI/POLRI dan pekerjaan lain-lain sebesar 32,59 %.

Berdasarkan data BPS (2022), diketahui bahwa jumlah penduduk Kabupaten Pasuruan berumur 15 tahun ke atas yang memiliki pekerjaan yaitu sejumlah 916.175 jiwa, sedangkan jumlah pengangguran di Kabupaten Pasuruan sebanyak 54.113 jiwa. Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) di Kabupaten Pasuruan sebanyak 70,19%. Adapun sebaran mata pencaharian yang terdapat di Kabupaten Pasuruan diantaranya yaitu wiraswasta, buruh tidak tetap, buruh tetap, karyawan, pekerja bebas, dan pekerja keluarga. Pekerjaan utama yang paling

banyak yaitu sebagai karyawan dengan jumlah 329.775 jiwa dari 862.062 jiwa yang bekerja di Kabupaten Pasuruan.

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Pasuruan masih cukup tinggi, yaitu 148,62 jiwa dengan persentase 8,96 %. Berdasarkan data BPS (2022), garis kemiskinan di Kabupaten Pasuruan mencapai angka 394.016 rupiah/kapita/tahun dengan indeks kedalaman kemiskinan sebesar 1,29 dan indeks keparahan kemiskinan sebesar 0,29.

Sarana pendidikan merupakan salah satu faktor yang mendukung pembangunan manusia. Menurut data Dinas Pendidikan dan Kebudayaan serta Kementerian Agama Kabupaten Pasuruan jumlah sekolah di Kabupaten Pasuruan sebagai berikut: TK=672, RA=424, SD=722, MI=305, SMP=158, MTs=180, SMA=42, SMK=66, serta MA=91. Terdapat beberapa desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas sekolah untuk jenjang SMA/SMK. Adapun untuk jenjang SD dan SMP, seluruh desa/kelurahan di Kabupaten Pasuruan sudah memiliki fasilitas sekolah. Berdasarkan data BPS (2022), diketahui bahwa Angka partisipasi murni (APM) untuk SD/MI sebesar 97,49, SMP/MTS 81,96, dan SMA/MA 47,09. Adapun angka partisipasi kasar (APK) yaitu 109,07 untuk SD/MI, 106,92 untuk SMP/MTS, dan 72,12 untuk SMA/MA (BPS 2022).

Sarana kesehatan merupakan bagian yang sangat penting dalam peningkatan kesehatan masyarakat. Pada tahun 2021 sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Pasuruan adalah 8 rumah sakit umum, 1 rumah sakit khusus, 3 rumah sakit bersalin, 48 poliklinik, 35 puskesmas, 68 puskesmas pembantu, 46 apotek. Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 82 dokter, 36 dokter gigi, 527 perawat, 595 bidan, 426 tenaga medis, 1 psikologi klinis, 1.798 tenaga keperawatan, 1.147 tenaga kebidanan, 382 tenaga kefarmasian, 87 tenaga kesehatan masyarakat, 47 tenaga kesehatan lingkungan, 92 tenaga gizi, dan 17 tenaga keterampilan fisik (BPS 2021).

Perekonomian di Kabupaten Pasuruan ditopang oleh beberapa sektor, diantaranya yaitu sektor pertanian, peternakan, insutri, dan wisata. Potensi pertanian Kabupaten Pasuruan cukup besar antara lain berupa tanaman hortikultura dan produk peternakan. Produk peternakan seperti susu sapi memiliki potensi yang cukup besar, selain diolah menjadi berbagai jenis pangan antara lain permen, minuman susu kemasan aneka rasa, juga untuk memenuhi permintaan industri pengolahan susu yang berada di Kabupaten Pasuruan yaitu PT. Nestle di Kecamatan Kejayan dan PT. Indolaktodi Kecamatan Purwosari. Kawasan industri di Kabupaten Pasuruan berada di Kecamatan Rembang yaitu PT. PIER (Pasuruan Industrial Estate Rembang) yang memiliki luas lahan 560 Ha dengan luas lahan terbangun sekitar 60%. Selain itu, potensi wisata di Kabupaten Pasuruan juga menopang perekonomian. Potensi wisata di Kabupaten Pasuruan meliputi obyek Wisata Alam, Wisata Budaya, Wisata Agro dan Wisata Minat Khusus (PEMKAB Pasuruan 2022).

Pemantauan gizi Balita ditujukan untuk mengetahui prevalensi masalah gizi masyarakat, khususnya Balita. Penilaian status gizi yang digunakan mengacu pada Permenkes No.2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Pada tahun 2022 Kota Pasuruan merupakan kota dengan persentase *underweight*, *stunting*, dan *wasting* tertinggi di Jawa Timur. Persentase *underweight*, *stunting*, dan *wasting* di Kabupaten Pasuruan berturut-turut sebesar 16,41%, 16,31%, dan 16,53% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2023). Berdasarkan data tersebut, maka permasalahan gizi di Kabupaten Pasuruan perlu mendapatkan perhatian yang serius.

### 3.2 Karakteristik Keluarga dan Balita

Karakteristik subjek dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik orang tua balita, karakteristik sosial ekonomi keluarga, dan karakteristik balita. Karakteristik orang tua balita terdiri dari usia ayah, usia ibu, pendidikan ayah, dan pendidikan ibu. Sebaran responden berdasarkan karakteristik usia dan pendidikan disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3 Karakteristik usia dan pendidikan orang tua balita

Karakteristik Orang Tua	n	%
<b>Usia Ayah</b>	35,3 ± 7,6	
<b>Usia Ibu</b>	30,0 ± 5,9	
<b>Pendidikan ayah</b>		
Tidak sekolah	14	13,0
SD/ sederajat	43	39,8
SMP/ sederajat	22	20,4
SMA/ sederajat	28	25,9
D-III/ Diploma	0	0,0
D-IV/ S-1	0	0,0
Lainnya	1	0,9
<b>Pendidikan Ibu</b>		
Tidak sekolah	14	13,0
SD/ sederajat	65	60,2
SMP/ sederajat	10	9,3
SMA/ sederajat	16	14,8
D-III/ Diploma	0	0,0
D-IV/ S-1	3	2,8
Lainnya	0	0,0

Berdasarkan Tabel 3, diketahui bahwa rata-rata usia ayah di wilayah Pasuruan yaitu 35,3 tahun, sedangkan rata-rata usia ibu lebih muda dibandingkan ayah. Rata-rata usia ibu di wilayah Pasuruan yaitu 30,0 tahun. Pendidikan ayah serta ibu menjadi faktor yang berpengaruh terhadap kejadian *stunting* sehingga variabel ini perlu diteliti. Sebagian besar pendidikan ayah pada wilayah Pasuruan adalah tamat SD (39,8%), masih terdapat 13,0% ayah yang tidak sekolah. Untuk pendidikan ibu, wilayah Pasuruan didominasi oleh ibu dengan tingkat pendidikan SD (60,0%) dan masih terdapat 13,0% ibu yang tidak sekolah, hanya terdapat 2,8% ibu yang menempuh pendidikan hingga D-IV/S-1.

Berdasarkan penelitian Rahayu *et al.* (2015), diketahui bahwa pendidikan ibu dapat memengaruhi penerapan makanan yang tepat bagi keluarga, termasuk penerapan makan pada anak. Selain itu, hasil penelitian Rachmi *et al.* (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan ayah dengan *stunting*, tetapi hubungan yang lebih kuat terdapat antara pendidikan ibu dengan *stunting*. Risiko *stunting* dua kali lebih tinggi terjadi pada anak dari ibu dengan pendidikan rendah dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendidikan tinggi (Beal *et al.* 2018).

Karakteristik sosial ekonomi keluarga terdiri dari pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, besar keluarga, dan penghasilan keluarga. Karakteristik sosial ekonomi keluarga disajikan dalam Tabel 4.

Tabel 4 Karakteristik sosial ekonomi keluarga

<b>Karakteristik Sosial Ekonomi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pekerjaan Ayah</b>		
Tidak bekerja	4	3,7
Pedagang/wirausaha	11	10,2
PNS/TNI/POLRI	0	0,0
Pegawai swasta	33	30,6
Buruh bangunan	17	15,7
Buruh tani	19	17,6
Nelayan	0	0,0
Jasa	9	8,3
Lainnya	15	13,9
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Tidak bekerja	90	83,3
Pedagang/wirausaha	4	3,7
PNS/TNI/POLRI	0	0,0
Pegawai swasta	5	4,6
Buruh bangunan	0	0,0
Buruh tani	5	4,6
Nelayan	0	0,0
Jasa	3	2,8
Lainnya	1	0,9
<b>Besar keluarga</b>		
Kecil ( $\leq 4$ orang)	75	69,4
Sedang (5-6 orang)	29	26,8
Besar ( $\geq 7$ orang)	4	3,7
Rata-rata $\pm$ SD		4,2 $\pm$ 1,0
<b>Penghasilan keluarga</b>		
< UMR (Rp. 4.515.133)	94	87,0
$\geq$ UMR (Rp. 4.515.133)	14	13,0
Rata-rata $\pm$ SD (Rp/bulan)		2,892,171 $\pm$ 2,245,004

Berdasarkan Tabel 4, pekerjaan ayah didominasi oleh pegawai swasta (30,6%) Sebagian besar ibu tidak memiliki pekerjaan atau berperan sebagai ibu rumah tangga (83,3%). Selain sebagai ibu rumah tangga, sebesar 4,6% ibu bekerja sebagai pegawai swasta dan buruh tani. Keluarga di wilayah Pasuruan didominasi oleh keluarga kecil ( $\leq 4$  orang), yaitu sebesar 69,4%. Sangat sedikit keluarga (3,7%) yang beranggotakan 7 orang atau lebih. Untuk kondisi ekonomi keluarga, diketahui bahwa di wilayah Pasuruan lebih banyak keluarga (87,0%) yang memiliki penghasilan keluarga di bawah upah minimum regional (UMR), hanya terdapat 13,0% keluarga yang sudah memiliki penghasilan di atas UMR.

