

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PEMBERIAN MAKAN ANAK
DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI
ANAK USIA 12 – 24 BULAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KELURAHAN BAMBU APUS I
JAKARTA TIMUR TAHUN 2019**

SKRIPSI

Sebagai syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Gizi



**ANISA NUR UTAMI
041721001**

**PROGRAM STUDI S1 GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS BINAWAN
JAKARTA
2019**

SKRIPSI

"HUBUNGAN KARAKTERISTIK PEMBERIAN MAKAN ANAK
DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI ANAK
USIA 12 – 24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KELURAHAN
BAMBU APUS I JAKARTA TIMUR TAHUN 2019"

Oleh
Anisa Nur Utami
041721001

Telah berhasil dibahas dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi (S.Gz) pada Program Studi S1 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Binawan.

U N I V E R S I T A S
TIM DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji,



(Adhila Fayasari, S.Gz, MPH)

Tanggal 26 Juli 2019

Penguji I



(Isti Istianah, S.Gz, MKM)

Tanggal 26 Juli 2019

Penguji II

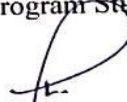


(Sintha Fransiske Simanungkalit, MKM)

Tanggal 26 Juli 2019

Diketahui oleh :

Tanggal : 26 Juli 2019
Ketua Program Studi S1 Gizi



(Mia Srimati, S.Gz, Msi)

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)**

Sebagai sivitas akademik Universitas Binawan, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anisa Nur Utami

NIM : 041721001

Program Studi : S-1 Gizi

Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan **Hak Bebas Royalti Non- Eksklusif (Non-exclusive Royalty-FreeRight)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

”HUBUNGAN KARAKTERISTIK PEMBERIAN MAKAN ANAK DAN
ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 12 – 24
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KELURAHAN BAMBUSARI
JAKARTA TIMUR TAHUN 2019”

beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Program Studi S1 Gizi Universitas Binawan mempunyai hak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 26 Juli 2019

Yang menyatakan



(Anisa Nur Utami)

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anisa Nur Utami
NIM : 041721001
Program studi : S1 Gizi

Dengan ini saya menyatakan bahwa Skripsi yang saya susun dengan judul :

“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PEMBERIAN MAKAN ANAK DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 12 – 24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KELURAHAN BAMBU APUS I JAKARTA TIMUR TAHUN 2019”

Adalah benar-benar hasil karya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari Skripsi orang lain. Apabila pada kemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang berlaku (cabut predikat kelulusan dan gelar sarjana)

Jakarta, 26 Juli 2019



(Anisa Nur Utami)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Yth. Ibu Mia Srimati, S.Gz, Msi selaku Ketua Program Studi S1 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Binawan yang telah menyetujui dan menerima skripsi ini.
2. Yth. Ibu Isti Istianah, S.Gz, MKM selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran didalam mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. Yth. Ibu Adhila Fayasari, S.Gz, MPH selaku Dosen Penguji yang telah menyediakan waktu, memberikan saran, serta arahan kepada penulis.
4. Yth. Ibu Sintha Fransiske Simanungkalit, MKM selaku Dosen Penguji yang telah menyediakan waktu, memberikan saran, serta arahan kepada penulis.
5. Seluruh Dosen Program Studi S1 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Binawan yang telah membimbing dan memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
6. Orangtua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material maupun moril.
7. Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur yang telah memberikan surat perizinan peneliti dalam mengumpulkan data.
8. Puskesmas Kecamatan Cipayung dan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan penulis.
9. Ketua RW 01, 03, dan 05 wilayah binaan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Kecamatan Cipayung yang mendukung terlaksananya penelitian ini.
10. Ibu kader posyandu wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Kecamatan Cipayung yang senantiasa membantu dalam pengambilan data.
11. Teman-teman Gizi B Universitas Binawan terima kasih atas kerjasamanya dan telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

12. Sahabat yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Dengan bantuan tersebut maka penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai sebutan Sarjana Gizi pada Program Studi S1 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Binawan.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan saudara-saudara semua. Dan semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta , Juli 2019



Relationship the Characteristics of Feeding Children and Intake of Macro Nutrient with Nutritional Status of Children Aged 12 – 24 Months at Health Officers in the Bambu Apus I Subdistrict Health Center in East Jakarta the Year 2019

Anisa Nur Utami¹, Isti Istianah²

ABSTRACT

Background : The food children who not conforming to standart practice of giving an infant and child became one of the causes of the increasing prevalence of undernourished children aged 12 – 24 months in the world and Indonesia. The child under the red line more than large minimum standards of service that the 0,6% while underweight 1,7% in Health officers the Bambu Apus I Subdistrict Health Center in East Jakarta. **Objective :** To analyze the relationship the characteristics of feeding children and intake of macro nutrient with nutritional status children aged 12 – 24 months in Health officers the Bambu Apus I Subdistrict Health Center in East Jakarta. **Method :** This research study is observational and analytic with design cross sectional. The total sampel 56 mothers children aged 12 – 24 months in Health officers the Bambu Apus I Subdistrict Health Center in East Jakarta. The method interviewd abaout the characteristics of feeding children and intake of macro nutrient using a questionnaire check list feeding children and the questionnaire food recall 2 x 24 hours. The analyzed using computer software both univariat and bivariat by test Ranks Spearman. **Result :** According to analysis undertaken there was no connection characteristic of feeding children (frequency $p = 0,192$, texture $p = 0,967$, variation $p = 0,217$) with nutritional status children aged 12 – 24 months Weight/Age Indeks. There are a connection intake of macro nutrition (Energy $p = 0,021$, Protein $p = 0,001$, Fat $p = 0,012$, Carbohydrates $p = 0,036$) with nutritional status children aged 12 – 24 months Weight/Age Indeks. **Conclusion :** Characteristic of the provision of feeding children having the correlation was with nutritional status children aged 12 – 24 months. Needs to be done more research on factors affecting practice of giving food and children, responsive as the children eat and cleanliness or hygiene sanitation.

Keywords: nutritional status, the characteristic of feeding children, intake of macro nutrition, Public Health Center

¹ Student of Nutrition Program of Binawan University

² Lecturer of Nutrition Program of Binawan University

HUBUNGAN KARAKTERISTIK PEMBERIAN MAKAN ANAK DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 12 – 24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KELURAHAN BAMBU APUS I JAKARTA TIMUR TAHUN 2019

Anisa Nur Utami¹, Isti Istianah²

ABSTRAK

Pendahuluan : Pemberian makan anak yang tidak sesuai dengan standar WHO yaitu praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menjadi salah satu penyebab meningkatnya prevalensi kurang gizi anak usia 12 – 24 bulan baik di dunia maupun di Indonesia. Kejadian balita Bawah Garis Merah (BGM) melebihi target spm yakni 0,6% sedangkan gizi kurang 1,7% di Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur. **Tujuan :** Untuk menganalisis hubungan karakteristik pemberian makan anak dan asupan zat gizi makro dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur. **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan observasional dan desain *cross sectional*. Sebanyak 56 ibu atau pengasuh balita yang memenuhi kriteria inklusi yaitu seluruh ibu atau pengasuh anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I, diwawancara tentang karakteristik pemberian makan anak dan asupan zat gizi makro menggunakan kuesioner *check list* pemberian makan anak dan kuesioner *food recall* 2 x 24 jam berturut-turut kemudian dianalisis menggunakan *software* komputer. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *Ranks Spearman*. **Hasil:** Menurut analisis yang dilakukan tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (Frekuensi $p = 0,192$, Tekstur $p = 0,967$ dan Variasi $p = 0,217$) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan indeks (BB/U). Ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (Jumlah) ($p = 0,049$) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan indeks (BB/U). Ada hubungan asupan zat gizi makro (Energi $p = 0,021$, Protein $p = 0,001$, Lemak $p = 0,012$, Karbohidrat $p = 0,036$) terhadap status gizi anak usia 12 – 24 bulan indeks (BB/U). **Kesimpulan :** Karakteristik pemberian makan anak (Jumlah) memiliki hubungan korelasi sedang dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan. Asupan zat gizi makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) memiliki hubungan korelasi sedang dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi praktik Pemberian Makan dan Anak (PMBA) seperti responsif pemberian makan anak dan kebersihan atau hygiene sanitasi.

Kata kunci : status gizi, karakteristik pemberian makan anak, asupan zat gizi makro, anak usia 12 – 24 bulan, puskesmas

¹ Mahasiswa Prodi S1 Gizi Universitas Binawan

² Dosen Pembimbing Prodi S1 Gizi Universitas Binawan

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Pertanyaan Penelitian	4
1.4. Tujuan	5
1.4.1. Tujuan Umum	5
1.4.2. Tujuan Khusus	5
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Status Gizi	8
2.1.1. Definisi Status Gizi	8
2.1.2. Penilaian Status Gizi	8
2.1.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	11
2.1.4. Klasifikasi Status Gizi	13
2.2. Status Gizi Kurang	14
2.3. Karakteristik Pemberian Makan Anak	16
2.3.1. Definisi Pemberian Makan Anak	16
2.3.2. Usia Pemberian Makan Anak.....	20
2.3.3. Frekuensi Pemberian Makan Anak	21

2.3.4. Jumlah Pemberian Makan Anak	21
2.3.5. Tekstur Pemberian Makan Anak	21
2.3.6. Variasi Pemberian Makan Anak	22
2.3.7. Responsif Pemberian Makan Anak	23
2.3.8. Kebersihan Pemberian Makan Anak	23
2.4. Asupan Gizi Makro	23
2.4.1. Definisi Asupan Gizi Makro	23
2.4.2. Asupan Energi	24
2.4.3. Asupan Protein	25
2.4.4. Asupan Lemak	26
2.4.5. Asupan Karbohidrat	27
2.5. Angka Kecukupan Gizi Anak	27
2.6. Pengukuran Konsumsi Pangan	28
BAB III KERANGKA PENELITIAN	30
3.1. Kerangka Teori	30
3.2. Kerangka Konsep	31
3.3. Hipotesis	32
3.4. Definisi Operasional	33
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	40
4.1. Jenis dan Desain Penelitian	40
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	40
4.3. Populasi dan Sampel	40
4.3.1. Populasi	40
4.3.2. Sampel	40
4.4.3. Besar Sampel	41
4.5. Instrumen Penelitian	41
4.6. Prosedur Pengumpulan Data	42
4.6.1. Tahap Persiapan	42
4.6.2. Tahap Pelaksanaan	43
4.6.3. Tahap Pengolahan Data	43
4.7. Pengumpulan Data.....	44
4.7.1. Data Primer	44

4.7.2. Data Sekunder	45
4.8. Analisa Data	45
4.8.1. Analisa Univariat	45
4.8.2. Analisa Bivariat	45
4.9. Etika Penelitian	46
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	47
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	47
5.2. Hasil Penelitian	48
5.2.1. Analisis Univariat.....	48
5.2.2. Analisis Bivariat	53
5.3. Pembahasan Penelitian	58
5.4. Keterbatasan Penelitian	70
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
6.1. Kesimpulan	71
6.2. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN	77



UNIVERSITAS
BINAWAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks	14
Tabel 2	Pemberian Makan Bayi dan Anak	17
Tabel 3	Variasi Jenis Makanan Lokal	22
Tabel 4	Angka Kecukupan Gizi Makro AKG Tahun 2013.....	24
Tabel 5	Definisi Operasional	24
Tabel 6	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Gizi Balita Indeks (BB/U) Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I	48
Tabel 7	Distribusi Frekuensi Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I ...	50
Tabel 8	Distribusi Frekuensi Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) Anak Usia 12– 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I	52
Tabel 9	Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I ...	53
Tabel 10	Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) Anak Usia 12– 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Teori	31
Gambar 2	Kerangka Konsep	32



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan Penelitian	77
Lampiran 2	Lembar Pernyataan Kesedian Menjadi Responden	79
Lampiran 3	Lembar Kuesioner	80
Lampiran 4	Perizinan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur	87
Lampiran 5	Persetujuan Etik	88



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) dalam Resolusi *World Health Assembly (WHA)* nomor 55.25 tahun 2002 tentang *Global Strategy of Infant and Young Child Feeding* melaporkan bahwa 60% kematian balita langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh kurang gizi dan 2/3 dari kematian tersebut terkait dengan praktik pemberian makan yang kurang tepat pada bayi dan anak (Kemenkes RI, 2014).

