



IPB University
— Bogor Indonesia —

LAPORAN AKHIR KABUPATEN KARAWANG

INTERVENSI PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (SUSU, TELUR, DAN LELE) DAN EDUKASI GIZI UNTUK ATASI *STUNTING*



ALI KHOMSAN

**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.

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. Laporan ini berisi analisis dampak intervensi pemberian makanan tambahan (susu, telur, dan lele) selama 100 hari pada balita *stunting* dan merupakan follow up intervensi sebelumnya (susu dan telur) di Kabupaten Karawang.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada PT. Nestle Indonesia, Pemda Kabupaten Karawang, petugas Puskesmas, kader Posyandu yang terlibat di dalam kegiatan ini. Penghargaan yang setinggi-tingginya disampaikan pada As Syaffa Amalia Adha dan Hana Fatimah yang telah membantu dalam proses analisis data dan pelaporan.

Bogor, September 2024

Ali Khomsan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	iii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
BAB II	3
METODE	3
2.1 Desain, Tempat, Subjek, dan Waktu Penelitian	3
2.2 Jenis Data, Cara Pengumpulan dan Pengolahan	3
2.3 Intervensi	4
BAB III	5
HASIL DAN PEMBAHASAN	5
3.1 Deskripsi Wilayah	5
3.2 Pola Asuh Makan, Problem Makan, dan Kebiasaan Makan Anak Balita	7
3.2 Kebiasaan Tidur Anak Balita	9
3.3 Pola Hidup Bersih dan Sehat Keluarga	10
3.4 Partisipasi di Posyandu dan BPJS	11
3.5 Riwayat Kesehatan Anak	12
3.6 Pengetahuan Gizi Kader dan Ibu	12
3.7 Status Gizi	14
3.8 Kepatuhan Konsumsi Susu, Telur, dan Ikan Lele	16
BAB IV	18
KESIMPULAN DAN SARAN	18
DAFTAR PUSTAKA	19

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting merupakan permasalahan gizi yang masih menjadi pokok permasalahan karena angka prevalensinya yang masih cukup tinggi. Prevalensi *stunting* di Kabupaten Karawang 17,1% dan di Jawa Barat adalah 21,7% (SKI 2023). Target nasional prevalensi *stunting* tahun 2024 adalah 14%. BKKBN saat ini 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 pola asuh makan, problem makan, dan kebiasaan makan anak balita
2. Menganalisis kebiasaan tidur anak balita
3. Menganalisis pola hidup bersih dan sehat keluarga
4. Menganalisis partisipasi anak di posyandu dan BPJS
5. Menganalisis riwayat kesehatan anak
6. Menganalisis pengetahuan gizi kader dan ibu balita
7. Menganalisis status gizi anak balita

BAB II METODE

2.1 Desain, Tempat, Subjek, dan Waktu Penelitian

Kegiatan ini dilakukan di Kabupaten Karawang, Provinsi Jawa Barat. Jumlah subjek adalah 81 anak balita yang diukur antropometrinya, sedangkan yang diwawancara adalah ibu balita sebagai responden berjumlah 80 orang (satu orang tidak hadir pada saat wawancara). Balita yang menjadi sampel dalam penelitian ini berusia di atas 12 bulan. Studi ini dilakukan pada bulan Juli – September 2024.

2.2 Jenis Data, Cara Pengumpulan dan Pengolahan

Pengumpulan data mengacu pada Tabel 1 di bawah ini, dan selanjutnya data diolah secara deskriptif dalam bentuk frekuensi dan persentase. Instrumen pengetahuan gizi berupa 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. 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 BPJS. Pengumpulan data dilakukan oleh tenaga gizi puskesmas di Kabupaten Karawang.

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 baik, kecuali terdapat satu rumah tangga yang tidak berhasil diwawancara. Data yang dikumpulkan selama *baseline* hingga *endline* disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1 Pengumpulan data *baseline* dan *endline*

Aspek	Variabel	Pengukuran	Pengumpul an Data	Baseline	Endline
	Umur	Kuesioner		√	-
	Sex	Kuesioner	Interview	√	-
	Berat (kg)	Timbangan digital	dan pengukuran	√	√
	Tinggi (cm)	<i>Stature meter</i>		√	√
	Riwayat kesehatan	Kuesioner	Interview	√	-
	Pola asuh makan	Kuesioner	Interview	√	-
Karakteristik anak	Partisipasi anak di posyandu	Kuesioner	Interview	√	-
	Problem dan kebiasaan makan	Kuesioner	Interview	√	-
	Pola hidup bersih dan sehat	Kuesioner	Interview	√	-
	Partisipasi di posyandu dan BPJS	Kuesioner	Interview	√	-
	Riwayat Kesehatan anak	Kuesioner	Interview	√	-
	Pengetahuan gizi kader dan ibu	Kuesioner	Interview	√	-
	Status gizi	Pengukuran langsung	Pengukuran langsung	√	√

2.3 Intervensi

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

Tabel 2 Kandungan zat gizi susu Dancow

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

Kabupaten Karawang berada di bagian utara Provinsi Jawa Barat yang secara geografis terletak antara 107° 02' – 107° 40' Bujur Timur dan 5° 56' – 6° 34' Lintang Selatan. Secara administratif, Karawang mempunyai batas-batas wilayah sebagai berikut, yaitu sebelah Utara batas alam, yaitu Laut Jawa; sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Subang; sebelah Tenggara berbatasan dengan Kabupaten Purwakarta; sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Bogor dan Kabupaten Cianjur; dan sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bekasi (BPS 2022)