Berdasarkan penelitian Al-Anshori dan Nuryanto (2013), diketahui bahwa status ekonomi keluarga yang rendah dapat meningkatkan risiko 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 pemenuhan 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 keluarga (Ghassani dan Ernah 2021). Rata-rata pengeluaran rumah tangga per bulan disajikan dalam Tabel 5.

Tabel 5 Rata-rata persentase pengeluaran rumah tangga

Jenis pengeluaran	Rp	Rata-rata (%)
Pangan	1.129.178	57,8
Nonpangan	824.044	42,2

Pengeluaran rumah tangga per bulan dibedakan menjadi pengeluaran pangan dan nonpangan. Pengeluaran pangan terdiri dari pengeluaran untuk makanan pokok, lauk pauk, sayur, buah, jajanan, dan pangan lainnya. Untuk pengeluaran nonpangan terdiri dari kesehatan, rokok, bahan bakar, pendidikan, cicilan, nonpangan lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga lebih besar pada pengeluaran pangan (57,8%) dibandingkan non pangan (42,2%). Selanjutnya rata-rata pengeluaran pangan dan nonpangan dirincikan dalam Tabel 6.

Tabel 6 Rincian persentase pengeluaran pangan dan nonpangan per bulan

Jenis pengeluaran	Rupiah	%
<b>Pangan</b>		
Makanan Pokok	278.953	24,7
Laik pauk	280.537	24,8
Sayur	71.620	6,3
Buah	39.990	3,5
Jajanan	168.060	14,9
Pangan Lainnya	290.018	25,7
Total	1.129.178	100,0
<b>Non Pangan</b>		
Kesehatan	3.893	0,5
Rokok	218.657	26,5
Bahan Bakar	175.162	21,3
Pendidikan	248.870	30,2
Cicilan/Kredit	127.712	15,5
Non Pangan lainnya	49.750	6,0
Total	824.044	100,0

Tabel 6 menunjukkan rincian pengeluaran pangan dan nonpangan per bulan. Pengeluaran pangan terbesar adalah pangan lainnya (25,7%) yaitu sebesar Rp. 290.018. Pangan lainnya terdiri dari bahan pangan selain sayur, buah, dan jajanan. Pengeluaran terhadap sayur dan buah jumlahnya sangat sedikit yaitu kurang dari 10% dari total pengeluaran pangan. Pengeluaran nonpangan terbesar adalah untuk pendidikan dengan nilai Rp.248.870 per bulan (30,2%) dan selanjutnya adalah pengeluaran untuk rokok (26,5%) atau sebesar Rp. 218.657.

Barang-barang berharga yang dimiliki keluarga meliputi kepemilikan laptop/komputer, kendaraan (motor/mobil), mesin cuci, televisi, kulkas, dan ac/pendingin. Kepemilikan barang-barang tersebut disajikan dalam Tabel 7.

Tabel 7 Kepemilikan barang-barang berharga

Jenis barang	n	%
<b>Laptop/Komputer</b>		
Punya	5	4,6
Tidak Punya	103	95,4
<b>Kendaraan (motor/mobil)</b>		
Punya	102	94,4
Tidak Punya	6	5,6
<b>Mesin Cuci</b>		
Punya	6	5,6
Tidak Punya	102	94,4
<b>Televisi</b>		
Punya	72	66,7
Tidak Punya	36	33,3
<b>Kulkas</b>		
Punya	88	81,5
Tidak Punya	20	18,5
<b>AC/Pendingin ruangan</b>		
Punya	91	84,3
Tidak Punya	17	15,7

Kepemilikan barang-barang berharga menggambarkan keadaan ekonomi rumah tangga. Berdasarkan Tabel 7, rumah tangga yang memiliki laptop/komputer hanya sedikit yaitu 4,6%. Kendaraan yang dimiliki keluarga balita di wilayah Pasuruan sebagian besar adalah motor dengan persentase responden yang memiliki kendaraan pribadi adalah 94,4%. Sebagian besar keluarga sudah memiliki televisi (66,7%) dan kulkas (81,5%). Namun masih sedikit yang sudah memiliki fasilitas mesin cuci (5,6%).

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 dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 8.

Tabel 8 Sebaran karakteristik balita

Karakteristik balita	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	55	50,9
Perempuan	53	49,1
<b>BB Lahir</b>		
<2500 g	13	12,0
≥ 2500 g	95	88,0
Tidak Tahu	0	0,0
<b>PB Lahir</b>		
Pendek (<48 cm)	2	22,2
Normal (≥ 48 cm)	84	77,8
Tidak Tahu	0	0,0
<b>Usia kelahiran bayi</b>		
Kurang bulan (prematuur)	7	6,5
Cukup bulan	101	93,5

Tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar balita dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki (50,9%). Berat badan lahir dikatakan kurang apabila berat badan balita kurang dari 2,5 kg dan lebih dari itu dikatakan berat badan lahir cukup. Sebagian besar balita memiliki berat badan lahir yang cukup (88,0%). Sebagian besar balita tergolong memiliki panjang badan



lahir yang normal, yaitu 77,8% dan terdapat 22,2% balita yang lahir dengan panjang badan pendek (<48 cm). Terdapat 6,5% balita yang usia kelahirannya premature dan 93,5% lainnya lahir cukup bulan. Menurut UNICEF (2004), 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.

Karakteristik ibu balita yang dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari tinggi badan dan usia ibu saat menikah. Karakteristik ibu balita disajikan dalam Tabel 9.

Tabel 9 Karakteristik ibu balita

Karakteristik ibu balita	Rata-rata ± SD
Tinggi badan ibu (cm)	147,3±15,1
Usia ibu saat menikah (tahun)	18,7±2,4

Diketahui bahwa rata-rata tinggi badan ibu adalah 147,3 cm. Rata-rata usia pernikahan ibu adalah 18,7 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Nuraeni dan Diana (2019) menunjukkan bahwa tinggi badan ibu kurang dari 145 cm berisiko melahirkan bayi BBLR atau stunting sebanyak 5,712 kali dibandingkan dengan ibu yang memiliki tinggi badan ≥ 145 cm. Demikian pula usia pernikahan dini (<19 tahun) juga berisiko melahirkan bayi BBLR atau stunting (Larasati *et al.* 2018).

### 3.3 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 10.

Tabel 10 Riwayat kesehatan anak (2 minggu terakhir)

Nama penyakit	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
<b>ISPA (batuk, flu/pilek)</b>				
Ya	34	31,5	30	27,8
Tidak	74	68,5	78	72,2
<b>Diare</b>				
Ya	7	6,5	3	2,8
Tidak	101	93,5	105	97,2
<b>TBC</b>				
Ya	0	0	0	0
Tidak	108	100	108	100
<b>Cacar</b>				
Ya	0	0	0	0
Tidak	108	100	108	100
<b>Campak</b>				
Ya	0	0	0	0
Tidak	108	100	108	100

Penyakit infeksi menjadi salah satu faktor penyebab dari *stunting* sehingga hal ini menjadi penting untuk diteliti. Berdasarkan Tabel 10, pada saat *baseline* terdapat 31,5% balita mengalami infeksi saluran pernafasan (batuk/pilek), angka ini turun menjadi 27,8% pada saat *endline*. Angka diare di Kabupaten Pasuruan juga mengalami penurunan, dari 6,5% (*baseline*)

menjadi 2,8% (*endline*). Pada saat *baseline* maupun *endline* tidak ada balita yang mengalami TBC, cacar, dan campak dalam 2 minggu.

### 3.4 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 11.

Tabel 11 Riwayat pemberian ASI eksklusif dan kebiasaan makan anak

Pertanyaan	n	%
<b>Pemberian IMD 1 jam setelah melahirkan</b>		
Ya	104	96,3
Tidak	4	3,7
<b>Pemberian kolostrum</b>		
Ya	105	97,2
Tidak	3	2,8
<b>Pemberian makanan/minuman prelakteal</b>		
Ya	20	18,5
Tidak	88	81,5
<b>Pemberian makanan/minuman prelakteal (Ya)</b>		
Susu formula	20	100
Air gula	0	0
Air tajin	0	0
Madu	0	0
Lainnya	0	0
<b>Pola menyusui</b>		
Menyusui eksklusif	80	74,1
Menyusui predominan	13	12,0
Menyusui parsial	15	13,9
<b>Alasan tidak memberikan ASI eksklusif</b>		
ASI tidak keluar/sedikit	3	10,7
Alasan pekerjaan	18	64,3
Masalah payudara	1	3,6
Bayi tidak bisa menyusu	1	3,6
Ibu/bayi sakit	1	3,6
Bayi menangis & ibu menganggap ASI saja tidak cukup	2	7,1
Lainnya	1	3,6
<b>Waktu pemberian ASI</b>		
Semau bayi	100	92,6
Sesuai jam menyusui (jadwal)	7	6,5
Lainnya	1	0,9
<b>Anak sudah disapih</b>		
Sudah	100	92,6
Belum	8	7,4
<b>Umur anak saat disapih (bulan)</b>		18,0±7,9
<b>Umur anak pertama diberi MP-ASI (bulan)</b>		6,4±2,5

Ket: <sup>1</sup>Jawaban boleh lebih dari satu

Hampir seluruh responden memberikan inisiasi menyusui dini (IMD) 1 jam setelah melahirkan (96,3%), hanya terdapat 3,7% ibu yang tidak memberikan inisiasi menyusui dini. Hal tersebut juga terjadi pada pemberian kolostrum; ibu yang memberikan kolostrum lebih banyak (97,2%) dibandingkan ibu yang tidak memberikan kolostrum (2,8%). Terdapat 18,5% ibu yang memberikan makan atau minum pada 1-3 hari setelah kelahiran. Makanan atau minuman yang diberikan yaitu susu formula. Hal ini yang menyebabkan ketidakberhasilan ASI eksklusif karena kebiasaan memberikan makanan/minuman bayi beberapa hari setelah anak dilahirkan.