Menurut WHO (2012), jumlah penderita kurang gizi di dunia mencapai 104 juta anak, dan keadaan kurang gizi menjadi penyebab sepertiga dari seluruh penyebab kematian anak di seluruh dunia. Asia Selatan merupakan daerah yang memiliki prevalensi kurang gizi terbesar di dunia, yaitu sebesar 46% disusul Afrika 28%, Amerika Latin 7% dan yang paling rendah terdapat di Eropa Tengah, Eropa Timur dan *Commonwealth of Independent States (CEE/CIS)* sebesar 5% (WHO, 2012).

Lebih dari 9 juta balita di Indonesia mengalami gizi kurang. Masalah gizi buruk dan gizi kurang pada balita di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang masuk dalam kategori sedang. Di Indonesia, salah satu gizi kurang ditemukan dalam bentuk kurang gizi (*underweight*), yaitu anak dengan berat badan yang rendah dibanding umurnya (Kemenkes RI, 2017). Prevalensi masalah gizi kurang di Indonesia usia 0 – 59 bulan dengan indeks BB/U pada tahun 2018 sebesar 13,8%, angka ini mengalami penurunan 0,2% jika dibandingkan dengan tahun 2017 dengan prevalensi sebesar 14% (Kemenkes RI, 2018).

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, menunjukkan bahwa prevalensi status gizi buruk dan gizi kurang pada balita sebesar 17,7% terdiri dari 2,9% balita dengan status gizi buruk dan 13,8% balita dengan status gizi kurang. Masalah gizi buruk dan gizi kurang yang terjadi di Indonesia masih tinggi dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2019 untuk balita gizi buruk dan gizi kurang yaitu 17% (Risikesdas, 2018).

Masih banyak masalah yang ditemukan di Indonesia mengenai praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), seperti: waktu memulai pemberian makanan padat/semi-padat, frekuensi pemberian makan, pemilihan makanan, dan pengolahan makanan (Kemenkes RI, 2017). Terdapat 58% anak umur 6 – 23 bulan mengonsumsi makanan yang bervariasi, dan 37% menerima makanan yang sesuai (*Statistics Indonesia et al, 2013*).

Pengenalan MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan menyebabkan status gizi kurang pada balita (Widyaswari, 2011). Usia pertama pemberian MP-ASI yang tidak tepat sebanyak 88,2%, frekuensi pemberian MP-ASI yang tepat 92,5%, jumlah pemberian MP-ASI yang tepat sebanyak 71,0%, tekstur pemberian MP-ASI yang tepat sebanyak 87,1% dan variasi pemberian MP-ASI yang tidak tepat sebanyak 98,9% (*Istiarty et al, 2017*). Penelitian Windiyanti, dkk (2016), dengan desain kasus kontrol menyatakan bahwa ada hubungan frekuensi MP-ASI dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan (p value $<0,0001$; OR 1,3), sedangkan usia pemberian MP-ASI pertama, tekstur makanan, variasi makanan dan porsi MP-ASI tidak berhubungan dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan memiliki (p value $<0,0001$; OR 6,6). Menurut penelitian Lestasri *et al*, (2015) terdapat hubungan antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi $p=0,001$. Ciptaningtyas *et al*, (2012) juga mendukung hasil-hasil penelitian yang dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 4 – 24 Bulan (p value=0,044).

Pada penelitian Mukhopadhyay (2013) menyatakan bahwa praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat banyak terjadi pada anak yang kurang gizi. Pada penelitian ini praktik pemberian makan anak diukur berdasarkan anjuran pemberian MP-ASI WHO UNICEF. Selain itu pada penelitian yang sama juga ditunjukkan bahwa ada hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi (Rohmani, 2010).

Anak balita termasuk salah satu kelompok yang rentan mengalami masalah gizi yaitu kekurangan energi dan protein. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 untuk provinsi DKI Jakarta menunjukkan sekitar 20,3% tingkat energinya kurang dari 70% dari Angka Kecukupan Gizi (AKG). Sebanyak 11,7% anak usia 6 – 24 bulan konsumsi protein kurang dari 80% berdasarkan AKG (Riskesdas, 2010).

Menurut Survey Diet Total (SDT) tahun 2014, dengan menggunakan batas bahwa asupan kalori < 70% AKE dianggap sebagai kurang. Proporsi balita usia 0 – 59 bulan didapat bahwa tingkat kecukupan energi pada balita adalah sebesar 55,7% balita mendapatkan asupan energi yang kurang dari Angka Kecukupan Energi (AKE) dan 17,1% balita mendapatkan asupan energi melebihi Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan yaitu $\geq 130\%$ AKE. Sedangkan berdasarkan Tingkat Kecukupan Protein mendapatkan 23,6% balita hanya mendapat $\leq 80\%$ AKP dan 10,6% mendapat asupan 80 - <100% AKP, sementara 65,8% mendapatkan asupan protein $\geq 100\%$ AKP (54,3% balita mendapatkan asupan protein $\geq 120\%$ AKP dan 11,5% mendapatkan asupan protein 100 - <120% AKP) (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data Profil Kesehatan DKI Jakarta kasus Baduta di Bawah Garis Merah (BGM) di Provinsi DKI Jakarta sebesar 2,92% dari jumlah Baduta yang di timbang pada tahun 2017 dibandingkan dengan tahun 2016 sebesar 0,65% baduta BGM. Persentase kasus balita dengan status gizi buruk (BGM) di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2017 terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun 2016 sebesar 2,27% (Dinkes DKI Jakarta, 2017). Berdasarkan data BGM Dinas Kesehatan Jakarta Timur, persentase BGM yaitu 0,27%. Jumlah balita BGM 818 balita dengan jumlah balita 114.588 balita. Jumlah baduta BGM 155 dengan jumlah balita 56.932 balita (Sudinkes Jakarta Timur, 2017).

Data balita di Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Kecamatan Cipayung Jakarta Timur, terdapat 50 balita BGM dengan prevalensi sebesar 0,03% dan balita gizi kurang dengan indeks (BB/U) terdapat 20 balita yaitu 0,1% (Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Cipayung, 2018). Berdasarkan data status gizi kurang yang ada di Puskesmas Kelurahan Bambu

Apus I pada bulan Desember tahun 2018, terdapat 1,7% balita dengan indeks (BB/U) mengalami gizi kurang. Untuk data gizi buruk dengan indeks (BB/U) yang menunjukkan bahwa balita Bawah Garis Merah (BGM) didapat persentase 0,6%. Ini berarti melebihi dari indikator target Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2018 yaitu $\leq 0,5\%$. (Laporan LB3 Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I, bulan Desember 2018).

Melihat dampak dan risiko yang ditimbulkan dari pemberian makan anak tidak tepat terutama terhadap kesehatan dan tumbuh kembang anak dan masih tinggi prevalensi balita Bawah Garis Merah (BGM) dengan indeks (BB/U) yaitu buruk di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur maka penulis tertarik untuk meneliti hubungan karakteristik pemberian makan anak dan asupan zat gizi makro anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, angka penderita gizi buruk di Indonesia masih cukup tinggi. Hasil Penilaian Status Gizi (PSG) 2017 di Indonesia persentase gizi buruk dan gizi kurang anak balita umur 0 – 23 bulan adalah 14,8% diantaranya 3,5% gizi buruk dan 11,3% gizi kurang. Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I tahun 2018, menunjukkan bahwa balita Bawah Garis Merah (BGM) ada 5 balita dengan persentase 0,6% target indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) $< 0,5\%$.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran Status Gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?
2. Bagaimana gambaran Karakteristik Ibu (Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Status Pekerjaan Ibu) anak usia 12 – 24 bulan di Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?
3. Bagaimana gambaran Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?

4. Bagaimana gambaran tentang Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?
5. Bagaimana hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?
6. Bagaimana hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019?

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan Umum

Menganalisa hubungan karakteristik pemberian makan anak dan asupan zat gizi makro dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur Tahun 2019.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi status gizi balita usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.
- b. Mengidentifikasi gambaran Karakteristik Ibu (Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Status Pekerjaan Ibu) anak usia 12 – 24 bulan di Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.
- c. Mengidentifikasi gambaran Karakteristik Pemberian Makan (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.
- d. Mengidentifikasi gambaran tentang Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.

- e. Menganalisa Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.
- f. Menganalisa Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Ibu atau Pengasuh Anak Usia 12 – 24 Bulan

Memberikan gambaran dan pengetahuan masyarakat mengenai Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan status gizi balita sehingga dapat mengetahui, mencegah serta meningkatkan kesadaran ibu akan terjadinya masalah gizi.

1.5.2. Bagi Posyandu dan Kader Kesehatan

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam membantu penanggulangan masalah gizi melalui konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.5.3. Bagi Petugas Kesehatan

Sebagai bahan informasi dan masukan untuk dapat meningkatkan upaya pelayanan kesehatan masyarakat khususnya masalah gizi pada balita yang terkait dengan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.5.4. Bagi Peneliti Lain

Sebagai bahan referensi dibidang kesehatan terutama untuk status gizi balita dan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Masalah yang diteliti dalam penelitian ini adalah Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak Dan Asupan Zat Gizi Makro Terhadap Status Gizi Anak Usia 12 – 24 Bulan. Penelitian ini di tunjukan kepada ibu yang memiliki balita usia 12 – 24 bulan. Penelitian ini merupakan penelitian *non-eksperimental* dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Status Gizi

1.1.1. Definisi Status Gizi

Status gizi adalah cerminan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang didapatkan dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Status gizi dapat ditentukan dengan pemeriksaan klinis, pengukuran antropometri, analisa biokimia, dan riwayat gizi (AsDI *et al*, 2014).

Status gizi adalah salah satu unsur penting dalam bentuk status kesehatan. Status gizi (*nutritional status*) adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh. Status gizi sangat dipengaruhi oleh asupan gizi (Par'i *et al*, 2017).

1.1.2. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi perlu dilakukan untuk mengidentifikasi penyakit-penyakit yang erat kaitannya dengan asupan gizi. Penilaian status gizi mula-mula dilakukan berupa survei untuk mengetahui keadaan gizi suatu populasi. Ada empat metode penilaian status gizi, yaitu penilaian antropometri, konsumsi makanan, biokimia, dan klinis. Pelaksana penilaian harus mempunyai keterampilan saat melakukan pengukuran, karena presisi dan akurasi menjadi suatu hal yang sangat penting dalam menghasilkan informasi yang akurat dan terpercaya (Almatsier, 2011).

Secara umum penilaian status gizi dapat dilihat dengan metode langsung dan tidak langsung (Supriasa, 2002).

1. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Masing-masing penilaian tersebut yaitu:

a. Antropometri

Penilaian antropometri dilakukan melalui pengukuran dimensi fisik dan komposisi kasar tubuh. Penilaian dilakukan terhadap berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), lingkaran kepala, lingkaran lengan atas (LiLA) dan tebal lemak kulit. Pada usia kurang dari dua tahun, pengukuran tinggi badan dilakukan dengan mengukur panjang badan dalam keadaan tidur, sedangkan pada usia dua tahun lebih pengukuran dilakukan pada saat berdiri (Almatsier, 2011).

Penilaian status gizi pada anak secara antropometri mengacu pada Standar Pertumbuhan Anak, WHO 2005. Indeks pertumbuhan digunakan untuk menilai pertumbuhan anak dengan mempertimbangkan faktor umur dan hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan, lingkaran kepala dan lingkaran lengan atas (AsDI *et al*, 2014).

Sifat indikator status gizi berupa indeks yang digunakan yaitu:

Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Berat badan memberikan gambaran tentang massa tubuh (otot dan lemak). Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan keadaan yang mendadak, misalnya terserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan dan menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi sekarang (Supriasa, 2002).



UNIVERSITAS
BINAWAN

b. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*supervical epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral. Disamping itu dapat digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit (Supriasa, 2002).

c. Biokimia

Penilaian biokimia adalah pemeriksaan yang sifatnya langsung untuk menentukan status gizi seseorang. Penilaian biokimia merupakan cara yang paling objektif dan bersifat kuantitatif. Beberapa test pada penilaian biokimia berguna untuk melihat asupan zat gizi saat ini, yang dapat dilakukan secara bersama dengan penilaian konsumsi makanan untuk menilai adekuasi konsumsi makanannya (Almatsier *et al*, 2011).

d. Biofisik

Penilaian secara biofisik yaitu dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan status jaringan (Almatsier *et al*, 2011).

2. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

a. Survei Konsumsi Makanan

Penilaian konsumsi makanan yang dilakukan melalui survei memberikan informasi kualitatif atau kuantitatif tentang konsumsi makanan. Data hasil survei dikumpulkan dapat dinyatakan dalam bentuk zat-zat gizi atau makanan (Almatsier *et al*, 2011).

b. Statistik Vital

Statistik vital adalah dengan cara menganalisa data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan, dan angka kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi (Almatsier *et al*, 2011).

c. Faktor Ekologi

Hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dan keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigrasi, dan lain-lain (Almatsier *et al*, 2011).



1.1.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Faktor penyebab status gizi buruk dapat berupa penyebab tak langsung seperti kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi, menderita penyakit infeksi, cacat bawaan dan penyebab langsung yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku dan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Oleh karena itu, untuk mengatasi gizi buruk dibutuhkan kerjasama lintas sektor (Ambarwati, 2012).

Faktor yang mempengaruhi status gizi adalah faktor langsung seperti asupan makanan dan penyakit infeksi. Latar belakang terjadinya faktor tersebut adalah ekonomi keluarga, produksi pangan, kondisi perumahan, ketidaktahuan dan pelayanan kesehatan yang kurang baik (Supriasa, 2002). Menurut UNICEF, ada tiga penyebab gizi buruk pada anak yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan penyebab mendasar (Septikasari, 2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kurang gizi tersebut sebagai berikut:

1. Faktor Penyebab Langsung

a. Asupan Zat Gizi

Status gizi dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi dan keadaan kesehatan. Zat gizi yang terkandung dalam makanan, ketersediaan makanan tambahan dan keadaan kesehatan dipengaruhi oleh daya beli keluarga, kepercayaan ibu tentang makanan dan pemeliharaan kesehatan serta keadaan lingkungan dan sosial (Wiyono, 2016).

b. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Kaitan penyakit infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik, yaitu hubungan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk status gizi dan mempermudah infeksi. Ada hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus, dan parasit) dengan malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi status gizi (Supriasa, 2002).



UNIVERSITAS
BINAWAN

2. Faktor Penyebab Tidak Langsung

a. Pola Asuh

Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (Supriasa, 2002).

b. Ketersediaan dan Pola Konsumsi Rumah Tangga

Kemampuan setiap rumah tangga terhadap penyediaan bahan-bahan makanan untuk pemberian makan kepada anggota keluarga dengan makanan yang bergizi telah ada, akan tetapi keadaan dan kemampuan kepala rumah tangganya (terutama berkaitan dengan pendapatan atau penghasilan yang diperoleh). Pengeluaran uang untuk keperluan rumah tangga untuk pangan dan ditambah dengan pengetahuan akan bahan makanan yang bergizi masih kurang, maka pemberian makanan untuk keluarga bisa dipilih bahan-bahan makanan yang hanya dapat mengenyangkan perut tanpa memikirkan makanan bergizi atau kurang bergizi (Marsetyo, 2008).

c. Pelayanan Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan

Pelayanan kesehatan lingkungan adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditunjukkan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan (Permenkes RI, 2015).

2.1.4. Klasifikasi Status Gizi

Untuk penilaian status gizi anak dengan cara antropometri. Menurut standar WHO 2005 untuk menilai status gizi anak balita tidak dapat hanya menggunakan 1 (satu) macam indeks melainkan harus menggunakan minimal 3 (tiga) dari 4 (empat) indeks. Selain itu juga harus memperhatikan catatan yang ada (Wiyono, 2016).

Kategori dan ambang batas status gizi anak adalah sebagai mana terdapat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dnegan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD

(Sumber: Standar Antropometri WHO 2005, Kemenkes RI 2010)

2.2. Status Gizi Kurang

Balita kurang gizi pada awalnya ditandai oleh adanya gejala sulit makan. Gejala ini sering tidak diperhatikan oleh pengasuh, padahal bila berjalan lama akan menyebabkan berat badan anak tidak meningkat atau bila ditimbang hanya meningkat sekitar 200 gram setiap bulan. Padahal idealnya balita sehat peningkatannya di atas 500 gram per bulan (Adiningsih, 2010).

Seseorang yang kurang gizi dapat disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. Kondisi tersebut dapat dikatakan Kurang Energi Protein (KEP). Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) satandar antropometri 2005. KEP merupakan defisiensi gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas terutama pada balita dan umumnya dari keluarga yang berpenghasilan rendah (Supriasa, 2002).

Penanggulangan KEP ringan dapat dilakukan dengan cara meningkatkan kualitas asupan makanan anak dengan mengubah pola makan atau menu yang dihidangkan sehari-hari. Penanganan KEP berat perlu mendapatkan perhatian khusus karena penderita KEP berat biasanya sangat mudah terinfeksi, dan juga mengalami defisiensi zat gizi lain (Sulistyoningsih, 2011).

Terdapat beberapa hal mendasar yang mempengaruhi tubuh manusia akibat asupan gizi kurang, yaitu:

1. Pertumbuhan

Akibat kekurangan asupan gizi pada masa pertumbuhan adalah anak tidak dapat tumbuh optimal dan pembentukan otot terhambat. Protein berguna sebagai zat pembangun, akibat kekurangan protein otot menjadi lembek dan rambut mudah rontok.

2. Produksi Tenaga

Kekurangan zat gizi sebagai sumber tenaga, dapat menyebabkan kekurangan tenaga untuk bergerak, bekerja, dan melakukan aktivitas. Orang akan menjadi malas, merasa lelah, dan produktivitasnya menurun.

3. Pertahanan Tubuh

Protein berguna untuk pembentukan antibodi, akibat kekurangan protein sistem imunitas dan antibodi berkurang, akibatnya anak mudah terserang penyakit seperti pilek, batuk, diare atau penyakit infeksi yang lebih berat. Menurut WHO, 2002 menyebutkan bahwa gizi kurang mempunyai peran sebesar 54% terhadap kematian bayi dan balita. Hal ini menunjukkan bahwa gizi mempunyai peran yang besar untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian khususnya pada bayi dan balita (Par'i *et al*, 2017).

Menurut UNICEF menyebutkan bahwa kurang gizi disebabkan oleh penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung adalah asupan gizi yang kurang dan infeksi. Sedangkan yang termasuk penyebab tidak langsung adalah kurangnya ketersediaan makanan di rumah dan pola asuh anak yang jelek serta pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang baik. Akibat dari keadaan gizi kurang adalah pertumbuhan anak terganggu, produksi tenaga kurang, kurangnya daya tahan tubuh, terganggunya kecerdasan dan perilaku (Par'i *et al*, 2017).

2.3. Karakteristik Pemberian Makan Anak

2.3.1. Definisi Pemberian Makan Anak

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat pada saat bayi sangat penting dalam menentukan status gizi anak pada 2 tahun pertama kehidupannya, mencegah stunting serta dampak jangka panjang dari stunting. ASI eksklusif sampai umur 6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) sesuai anak 6 – 24 bulan, termasuk meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun atau lebih, pemberian makanan padat sesuai dengan umur dan jumlah per harinya, pemberian makanan dengan konsistensi/tingkat kelunakan yang sesuai, dan pemberian makanan yang padat gizi (Kemenkes RI, 2017).

Dalam Buku Pelatihan Konselor Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), “Bayi” pada Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) masuk dalam kategori usia 0 bulan sampai usia 1 tahun sedangkan “Anak” kategori usia 12 bulan sampai usia 2 tahun. Hal-hal yang harus dipertimbangkan saat pemberian MP-ASI ada 7 faktor yaitu usia, frekuensi, jumlah, tekstur (kekentalan/konsistensi), variasi, pemberian makan aktif/responsif, dan kebersihan (Kemenkes RI, 2014).

Pola pemberian makan anak berbeda dengan orang dewasa dikarenakan kemampuan fisiologi anak belum berkembang secara sempurna sehingga pola pemberian makan kepada anak harus diberikan sesuai dengan usianya. Pemberian makan anak harus diberikan secara bertahap, baik bentuk, jenis makanan, frekuensi, ataupun jumlahnya (Sulistyoningsih, 2011).

Praktik pemberian MP-ASI yang dianjurkan sebagai berikut:

Tabel 2. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Usia	Rekomendasi			
	Frekuensi (per hari)	Berapa banyak setiap kali makan	Tekstur (kekentalan atau konsistensi)	Variasi
Mulai berikan makanan tambahan ketika anak berusia 6 Bulan 	2 sampai 3 kali makan ditambah ASI	Mulai dengan 2 sampai 3 sendok makan. Mulai dengan pengenalan rasa dan secara perlahan tingkatkan jumlahnya	Bubur kental	ASI (bayi disusui sesering yang diinginkan) + Makanan hewani (makanan lokal) +Makanan pokok (bubur, makanan lokal lainnya)
Dari usia 6 – 9 Bulan 	2 – 3 kali makan ditambah ASI	2 sampai 3 sendok makan penuh setiap kali makan	Bubur kental/makanan keluarga yang dilumatkan	+Kacang (makanan lokal) + Buah-buah/sayuran(makanan lokal)
	1 – 2 kali makanan selingan	Tingkatkan secara perlahan sampai ½ mangkuk berukuran 250 ml		

Usia	Rekomendasi		
	Frekuensi (per hari)	Berapa banyak setiap kali makan	Tekstur (kekentalan atau konsistensi)
Dari usia 9 – 12 Bulan	3 – 4 kali makan ditambah ASI	$\frac{1}{2}$ (setengah) sampai $\frac{3}{4}$ (tiga perempat) mangkuk berukuran 250 ml	Makanan keluarga yang dicincang/ dicacah. Makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang. Makanan yang diiris-iris.