Kabupaten Karawang mempunyai luas wilayah 1.911,09 km² atau 3,73 persen dari luas Provinsi Jawa Barat. Kabupaten Karawang merupakan salah satu daerah yang memiliki lahan subur di Jawa Barat, sehingga sebagian besar lahannya digunakan untuk pertanian. Bentuk tanah di Kabupaten Karawang sebagian besar berbentuk dataran yang relatif rata dengan variasi antara 0 – 5 m di atas permukaan laut. Hanya sebagian kecil wilayah yang bergelombang dan berbukit–bukit dengan ketinggian antara 0 – 1200 m di atas permukaan laut. Wilayah Kabupaten Karawang sebagian besar tertutup dataran pantai yang luas yang terhampar di bagian pantai Utara dan merupakan batuan sedimen yang dibentuk oleh bahan–bahan lepas, terutama endapan laut dan aluvium vulkanik. Di bagian tengah ditempati oleh perbukitan, terutama dibentuk oleh batuan sedimen, sedangkan di bagian Selatan terletak Gunung Sanggabuana dengan ketinggian ± 1.291 m di atas permukaan laut (BPS 2022)

Sesuai dengan bentuk morfologinya, Kabupaten Karawang terdiri dari dataran rendah. Kabupaten Karawang dilalui oleh aliran sungai yang melandai ke Utara arah Sungai Citarum dan merupakan pemisah antara Kabupaten Karawang dengan Kabupaten Bekasi, sedangkan Sungai Cilamaya merupakan batas wilayah dengan Kabupaten Subang. Selain sungai, terdapat juga 3 buah saluran irigasi yang besar yaitu Saluran Induk Tarum Utara, Saluran Induk Tarum Tengah dan Saluran Induk Tarum Barat yang dimanfaatkan untuk pengairan sawah, tambak dan keperluan Industri. Kabupaten Karawang memiliki 30 kecamatan yang terdiri dari 297 desa dan 12 kelurahan. Jumlah desa terbanyak ada di Kecamatan Telagasari, Jatisari, dan Tempuran, yaitu 14 desa. Di sisi lain, Kecamatan dengan jumlah desa paling sedikit adalah Kecamatan Majalaya dan Ciampel, yaitu sebanyak 7 desa. Berdasarkan data BPS (2022), diketahui bahwa rata-rata curah hujan pada tahun 2022 berkisar antara 1 – 304 mm dan rata-rata hari hujan pada tahun 2022 6 hari/bulan. Curah hujan tertinggi terjadi pada bulan Januari, sementara curah hujan terendah terjadi pada bulan September.

Pada tahun 2022 jumlah penduduk Kabupaten Karawang mencapai 2.505.247 jiwa. Angka ini didapatkan dari hasil proyeksi dan angka tersebut masih sementara. Penduduk laki-laki pada tahun 2022 berjumlah 1.268.737 jiwa dan penduduk perempuan berjumlah 1.236.510 jiwa. Seks rasio penduduk Kabupaten Karawang adalah 102,61 yang artinya penduduk lakilaki lebih banyak dibandingkan dengan penduduk perempuan. Kepadatan penduduk di Kabupaten Karawang yaitu sebesar 1.286,76 jiwa per km². Penduduk terbanyak terdapat di Kecamatan Klari, yaitu sebesar 204.788 jiwa atau sebesar 8,17 persen. Sedangkan, jumlah penduduk terkecil berada di Kecamatan Tegalwaru dengan jumlah penduduk 39.999 jiwa. Kecamatan

dengan rata-rata persebaran penduduk per desa/ kelurahan terbesar berada di Kecamatan Karawang Barat. Ratarata per kelurahan didiami oleh 20.857 orang penduduk. Sementara Kecamatan dengan persebaran penduduk per desa paling sedikit berada di Kecamatan Rawamerta dengan rata-rata jumlah penduduk per desa sebesar 4.257 orang penduduk. Dari aspek ketenagakerjaan, adapun jumlah penduduk berumur 15 tahun ke atas di Kabupaten Karawang sebanyak 1.825.502 orang yang terdiri dari 1.195.947 orang yang merupakan angkatan kerja dan 629.555 orang bukan angkatan kerja. Tingkat partisipasi angkatan kerja di Kabupaten Karawang pada tahun 2022 sebesar 65,51 persen dan tingkat pengangguran pada tahun 2022 adalah sebesar 9.87 persen (BPS 2022).

Pendidikan merupakan salah satu modal utama dalam mewujudkan kecerdasan bangsa dan juga sebagai salah satu indikator dalam rangka meningkatkan status sosial masyarakat. Peningkatan partisipasi bersekolah penduduk tentunya harus diimbangi oleh tersedianya sarana fisik pendidikan dan tenaga pengajar/pendidik. Pada tahun 2022 jumlah guru SD/ Mi/ sederajat sebanyak 10.176 orang dan jumlah murid sebanyak 213.683 orang. Sementara itu, rasio murid - guru, yaitu sebesar 24 murid setiap guru. Adapun di tingkat SMP/Mts/ sederajat, jumlah murid sebanyak 87.218 murid. Sementara rasio murid terhadap guru sebesar 22 yang berarti bahwa setiap 1 guru bisa handle 22 orang siswa. Pada tingkat pendidikan SMA/ Ma/ sederajat, jumlah murid sebanyak 31297 orang Sementara, rasio murid terhadap guru sebesar 25 (BPS 2022).