Pola menyusui pada ibu balita didominasi oleh menyusui eksklusif (74,1%) dan menyusui secara parsial (13,9%); hanya sebagian kecil ibu yang menyusui dominan (12,0%). Menyusui parsial adalah menyusui bayi serta diberikan makanan buatan selain ASI sebelum bayi berusia enam bulan, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya baik diberikan secara kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelakteal. Menyusui dominan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air seperti teh sebagai minuman prelakteal sebelum ASI keluar. Hanya terdapat 6,5% bayi yang diberi ASI sesuai dengan jadwal menyusui, sedangkan 92,6% bayi diberikan ASI sesuai dengan kemauan bayi.

Alasan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif paling dominan yaitu karena alasan pekerjaan (64,3%), selanjutnya yaitu karena ASI tidak keluar atau ASI hanya sedikit (10,7%). Sebanyak 92,6% anak sudah disapih dan hanya 7,4% yang belum disapih. Rata-rata umur anak saat disapih yaitu  $18,0 \pm 7,9$  bulan. Umur sapih seorang anak seharusnya adalah usia 2 tahun, sehingga anak bisa cukup mengonsumsi ASI selama 2 tahun pertama kehidupannya. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) rata-rata diberikan pertama kali pada anak ketika berumur  $6,4 \pm 2,5$  bulan dan hal ini sudah sesuai anjuran kesehatan. Sistem pencernaan bayi sudah mulai siap menerima MP-ASI saat usia 6 bulan, dan kebutuhan makanan lain non-ASI juga diperlukan untuk menopang tumbuh kembang bayi.

### 3.5 Pola Asuh Balita

Pola asuh yang baik akan memengaruhi cara ibu dalam mempraktikkan, bersikap atau berperilaku dalam merawat anak. Pola asuh yang dimaksudkan adalah perilaku ibu dalam memberikan asupan makanan bergizi, menjaga kebersihan atau hygiene, serta menjaga sanitasi lingkungan (Yudianti 2016). Hasil penelitian Noorhasanah dan Tauhidah (2021) menunjukkan sebanyak 55,7% responden dengan pola asuh buruk memiliki anak pendek dan sangat pendek dan terdapat hubungan pola asuh ibu dengan kejadian stunting dengan *p-value* 0,01. Sebaran responden berdasarkan pola asuh makan balita disajikan dalam Tabel 12.

Tabel 12 Pola asuh makan balita

Rincian pola asuh makan	n	%
<b>Yang sehari-hari lebih banyak mengasuh anak</b>		
Ibu	101	93,5
Selain ibu	7	6,5
<b>Yang biasanya menyiapkan makanan anak</b>		
Ibu	101	93,5
Ibu dan orang lain	3	2,8
Orang lain	4	3,7

Tabel 12 Pola asuh makan balita (*Lanjutan*)

Rincian pola asuh makan	n	%
<b>Yang menentukan jadwal makan anak</b>		
Ibu	92	85,2
Ibu dan orang lain	2	1,9
Semau anak sendiri	14	13,0
<b>Jadwal makan anak teratur</b>		
Ya	80	74,1
Tidak	28	25,9
<b>Cara ibu menyajikan porsi makan anak</b>		
Porsi makan sesuai	108	100
Porsi makan dihidangkan sekaligus banyak	0	0
<b>Situasi pada saat memberi makan anak</b>		
Diusahakan disiplin dan tidak boleh bermain	44	40,7
Sambil bermain di sekitar rumah	39	36,1
Suasana tidak diperhatikan, asal makanan habis	25	23,1
<b>Cara ibu memperkenalkan makanan baru kepada anak</b>		
Diberikan tersendiri	65	60,2
Diberikan bersama makanan lain	43	39,8

Sebagian besar balita memiliki jadwal makan yang teratur (74,1%), dan hanya 25,9% balita yang tidak memiliki jadwal makan teratur. Hampir seluruh balita dalam penelitian ini sehari-hari diasuh oleh ibu (93,5%) dan hanya 6,5% balita yang diasuh oleh orang lain atau selain ibu. Dalam keseharian makanan balita disiapkan oleh ibu (93,5%) dan demikian juga jadwal makan anak lebih banyak diatur oleh ibu (85,2%). Sejumlah 100% ibu menyajikan porsi makan sesuai dengan porsi makan anak. Ketika memberi makan anak, sebanyak 40,7% ibu menyatakan balita diusahakan disiplin dan tidak boleh bermain, 36,1% ibu memberi makan anak sambil diijinkan bermain di sekitar rumah, dan 23,1% ibu tidak memerhatikan suasana, asal makanan habis.

Terdapat beberapa problem makan pada balita. Problem makan balita disajikan dalam Tabel 13.

Tabel 13 Problem makan balita

Problem makan balita	n	%
<b>Masalah sulit makan anak</b>		
Ya	73	67,6
Tidak	35	32,4
<b>Problema sulit makan anak</b>		
Sulit makan	40	37,0
Pilih-pilih makanan	36	33,3
Diemut/lama makannya	11	10,2
Makanan disemburkan	5	4,6
Tidak mau makan sayur	12	11,1
Lainnya	34	31,5
<b>Sikap ibu jika anak menolak makanan</b>		
Membuat inovasi makanan baru	30	27,8
Tetap diberikan dalam waktu yang berbeda	83	76,9
Memaksa anak untuk makan	28	25,9
Tidak diberikan lagi	15	13,9
<b>Sikap ibu jika anak menghabiskan makanannya</b>		
Memujinya	101	93,5
Diam saja	7	6,5

Diketahui terdapat 67,6% anak memiliki problem makan. Masalah yang paling banyak dialami yaitu sulit makan (37,0%), pilih-pilih makanan (33,3%), dan tidak mau makan sayur (11,1%). Sikap ibu jika anak menolak makanan yang paling mendominasi adalah tetap diberikan dalam waktu yang berbeda (76,9%), memaksa anak untuk makan (25,9%), membuat inovasi makanan baru (27,8%), dan tidak diberikan lagi (13,9%). Sebanyak 93,5% ibu memuji anaknya ketika sudah menghabiskan makanan, namun 6,5% ibu hanya diam saja ketika anaknya berhasil menghabiskan makanan.

Tabel 14 Skor pola asuh makan balita

Skor pola asuh makan	n	%
Rendah <60	3	2,8
Sedang 60-80	40	37,0
Tinggi >80	65	60,2
Rata-rata±SD	83,8 ± 8,6	

Berdasarkan rincian pola asuh makan dan masalah makan balita yang disajikan dalam Tabel 12 dan Tabel 13, maka terdapat skor pola asuh makan yang dikategorikan menjadi rendah, sedang, dan tinggi. Tabel 14 menunjukkan bahwa pola asuh makan balita sebagian besar berada dalam kategori tinggi (60,2%), 37,0% berada dalam kategori sedang, dan masih terdapat 2,8% yang termasuk dalam kategori rendah. Rata-rata skor pola asuh makan yaitu 83,8 ± 8,6.

### 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, 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 15.

Tabel 15 Rumah tangga balita penerima program PMT dan program sensitif gizi

Program	n	%
<b>Menerima pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan untuk balita</b>		
Ya	83	76,9
Tidak	25	23,1
<b>Menerima program bantuan jamban sehat</b>		
Ya	11	10,19
Tidak	97	89,81
<b>Menerima bantuan langsung tunai/ bantuan pangan non tunai</b>		
Ya	47	43,5
Tidak	61	56,5
<b>Bantuan program keluarga harapan (PKH)</b>		
Ya	26	24,1
Tidak	82	75,9
<b>Menerima bantuan berupa bibit tanaman/ ternak (program kawasan rumah pangan lestari/ KRPL)</b>		
Ya	8	7,41
Tidak	100	92,59
<b>Anggota keluarga yang mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS)</b>		
Ya	76	70,4
Tidak	32	29,6

Sebagian besar keluarga balita *stunting* sudah menerima pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan (76,9%). Program bantuan jamban sehat hanya diberikan kepada 10,19% keluarga balita *stunting*. Keluarga balita *stunting* yang menerima bantuan langsung tunai/bantuan pangan nontunai hanya sebanyak 43,5%. Bantuan program keluarga harapan (PKH) hanya menysasar 24,1% keluarga balita *stunting*, dan hanya 7,41% keluarga balita *stunting* yang menerima bantuan berupa bibit tanaman/ternak (program kawasan rumah pangan lestari/KRPL). Anggota keluarga balita *stunting* dalam penelitian ini sebagian besar sudah mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) (70,4%). Masih sedikitnya keluarga dengan balita *stunting* yang mendapatkan program sensitif mengindikasikan masih lemahnya konvergensi program *stunting* di tingkat rumah tangga. Padahal, program konvergensi menjadi andalan untuk pengentasan *stunting*. Problem konvergensi dalam program-program pengentasan *stunting* di lapangan perlu mendapat perhatian dari OPD sehingga optimalisasi penurunan *stunting* dapat tercapai.