U N I V E R S I T A S
B I N A W A N

Dari usia 12 – 24 Bulan	3 – 4 kali makan ditambah ASI	$\frac{3}{4}$ (tiga perempat) sampai 1 (satu) mangkuk ukuran 250 ml	Makanan yang diiris-iris. Makanan keluarga
--------------------------------	-------------------------------	---	--



Catatan:	Tambahkan	Sama dengan	Sama dengan	Sama dengan
Jika anak	1 – 2 kali	diatas menurut	di atas	diatas dengan
kurang dari 24	makan	kelompok usia	menurut	penambahan 1
bulan tidak	ekstra		kelompok	- 2 gelas susu
diberi ASI	1 – 2 kali		usia	per hari
	makanan			
	selingan			+ 2 – 3 kali
	bisa			cairan
	diberikan			tambahan
				terutama
				didaerah
				dengan udara
				panas

Rekomendasi

Pemberian makanan aktif/responsif (waspada dan responsif terhadap tanda-tanda yang ditunjukkan oleh bayi bahwa ia siap untuk makan; dorongan bayi/anak untuk makan tapi jangan dipaksa	<ul style="list-style-type: none"> • Bersabarlah dan dorong terus anak anda untuk makan lebih banyak • Jika anak anda menolak untuk makan, terus dorong untuk makan; pangkulah anak anda sewaktu ia diberi makan, atau menghadap ke dia kalau ia dipangku oleh orang lain • Tawarkan makanan baru berkali-kali, anak-anak mungkin tidak suka (tidak mau menerima) makanan baru pada awalnya. • Waktu pemberian makan adalah masa-masa bagi anak untuk belajar dan mencintai. Berinteraksilah dengannya dan kurangi gangguan waktu ia diberi makan. • Jangan paksa anak untuk makan • Bantu anak yang lebih tua untuk makan
---	--

Kebersihan

- Berikan makan anak dalam mangkuk/piring yang bersih; jangan gunakan botol karena susah dibersihkan dan dapat menyebabkan bayi mengalami diare.
- Cuci tangan Anda dengan sabun sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan dan sebelum memberi makan anak.
- Cuci tangan anak Anda dengan sabun sebelum ia makan

(Sumber: Modul Pelatihan Konseling: Pemberian Makan Bayi dan Anak Kemenkes RI, 2014)

2.3.2. Usia Pemberian Makan Anak

Makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6 – 24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. Pada usia 6 – 12 bulan, ASI hanya menyediakan $\frac{1}{2}$ atau lebih kebutuhan bayi, pada usia 12 – 24 bulan ASI menyediakan $\frac{1}{3}$ dari kebutuhan gizi, sehingga MP-ASI harus segera diberikan mulai bayi usia 6 bulan (Kemenkes, 2013).

Menurut Depkes RI (2007) usia pada saat pertama kali pemberian makanan pendamping ASI pada anak yang tepat dan benar adalah setelah anak berusia enam bulan, dengan tujuan agar anak tidak mengalami infeksi atau gangguan pencernaan akibat virus atau bakteri.

Berdasarkan usia anak pada rekomendasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dapat dikategorikan menjadi (Kemenkes RI, 2014):

1. Mulai usia tepat 6 bulan
2. Dari usia 6 sampai 9 bulan
3. Dari usia 9 sampai 12 bulan
4. Dari usia 12 sampai 24 bulan

2.3.3. Frekuensi Pemberian Makan Anak

Menurut Depkes RI (2007) frekuensi dalam pemberian makanan pendamping ASI yang tepat biasanya diberikan tiga kali sehari dan satu sampai dua kali makanan selingan (Nutrisiani, 2010). Dalam rekomendasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) frekuensi makan disesuaikan oleh usia berdasarkan tabel rekomendasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

2.3.4. Jumlah Pemberian Makan Anak

Pemberian makan pada anak dilakukan secara bertahap sesuai dengan faktor yang direkomendasikan pada Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Mulai usia tepat 6 bulan anak sudah diberikan Makanan Ppendamping ASI (MP-ASI) sebanyak 2 sampai 3 sendok makan. Anak usia 6 sampai 9 bulan jumlah makanan yang dapat diberikan 2 samapi 3 sendok makan dan secara bertahap hingga mencapai $\frac{1}{2}$ mangkuk berukuran 250 ml setiap kali makan. Pada anak usia 9 sampai 12 bulan jumlah makanan yang diberikan $\frac{1}{2}$ mangkuk sampai $\frac{3}{4}$ mangkuk berukuran 250 ml setiap kali makan. Saat usia 12 sampai 24 bulan jumlah makanan yang diberikan $\frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan (Kemenkes RI, 2014).

2.3.5. Tekstur Pemberian Makan Anak

Dari segi tekstur pemberian makan pada anak dilakukan secara bertahap yaitu mulai tepat 6 bulan tekstur pemberian makan anak berupa bubur kental. Anak usia 6 sampai 9 bulan diberikan bubur kental atau makanan keluarga yang dilumatkan. Pada anak usia 9 sampai 12 bulan diberikan makanan keluarga yang dicincang atau dicacah dan dilakukan secara bertahap dengan tekstur makanan dengan potongan kecil yang dapat digenggam anak. Pada usia ini anak dapat menggenggam makanan sendiri. Sedangkan, pada usia 12 – 24 bulan tekstur makanan dengan makanan yang diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga (Kemenkes RI, 2014).

2.3.6. Variasi Pemberian Makan Anak

Variasi makanan pada setiap kali makan dalam praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) misalnya (Kemenkes RI, 2014) :

Tabel 3. Variasi Jenis Makanan Lokal

Variasi	Contoh	Keterangan
Makanan Pokok 	Biji-bijian seperti beras, jagung, gandum, sagu dan umbi-umbian seperti singkong dan kentang	Bintang 1*
Makanan hewani 	Makanan hewani kaya zat besi (daging sapi, ayam, hati dan telur), dan sumber hewani lainnya seperti ikan, susu dan produk-produk susu lainnya	Bintang 2**
Kacang-kacangan 	Kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, kacang merah dan biji-bijian seperti wijen	Bintang 3***
Buah-Buahan dan Sayuran 	Buah-buahan dan sayuran kaya vitamin A (mangga, pepaya, jeruk, sayuran hijau, wortel, labu) dan buah-buahan dan sayuran lain (pisang, alpukat, semangka, tomat, terung)	Bintang 4****

Sumber: Modul Pelatihan Konseling: Pemberian Makan Bayi dan Anak Kemenkes RI, 2014

2.3.7. Responsif Pemberian Makan Anak

Pemberian makan secara aktif/responsif adalah bersikap perhatian dan responsif terhadap tanda-tanda yang disampaikan anak bahwa ia siap untuk makan; berikan dorongan secara aktif kepada anak untuk makan, tapi jangan dipaksakan. Bila anak makan sendiri, mungkin dia tidak akan kenyang. Anak mudah terganggu, oleh sebab itu perlu bantuan. Bila anak tidak mendapatkan makanan yang cukup, ia akan menjadi kurang gizi. Orang tua, ayah, anggota keluarga (kakak), pengasuh anak dapat ikut ambil bagian dalam pemberian makan aktif/responsif (Kemenkes RI, 2014).

2.3.8. Kebersihan Pemberian Makan Anak

Akses dan penggunaan fasilitas sanitasi yang kurang baik serta praktik penggunaan air bersih dan higiene yang kurang baik dapat berdampak pada pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2017). Makanan yang akan diberikan kepada anak harus selalu disimpan dan disiapkan di tempat yang bersih untuk mencegah kontaminasi, yang dapat menyebabkan diare dan penyakit lainnya. Dalam praktik pemberian makan anak, hendaknya cuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan dan memberi makan anak dan cuci tangan anak sebelum ia makan (Kemenkes RI, 2014).

2.4. Asupan Gizi Makro

2.4.1. Definisi Asupan Gizi Makro

Kebutuhan asupan gizi setiap individu berbeda antar individu, hal ini tergantung pada usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Kebutuhan energi dan protein pada bayi dan anak per kg BB lebih besar dari pada kebutuhan energi dan protein orang dewasa karena anak tumbuh dan berkembang. Kebutuhan energi dan protein per kg BB per hari menurun seiring dengan bertambahnya umur, sedangkan kebutuhan zat gizi mikro semakin meningkat sesuai dengan umur (AsDI *et al*, 2014).

Kebutuhan zat gizi dipengaruhi oleh berbagai keadaan seperti status gizi, status pertumbuhan, aktivitas, dan ada tidaknya penyakit. Kebutuhan akan zat gizi anak balita berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. Angka Kecukupan Gizi Makro AKG Tahun 2013

Umur	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
0 – 6 bln	6	61	550	12	34	58
7 – 11 bln	9	71	725	18	36	82
1 – 3 th	13	91	1125	26	44	155

(Sumber: PERMENKES RI 2013)

2.4.2. Asupan Energi

Kebutuhan energi setiap anak berbeda, yang ditentukan oleh metabolisme basal tubuh, umur, aktivitas, fisik, suhu, lingkungan, serta kesehatannya. Zat gizi yang mengandung energi tersebut disebut macronutrient yang dikenal dengan karbohidrat, lemak, dan protein. Dianjurkan agar jumlah energi yang diperlukan didapat dari 50-60% karbohidrat, 25-35% protein, dan 10-15% lemak (Adriani & Wijatmadi, 2012).

Kebutuhan energi pada anak meningkat sejalan dengan kenaikan berat badannya. Hal ini dikarenakan pada masa balita terjadi proses pertumbuhan yang sangat cepat sehingga kebutuhan energi juga besar (Sulistyoningsih, 2011).

Kebutuhan energi bayi usia 6 bulan sampai 12 bulan rata-rata kebutuhan energinya 105-110 kkal per kilogram berat badan. Kebutuhan energi bayi diantaranya digunakan untuk meningkatkan berat badan, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan, melakukan aktivitas fisik ketika tidur dan bangun, mengatur suhu tubuh, metabolisme makanan, serta untuk proses penyembuhan dari sakit (Sulistyoningsih, 2011).

Penentuan kebutuhan energi dapat dihitung dengan berbagai cara antara lain:

- Mengacu ke Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2012
- Menghitung metabolisme basal ditambah dengan aktivitas fisik
- Menghitung kebutuhan metabolisme basal dikalikan faktor stres.
- Menentukan kebutuhan energi pada anak sebaiknya dihitung secara individual berdasarkan BB ideal sesuai TB actual dikalikan dengan AKG sesuai usia tinggi. Yang dimaksud dengan:

- BB Ideal = BB berdasarkan TB actual pada median WHO 2005 (untuk usia 0 – 5 tahun) atau BB berdasarkan TB actual pada persentil 50 grafik CDC

(untuk anak usia > 5 tahun)

- Usia tinggi = usia sesuai TB actual bila berada pada median



Cara perhitungan:

Kebutuhan Energi = BB ideal x Kebutuhan Energi berdasarkan AKG sesuai Usia tinggi

Kecukupan konsumsi karbohidrat berdasarkan AKG 2013 dikatakan cukup sebesar $\geq 80\%$. Kecukupan konsumsi energi balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE), dibagi menjadi kategori (PSG, 2017):

- Defisit jika kurang dari 70% AKE,
- Defisit ringan antara 70% – 79% AKE,
- Cukup antara 80% – 119% AKE, dan
- Lebih jika 120% AKE atau lebih.