Rumah sakit dan Puskesmas merupakan salah satu sarana penunjang dalam menjaga kesehatan masyarakat. Pada tahun 2022 jumlah dokter di Kabupaten Karawang adalah sebanyak 570 orang dokter. Sedangkan jumlah Perawat, Bidan, Farmasi, dan Ahli gizi masing-masing sebanyak 3727, 1.489, 450, dan 49 tenaga kesehatan pada tahun 2018 ini. Jumlah rumah sakit di Kabupaten Karawang tahun 2022 sebanyak 25 rumah sakit, yang mencakup 22 rumah sakit umum dan 3 rumah sakit khusus. Untuk tahun 2022 ini jumlahnya masih sama dengan tahun 2021 sebanyak 25 rumah sakit. Jumlah Puskesmas di Kabupaten Karawang tahun 2022 tercatat sebanyak 50 Puskesmas, yang terdiri dari 31 Puskesmas rawat inap (DTP) dan 19 Non Rawat Inap (Non-DTP). Jumlah Puskesmas DTP dan nonDTP tiap Tahunnya bertambah untuk Puskesmas dengan perawatan sehingga masyarakat yang butuh perawatan pertama tidak perlu ke rumah sakit. Jumlah Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Pusling tahun 2022 berjumlah 67 Puskesmas Pembantu dan 55 Puskesmas Keliling ada pengurangan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling dari tahun 2021. Selain pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) di Kabupaten Karawang juga memiliki sarana pelayanan kesehatan lainnya seperti klinik, praktek perorangan (dokter umum, dokter gigi dan praktek perorangan bidan) (Dinas Kesehatan Kab. Karawang 2023).

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. Status gizi Balita diukur atas tiga indeks yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Menggunakan indeks BB/U, di Kabupaten Karawang tahun 2022 tercatat 3.515 Balita berstatus Berat Badan Kurang, 2.241 Balita berstatus Balita Pendek, 2.456 Balita berstatus Gizi Kurang, dan 198 Balita berstatus Gizi Buruk (Dinas Kesehatan Kab. Karawang 2023).

3.2 Pola Asuh Makan, Problem Makan, dan Kebiasaan Makan Anak 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 higiene, serta menjaga sanitasi lingkungan (Yudianti 2016). Hasil penelitian Noorhasanah dan Tauhidah (2021) menunjukkan bahwa pola asuh yang buruk dapat memengaruhi kejadian stunting pada anak balita. Sebaran responden berdasarkan pola asuh makan balita disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3 Pola asuh makan balita

Rincian pola asuh makan	n	%
Yang sehari-hari lebih banyak mengasuh anak		
Ibu	78	97,5
Selain ibu	2	2,6
Yang biasanya menyiapkan makanan anak		
Ibu	79	98,8
Ibu dan orang lain	1	1,3
Orang lain	0	0,0
Jadwal makan anak teratur		
Ya	70	87,5
Tidak	10	12,5
Waktu pemberian makan anak tepat sesuai jadwal		
Tepat	38	47,5
Kadang-kadang	29	36,3
Jarang tepat	13	16,3
Yang biasa menyuapi anak		
Ibu	61	76,3
Anak sendiri	19	23,8
Orang lain	0	0,0
Apabila anak makan sendiri, apakah dilakukan pengawasan		
Ya	79	98,8
Tidak	1	1,3
Kondisi pada saat memberi makan anak		
Sambil berjalan-jalan/main	14	17,5
Duduk diam	64	80,0
Sambil digendong	1	1,3
Tidak menjawab	1	1,3

Sebagian besar balita memiliki jadwal makan yang teratur (87,5%), dan hanya 12,5% balita yang tidak memiliki jadwal makan teratur. Hampir seluruh balita dalam penelitian ini sehari-hari diasuh oleh ibu (97,5%) dan hanya 2,6% balita yang diasuh oleh orang lain atau selain ibu. Dalam keseharian makanan balita disiapkan oleh ibu (98,8%) dan demikian juga jadwal makan anak lebih banyak diatur oleh ibu (87,5%), serta disuapi oleh ibu (76,3%). Hampir separuh anak diberikan makan tepat waktu (47,5%), sebesar 36,3% kadang-kadang tepat waktu, dan 16,3% anak jarang diberikan makan tepat waktu. Ketika anak makan sendiri, hampir seluruh anak dilakukan pengawasan (98,8%). Kondisi pada saat memberikan makan kepada anak sebagian besar sambil duduk diam (80%) ketika disuapi oleh ibu.

Terdapat beberapa masalah atau problem makan pada balita. Problem makan balita disajikan dalam Tabel 4.

Tabel 4 Problem makan balita

Problem makan balita	n	%
Anak mengalami masalah sulit makan		
Ya	58	72,5
Tidak	22	27,5
Jenis problem sulit makan anak		
Sulit makan	23	28,8
Pilih-pilih makanan	28	35,0
Diemut/lama makannya	11	13,8
Makanan disemburkan	3	3,8
Tidak mau makan sayur	3	3,8
Lainnya	5	6,3
Sikap ibu jika anak menghabiskan makanannya		
Memujinya	74	92,5
Diam saja	6	7,5
Sikap ibu jika anak tidak menghabiskan makanannya		
Memarahi anak	1	1,3
Diam saja/membiarkan anak tidak makan	3	3,8
Memaksa anak untuk makan	1	1,3
Membujuk anak tanpa memarahinya	74	92,5

Diketahui terdapat 58 anak atau 72,5% memiliki problem makan. Masalah yang paling banyak dialami yaitu pilih-pilih makan (35%), sulit makan (28,8%), dan diemut/lama makannya (13,8%). Sikap ibu jika anak menghabiskan makanan sebagian besar memujinya (92,5%) dan hanya 7,5% ibu yang diam saja ketika anak berhasil menghabiskan makanannya. Sikap ibu jika anak tidak menghabiskan makanannya sebagian besar dengan membujuk anak tanpa memarahinya (92,5%). Berdasarkan rincian pola asuh makan dan masalah makan balita yang disajikan dalam Tabel 3 dan Tabel 4, maka terdapat gambaran 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 5.