### 3.7 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 sebagai penyedia layanan 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 16.

Tabel 16 Partisipasi di posyandu dan pemahaman ibu tentang status gizi anak

<b>Pola Asuh</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frekuensi kunjungan ke posyandu (Juni-September 2023)</b>		
< 2 kali	3	2,8
2-3 kali	11	10,2
≥ 4 kali	94	87
<b>Rutin ke posyandu menimbang BB anak</b>		
Rutin	103	95,4
Tidak Rutin	5	4,6
<b>Ibu mengetahui status gizi anak</b>		
Tahu	78	72,2
Tidak Tahu	30	27,8
<b>Jika BB anak kurang, upaya yang dilakukan ibu</b>		
Memberi makanan lebih banyak	23	21,3
Memberi makanan lebih bergizi	52	48,1
Memberi makanan seperti biasanya	38	35,2
<b>Alasan berat badan anak kurang</b>		
Anak sulit atau tidak mau makan	71	65,7
Makanan kurang tersedia di rumah	24	22,2
Anak terlalu banyak jajan	69	63,9
Anak sering sakit	53	49,1
Ibu tidak tahu	57	52,8
Lainnya	0,0	0,0

Posyandu merupakan akses layanan terdekat bagi masyarakat untuk mendapatkan informasi gizi dan layanan kesehatan. Oleh karena itu posyandu memegang peranan penting dalam memperbaiki status gizi masyarakat dan mencegah *stunting*. Tabel 16 menunjukkan data frekuensi kunjungan posyandu selama bulan Juni-September 2023. Sebagian besar ibu balita (87%) mengunjungi posyandu sebanyak  $\geq 4$  kali, namun masih terdapat 10,2% ibu yang mengunjungi posyandu 2-3 kali, dan 2,8% ibu  $<2$  kali mengunjungi posyandu.

Sebagian besar ibu rutin menimbang berat badan anak di posyandu (95,4%), namun masih terdapat 4,6% ibu yang tidak rutin menimbang berat badan anak di posyandu. Ibu yang tidak mengetahui status gizi anak (27,8%) lebih sedikit dibanding ibu yang mengetahui status gizi anak (72,2%). Sebanyak 21,3% ibu akan berupaya memberi makanan lebih banyak ketika mengetahui berat badan anaknya kurang, 48,1% memberi makanan lebih bergizi, dan 35,2% memberi makanan seperti biasanya. Permasalahan berat badan anak kurang disebabkan oleh beberapa alasan, di antaranya yaitu anak sulit atau tidak mau makan (65,7%), anak sering sakit (49,1%), anak terlalu banyak jajan (63,9%), anak mau makan tapi tidak ada makanan tersedia di rumah (22,2%), dan terdapat ibu yang tidak tahu alasan berat badan anak kurang (52,8%).

### 3.8 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 20 pertanyaan terkait gizi. Sebaran subjek berdasarkan pengetahuan gizi disajikan pada Tabel 17.

Tabel 17 Kategori pengetahuan gizi ibu (*long-term*)

Skor pengetahuan gizi	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
Rendah (<60)	6	5,6	6	5,6
Sedang (60-80)	78	72,2	76	70,4
Tinggi (>80)	24	22,2	26	24,1
Rata-rata $\pm$ SD	73,4 $\pm$ 10,2		74,1 $\pm$ 11,2	

Kategori pengetahuan gizi ibu dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu rendah (<60), sedang (60-80), dan tinggi (>80) (Khomsan 2021). Berdasarkan Tabel 18 diketahui bahwa tidak terdapat ibu yang termasuk dalam kategori pengetahuan gizi rendah. Pada saat *baseline*, sebagian besar pengetahuan gizi ibu termasuk dalam kategori sedang (skor 60-80), yaitu 72,2%, dan terdapat 22,2% ibu yang memiliki pengetahuan dengan kategori tinggi. Sedangkan pada saat *endline* terdapat 70,4% ibu memiliki skor sedang dan 24,1% berada dalam kategori tinggi. Rata-rata skor pengetahuan gizi ibu meningkat dari 73,4 $\pm$  10,2 (*baseline*) menjadi 74,1 $\pm$ 11,2 (*endline*). 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 18.

Tabel 18 Sebaran ibu yang menjawab pengetahuan gizi dengan benar (*long-term*)

No.	Pertanyaan	Baseline		Endline	
		n	%	n	%
1.	Makanan yang dimakan sehari-hari berguna untuk pertumbuhan anak (BENAR)	106	98,1	107	99,1
2.	Sumber karbohidrat adalah nasi, kentang, umbi-umbian dan olahan tepung seperti mie (BENAR)	97	89,8	95	88,1
3.	Karbohidrat diperlukan untuk kebutuhan energi harian anak (BENAR)	104	96,3	104	96,3
4.	Susu, ikan, tahu adalah sumber protein hewani (SALAH)	32	29,6	28	25,9
5.	Ikan, susu, dan telur adalah bahan makanan yang mengandung protein lebih baik daripada tahu/tempe (BENAR)	100	92,6	101	93,5
6.	Minyak adalah sumber lemak, demikian juga alpukat (BENAR)	69	63,9	62	57,4
7.	Makanan yang banyak mengandung zat besi adalah nasi (SALAH)	23	21,3	38	35,2
8.	Anemia (kurang darah) terjadi akibat kekurangan zat besi (BENAR)	88	81,5	87	80,6
9.	Susu merupakan sumber kalsium yang bermanfaat untuk mendukung pertumbuhan tulang (BENAR)	104	96,3	102	94,4
10.	Kandungan gizi susu kental manis lebih baik dari pada susu bubuk (SALAH)	66	61,1	81	75,0
11.	Zink diperlukan untuk menjaga kesehatan dan mendukung pertumbuhan (BENAR)	99	91,7	94	87,0
12.	Wortel banyak mengandung vitamin A (BENAR)	103	95,4	105	97,2
13.	Konsumsi buah dan sayur dapat membantu melancarkan buang air besar (BENAR)	103	95,4	101	93,5
14.	Yodium pada garam sangat diperlukan untuk kecerdasan anak (BENAR)	82	75,9	75	69,4
15.	Pemberian ASI eksklusif pada bayi dilakukan hingga usia 4 bulan (SALAH)	85	78,7	82	75,9
16.	Makanan Pendamping ASI diberikan pada anak di atas 4 bulan (SALAH)	59	54,6	60	55,6
17.	ASI cukup diberikan sampai anak berusia 1 tahun (SALAH)	79	73,1	93	86,1



Tabel 18 Sebaran ibu yang menjawab pengetahuan gizi dengan benar (*lanjutan*)

No.	Pertanyaan	Baseline		Endline	
		n	%	n	%
18.	Berat badan anak tidak naik atau menurun adalah ciri awal gizi kurang (BENAR)	102	94,4	97	89,8
19.	Anak yang kurus dan mukanya berkeriput adalah penderita gizi kurang yang disebut kwashiorkor (SALAH)	11	10,2	12	11,1
20.	Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalui posyandu sebaiknya dilakukan hingga balita berusia 2 tahun (SALAH)	74	68,5	84	77,8

Berdasarkan Tabel 18, diketahui bahwa terdapat beberapa pertanyaan yang persentase jawaban benar masih sangat rendah saat *baseline* maupun *endline*, di antaranya yaitu pertanyaan “Anak yang kurus dan mukanya berkeriput adalah penderita gizi kurang yang disebut kwashiorkor” dengan persentase jawaban benar hanya 10,2% (*baseline*) dan 11,1% (*endline*). Selanjutnya yaitu pertanyaan “Makanan yang banyak mengandung zat besi adalah nasi” yang hanya dijawab benar oleh 21,3 (*baseline*) dan 35,5% (*endline*). Persentase ibu yang menjawab benar pada pertanyaan “Kandungan gizi susu kental manis lebih baik dari pada susu bubuk” mengalami peningkatan dari 61,1% (*baseline*) menjadi 75,0% (*endline*). Pertanyaan lain yang mengalami peningkatan persentase jawaban benar yaitu “Susu, ikan, tahu adalah sumber protein hewani” yaitu 12,7% saat *baseline* menjadi 31,7% saat *endline*.

Selain itu, pengetahuan gizi ibu juga diukur melalui *pretest* dan *posttest* untuk mengetahui *short-term memory*. Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah disampaikan edukasi gizi kepada ibu. Kategori skor *pretest* dan *posttest* pengetahuan gizi ibu disajikan dalam Tabel 19.