2.4.3. Asupan Protein

Kebutuhan protein didefinisikan sebagai kebutuhan secara biologis protein atau asam aminominimal yang secara individual dapat digunakan untuk mempertahankan kebutuhan fungsional individu. Kebutuhan protein pada saat lahir sampai usia 1 tahun sangat tinggi sehubungan dengan kecepatan pertumbuhan anak. Protein merupakan sumber asam amino esensial yang diperlukan sebagai zat pembangun. Kebutuhan protein bagi bayi dan anak adalah 10 – 15% dari total energi (AsDI *et al*, 2014).

Asupan protein yang kurang akan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan jaringan dan organ serta terhambatnya pertumbuhan yang akan berpengaruh terhadap tinggi badan, berat badan dan lingkaran kepala. Sedangkan asupan protein yang berlebihan pada bayi akan menyebabkan kelebihan asam amino yang harus dimetabolisme dan dieliminasi sehingga akan memperberat kerja ginjal dan hati (Sulistyoningsih, 2011).

Kecukupan konsumsi protein berdasarkan AKG 2013 dikatakan cukup sebesar $\geq 80\%$. Kecukupan konsumsi protein balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Protein (AKP) dibagi menjadi kategori (PSG, 2017) :

- Defisit jika kurang dari 80% AKP,
- Defisit ringan antara 80 – 99% AKP, dan
- Cukup jika 100% AKP atau lebih.

2.4.4. Asupan Lemak

Lemak merupakan sumber energi paling besar selain karbohidrat. Disamping itu lemak juga dibutuhkan dalam penyerapan vitamin A, D, E dan K dan sumber asam lemak esensial. Kekurangan asam lemak esensial dapat mengakibatkan hambatan perkembangan dan pertumbuhan. Kebutuhan lemak bayi yaitu 40 – 50% dari energi total, sedangkan kebutuhan lemak pada anak >3 tahun 25 – 30% dari energi total (AsDI *et al*, 2014).

Anak membutuhkan lemak dalam jumlah banyak untuk metabolisme pada sistem reproduksi (gonad) dan perkembangan otak. Lemak juga dibutuhkan anak untuk memberikan energi pada proses metabolisme dihati, otak, otot dan termasuk jantung. Selainitu lemak dibutuhkan anak untuk menyuplai energi ke dalam hati, otak, dan otot-otot termasuk otot jantung. Kebutuhan lemak akan berubah dan menurun ketika bayi sudah menjadi lebih besar dan menerima makanan padat (Sulistyoningsih, 2011).

Seperti dengan kecukupan energi, kecukupan lemak seseorang juga dipengaruhi oleh berat badan, usia atau tahap pertumbuhan dan perkembangan dan aktivitas. Pola umum secara kuantitas adalah bila kebutuhan energi meningkat kebutuhan akan zat gizi makro juga meningkat. Artinya semakin banyak kecukupan energi semakin banyak pula zat gizi makro, termasuk lemak yang dibutuhkan (Kartono *et al*, 2012).

2.4.5. Asupan Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang terdapat dalam berbagai makanan. Setiap 1 gram karbohidrat menghasilkan 4 kkal. Bayi yang menyusu kepada ibunya mendapat 40% kalori dari laktosa. Kebutuhan karbohidrat pada anak 55 – 65% dari total kalori (AsDI *et al*, 2014). Kecukupan energi, kecukupan karbohidrat seseorang dipengaruhi oleh ukuran tubuh (berat badan), usia atau tahap pertumbuhan dan perkembangan, dan aktivitas fisik. Ukuran tubuh dalam arti masa otot yang semakin besar dan aktivitas fisik yang semakin tinggi berimplikasi pada kecukupan karbohidrat yang semakin tinggi (Sulistyoningsih, 2011).

Anak yang sudah mendapatkan makanan padat akan memperoleh karbohidrat dari makanan jenis buah-buahan (glukosa), madu (fruktosa), serta gula pasir (sukrosa). Karbohidrat sebagai sumber energi dibutuhkan dalam jumlah yang besar guna proses pertumbuhan bayi yang cepat sejak dilahirkan (Sulistyoningsih, 2011).

2.5. Angka Kecukupan Gizi Anak

Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan di Indonesia sebagai terjemahan dari *Recommended Dietary Allowance* (RDA) adalah nilai yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan tubuh untuk hidup sehat setiap hari bagi hampir semua populasi menurut kelompok umur, jenis kelamin dan kondisi fisiologis. Angka kecukupan gizi berguna sebagai nilai rujukan (*reference values*) yang digunakan untuk perencanaan dan penilaian konsumsi makanan, penilaian asupan gizi orang sehat agar tercegah dari kekurangan ataupun kelebihan asupan zat gizi (AsDI *et al*, 2014).

Angka kebutuhan gizi menggambarkan banyaknya zat gizi minimal yang dibutuhkan seseorang untuk mempertahankan status gizi baik. Berbagai faktor mempengaruhi angka kebutuhan gizi, seperti genetik, aktivitas, dan berat badan. Oleh karena itu, ada angka kebutuhan gizi yang rendah dan ada pula angka kebutuhan gizi tinggi (Achadi, 2007).

Untuk menghitung AKG umumnya sudah diperhitungkan faktor kebutuhan perorangan sehingga AKG ditentukan dari kebutuhan rata-rata ditambah dua kali simpangan baku. Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan didasarkan pada patokan berat badan menurut kelompok umur dan jenis kelamin. Berbagai zat gizi dapat saling berinteraksi. Oleh karena itu, perlu upaya suatu keseimbangan zat gizi yang dikonsumsi. Semakin bervariasi hidangan yang dikonsumsi, maka semakin mudah tercapai keseimbangan (Achadi, 2007).

2.6. Pengukuran Konsumsi Pangan

Pengukuran konsumsi pangan dibedakan menjadi dua bagian yaitu metode yaitu mengukur asupan gizi pada tingkat individu dan mengukur konsumsi pangan kelompok (Kemenkes RI, 2017).

1. Metode Pengukuran Konsumsi Pangan Individu

Metode pengukuran asupan gizi yang sering dipakai untuk mengukur asupan gizi pada individu ialah metode *recall 24 hour*, *estimated food record*, penimbangan makanan (*food weighing*), *dietary history*, dan frekuensi makanan (*food frequency*).

a. Metode *Recall 24 Hour*

Merupakan cara mengukur asupan gizi pada individu dalam sehari. Untuk mendapatkan kebiasaan asupan makanan sehari-hari, wawancara recall dilakukan minimal 2 x 24 jam, dengan hari yang tidak berurutan.

b. Metode *Estimated Food Record*

Metode pengukuran asupan gizi individu yang dilakukan dengan memperkirakan jumlah makanan yang dikonsumsi responden sesuai dengan catatan konsumsi makanan. Responden diminta untuk mencatat sendiri semua jenis makanan serta berat atau URT yang dimakan selama 24 jam.

c. Metode Penimbangan Makanan (*Food Weighing*)

Metode pengukuran asupan gizi pada individu yang dilakukan dengan cara menimbang makanan yang dikonsumsi responden. Responden atau petugas melakukan penimbangan dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi selama 24 jam.

2. Mengukur Konsumsi Pangan Kelompok

Mengukur konsumsi pangan pada suatu wilayah adalah metode frekuensi makan (*Food Frequency Questionnaire*), Pencatatan Jumlah Makanan (*Food Account*) dan Neraca Bahan Makanan (*Food Balance Sheet*)

a. Metode Frekuensi Makan (*Food Frequency Questionnaire*)

Metode frekuensi makan adalah metode yang difokuskan pada kekerapan konsumsi makanan pada subjek. Kekerapan konsumsi akan memberikan informasi banyaknya ulangan pada beberapa jenis makanan dalam periode waktu tertentu.

b. Metode Semi Frekuensi Makan (*Food Frequency Questionnaire*)

Metode semifrekuensi makan adalah metode yang difokuskan pada kekerapan konsumsi makanan pada subjek ditambah dengan informasi kuantitatif jumlah makanan yang dikonsumsi setiap porsi makan.

c. Metode Jumlah Makanan (*Food Account*)

Metode jumlah makanan adalah metode yang difokuskan untuk mengetahui jumlah makanan dan minuman yang di konsumsi dalam skala rumah tangga. Prinsip dasar dalam metode ini adalah makanan yang disediakan dalam skala rumah tangga sebagian besar berada dalam satu dapur.

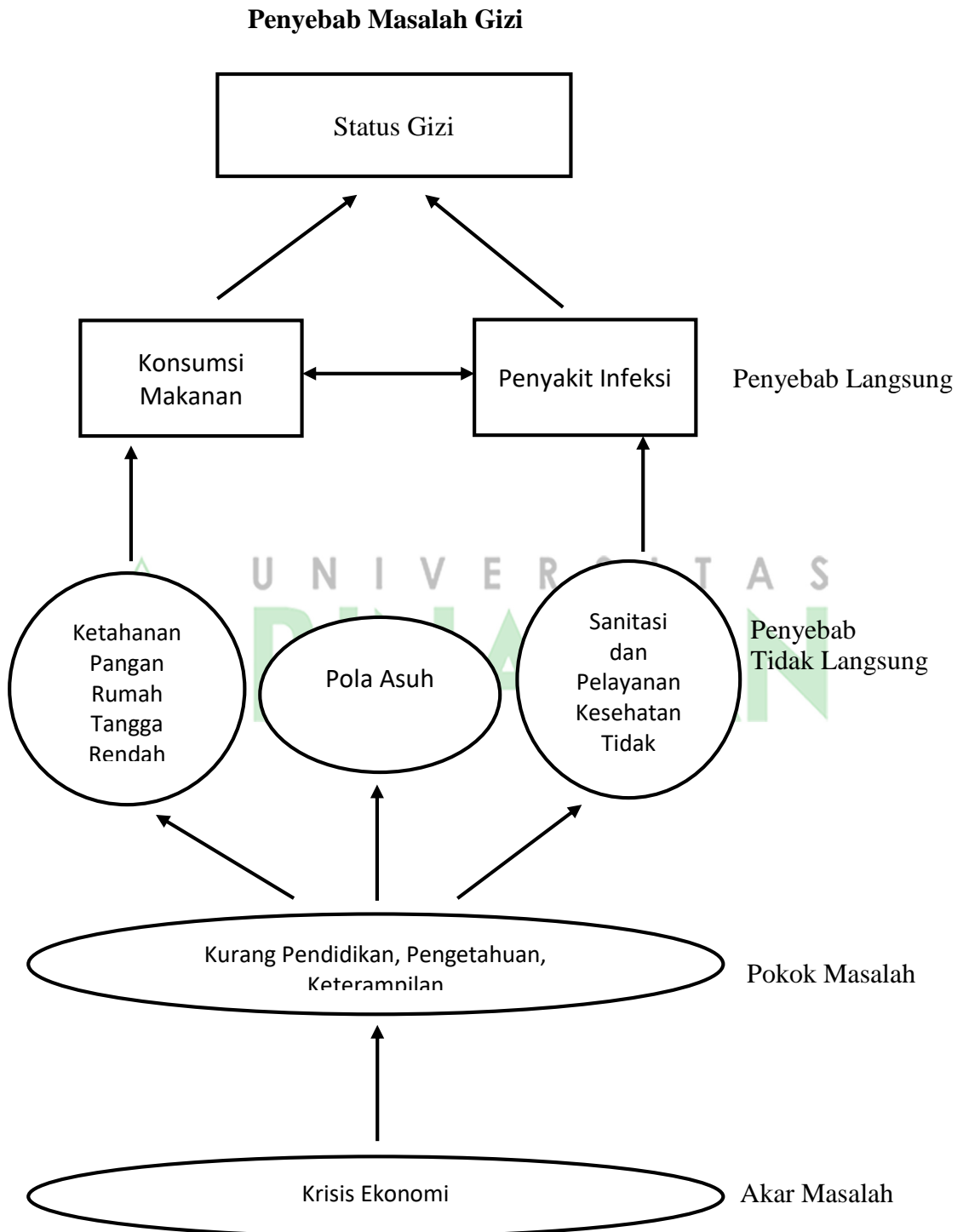
d. Neraca Bahan Makanan (*Food Balance Sheet*)

Neraca Bahan Makanan (NBM) adalah metode penilaian konsumsi makanan pada kelompok yang lebih luas. Kelompok yang lebih luas paling rendah adalah kabupaten. Metode ini fokus pada penelitian ketersediaan pangan ditingkat wilayah dibandingkan dengan banyaknya penduduk sebagai konsumen.