Tabel 5 Kebiasaan makan balita

Rincian kebiasaan makan	n	%
Frekuensi makan anak dalam sehari		
1 kali/hari	1	1,3
2 kali/hari	22	27,5
3 kali/hari	53	66,3
>4kali/ hari	4	5,0
Tiga jenis lauk sumber protein paling banyak dikonsumsi		
Telur	66	82,5
Ikan	63	78,8
Ayam	44	55,0
Frekuensi minum susu ASI dalam sehari		
< 2 kali/hari	4	5,0
2-3 kali/hari	8	10,0
4-5 kali/hari	11	13,8
Sudah tidak minum ASI	57	71,3

Tabel 5 Kebiasaan makan balita (*lanjutan*)

Rincian kebiasaan makan	n	%
Frekuensi minum susu anak dalam seminggu		
< 2 kali/minggu	4	5,0
2-3 kali/minggu	15	18,8
4-7 kali/minggu atau lebih	54	67,5
Sudah tidak minum susu	2	2,5
Frekuensi makan sayur anak dalam sehari		
1 kali/hari	33	41,3
2 kali/hari	28	35,0
3 kali/hari	13	16,3
>4kali/ hari	5	6,3
Tidak mengonsumsi	1	1,3
Frekuensi makan buah anak dalam seminggu		
<2kali/minggu	14	17,5
2-3 kali/minggu	43	53,8
4-7 kali/minggu	22	27,5
Tidak mengonsumsi	1	1,3

Berdasarkan Tabel 5, diketahui bahwa frekuensi makan balita cukup beragam. Frekuensi makan yang paling mendominasi yaitu 3 kali/hari dengan persentase sebesar 66,3%. Masih terdapat 1 balita yang hanya makan sebanyak 1 kali/hari. Terdapat 3 jenis lauk sumber protein yang paling banyak dikonsumsi, di antaranya yaitu telur (82,5%), ikan (78,8%), dan ayam (55,0%). Menurut Winda *et al.* (2016), frekuensi konsumsi telur yang cukup tinggi dapat disebabkan karena mudah diperoleh, rasa yang dapat diterima oleh semua golongan, serta harga yang terjangkau dibandingkan dengan jenis protein yang lain. Jenis pangan sumber protein lain yang sering dikonsumsi yaitu ikan dan ayam.

Sebagian besar balita sudah tidak minum ASI (71,3%) dan 2,5% balita sudah tidak minum susu formula. Frekuensi minum susu anak sudah termasuk baik yang didominasi frekuensi dalam seminggu minum susu sebanyak 4-7 kali/minggu atau lebih (67,5%), balita lainnya hanya mengonsumsi susu 2-3 kali minggu (18,8%), dan <2 kali/minggu (5,0%). Sebanyak 41,3% anak hanya makan sayur 1 kali/hari dan 35% anak makan sayur 2 kali/hari. Hanya terdapat 1 anak (1,3%) yang tidak mengonsumsi sayur dalam sehari. Terdapat 1,3% balita yang tidak mengonsumsi buah. Sebanyak 27,5% balita yang mengonsumsi buah sebanyak 4-7 kali/minggu dan 17,5% balita mengonsumsi buah <2 kali/minggu. Sebagian responden (53,8%) mengonsumsi buah 2-3 kali/minggu. Hanya terdapat 1 anak (1,3%) yang tidak mengonsumsi buah dalam sehari.

3.2 Kebiasaan Tidur Anak Balita

Istirahat dan tidur yang cukup merupakan hal penting yang berpengaruh dalam pertumbuhan dan kesehatan anak. Tidur pada anak juga memfasilitasi pematangan dan perbaikan fungsi sel-sel tubuh termasuk sel otak dan hormon yang berperan dalam perkembangan. Faktor yang memengaruhi kualitas tidur diantaranya faktor pengasuhan dalam makanan, faktor lingkungan dan budaya (Putri dan Chondro 2024). Menurut Kemenkes, balita usia 0-1 bulan membutuhkan tidur 14-18 jam setiap hari, balita usia 1-18 bulan membutuhkan tidur 12-14 jam setiap hari, dan anak 3-6 tahun membutuhkan tidur 11-13 jam setiap hari (Kemenkes 2018). Sebaran responden berdasarkan kebiasaan tidur balita disajikan dalam Tabel 6.

Tabel 6 Kebiasaan tidur anak balita

Rincian pola asuh makan	n	%
Anak biasa tidur siang		
Ya	57	71,3
Tidak	5	6,3
Kadang-kadang	17	21,3
Tidak menjawab	1	1,3
Kebiasaan tidur tepat waktu		
Tepat waktu	70	87,5
Tidak tepat waktu/tidur lebih malam	9	11,3
Tidak menjawab	1	1,3

Praktik kebiasaan tidur pada balita harus menjadi perhatian karena berpengaruh dalam tumbuh kembangnya. Kebiasaan tidur yang dipraktikkan pada balita berdasarkan Tabel 6 menunjukkan anak yang biasa tidur siang sebanyak 71,3%, anak yang tidak biasa tidur siang sebanyak 6,3%, dan anak yang kadang-kadang tidur siang sebanyak 21,3%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak balita memiliki kebiasaan tidur siang. Adapun sebagian besar anak balita memiliki kebiasaan tidur tepat waktu dan sebesar 11,3% tidur tidak tepat waktu atau tidur lebih malam. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia, beberapa tanda anak cukup tidur adalah jika anak dapat tertidur dengan mudah di malam hari, terbangun dengan mudah pada waktu bangun pagi yang normal, dan tidak memerlukan tidur siang yang melebihi kebutuhan sesuai perkembangannya.