Tabel 19 Kategori skor saat *pretest* dan *posttest* pengetahuan gizi ibu (*short-term*)

Skor pengetahuan gizi	Pretest		Posttest	
	n	%	n	%
Rendah (<60)	7	13,5	0	0
Sedang (60-80)	37	71,2	27	51,9
Tinggi (>80)	8	15,4	25	48,1
Rata-rata±SD	70,4 ± 14,4		85,6 ± 10,4	
<i>p-value</i>	0,000			

\**paired t-test* (berbeda signifikan <0,05)

Berdasarkan Tabel 19 diketahui bahwa kategori pengetahuan gizi sedang (skor 60-80) pada saat *pretest* (71,2%) mengalami penurunan saat *posttest* (51,9%); sedangkan pada kategori pengetahuan gizi tinggi terjadi peningkatan dari 15,4% (*pretest*) menjadi 48,1% (*posttest*). Rata-rata skor pengetahuan gizi ibu saat *pretest* adalah 70,4 ± 14,4 dan meningkat menjadi 85,6 ± 10,4. Terdapat perbedaan yang nyata antara skor *pretest* dan *posttest* ditandai dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 (<0,05). Edukasi gizi yang diberikan telah berhasil meningkatkan pengetahuan gizi ibu. 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.

Selain ibu, kader juga menjadi sasaran yang mendapatkan edukasi gizi. Sebaran kader berdasarkan pengetahuan gizi disajikan pada Tabel 20.

Tabel 20 Kategori skor saat *pretest* dan *posttest* pengetahuan gizi kader (*short-term*)

Skor pengetahuan gizi	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Rendah (<60)	2	4,8	0	0
Sedang (60-80)	32	76,2	11	26,2
Tinggi (>80)	8	19,0	31	73,8
Rata-rata±SD	73,8 ± 10,6		90,0 ± 8,8	
<i>p-value</i>	0,000			

\**paired t-test* (berbeda signifikan <0,05)

Tidak terdapat kader yang termasuk dalam kategori pengetahuan gizi rendah baik pada saat *pretest* maupun *posttest*. Pengetahuan gizi kader dalam kategori sedang (skor 60-80) pada saat *pretest* (76,2%) mengalami penurunan pada saat *posttest* menjadi 26,2%. Pada kategori pengetahuan gizi tinggi terjadi peningkatan dari 19,0% (*pretest*) menjadi 73,8% (*posttest*). Rata-rata skor pengetahuan gizi kader saat *pretest* adalah 73,8 ± 10,6 dan meningkat menjadi 90,0 ± 8,8. Terdapat perbedaan yang nyata antara skor *pretest* dan *posttest* ditandai dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 (<0,05).

### 3.9 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 konsumsi pangan balita disajikan dalam Tabel 21.

Tabel 21 Frekuensi konsumsi pangan balita

Frekuensi makan	n	%
<b>Frekuensi makan anak dalam sehari</b>		
1 kali/hari	2	1,9
2 kali/hari	34	31,5
3 kali/hari	59	54,6
>4kali/ hari	13	12,0
<b>Tiga jenis lauk sumber protein paling banyak dikonsumsi</b>		
Telur	102	34,3
Ikan	67	22,6
Ayam	46	15,5

Berdasarkan Tabel 21, diketahui bahwa frekuensi makan balita cukup beragam. Frekuensi makan yang paling mendominasi yaitu 3 kali/hari dengan persentase sebesar 54,6%. Masih terdapat 1,9% balita yang hanya makan sebanyak 1 kali/hari. Terdapat 3 jenis lauk sumber protein yang paling banyak dikonsumsi, di antaranya yaitu telur (34,3%), ikan (22,6%), dan ayam (15,5%). Menurut Winda *et al.* (2016), frekuensi konsumsi daging ayam dan telur yang cukup tinggi dapat disebabkan karena kedua jenis bahan pangan tersebut mudah diperoleh, rasa yang dapat diterima oleh semua golongan, serta harga yang terjangkau dibandingkan dengan jenis daging yang lain. Jenis pangan sumber protein lain yang sering

dikonsumsi yaitu daging sapi, ikan, dan hati ayam. Sebaran konsumsi susu balita disajikan dalam Tabel 22.

Tabel 22 Frekuensi konsumsi susu balita

Frekuensi minum susu	n	%
<b>Frekuensi minum susu dalam sehari</b>		
< 2 kali/hari	0	0
2-3 kali/hari	1	0,9
4-5 kali/hari	2	1,9
Sudah tidak minum susu	105	97,2
<b>Frekuensi minum susu dalam seminggu</b>		
< 2 kali/minggu	16	14,8
2-3 kali/minggu	14	13,0
4-7 kali/minggu atau lebih	55	50,9
Sudah tidak minum susu	23	21,3

Sebagian besar balita sudah tidak minum ASI (97,2%) dan 21,3% balita sudah tidak minum susu formula. Terdapat 1,9% yang minum susu dengan frekuensi 4-5 kali/hari, sedangkan 0,9% hanya minum susu sebanyak 2-3 kali/hari. Adapun frekuensi minum susu anak dalam seminggu didominasi dengan frekuensi minum susu 4-7 kali/minggu atau lebih (50,9%), balita lainnya hanya mengonsumsi susu 2-3 kali minggu (13,0%), dan <2 kali/minggu (14,8%).

Tabel 23 Frekuensi konsumsi makan sayur balita

Frekuensi makan sayur	N	%
<b>Frekuensi makan sayur anak dalam sehari</b>		
1 kali/hari	2	1,9
2 kali/hari	25	23,1
3 kali/hari	39	36,1
>4kali/ hari	7	6,5
Tidak mengonsumsi	10	9,3
<b>Tiga jenis sayur paling banyak dikonsumsi</b>		
Wortel	91	31,5
Bayam	58	20,1
Kol	12	4,2

Tabel 23 menunjukkan bahwa frekuensi konsumsi sayur pada balita didominasi oleh frekuensi 3 kali/hari (36,1%), masih terdapat 1,9% balita hanya mengonsumsi sayur sebanyak 1 kali/hari. Selain itu, masih terdapat 9,3% balita yang tidak mengonsumsi sayur. Jenis sayur yang paling banyak dikonsumsi oleh balita dalam responden penelitian yaitu wortel, bayam, dan kol. Menurut Pandiangan (2021), wortel digemari karena memiliki rasa yang netral serta warna yang menarik.

Tabel 24 Frekuensi konsumsi makan buah balita

Frekuensi makan buah	n	%
<b>Frekuensi makan buah anak dalam seminggu</b>		
<2kali/minggu	53	49,1
2-3 kali/minggu	35	32,4
4-7 kali/minggu	6	5,6
Tidak mengonsumsi	14	13,0
<b>Tiga jenis buah paling banyak dikonsumsi</b>		
Jeruk	44	16,0
Semangka	43	15,6
Melon	19	6,9

Tabel 24 menunjukkan frekuensi konsumsi makan buah pada balita. Terdapat 13,0% balita yang tidak mengonsumsi buah. Hanya 5,6% balita yang mengonsumsi buah sebanyak 4-7 kali/minggu. Buah yang paling banyak dikonsumsi oleh balita dalam penelitian ini yaitu jeruk, semangka, dan melon. Penelitian ini juga menganalisis mengenai aspek sosio-budaya pangan tentang makanan tabu beserta alasannya, akan tetapi di Kabupaten Pasuruan tidak terdapat bahan makanan apapun yang menjadi tabu atau menjadi pantangan untuk dikonsumsi oleh balita.

Selain itu, penelitian ini juga menganalisis mengenai kerawanan pangan keluarga. Pengalaman kerawanan pangan keluarga dalam penelitian ini diukur menggunakan *Food Insecurity Experience Scale* (FIES). Sebaran responden berdasarkan pengalaman kerawanan pangan disajikan dalam Tabel 25.

Tabel 25 Pengalaman kerawanan pangan/FIES (*Food Insecurity Experience Scale*)

Kerawanan pangan	n	%
Food secure (<4)	90	83,3
Moderate food insecure (4-6)	10	9,3
Severe food insecure ( $\geq 7$ )	8	7,4
Rataan $\pm$ SD	1,8 $\pm$ 2,4	

Tabel 25 menunjukkan bahwa rumah tangga yang tergolong food secure berjumlah 83,3%. Rumah tangga yang tergolong *severe food insecure* hanya sedikit yaitu 0,8% dan yang tergolong dalam *moderate food insecure* 9,3%. *Food Insecurity Experience Scale* (FIES) atau skala pengalaman kerawanan pangan merupakan pengukuran kerawanan pangan untuk memperoleh informasi mengenai kejadian kerawanan pangan pada level individu atau rumah tangga melalui jawaban terhadap sejumlah pertanyaan yang menangkap apa yang dialami oleh individu atau rumah tangga terkait kecukupan akses pangan. Instrumen meliputi delapan pertanyaan yang dijawab “ya” (kode 1) atau “tidak” (kode 0) pada setiap butir pertanyaan. Kemudian setiap pertanyaan dijumlahkan skornya sehingga dapat ditentukan kategorinya. Kategori dibagi menjadi *food secure*, *moderate food insecure*, dan *severe food insecure*. Semakin rendah skor, maka rumah tangga semakin tahan pangan dan semakin tinggi skor maka semakin rawan pangan atau rentan dalam akses terhadap pangan yang aman, cukup, dan bergizi.

Keragaman konsumsi pangan balita dinilai melalui *Individual Dietary Diversity Score* (IDDS). 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 26.