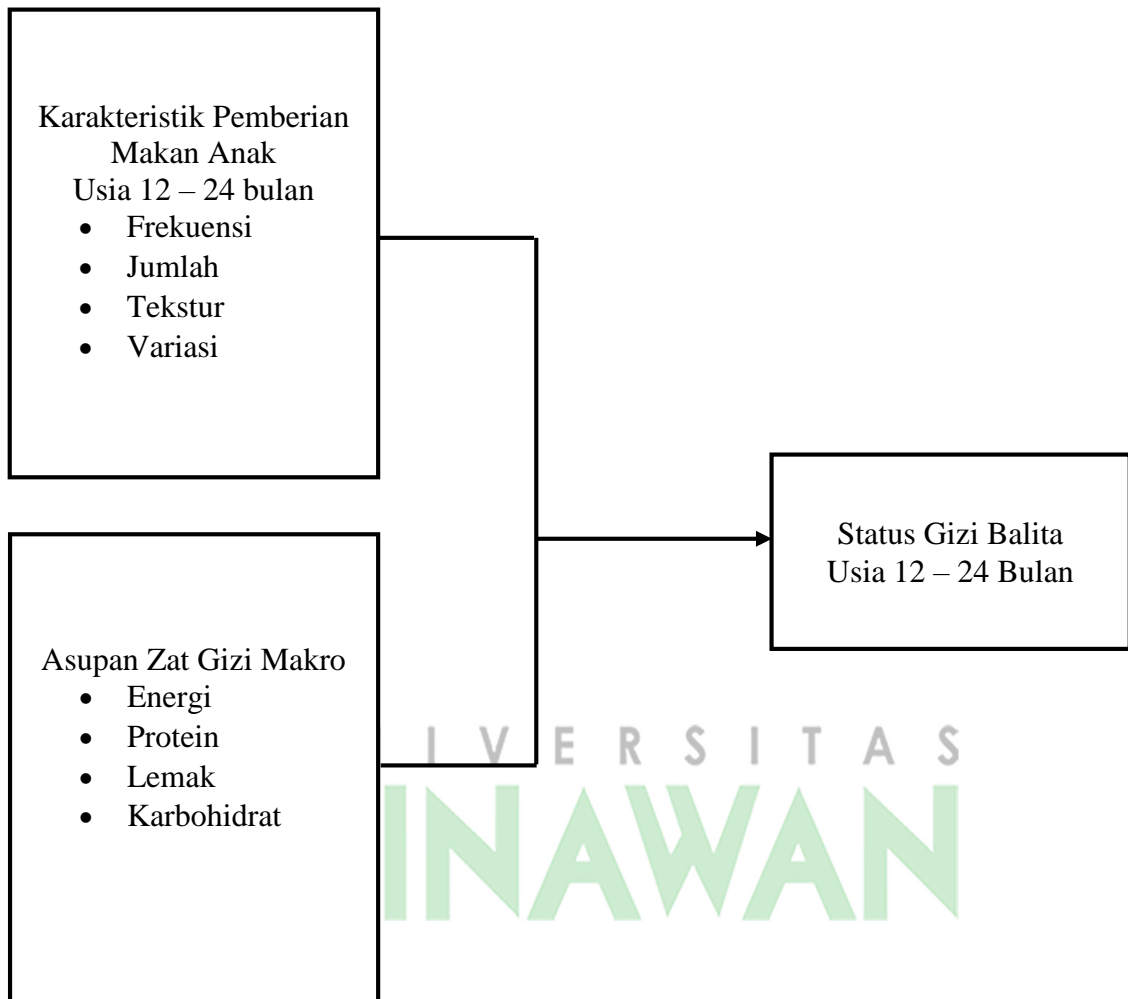
BAB III KERANGKA PENELITIAN

3.1. Kerangka Teori



Sumber: UNICEF (1998)

3.2. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Karakteristik Pemberian Makan Anak dan Asupan Gizi Makro Balita Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur Tahun 2019

3.2. Hipotesis

1. Ada Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi Anak Usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.
2. Ada Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi Anak Usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tahun 2019.



3.3. Definisi Operasional

Tabel 5. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen (Terikat)						
1	Status Gizi Balita (Indeks BB/U)	Pengukuran berat badan yang didapat dengan menggunakan dacin	Timbangan dacin dengan ketelitian 0,1 kg	Kuesioner standar WHO 2005	1 = Gizi Kurang <i>z-score</i> < -2SD 2 = Gizi Baik <i>z-score</i> -2SD sampai ≤ -2SD (Sumber: WHO Antro 2005)	Ordinal
Intervening (Antara)						
2	Frekuensi Makan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Pemberian Makan Anak yang tepat biasanya diberikan tiga kali sehari dan satu sampai dua kali makanan selingan (Kemenkes, 2014).	Kuesioner ceklist Frekuensi Makan dalam Pemberian Makan Anak dilihat dari hasil <i>Food Recall</i> selama 2 hari berturut-turut	Kuesioner Ceklist 1 = Jika tidak tepat yaitu diberikan < 3x sehari dan 1-2x selingan 2 = Jika tepat yaitu diberikan 3x sehari dan 1-2x selingan (Kemenkes RI, 2014)	1. Kategori tidak tepat 2. Kategori tepat	Ordinal

3	Jumlah Makan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Saat usia 12 sampai 24 bulan jumlah makanan yang diberikan $\frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan (Kemenkes RI, 2014).	Kuesioner ceklist Jumlah Makan dalam Pemberian Makan Anak dilihat dari hasil <i>Food Recall</i> selama 2 hari berturut-turut	<p>Kuesioner Ceklist</p> <p>1 = Jika tidak tepat yaitu diberikan $< \frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan</p> <p>2 = Jika tepat yaitu diberikan $\frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan</p> <p>(Kemenkes RI, 2014)</p>	<p>1. Kategori tidak tepat</p> <p>2. Kategori tepat</p>	Ordinal
---	--	--	--	--	---	---------

4	Tekstur Makanan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Pada usia 12 – 24 bulan tekstur makanan dengan makanan yang di potong-potong atau diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga (Kemenkes RI, 2014).	Kuesioner ceklist Tekstur Makan dalam Pemberian Makan Anak dilihat dari hasil <i>Food Recall</i> selama 2 hari berturut-turut	Kuesioner Ceklist 1 = Jika tidak tepat yaitu bila tidak diberikan dalam bentuk makanan yang diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga 2 = Jika tepat yaitu bentuk makanan yang diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga (Kemenkes RI, 2014)	1. Kategori tidak tepat 2. Kategori tepat	Ordinal
5	Variasi Makanan dalam Pemberian	Variasi makanan pada setiap kali makan dalam praktik pemberian	Kuesioner ceklist Variasi Makan dalam Pemberian	Kuesioner ceklist 1 = Jika tidak tepat yaitu pemberian makan anak	1. Kategori tidak tepat	Ordinal

	<p>Makan Anak Usia 12 – 24 bulan</p>	<p>makan bayi dan anak (PMBA) terdiri dari sumber Karbohidrat (1 bintang), Makanan Hewani (2 bintang), Kacang-Kacangan (3 bintang), Buah-buahan dan Sayuran (4 bintang) (Kemenkes RI, 2014)</p>	<p>Makan Anak dilihat dari hasil <i>Food Recall</i> selama 2 hari berturut-turut</p>	<p>terdiri dari sumber Karbohidrat (1 bintang), Makanan Hewani (2 bintang), Kacang-Kacangan (3 bintang), Buah-buahan dan Sayuran (4 bintang)</p> <p>2 = Jika tepat yaitu pemberian makan anak terdiri dari sumber Karbohidrat (1 bintang), Makanan Hewani (2 bintang), Kacang-Kacangan (3 bintang), Buah-buahan dan Sayuran (4 bintang) (Kemenkes RI, 2014)</p>	<p>2. Kategori tepat</p>	
--	--------------------------------------	---	--	---	--------------------------	--

6	Asupan Energi	Jumlah energi (kcal) yang dikonsumsi dalam satu hari yang diperoleh dengan metode <i>food recall</i> selama 2 hari berturut-turut dan dirata-ratakan kemudian dianalisa dengan <i>software</i> komputer serta dibandingkan dengan AKG 2013 dengan satuan persen (%)	Wawancara	Kuesioner (<i>Form Food Recall</i> 2 x 24 jam)	1 = Kurang (< 80% AKG) 2 = Cukup (≥80% AKG) (Sumber: AKG 2013)	Ordinal
7	Asupan Protein	Jumlah protein (g) yang dikonsumsi dalam satu hari yang diperoleh dengan metode <i>food recall</i> selama 2 hari berturut-turut dan dirata-ratakan kemudian dianalisa dengan <i>software</i> komputer serta dibandingkan dengan AKG 2013 dengan satuan persen (%)	Wawancara	Kuesioner (<i>Form Food Recall</i> 2 x 24 jam)	1 = Kurang (< 80% AKG) 2 = Cukup (≥80% AKG) (Sumber: AKG 2013)	Ordinal

8	Asupan Lemak	Jumlah lemak (g) yang dikonsumsi dalam satu hari yang diperoleh dengan metode <i>food recall</i> selama 2 hari berturut-turut dan dirata-ratakan kemudian dianalisa dengan <i>software</i> komputer serta dibandingkan dengan AKG 2013 dengan satuan persen (%)	Wawancara	Kuesioner (<i>Form Food Recall</i> 2 x 24 jam)	1 = Kurang (< 80% AKG) 2 = Cukup (≥80% AKG) (Sumber: AKG 2013)	Ordinal
9	Asupan Karbohidrat	Jumlah karbohidrat (g) yang dikonsumsi dalam satu hari yang diperoleh dengan metode <i>food recall</i> selama 2 hari berturut-turut dan dirata-ratakan kemudian dianalisa dengan <i>software</i> komputer serta dibandingkan dengan AKG 2013 dengan satuan persen (%)	Wawancara	Kuesioner (<i>Form Food Recall</i> 2 x 24 jam)	1 = Kurang (< 80% AKG) 2 = Cukup (≥80% AKG) (Sumber: AKG 2013)	Ordinal

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Pada desain ini peneliti mengumpulkan data dalam waktu yang bersamaan untuk mengetahui variabel independen dengan dependen pada populasi.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur tepatnya di Posyandu Mawar 3. Waktu penelitian dilakukan selama 2 hari berturut-turut yaitu pada hari Senin dan Selasa tanggal 17 – 18 Juni 2019.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 12 – 24 bulan di wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur. Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 12 – 24 bulan di wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dengan jumlah sebanyak 103 balita laki-laki dan 126 balita perempuan, sehingga total terdapat 229 balita (Laporan LB3 Gizi Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I, Bulan Desember 2018).