3.3 Pola Hidup Bersih dan Sehat Keluarga

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah serangkaian kebiasaan yang dilakukan dengan sadar sebagai hasil dari proses pembelajaran, yang membuat individu, keluarga, atau masyarakat mampu menjaga kesehatan secara mandiri dan aktif berkontribusi dalam peningkatan kesehatan masyarakat. PHBS mencakup tindakan seperti mencuci tangan dengan sabun, mengonsumsi makanan dan minuman bergizi, menggunakan jamban yang bersih, membuang sampah pada tempatnya, menjauhi rokok, narkoba, alkohol, psikotropika, serta zat adiktif lainnya (NAPZA), tidak meludah sembarangan, dan membasmi sarang nyamuk (Kartika *et al.* 2021). Sebaran responden berdasarkan pola hidup bersih dan sehat keluarga disajikan dalam Tabel 7.

Tabel 7 Pola hidup bersih dan sehat

Pertanyaan	n	%
Apakah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari bersih, jernih, dan tidak berbau?		
Ya	79	98,8
Tidak	1	1,3
Apakah keluarga memiliki jamban sendiri?		
Ya	69	86,3
Tidak	11	13,8
Apakah suami ibu merokok?		
Ya	66	82,5
Tidak	14	17,5
Apakah ibu pernah mengalami kondisi kurang energi kronik (KEK) saat hamil dan menyusui?		
Ya	21	26,3
Tidak	59	73,8

Tabel 7 Pola hidup bersih dan sehat (*lanjutan*)

Pertanyaan	n	%
Apakah rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, sebelum menyusui bayi, sebelum menyiapkan makanan, setelah menyentuh hewan?		
Ya	78	97,5
Tidak	2	2,5

Praktik PHBS dalam keluarga perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya berbagai penyakit. Praktik PHBS yang dilakukan berdasarkan Tabel 7 terkait keluarga yang memiliki air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari bersih, jernih, dan tidak berbau sebanyak 98,8% yang artinya hampir seluruh keluarga memiliki akses terhadap air bersih. Keluarga yang memiliki jamban sendiri di rumahnya sebanyak 86,3% dan masih ada yang tidak memiliki jamban sendiri sebanyak 13,8%. Sebagian besar kepala keluarga atau suami merokok yaitu sebanyak 82,5% dan yang tidak merokok sebanyak 17,5%. Sebagian besar ibu tidak pernah mengalami kondisi kurang energi kronik (KEK) saat hamil dan menyusui (73,8%). Sebagian besar keluarga rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, sebelum menyusui bayi, sebelum menyiapkan makanan, setelah menyentuh hewan (97,5%).

3.4 Partisipasi di Posyandu dan BPJS

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 8.

Tabel 8 Partisipasi di posyandu dan kepemilikan BPJS

Pertanyaan	n	%
Apakah anak diberikan imunisasi?		
Ya	78	97,5
Tidak	2	2,5
Apakah anak pergi ke posyandu secara rutin (minimal sebulan sekali)?		
Ya	80	100,0
Tidak	0	0,0
Apakah anggota keluarga memiliki BPJS?		
Ya	47	58,8
Tidak	33	41,3

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 (85,8%) mengunjungi posyandu sebanyak ≥ 4 kali.

Sebagian besar anak diberikan imunisasi (97,5%), namun masih terdapat 2,5% anak yang tidak diberikan imunisasi. Seluruh ibu rutin menimbang berat badan anak di posyandu (100%). Lebih dari 50% keluarga memiliki BPJS (58,8%) dan sebanyak 41,3% tidak memiliki BPJS.

3.5 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	n	%
ISPA (batuk, flu/pilek)		
Ya	17	21,3
Tidak	63	78,8
Diare		
Ya	8	10,0
Tidak	72	90,0
TBC		
Ya	0	0,0
Tidak	81	100,0
Cacar		
Ya	0	0,0
Tidak	81	100,0
Campak		
Ya	0	0,0
Tidak	81	100,0
Cacingan		
Ya	5	6,3
Tidak	75	93,8

Penyakit infeksi menjadi salah satu faktor penyebab dari *stunting* sehingga hal ini menjadi penting untuk diteliti. Berdasarkan Tabel 9, diketahui sebanyak 21,3% balita mengalami infeksi saluran pernafasan (batuk/pilek), 10,0% yang mengalami diare, dan 6,3% mengalami cacingan. Prevalensi diare dan cacingan yang relatif rendah kemungkinan disebabkan oleh sudah baiknya sanitasi dan higiene lingkungan keluarga ibu dan balita. Tidak terdapat anak yang mengalami cacar dan campak dalam 2 minggu terakhir.

3.6 Pengetahuan Gizi Kader dan Ibu

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.

Kategori pengetahuan gizi ibu dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu rendah (<60), sedang (60-80), dan tinggi (>80) (Khomsan 2021). 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).

Tabel 10 Kategori skor *pretest* dan *posttest* pengetahuan gizi ibu pada *baseline*

Skor pengetahuan gizi	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Rendah (<60)	20	37.0	5	9.3
Sedang (60-80)	27	50.0	21	38.9
Tinggi (>80)	7	13.0	28	51.9
Rata-rata±SD	60,7±19,8		81,9±18,0	
<i>p-value</i>	0,000			

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

Berdasarkan Tabel 10 diketahui bahwa kategori pengetahuan gizi sedang (skor 60-80) pada saat *pretest* (50%) mengalami penurunan saat *posttest* (38,9%), sedangkan pada kategori pengetahuan gizi tinggi terjadi peningkatan dari 13,0% (*pretest*) menjadi 51,9% (*posttest*). Rata-rata skor pengetahuan gizi ibu saat *pretest* adalah 60,7 ± 19,8 dan meningkat menjadi 81,9 ± 18,0. 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 11.