Tabel 26 Skor keragaman konsumsi pangan balita

Skor IDDS	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
Rendah ( $\leq 3$ )	43	39,8	10	9,3
Sedang (4-5)	65	60,2	87	80,6
Tinggi ( $> 6$ )	0	0,0	11	10,2
Rataan $\pm$ SD	3,8 $\pm$ 1,2		4,9 $\pm$ 1,3	
<i>p-value</i>	0,000*			

Tabel 26 menunjukkan skor keragaman pangan sebagian besar balita saat *baseline* termasuk dalam tingkat keragaman pangan sedang (60,2%), angka ini meningkat menjadi 80,6% saat *endline*. Tidak terdapat balita yang tergolong kategori tinggi saat *baseline*, namun saat *endline* terdapat 10,2% balita yang termasuk dalam kategori keragaman konsumsi tinggi. Balita yang termasuk dalam kategori rendah mengalami penurunan dari 39,8% (*baseline*) menjadi 9,3% (*endline*). Rata-rata skor IDDS balita mengalami peningkatan dari  $3,8 \pm 1,2$  (*baseline*) menjadi  $4,9 \pm 1,3$  (*endline*). Terdapat perbedaan yang signifikan antara *baseline* dan *endline* ( $p < 0,01$ ). Keragaman pangan ini dinilai melalui IDDS (*Individual Dietary Diversity Score*). IDDS terdiri dari 10 kelompok bahan pangan yaitu: 1) Makanan pokok berpati, 2) Sayuran hijau, 3) Buah dan sayur sumber vitamin A, 4) Buah-buahan dan sayuran lain, 5) Jeroan, 6) Daging dan ikan, 7) Telur, 8) Kacang dan biji, 9) Susu dan produk susu, 10) Lemak dan minyak.

Asupan zat gizi yang diteliti di antaranya asupan zat gizi makro (energi, protein, lemak, karbohidrat) serta zat gizi mikro (zat besi, zink, kalsium, dan vitamin A). Rata-rata asupan gizi balita disajikan dalam Tabel 27.

Tabel 27 Rata-rata asupan zat gizi balita

Zat Gizi	Baseline		Endline	
	Asupan	Tingkat kecukupan (%)	Asupan	Tingkat kecukupan (%)
Energi (kkal)	806	59,2	893	65,4
Protein (g)	34,4	164,6	41,4	193,7
Lemak (g)	26,5	57,5	35,4	76,0
Karbohidrat (g)	110,4	51,1	105,2	48,5
Fe (mg)	5,97	79,9	7,06	91,4
Zn (mg)	3,22	99,3	4,77	139,7
Ca (mg)	473,61	67,6	570,32	78,7
Vit A (RE)	262,42	56,6	434,31	83,2

Tabel 27 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, dan lemak saat *endline* mengalami peningkatan dibanding *baseline*, yaitu 59,2% menjadi 65,4% untuk energi, 164,6% menjadi 193,7% untuk protein, dan 57,5% menjadi 76,0% untuk lemak. Sedangkan rata-rata asupan karbohidrat mengalami penurunan dari 51,1% saat *baseline* menjadi 48,5% saat *endline*. Tingkat kecukupan untuk zat gizi mikro tersebut sudah tergolong cukup baik ( $>77\%$ ). Asupan protein baik *baseline* maupun *endline* melebihi tingkat kecukupan yang dianjurkan, sedangkan energi dan karbohidrat masih di bawah tingkat kecukupan.

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 zat gizi balita disajikan dalam Tabel 28.

Tabel 28 Tingkat kecukupan zat gizi balita

Tingkat Kecukupan Zat Gizi	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
<b>Energi</b>				
Sangat Kurang (TKE<70%)	76	70,4	63	39,6
Kurang (TKE 70 -100%)	29	26,9	39	49,1
Normal (TKE 100 – 130%)	3	2,8	6	11,3
Lebih (TKE $\geq$ 130 %)	0	0,0	0	0,0
Mean $\pm$ skor SD	59,2 $\pm$ 21,5		65,4 $\pm$ 21,8	
<i>p-value</i>	0,015			
<b>Protein</b>				
Sangat Kurang (<80%)	10	9,3	1	0,6
Kurang (80 -100%)	8	7,4	6	3,8
Normal (100 - 120%)	13	12,0	13	8,8
Lebih ( $\geq$ 120 %)	77	71,3	88	86,8
Mean $\pm$ skor SD	164,6 $\pm$ 79,3		193,7 $\pm$ 69,2	
<i>p-value</i>	0,002			
<b>Lemak</b>				
Sangat Kurang (<80%)	86	79,6	64	42,8
Kurang (80 -100%)	10	9,3	20	23,3
Normal (100 - 120%)	8	7,4	13	16,4
Lebih ( $\geq$ 120 %)	4	3,7	11	17,6
Mean $\pm$ skor SD	57,5 $\pm$ 30,0		76,0 $\pm$ 32,3	
<i>p-value</i>	0,000			
<b>Karbohidrat</b>				
Sangat Kurang (<80%)	101	93,5	104	94,97
Kurang (80 -100%)	6	5,6	4	5,03
Normal (100 - 120%)	1	0,9	0	0,0
Lebih ( $\geq$ 120 %)	0	0,0	0	0,0
Mean $\pm$ skor SD	51,1 $\pm$ 19,1		48,5 $\pm$ 16,0	
<i>p-value</i>	0,206			

Berdasarkan Tabel 28, diketahui bahwa terdapat peningkatan asupan, ditandai dengan rata-rata tingkat kecukupan (%AKG) energi yang meningkat dari 59,2 $\pm$ 21,5 (*baseline*) menjadi 65,4 $\pm$ 21,8 (*endline*). Peningkatan juga terjadi pada protein dan lemak, yakni 164,6 $\pm$ 79,3 (*baseline*) menjadi 193,7 $\pm$ 69,2 (*endline*) untuk protein, dan 57,5 $\pm$ 30,0 (*baseline*) menjadi 76,0 $\pm$ 32,3 (*endline*) untuk lemak. Sedangkan untuk karbohidrat menurun dari 51,1 $\pm$ 19,1(*baseline*) menjadi 48,5 $\pm$ 16,0 (*endline*) untuk karbohidrat. Tingkat kecukupan energi, lemak, dan karbohidrat sebagian besar balita masih tergolong dalam kategori sangat kurang (<80%). Hal ini terjadi saat *baseline* maupun *endline*. Sedangkan tingkat kecukupan protein sebagian besar termasuk dalam kategori lebih, hal ini dapat disebabkan karena responden banyak mengonsumsi makanan sumber peotein seperti susu dan telur. Terdapat perbedaan tingkat kecukupan protein dan lemak antara *baseline* dan *endline* ( $p<0,01$ ).

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 29.

Tabel 29 Rata-rata kuantitas konsumsi pangan menurut kelompok pangan per hari

Jenis pangan	<i>Baseline</i>		<i>Endline</i>	
	Rata-rata (g)	SD (g)	Rata-rata (g)	SD (g)
<b>Sumber karbohidrat/sereal</b>				
Nasi	163,8	19,3	170,1	13,3
Bubur	10,1	25,0	1,1	0,0
Roti	9,6	20,6	2,9	15,6
Biskuit	8,0	25,5	1,2	0,0
<b>Pangan hewani dan nabati</b>				
Telur ayam	61,8	11,1	100,1	6,9
Tempe	15,3	27,8	15,9	21,7
Daging ayam	17,9	9,4	26,6	10,0
Bakso	14,6	14,3	3,4	0,0
Tahu	12,4	26,9	6,0	0,0
<b>Susu</b>				
Susu cair	26,6	48,3	1,9	0,0
Susu bubuk	5,5	3,6	37,7	5,3
Susu kental manis	2,5	9,5	0,0	0,0
<b>Sayuran</b>				
Wortel	5,7	7,8	3,5	7,9
Bayam	4,8	10,7	2,9	6,8
Caisin	3,6	7,4	0,0	0,0
Kol	2,5	23,2	0,0	0,0
<b>Buah</b>				
Melon	8,2	120,2	0,0	0,0
Semangka	0,9	0,0	0,0	0,0
Pisang	0,8	21,9	0,0	0,0
Jeruk	0,7	0,0	0,0	0,0
<b>Jajanan</b>				
Wafer	13,7	17,9	1,2	0,0
Es krim	11,1	26,4	0,0	0,0
Chiki	11,0	17,3	0,0	0,0
Agar-agar/Jelly	6,3	25,3	0,3	0,0

Jenis pangan dikelompokkan menjadi sumber karbohidrat/sereal, pangan hewani dan nabati, susu, sayuran, buah, serta jajanan. Pada pangan sumber karbohidrat, konsumsi nasi adalah yang terbanyak dengan rata-rata 163,8 g per kapita per hari (*baseline*) dan 170,1 g per kapita per hari (*endline*). Angka tersebut setara dengan 1 piring nasi. Selain nasi, makanan yang banyak dikonsumsi adalah bubur, roti, dan biskuit. Telur ayam menjadi protein yang paling banyak dikonsumsi yaitu 61,8 g per kapita per hari (*baseline*), angka ini meningkat menjadi 100,1 g per kapita per hari saat *endline*. Peningkatan angka tersebut dapat disebabkan oleh intervensi pemberian telur yang diberikan pada penelitian ini. Selain itu, telur juga mudah didapatkan di pasaran dengan harga yang relatif terjangkau. Selain telur ayam, daging ayam adalah salah satu protein hewani yang banyak dikonsumsi, namun jumlahnya tidak lebih

banyak dibandingkan protein nabati tempe. Kuantitas konsumsi sayuran dan buah saat *baseline* maupun *endline* tidak lebih tinggi dibandingkan jenis pangan lainnya, hal tersebut menunjukkan bahwa konsumsi sayur dan buah masih kurang bahkan tidak sedikit balita yang tidak mengonsumsi buah dan sayur dalam sehari. Jajanan yang banyak dikonsumsi oleh balita adalah wafer, es krim, chiki, dan agar-agar.