4.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dari objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel penelitian ini adalah balita dan ibu atau pengasuh balita yang hadir pada saat penelitian yang bersedia mengikuti penelitian dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, sehingga didapatkan sebanyak 56 ibu atau pengasuh anak usia 12 – 24 bulan.

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu atau pengasuh yang memiliki anak usia 12 – 24 bulan. Adapun kriteria sampel tersebut yaitu:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi yang sesuai adalah:

- a. Seluruh ibu atau pengasuh yang mempunyai anak usia 12 – 24 bulan
- b. Bersedia menjadi responden untuk diwawancara

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi yang sesuai adalah:

- a. Responden yang tidak dapat ditemui atau yang tidak hadir pada saat penelitian.

4.3.3. Besar Sampel

Besar sampel yang akan diambil ditentukan dengan menggunakan rumus beda proporsi sebagai berikut (Rachmat, 2012):

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{(N-1) \cdot d^2 + Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N = Jumlah populasi (Balita usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja

Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I = 229 balita
(Sumber : Data LB3 Gizi Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Kecamatan Cipayung Jakarta Timur, Bulan Desember 2018)

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = Tingkat kepercayaan yang diinginkan 95% (1,96)

p = Proporsi populasi (Prevalensi balita gizi kurang (BB/U) di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I sebesar 1,7%) $\rightarrow 1,7\% = 0,017$

(Sumber : Data LB3 Gizi Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Kecamatan Cipayung Jakarta Timur, Bulan Desember 2018)

d = Simpangan maksimum terhadap prevalensi sebenarnya diharapkan 10% (0,1)

10% = Kemungkinan *drop out*

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{(N-1) \cdot d^2 + Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}$$

$$n = \frac{229 (1,962)^2 \times 0,017 (1 - 0,017)}{(229 - 1) 0,1^2 + 1,96^2 \times 0,017 (1 - 0,017)}$$

$$n = \frac{229 \times 3,849 \times 0,017 \times 0,983}{(228) 0,01 + 3,849 \times 0,017 (0,983)}$$

$$n = \frac{14,729}{0,228 + 0,064}$$

$$n = \frac{14,729}{0,289}$$

$$n = 50,9 \approx 51 \text{ balita} + 10\% \text{ drop out}$$

$$n = 56 \text{ ibu atau pengasuh anak usia } 12 - 24 \text{ bulan}$$

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Timbangan Dacin

Dacin dengan ketelitian 0,1 kg yang digunakan untuk menimbang berat badan sampel

2. Formulir Identitas

a. Formulir identitas responden yaitu ibu anak usai 12 – 24 bulan

b. Formulir identitas sampel yaitu anak usia 12 – 24 bulan

3. Formulir *check list* Karakteristik Pemberian Makan Anak

Formulir *check list* Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) anak usia 12 – 24 bulan.

4. Formulir Asupan Gizi Makro

Formulir yang digunakan yaitu formulir *food recall* 2 x 24 jam berturut-turut. Digunakan untuk mengetahui rata-rata bahan makanan yang telah dikonsumsi.

4.5. Prosedur Pengumpulan Data

4.5.1. Tahap Persiapan

1. Mengurus perizinan ke Program Studi S1 Gizi Universitas Binawan untuk pengambilan data di Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur.
2. Pengurusan surat izin ke Puskesmas untuk pengambilan data gizi kurang dan persetujuan penelitian.
3. Pembuatan kuesioner
4. Pengujian kuesioner

4.5.2. Tahap Pelaksanaan

1. Mencari sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi
2. Meminta kesediaan responden untuk dijadikan sampel dengan *informed consent* yang dijelaskan.
3. Melakukan pengukuran antropometri pada balita, dengan cara balita ditimbang berat badan secara langsung di Posyandu berguna untuk mengetahui status gizi pada balita dengan menggunakan *Z-Score* BB/U.
4. Data karakteristik pemberian makan anak terdiri dari formulir *check list* Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) anak usia 12 – 24 bulan.
5. Data tingkat kecukupan zat gizi makro yaitu energi, protein, lemak, dan karbohidrat diperoleh dengan teknik wawancara pada responden berupa *Food Recall* 2 x 24 jam rata-rata konsumsi bahan makanan sumber energi, protein, lemak dan karbohidrat yang dimakan kemudian hasilnya dibandingkan dengan AKG sampel menurut berat badan dilihat dari AKG 2013 dengan satuan persen (%).

4.6.3. Tahap Pengolahan Data

Pengolahan data yang diperoleh akan diolah dengan menggunakan perangkat lunak (*software*) komputer. Tahapan dalam pengolahan data ini antara lain:

1. *Editing Data*

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan kembali kelengkapan semua data yang telah diperoleh dari hasil wawancara dalam kuesioner dengan melihat kelengkapan jawaban dan kejelasan sesuai dengan pertanyaan penelitian, sehingga apabila terjadi kesalahan dapat secepatnya dilakukan perbaikan.

2. *Coding Data*

Pada tahap ini, setelah data semua lengkap data dari variabel akan dikelompokkan dan diberi kode agar mempermudah saat melakukan analisa data.

3. *Cleaning Data*

Pada tahap ini, pembersih data dimasukkan untuk mengecek kembali data yang sudah selesai supaya tidak ada data yang tidak lengkap.

4. *Analisa Data*

Setelah semua data dicek, kemudian data diolah dengan menganalisa dengan perangkat lunak (*software*) komputer.

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diambil dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti sendiri. Data yang diambil langsung dari responden yang terdiri dari:

1. Data dari identitas responden yaitu ibu yang memiliki anak usia 12 – 24 bulan yang meliputi: nama, umur, alamat, status pekerjaan, jenis pekerjaan.

2. Identitas sampel meliputi: nama balita, tanggal lahir, tanggal pengukuran, jenis kelamin, umur, berat badan.
3. Status gizi balita
Data status gizi anak balita diperoleh menggunakan indeks BB/U berdasarkan standar WHO Anthropometri 2005.
4. Karakteristik Pemberian Makan Anak didapat dari formulir *check list* Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) anak usia 12 – 24 bulan yang dapat dilihat dari data *Food Recall* 2 x 24 jam berturut-turut.

5. Asupan Zat Gizi Makro

Asupan zat gizi makro didapat dari data tingkat kecukupan asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat melalui teknik wawancara pada responden (ibu atau pengasuh) berupa *Food Recall* 2 x 24 jam rata-rata konsumsi bahan makanan sumber energi, protein, lemak dan karbohidrat yang kemudian hasilnya dibandingkan dengan AKG sampel menurut berat badan dilihat dari AKG 2013 dengan satuan persen (%).

4.6.2. Data Sekunder

Data sekunder didapat dari profil kesehatan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur dan gambaran umum Posyandu tempat penelitian. Data sekunder berisikan status gizi kurang balita yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur.

4.7. Analisa Data

Untuk menganalisa data yang telah didapat dari responden dan telah diolah kedalam komputer, data diuji dengan menggunakan analisa univariat dan bivariat.

4.7.1. Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk menganalisa data variabel dependen (status gizi balita) dan independen (Karakteristik pemberian makan anak dan asupan gizi makro). Hasil dari analisa data ini disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

4.7.2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan variabel independen (Karakteristik pemberian makan anak dan asupan gizi makro) dan variabel dependen status gizi balita. Analisa ini menggunakan uji korelasi *spearman* dengan tingkat kemakaan atau *p value* < 0,05 maka disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna.

4.8. Etika Penelitian

Masalah etika dalam penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak aksasi dalam kegiatan penelitian. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan usulan proposal penelitian untuk mendapatkan rekomendasi dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dengan Persetujuan Etik Nomor: B/2005/6/2019/KEPK. Selanjutnya, mengajukan izin pada pihak-pihak terkait dengan proses penelitian yaitu Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur sampai di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I peneliti melakukan penelitian.

Hal-hal etik yang menjadi perhatian dalam penelitian ini meliputi: *Informed consent, anonimity, autonomy, confidentiality, beneceficience*. Dalam penelitian ini, peneliti menghormati hak *autonomy* responden, yaitu hal mengambil keputusan terkait partisipasi responden dalam penelitian tanpa unsur paksaan dan memiliki hak yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian.

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1. Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Kelurahan Bambu Apus berada di wilayah Kecamatan Cipayung. Kelurahan Bambu Apus memiliki dua Puskesmas Kelurahan yaitu Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus II. Batas-batas wilayah Kelurahan Bambu Apus adalah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara : Berbatasan dengan Kelurahan Lubang Buaya
2. Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kelurahan Cipayung
3. Sebelah Timur : Berbatasan dengan Kelurahan Setu
4. Sebelah Barat : Berbatasan dengan Kelurahan Ceger

Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I memiliki 3 RW binaan yaitu RW 01, 03, dan 05 Bambu Apus. RW 01 terdiri 11 RT, RW 03 terdiri dari 14 RT dan RW 05 terdiri dari 10 RT.

(Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I, 2018)

5.1.2. Gambaran Umum Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Posyandu yang menjadi binaan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I berjumlah 9 posyandu yang tersebar di tiga RW. Lokasi dan kegiatan Posyandu binaan Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I yang digunakan sebagai tempat penelitian yaitu:

1. Posyandu Seruni I, II dan III

Posyandu Seruni I, II dan III merupakan Posyandu yang berada di Kelurahan Bambu Apus yang ada di RW 01.

2. Posyandu Matahari, Mawar I, II dan III

Posyandu Matahari, Mawar I, II, dan III merupakan Posyandu yang berada di Kelurahan Bambu Apus yang ada di RW 03.

3. Posyandu Anggrek I dan II

Posyandu Anggrek I dan II merupakan Posyandu yang berada di Kelurahan Bambu Apus yang ada di RW 05.

5.2. Hasil Penelitian

5.2.1. Analisa Univariat

Responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah orang tua atau pengasuh balita yang berusia 12 – 24 bulan. Sedangkan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah balita berusia 12 – 24 bulan yang berjumlah 56 balita.

1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Gizi Balita Indeks (BB/U) Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Gizi Balita Indeks (BB/U) Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Status Gizi Balita Indeks (BB/U)	n	%
Kurang	9	16,1
Baik	47	83,9
Total	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan status gizi balita usia 12 – 24 bulan indeks BB/U (Baik) sebesar 47 balita (83,9%), masih ada balita usia 12 – 24 bulan dengan status gizi kurang 9 balita sebesar (16,1%).

2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Ibu atau Pengasuh (Usia, Pendidikan, Status Pekerjaan) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Ibu atau Pengasuh (Usia, Pendidikan, Status Pekerjaan) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Karakteristik Ibu atau Pengasuh Balita	n	%
Usia Ibu atau Pengasuh Balita		
Kurang 20 tahun	1	1,8
20 – 30 tahun	30	53,6
31 – 40 tahun	21	37,5
Lebih 40 tahun	4	7,1
Total	56	100
Pendidikan Ibu atau Pengasuh Balita		
Tamat SD	7	12,5
Tamat SLTP	9	16,1
Tamat SLTA	34	60,7
Tamat PT	6	10,7
Total	56	100
Status Pekerjaan Ibu atau Pengasuh Balita		
Bekerja	13	23,2
Tidak Bekerja	43	76,8
Total	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan usia ibu dari kurang 20 tahun sampai dengan lebih 40 tahun. Hanya ada 1 orang ibu yang berusia kurang 20 tahun (1,8%). Dapat disimpulkan bahwa umur responden yang terbanyak yaitu usia ibu 20 – 30 tahun sebanyak 30 orang (53,6%).