Tabel 11 Kategori skor *pretest* dan *posttest* pengetahuan gizi kader

Skor pengetahuan gizi	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Rendah (<60)	72	43,9	2	1,2
Sedang (60-80)	87	53,0	32	19,5
Tinggi (>80)	5	3,0	130	79,3
Rata-rata±SD	52,7±24,8		94,1±13,5	
<i>p-value</i>	0,000			

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

Tabel 11 menunjukkan bahwa masih terdapat kader yang termasuk dalam kategori pengetahuan gizi rendah pada saat *pretest* (43,90%) dan menurun pada saat *post test* (1,2%). Pengetahuan gizi kader dalam kategori sedang (skor 60-80) pada saat *pretest* (53,0%)

mengalami penurunan pada saat *posttest* menjadi 19,5%. Pada kategori pengetahuan gizi tinggi terjadi peningkatan dari 3,0% (*pretest*) menjadi 79,3% (*posttest*). Rata-rata skor pengetahuan gizi kader saat *pretest* adalah $52,7 \pm 24,8$ dan meningkat menjadi $94,2 \pm 13,5$. Terdapat perbedaan yang nyata antara skor *pretest* dan *posttest* ditandai dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($<0,05$).

3.7 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 tiga kali yaitu pada bulan Juli, Agustus, dan September 2024. Status gizi balita yang mengikuti penelitian disajikan pada Tabel 12.

Tabel 12 Status gizi balita (2024)

Status Gizi	Juli		Agustus		September		Delta (%)
	n	%	n	%	n	%	
BB/U							
Berat badan sangat kurang (Z score <-3)	15	18.5	14	17.3	15	18.5	0.0
Berat badan Kurang ($-3 \leq Z$ score <-2)	43	53.1	44	54.3	39	48.1	-5.0
Berat Badan normal ($-2 \leq Z$ score ≤ 1)	23	28.4	23	28.4	27	33.3	+4.9
Rataan WAZ \pm SD (Z-Score)	$-2,43 \pm 0,77$		$-2,38 \pm 0,79$		$-1,28 \pm 0,81$		+1.15
TB/U							
Sangat pendek (Z score <-3)	17	21.0	15	18.5	17	21.0	0.0
Pendek ($-3 \leq Z$ score <-2)	57	70.4	56	69.1	53	64.4	-6.0
Normal ($-2 \leq Z$ score ≤ 3)	7	8.6	10	12.3	11	13.6	+5.0
Rataan HAZ \pm SD (Z-score)	$-2,65 \pm 0,65$		$-2,54 \pm 0,75$		$-2,56 \pm 0,72$		+0.09
BB/TB							
Gizi Buruk (Z score <-3)	2	2.5	5	6.2	3	3.7	+1.2
Gizi Kurang ($-3 \leq Z$ score <-2)	12	14.8	16	19.8	15	18.5	+3.7
Gizi Baik ($-2 \leq Z$ score ≤ 1)	66	81.5	59	72.8	63	77.8	+3.7
Bersiko gizi lebih ($1 < Z$ score ≤ 2)	1	1.2	1	1.2	0	0,0	-1.2
Rataan WHZ \pm SD (Z-score)	$-1,33 \pm 0,91$		$-1,33 \pm 1,04$		$-1,28 \pm 1,02$		+0.05

Berdasarkan Tabel 12, diketahui bahwa pada bulan Juli, sebagian besar balita (53,1%) memiliki status gizi berat badan kurang berdasarkan BB/U dan 18,5% masuk kategori berat badan sangat kurang (Z-Score <-3), sedangkan balita dengan berat badan normal berjumlah 28,4%.

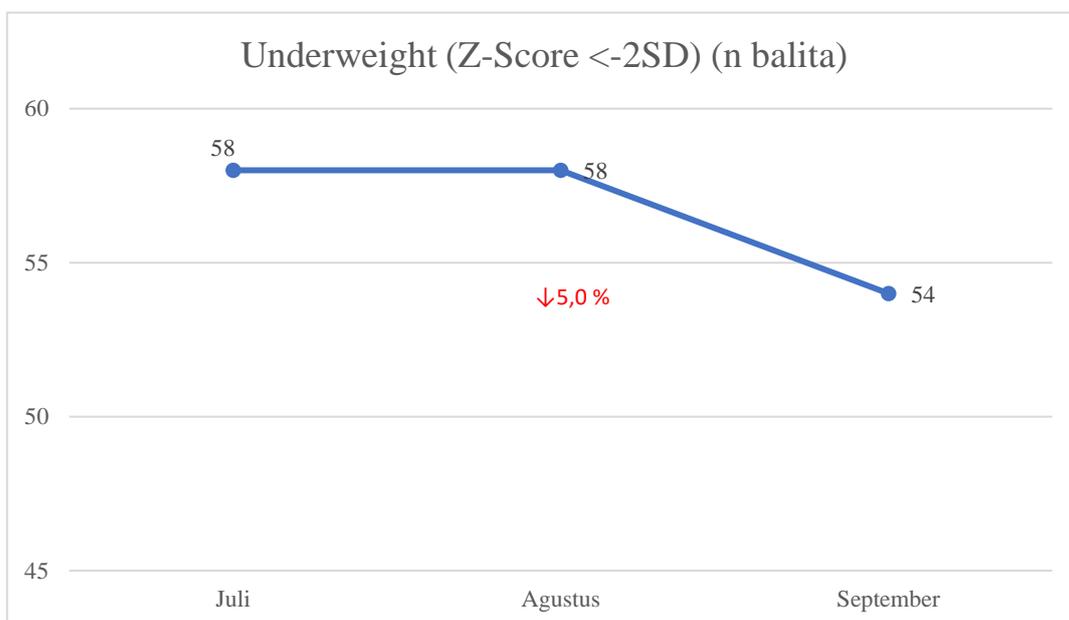
Berdasarkan TB/U, jumlah balita bulan Juli dengan kategori pendek 70,4%, kategori sangat pendek 21,0%, dan kategori normal 8,6%. Apabila didasarkan pada berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), maka sebagian besar balita tergolong gizi baik (81,5%). Balita yang termasuk gizi kurang berjumlah 14,8% dan gizi buruk 2,5%.