### 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 pengumpul data yang turun langsung ke lapangan. Data status gizi dikumpulkan sebanyak dua kali yaitu untuk data *baseline* dan data *endline*. Status gizi balita yang mengikuti penelitian disajikan pada Tabel 30.

Tabel 30 Status gizi balita

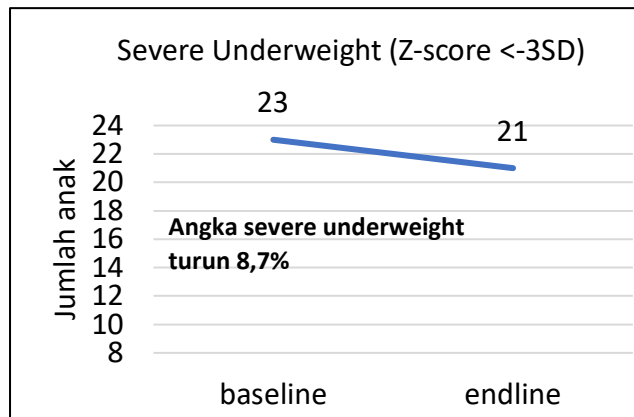
Status Gizi	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
<b>BB/U (Z score)</b>				
Berat badan sangat kurang ( $Z \text{ score} < -3$ )	23	21,3	21	19,4
Berat badan Kurang ( $-3 \leq Z \text{ score} < -2$ )	59	54,6	57	52,8
Berat Badan normal ( $-2 \leq Z \text{ score} \leq 1$ )	26	24,1	30	27,8
Berat badan lebih Lebih ( $Z \text{ score} > 1$ )	0	0,0	0	0,0
Rataan $\pm$ SD (Z-Score)	$-2,55 \pm 0,80$		$-2,44 \pm 0,74$	
<i>p-value</i>	0,005			
<b>TB/U (Z score)</b>				
Sangat pendek ( $Z \text{ score} < -3$ )	58	53,7	46	42,6
Pendek ( $-3 \leq Z \text{ score} < -2$ )	50	46,3	52	48,1
Normal ( $-2 \leq Z \text{ score} \leq 3$ )	0	0,0	10	9,2
Tinggi ( $Z \text{ score} > 3$ )	0	0,0	0	0
Rataan $\pm$ SD (Z-score)	$-3,17 \pm 0,79$		$-2,95 \pm 0,80$	
<i>p-value</i>	0,000			
<b>BB/TB (Z score)</b>				
Gizi Buruk ( $Z \text{ score} < -3$ )	2	1,9	2	1,9
Gizi Kurang ( $-3 \leq Z \text{ score} < -2$ )	9	8,3	12	11,1
Gizi Baik ( $-2 \leq Z \text{ score} \leq 1$ )	96	88,9	91	84,2
Bersiko gizi lebih ( $1 < Z \text{ score} \leq 2$ )	1	0,9	3	2,8
Gizi Lebih ( $2 < Z \text{ score} \leq 3$ )	0	0	0	0
Obesitas ( $Z \text{ score} > 3$ )	0	0	0	0
Rataan $\pm$ SD (Z-score)	$-1,02 \pm 0,91$		$-1,02 \pm 0,92$	
<i>p-value</i>	0,978			

Berdasarkan Tabel 30, diketahui bahwa balita dengan berat badan kurang berdasarkan BB/U mengalami penurunan dari 54,6% saat *baseline* menjadi 52,8% saat *endline*. Sedangkan balita dengan berat badan normal mengalami peningkatan dari 24,1% (*baseline*) menjadi 27,8% (*endline*). Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi peningkatan balita dengan berat badan normal sebesar 15,4%. Trend penurunan *severe underweight* dan *underweight* dapat dilihat pada Gambar 1 dan Gambar 2. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara data BB/U *baseline* dan *endline* ( $p > 0,001$ ).

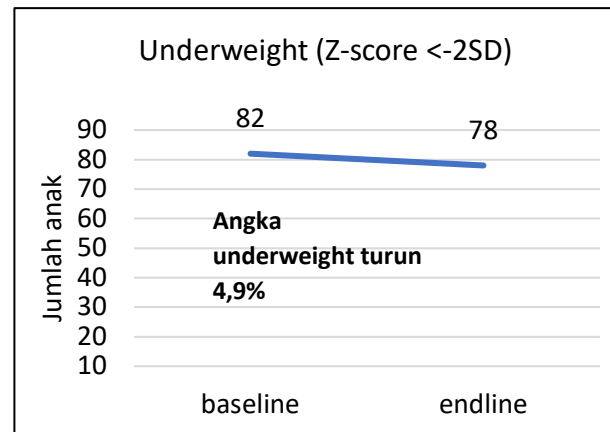
Berdasarkan TB/U, jumlah balita dengan kategori sangat pendek 53,7% (*baseline*) turun menjadi 42,6% (*endline*), sedangkan tinggi badan normal mengalami peningkatan dari 0 menjadi 9,2%. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa penurunan *severe stunting*



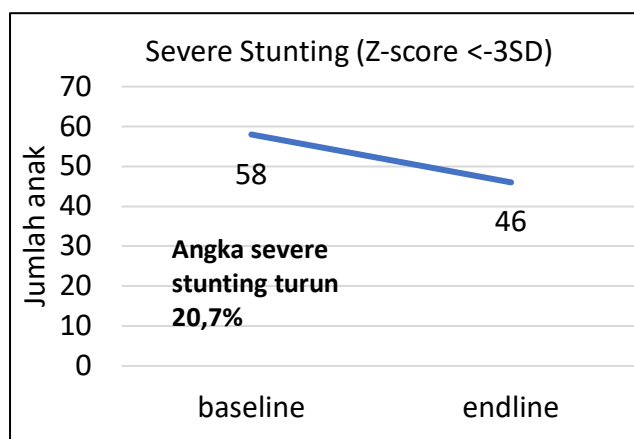
mencapai 20,7%, dan penurunan *stunting* mencapai 9,3%. Trend penurunan *severe stunting* dan *stunting* dapat dilihat pada Gambar 3 dan Gambar 4. Terdapat perbedaan yang signifikan antara data TB/U *baseline* dan *endline* ( $p < 0,01$ ). Apabila didasarkan pada BB/TB, status gizi anak menurut BB/TB tidak mengalami peningkatan atau penurunan nilai *z-score*, yaitu -1,02 saat *baseline* maupun *endline*.



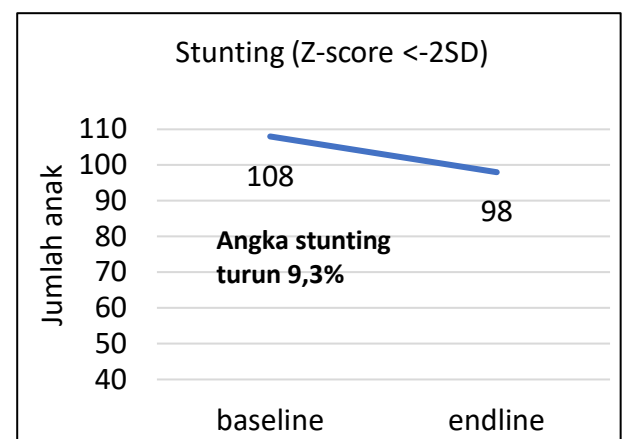
Gambar 1 Trend penurunan *severe underweight*



Gambar 2 Trend penurunan *underweight*



Gambar 3 Trend penurunan *severe stunting*



Gambar 4 Trend penurunan *stunting*

Berdasarkan grafik trend, diketahui bahwa status gizi berdasarkan BB/U dan TB/U di Kabupaten Pasuruan mengalami penurunan. Sebaran balita berdasarkan kombinasi problem gizi disajikan dalam Tabel 31.

Tabel 31 Jumlah balita dan kombinasi problem gizi

Status Gizi	Baseline		Endline	
	n	%	n	%
<i>Not stunting</i>	0	0,0	10	9,3
<i>Stunting only</i>	25	23,1	21	19,4
<i>Stunting-underweight</i>	71	65,7	61	56,5
<i>Stunting-wasting</i>	0	0,0	0	0,0
<i>Stunting-underweight-wasting</i>	11	10,2	13	12,0
<i>Stunting-overweight</i>	1	0,9	3	2,8

Melalui parameter status gizi BB/U, BB/TB dan TB/U dapat diketahui masalah gizi kurang (*underweight*), balita pendek (*stunting*), serta balita kurus (*wasting*). Pada penelitian ini

diketahui tidak hanya ditemukan balita yang menderita *stunting*, namun balita mengalami dua hingga tiga masalah gizi sekaligus. Berdasarkan Tabel 31, diketahui bahwa balita di wilayah Pasuruan sebagian besar (65,7%) mengalami *stunting* sekaligus mengalami *underweight* saat *baseline*. Angka ini menurun menjadi 56,5% saat *endline*. Balita yang mengalami 3 masalah gizi *stunting-underweight-wasting* mengalami penurunan dari 10,2% (*baseline*) menjadi 2,8% (*endline*). Hanya 0,9% (*baseline*) dan 2,8% (*endline*) responden yang pendek namun memiliki berta badan lebih atau *overweight*. Balita yang hanya mengalami *stunting* sebanyak 23,1% (*baseline*) dan 19,4% (*endline*). Adapun balita yang tidak mengalami *stunting* meningkat dari 0% (*baseline*) menjadi 9,3% (*endline*).

## BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

### 4.1 Kesimpulan

- (1) Karakteristik keluarga di Pasuruan dicirikan oleh usia ayah 35,3 tahun dan usia ibu 30,0 tahun, Pendidikan ayah mayoritas adalah SD (39,8%) dan SMP (20,4%), sementara pendidikan ibu mayoritas SD (60,2%) dan SMA (14,8%). Pekerjaan ayah mayoritas (30,6%) adalah sebagai pegawai swasta dan ibu sebagai ibu rumah tangga (83,3%). Rata-rata penghasilan keluarga sebesar Rp 2,892,171 dan hanya 13,0% keluarga yang telah berpenghasilan di atas UMR (Rp 4.515,133). Pengeluaran pangan terbesar adalah untuk membeli lauk pauk (24,8%), dan pengeluaran nonpangan untuk membeli rokok 26,5%, angka ini lebih besar daripada pengeluaran untuk pendidikan, kesehatan, dan pengeluaran lainnya.
- (2) Karakteristik balita di Pasuruan dicirikan oleh BBLR (berat badan lahir rendah) sejumlah 12,0%, *stunting* saat lahir berjumlah 22,2%, dan lahir prematur berjumlah 6,5%.
- (3) Pengetahuan gizi ibu terbagi dua komponen, yaitu *short-term* dan *long-term*. Untuk *short-term* terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi sebesar 15,2 poin dari skor 70,4 (*pretest*) menjadi 85,6 (*posttest*). Terdapat perbedaan skor pengetahuan gizi yang signifikan antara *pretest* dan *posttest* ( $p < 0,01$ ). Sementara untuk *long-term* terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi sebesar 0,7 dari skor *baseline* 73,4 menjadi 74,1 saat *endline*.
- (4) Terdapat peningkatan asupan, ditandai dengan rata-rata tingkat kecukupan (%AKG) energi yang meningkat dari  $59,2 \pm 21,5$  (*baseline*) menjadi  $65,4 \pm 21,8$  (*endline*). Peningkatan juga terjadi pada protein dan lemak, yakni  $164,6 \pm 79,3$  (*baseline*) menjadi  $193,7 \pm 69,2$  (*endline*) untuk protein, dan  $57,5 \pm 30,0$  (*baseline*) menjadi  $76,0 \pm 32,3$  (*endline*) untuk lemak. Sedangkan untuk karbohidrat menurun dari  $51,1 \pm 19,1$  (*baseline*) menjadi  $48,5 \pm 16,0$  (*endline*) untuk karbohidrat. Tingkat kecukupan energi, lemak, dan karbohidrat sebagian besar balita masih tergolong dalam kategori sangat kurang. Terjadi peningkatan skor keragaman konsumsi pangan dari 3,8 (*baseline*) menjadi 4,9 (*endline*). Skor keragaman ini masih masuk kategori sedang (4-5). Terdapat perbedaan skor keragaman konsumsi pangan yang signifikan antara *baseline* dan *endline* ( $p < 0,01$ ).
- (5) Status gizi balita di Kabupaten Pasuruan adalah sebagai berikut:
  - a. Status gizi berdasarkan TB/U menunjukkan adanya perbaikan yaitu dari *z-score* -3,17 (*baseline*) menjadi -2,95 (*endline*). Pada saat *baseline* terdapat 58 anak balita *severe stunting* (*Z-score*  $< -3$  SD) dan jumlahnya turun menjadi 46 anak pada saat *endline*. Penurunan *severe stunting* mencapai 20,7%. Total balita *stunting* dan *severe stunting* pada saat *baseline* adalah 108 anak dan pada saat *endline* menjadi 98 anak, ini berarti terjadi penurunan sejumlah 10 anak (9,3%).
  - b. Status gizi berdasarkan BB/U menunjukkan adanya perbaikan yaitu dari *z-score* -2,55 (*baseline*) menjadi -2,44 (*endline*). Anak balita dengan berat badan normal (BB/U) pada saat *baseline* berjumlah 26 anak dan pada saat *endline* menjadi 30 anak atau terjadi peningkatan jumlah anak dengan BB/U normal sebesar 15,4%.
  - c. Status gizi berdasarkan BB/TB menunjukkan tidak adanya perubahan *z-score*, yaitu -1,02 saat *baseline* maupun *endline*.

## 4.2 Rekomendasi

- (1) Perbaikan gizi pada ibu hamil penting diperhatikan untuk menghindari terjadinya *stunting* saat lahir. Untuk itu, *screening* dan intervensi pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK (Kurang Energi Kronis) hendaknya bisa diterapkan secara intensif sehingga ibu hamil mempunyai status gizi baik.
- (2) Edukasi gizi untuk ibu perlu dilakukan secara berkesinambungan sehingga pengetahuan ibu tidak berhenti pada domain kognitif tetapi berlanjut hingga afektif dan psikomotorik. Ini berarti peningkatan pengetahuan gizi ibu dapat diimplementasikan dalam praktik kebiasaan makan yang baik di tingkat keluarga.
- (3) Problem *stunting* menghendaki intervensi *food-based approach* yang berkesinambungan dengan durasi waktu yang lebih panjang sehingga intervensi yang diberikan dapat memberikan daya ungkit yang lebih baik untuk meningkatkan status gizi anak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina R, Bovee IM, Lukito W, Fahmida U, Van DRO, Zimmermann MB, Kok FJ, 2013, Probiotics *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 and *Lactobacillus casei* CRL 431 modestly increase growth, but not iron and zinc status, among Indonesian children aged 1–6 years, *The Journal of nutrition*, 143(7), 1184-1193,
- Al-Anshori H, Nuryanto N, 2013, *Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-24 bulan (Studi di Kecamatan Semarang Timur)* [disertasi], Semarang (ID): Universitas Diponegoro,
- 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,
- [BPS] Badan Pusat Statistik, 2022, *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2023*, Pasuruan (ID): BPS Kabupaten Pasuruan,
- [BPS] Badan Pusat Statistik, 2022, Jumlah penduduk per kecamatan (jiwa), 2020-2022, diakses pada: <https://pasuruankab.bps.go.id/indicator/12/35/1/jumlah-penduduk-per-kecamatan.html>
- 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,
- [DINKES] Dinas Kesehatan, 2023, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2023*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,
- Fadhillah AN, 2022, Model intervensi gizi dalam upaya penanggulangan stunting pada anak usia di bawah lima tahun: systematic review [skripsi], Jakarta (ID): Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta,
- Ghassani D, Ernah E, 2021, Analisis Pengeluaran Rumah Tangga Selama Pandemi Covid-19 di Bandung, *Agroland: Jurnal Ilmu-ilmu Pertanian*, 28(3): 224-232,
- Iannotti LL, Lutter CK, Bunn DA, Stewart CP, 2014, Eggs: the uncracked potential for improving maternal and young child nutrition among the world's poor, *Nutrition reviews*, 72(6): 355-368,
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan RI, 2018, *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, Jakarta (ID): Kementerian Kesehatan,
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan RI, 2018, *Laporan Provinsi Jawa Barat Riskesdas 2018*, Jakarta (ID): Kementerian Kesehatan,
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan RI, 2018, *Laporan Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018*, Jakarta (ID): Kementerian Kesehatan,
- Khomsan A, 2021, *Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi*, Bogor (ID): IPB Press,
- Larasati DA, Nindya TS, Arief YS, 2018, Hubungan antara kehamilan remaja dan riwayat pemberian asi dengan kejadian stunting pada balita di wilayah kerja Puskesmas Pujon Kabupaten Malang, *Amerta Nutrition*, 2(4): 392-401,

- Noorhasanah E, Tauhidah NI, 2021, Hubungan pola asuh ibu dengan kejadian stunting anak usia 12-59 bulan, *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 4(1): 37-42,
- Nuraeni I, Diana H, 2019, Karakteristik Ibu Hamil Dan Kaitannya Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya, *Media Informasi*, 15(1): 10-15,
- Pandiangan IF, 2021, Profil perilaku hidup bersih dan sehat (phbs) dan konsumsi pangan remaja dalam mencegah penularan covid-19 [skripsi], Bogor (ID): IPB University,
- 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,
- 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,
- [SAKERNAS] Survey Angkatan Kerja Nasional, 2021, *Keadaan Angkatan Kerja di Indonesia 2021*, Badan Pusat Statistik Nasional,
- Septamarini RG, Widyastuti N, Purwanti R, 2019, Hubungan pengetahuan dan sikap responsive feeding dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo, Semarang, *Journal of Nutrition College*, 8(1): 9-20,
- 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,
- [SUSENAS] Survey Sosial Ekonomi Nasional, 2021, *Profil Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional*, Badan Pusat Statistik Nasional,
- [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
- Winda A, 2016, Pola konsumsi daging ayam broiler berdasarkan tingkat pengetahuan dan pendapatan kelompok mahasiswa Fakultas Peternakan Universitas Padjadjaran, *Students e-Journal*, 5(2),
- Yudianti RH, 2016, Pola Asuh Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kabupaten Polewali Mandar, *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1): 21-25,