Pada bulan Agustus, berdasarkan BB/U, balita dengan berat badan sangat kurang berjumlah 17,3%; berat badan kurang berjumlah 54,3%. Berdasarkan TB/U, jumlah balita sangat pendek berjumlah 18,5% dan balita pendek 69,1%.

Pada bulan September, berdasarkan BB/U, balita dengan berat badan kurang berjumlah 48,1%. Balita dengan berat badan sangat kurang berjumlah 18,5%. Berdasarkan TB/U, balita pendek berjumlah 64,4% dan sangat pendek berjumlah 21,0%. Berdasarkan BB/TB, balita dengan gizi buruk berjumlah 3,7% dan balita dengan gizi kurang berjumlah 18,5%.

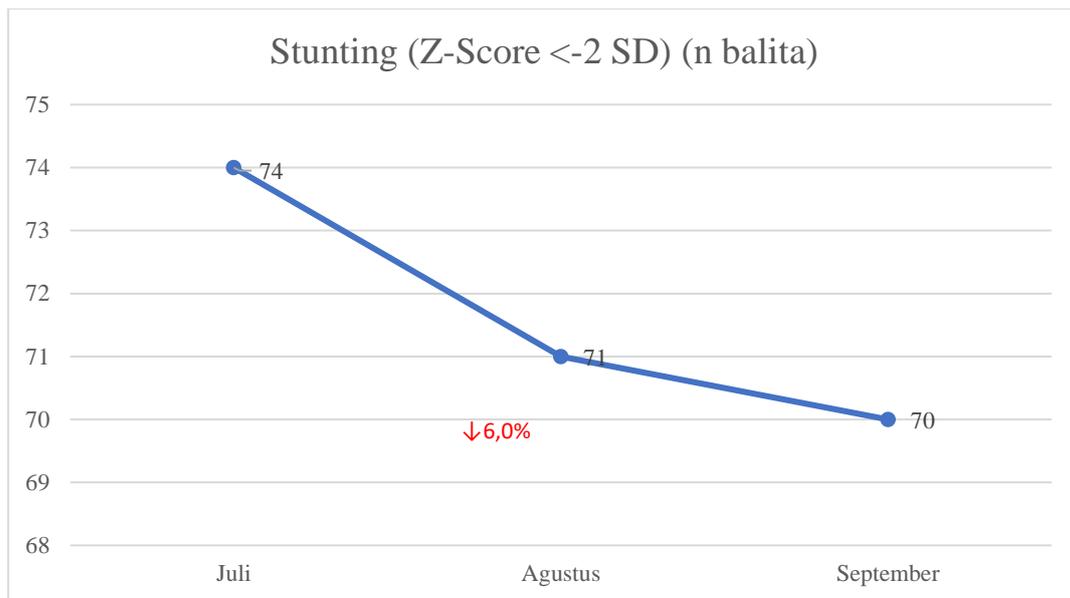
Intervensi gizi 100 hari menurunkan prevalensi pendek sebesar 6% dan gizi kurang sebesar 5%. Dilihat dari nilai z-score, terjadi peningkatan nilai WAZ sebesar 1,15. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbaikan status gizi berdasarkan BB/U. Demikian pula untuk HAZ terjadi peningkatan z-score sebesar 0,09 yang juga menunjukkan adanya perbaikan status gizi berdasarkan TB/U. Untuk indikator BB/TB, terdapat peningkatan WHZ sebesar 0,05.

Hasil perkembangan masalah gizi *underweight* yang digambarkan melalui grafik pada Gambar 1 menunjukkan bahwa terjadi penurunan masalah gizi *underweight* selama 100 hari intervensi. Pada awal intervensi terdapat 58 balita mengalami *underweight* dan menurun menjadi 54 balita yang mengalami *underweight* pada akhir intervensi. Persentase penurunan *underweight* dari bulan Juli hingga September sebesar 5%.



Gambar 1 Grafik penurunan status gizi *underweight*

Hasil perkembangan masalah gizi *stunting* yang digambarkan melalui grafik pada Gambar 2 menunjukkan bahwa terjadi penurunan masalah gizi *stunting* selama 100 hari intervensi. Pada awal intervensi terdapat 74 balita mengalami *stunting* dan pada akhir intervensi menurun menjadi 70 balita yang mengalami *stunting*. Persentase penurunan *stunting* dari bulan Juli hingga September sebesar 6,0%.



Gambar 2 Grafik penurunan status gizi *stunting*

Melalui parameter status gizi BB/U, TB/U, dan BB/TB 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. Sebaran masalah gizi ganda terdapat pada Tabel 13.

Tabel 13 Masalah gizi ganda

Status Gizi	Juli		Agustus		September	
	n	%	n	%	n	%
<i>Stunting-underweight</i>	44	54.3	36	44.4	33	40.7
<i>Stunting-underweight-wasting</i>	13	16.0	18	22.2	18	22.2
<i>Stunting-overweight</i>	1	1.2	1	1.2	0	0,0
<i>Stunting only</i>	16	19.8	16	19.8	20	24,7
<i>Underweight only</i>	0	0,0	0	0,0	1	1,2
<i>Wasting only</i>	0	0,0	0	0,0	2	2,5
Normal	7	8.6	10	12.3	7	8,6

Berdasarkan Tabel 13, diketahui bahwa di wilayah Karawang banyak balita yang menderita kombinasi masalah gizi *stunting-underweight*, *stunting-underweight-wasting*, dan *stunting only*. Kondisi ini menyebabkan intervensi selama 100 hari untuk mengurangi prevalensi *stunting* kurang mempunyai daya ungkit yang maksimal. Intervensi dengan durasi waktu yang lebih panjang (6 bulan) diharapkan dapat mengurangi prevalensi *stunting* secara lebih signifikan.

3.8 Kepatuhan Konsumsi Susu, Telur, dan Ikan Lele

Kepatuhan terhadap konsumsi susu, telur, dan ikan lele yang diberikan selama intervensi dinilai berdasarkan keikutsertaan dan keteraturan konsumsi ketiga jenis makanan yang diberikan tersebut. Tabel 14 menyajikan informasi mengenai persentase kepatuhan balita selama periode intervensi (100 hari). Sebagian besar balita patuh mengonsumsi ketiga jenis makanan yang diberikan selama intervensi. Jenis pangan yang patuh dikonsumsi adalah susu

(97%), telur (98%), dan ikan lele (95%). Hal ini menunjukkan bahwa ketiga jenis pangan yang diberikan disukai dan dikonsumsi oleh anak.

Tabel 14 Rata-rata persentase kepatuhan konsumsi

	Jenis makanan		
	Susu (%)	Telur (%)	Ikan lele (%)
Kepatuhan	97	98	95

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Pola asuh makan balita sebagian besar baik yaitu memiliki jadwal makan yang teratur (87,5%), hampir seluruh diasuh oleh ibu (97,5%), makanan balita disiapkan oleh ibu (98,8%), jadwal makan anak lebih banyak diatur oleh ibu (87,5%), makan disuapi oleh ibu (76,3%), anak diberikan makan tepat waktu (47,5%), seluruh anak dilakukan pengawasan ketika makan sendiri (98,8%), dan kondisi pada saat memberikan makan kepada anak sebagian besar sambil duduk diam (80%) ketika disuapi oleh ibu.

Sebagian besar (72,5%) anak memiliki problem makan yang sebagian besar terdiri dari pilih-pilih makan (35%) dan sulit makan (28,8%). Sikap ibu jika anak menghabiskan makanan sebagian besar memujinya (92,5%) dan jika tidak menghabiskan makan ibu akan membujuk anak tanpa memarahinya (92,5%).

Kebiasaan makan balita sebagian besar makan 3 kali/hari (66,3%) dengan lauk yang paling sering dikonsumsi yaitu telur (82,5%), ikan (78,8%), dan ayam (55,0%). Sebagian besar balita juga sudah tidak minum ASI (71,3%) dengan frekuensi dalam seminggu minum susu sebanyak 4-7 kali/minggu atau lebih (67,5%). Sebagian besar anak makan sayur dengan 41,3% anak hanya makan sayur 1 kali/hari dan 35% anak makan sayur 2 kali/hari. Sebagian anak (53,8%) juga mengonsumsi buah 2-3 kali/minggu.

Kebiasaan balita tidur menunjukkan sebagian besar anak biasa tidur siang sebanyak 71,3%. Dalam praktik PHBS, hampir seluruh keluarga (98,8%) memiliki akses terhadap air bersih, memiliki jamban sendiri di rumahnya (86,3%), dan rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, sebelum menyusui bayi, sebelum menyiapkan makanan, setelah menyentuh hewan (97,5%). Sebagian besar kepala keluarga atau suami juga merokok (82,5%) dan sebagian besar ibu tidak pernah mengalami kondisi kurang energi kronik (KEK) saat hamil dan menyusui (73,8%).

Sebagian besar ibu balita (85,8%) mengunjungi posyandu sebanyak ≥ 4 kali dengan sebagian besar anak diberikan imunisasi (97,5%) dan rutin menimbang berat badan di posyandu (100%). Lebih dari 50% keluarga juga memiliki BPJS (58,8%). Sebanyak 21,3% balita mengalami infeksi saluran pernafasan (batuk/pilek), 10,0% yang mengalami diare, dan 6,3% mengalami cacingan.

Sebagian besar pengetahuan gizi ibu meningkat setelah diberikan edukasi gizi dengan rata-rata skor pengetahuan gizi ibu saat pretest adalah $60,7 \pm 19,8$ dan meningkat menjadi $81,9 \pm 18,0$. Sebagian besar pengetahuan gizi kader juga meningkat dengan rata-rata skor pengetahuan gizi kader saat pretest adalah $52,7 \pm 24,8$ dan meningkat menjadi $94,2 \pm 13,5$.

Terdapat penurunan masalah gizi, yaitu *underweight* dari 58 balita turun menjadi 54 balita (5,0%). Masalah *stunting* turun sebanyak 6% dari 74 balita menjadi 70 balita. Terjadi perbaikan nilai rata-rata z-score yaitu WAZ meningkat sebesar 1,15; HAZ sebesar 0,09; dan WHZ sebesar 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan terjadi peningkatan status gizi anak balita.

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 Karawang dalam Angka 2023*. Karawang (ID): BPS Kabupaten Karawang
- [DINKES] Dinas Kesehatan. 2023. *Profil Kesehatan Kabupaten Karawang 2023*. Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang.
- Destiadi A, Nindya TS, Sumarmi S. 2015. Frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 3-5 tahun. *Media Gizi Indonesia*. 10(1): 71-75.
- 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.
- Kartika T, Pramestian F, Masayu N, Hasanah F, Fera F, Arifin R. 2021. Penerapan pola hidup bersih dan sehat untuk meningkatkan imunitas tubuh di Desa Kalirancang, Alian, Kebumen. *Jurnal ABDI*. 7(1): 78-87.
- [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.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Kebutuhan Tidur sesuai Usia*. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/kebutuhan-tidur-sesuai-usia>
- 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.
- Putri SR, Chondro F. 2024. Hubungan perilaku *picky eater* dan durasi tidur dengan perkembangan pada balita. *Jurnal Akta Trimedika (JAT)*. 1(2): 134-144.
- 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.