Berdasarkan tingkat pendidikan ibu yang paling sedikit adalah Tamat Perguruan Tinggi (PT) sebanyak 6 orang (10,7%) sedangkan tingkat pendidikan yang cukup banyak adalah Tamat SLTA sebesar 34 orang (60,7%). Masih ada tingkat pendidikan ibu yaitu Tamat SD sebanyak 7 orang (12,5%).

Sebagian besar status pekerjaan ibu terbanyak adalah tidak bekerja sebesar 43 orang (76,8%), sedangkan status pekerjaan ibu bekerja sebesar 13 orang (23,2%). Ibu yang tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga yang mengurus langsung anaknya di rumah.

3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) Anak Usia 12-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Karakteristik Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 Bulan	n	%
Frekuensi		
Tidak Tepat	10	17,9
Tepat	46	82,1
Total	56	100
Jumlah		
Tidak Tepat	41	73,2
Tepat	15	26,8
Total	56	100
Tekstur		
Tidak Tepat	6	10,7
Tepat	50	89,3
Total	56	100
Variasi		
Tidak Tepat	33	58,9
Tepat	23	41,1
Total	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan tabel 7, frekuensi makan balita sesuai dengan kaidah Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) usia 12 – 24 bulan yaitu 3 – 4 kali makan utama dan 1 – 2 kali makan selingan paling banyak adalah tepat sebesar 46 balita (82,1%), sedangkan frekuensi makan balita yang tidak tepat sebanyak 10 balita (17,9%).

Jumlah makan balita sesuai dengan kaidah Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) usia 12 – 24 bulan yaitu $\frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan paling banyak adalah tepat sebesar 41 balita (73,2%), sedangkan jumlah makan balita yang tepat sebanyak 15 balita (26,8%).

Tekstur makanan balita sesuai dengan kaidah Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) usia 12 – 24 bulan yaitu makanan yang diiris-iris atau bentuk makanan keluarga paling banyak adalah tepat sebesar 50 balita (89,3%), sedangkan tekstur makanan balita yang tidak tepat sebanyak 6 balita (10,7%).

Variasi makanan balita sesuai dengan kaidah Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) usia 12 – 24 bulan yaitu terdiri dari makanan: sumber karbohidrat, makanan hewani, kacang-kacangan, buah-buahan dan sayuran paling banyak adalah tidak tepat sebesar 33 balita (58,9%), sedangkan variasi makanan balita yang tepat sebanyak 23 balita (41,1%).

4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Zat gizi makro (Energi, Proteun, Lemak, Karbohidrat) anak usia 12 – 24 bulan didapatkan melalui wawancara responden yaitu ibu atau pengasuh balita melalui wawancara dengan menggunakan formulir *Food Recall 2 x 24 jam* rata-rata konsumsi bahan makanan sumber energi, protein, lemak, dan karbohidrat yang dimakan kemudian hasilnya dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi sampel yang dilihat melalui berat badan melalui kelompok umur pada tabel AKG 2013.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) Balita Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Zat Gizi Makro	n	%
Energi		
Kurang (<80% AKG)	24	42,9
Cukup (≥80% AKG)	32	57,1
Total	56	100
Protein		
Kurang (<80% AKG)	10	17,9
Cukup (≥80% AKG)	46	82,1
Total	56	100
Lemak		
Kurang (<80% AKG)	13	23,2
Cukup (≥80% AKG)	43	76,8
Total	56	100
Karbohidrat		
Kurang (<80% AKG)	24	42,9
Cukup (≥80% AKG)	32	57,1
Total	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan tabel 8, memperlihatkan bahwa zat gizi makro (energi) anak usia 12 – 24 bulan yang asupan energi cukup sebanyak 32 balita (57,1%) sedangkan asupan energi kurang sebesar 24 balita (42,9%). Anak usia 12 – 24 bulan yang memiliki asupan protein cukup sebesar 46 balita (82,1%) sedangkan asupan protein kurang sebesar 10 balita (17,9%). Asupan lemak cukup banyak sebesar 43 balita (76,8%) sedangkan asupan lemak kurang sebesar 13 balita (23,2%). Namun terdapat fenomena yang menarik dimana untuk asupan karbohidrat kurang sebesar 24 balita (42,9%) sedangkan asupan karbohidrat cukup sebesar 32 balita (57,1%).

5.2.2. Analisa Bivariat

1. Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Tabel 9. Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Karakteristik Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 Bulan	Status Gizi Indeks (BB/U)				Total		<i>r</i>	<i>p</i> value
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	n	%				
Frekuensi								
Tidak Tepat	3	30	6	13,1	10	17,9	0,177	0,192
Tepat	7	70	40	86,9	46	82,1		
Total	10	100	46	100	56	100		
Jumlah								
Tidak Tepat	9	100	32	68,1	41	73,2	0,265	0,049*
Tepat	0	0	15	31,9	15	26,8		
Total	9	100	46	100	56	100		
Tekstur								
Tidak Tepat	1	11,1	5	10,6	6	10,7	0,006	0,967
Tepat	8	88,9	42	89,4	50	89,3		
Total	9	100	47	100	56	100		
Variasi								
Tidak Tepat	7	77,8	26	55,3	33	58,9	0,168	0,217
Tepat	2	22,2	21	44,7	23	41,1		
Total	10	100	46	100	56	100		

Keterangan: Spearman Correlation. * $p < 0,05$

Berdasarkan tabel 9, menunjukkan hasil analisa hubungan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi, jumlah, tekstur, variasi) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I. Data pada tabel tersebut dapat diketahui 40 balita (86,9%) dengan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi) yang tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan anak usia 12 – 24 bulan dengan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi) tidak tepat sebanyak 6 balita (13,1%) memiliki status gizi kurang. Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (frekuensi makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,177$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,192$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Data pada tabel tersebut dapat diketahui 32 balita (68,1%) dengan karakteristik pemberian makan anak (jumlah) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (jumlah) tepat sebanyak 15 balita (31,9%) memiliki status gizi baik. Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (jumlah makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,265$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,049$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (jumlah makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Data pada tabel tersebut dapat diketahui 42 balita (89,4%) dengan karakteristik pemberian makan anak (tekstur) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (tekstur) tepat sebanyak 5 balita (10,6%) memiliki status gizi baik. Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (tekstur makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,006$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,049$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (tekstur makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Data pada tabel tersebut dapat diketahui 26 balita (55,3%) dengan karakteristik pemberian makan anak (variasi) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (variasi) tepat sebanyak 21 balita (44,7%) memiliki status gizi baik. Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (variasi makanan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,168$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,217$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (variasi makanan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

2. Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Tabel 10. Hubungan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Asupan Zat Gizi Makro	Status Gizi Indeks (BB/U)				Total		<i>r</i>	<i>p</i> value
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	n	%				
Asupan Energi								
Kurang (<80% AKG)	7	77,8	17	36,2	24	42,9	0,309	0,021*
Cukup (≥80% AKG)	2	22,2	30	63,8	32	57,1		
Total	9	100	47	100	56	100		
Asupan Protein								
Kurang (<80% AKG)	5	10,6	5	55,6	10	17,9	0,431	0,001*
Cukup (≥80% AKG)	4	89,4	4	44,4	46	82,1		
Total	4	100	9	100	56	100		
Asupan Lemak								
Kurang (<80% AKG)	5	55,6	8	17	13	23,2	0,335	0,012*
Cukup (≥80% AKG)	4	44,4	39	83	43	76,8		
Total	9	100	47	100	56	100		
Asupan Karbohidrat								
Kurang (<80% AKG)	8	88,9	24	51,1	32	57,1	0,281	0,036*
Cukup (≥80% AKG)	1	11,1	23	48,9	24	42,9		
Total	9	100	47	100	56	100		

Keterangan: Spearman Correlation. * $p < 0,05$

Berdasarkan tabel 10, menunjukkan hasil analisa hubungan antara status gizi indeks (BB/U) dengan asupan energi. Data pada tabel tersebut dapat diketahui status gizi balita dengan asupan energi cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 30 balita (63,8%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan energi kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 17 balita (36,2%). Asupan protein cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 42 balita (89,4%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan protein kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 5 balita (10,6%). Asupan lemak cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 39 balita (83%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan protein kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 8 balita (17%). Asupan karbohidrat kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 24 balita (83%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan karbohidrat cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 23 balita (48,9%).

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan energi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,369$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,021$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan energi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan protein) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,431$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,001$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan protein) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan lemak) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,335$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,012$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan lemak) dengan status gizi

anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan karbohidrat) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,281$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,036$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan karbohidrat) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

5.3. Pembahasan

5.3.1. Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak (Frekuensi, Jumlah, Tekstur, Variasi) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Pemberian makan pada balita bertujuan untuk memperoleh zat gizi penting yang diperlukan oleh tubuh untuk memproses tumbuh kembang. Zat gizi berperan dalam memelihara dan memulihkan kesehatan anak serta berguna sebagai sumber energi untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari. Disamping makanan dari segi fisik, hal yang lain juga dibutuhkan anak untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal yaitu, perhatian serta sikap (asuhan) orang tua dalam memberi makan. Kesalahan dalam memilih makanan akan berakibat buruk pada baik di masa kini maupun masa yang akan datang (Sari dan Ratnawati, 2018).

Hasil analisa bivariat hubungan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dapat diketahui 40 balita (86,9%) dengan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi) yang tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan anak usia 12 – 24 bulan dengan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi) tidak tepat sebanyak 6 balita (13,1%) memiliki status gizi kurang. Hasil analisa ini menunjukkan bahwa

lebih banyak balita yang frekuensi makan tepat sesuai dengan anjuran Kemenkes dalam praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

Hasil analisa bivariat uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (frekuensi makan) dengan status gizi indeks BB/U anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,177$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,192$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (frekuensi makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fuadi 2010, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi balita usia 6 – 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pattingalloang Kecamatan Ujung Tanah Kota Makasar Tahun 2010 ($p > 0,05$). Hal ini didapat balita-balita tersebut suka mengonsumsi makanan ringan yang dijual di kios-kios seperti berbagai macam kerupuk dan biskuit, sehingga dengan mengonsumsi makanan tersebut lebih banyak karbohidrat dibandingkan zat gizi lainnya, dimana konsumsi karbohidrat yang cukup dapat menaikkan berat badan anak. Alasan-alasan tersebut yang melatarbelakangi sebagian balita berstatus gizi normal dengan frekuensi pemberian MP-ASI yang kurang baik.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Rohmani (2010), yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna yang bermakna $p = 0,016$ dan $p = 0,014$ ($p < 0,05$). Tingkat keeratan hubungan antara keduanya adalah lemah (koefisien $r = 0,311$ dan $r = 0,316$). Hubungan tersebut menunjukkan bahwa banyak pemberian MP ASI semakin tinggi status gizi.

Dari hasil wawancara kuesioner karakteristik pemberian makan anak frekuensi makan 56 sampel balita, ada frekuensi makan balita lebih dari 3 – 4 kali makan utama dan 1 – 2 kali selingan. Menurut hasil wawancara ibu balita atau pengasuh memberikan makan anak sering yaitu lebih dari 3 kali makan dengan asupan yang dimakan sedikit. Anak tersebut sulit untuk makan dalam porsi banyak karena lebih memilih milih makanan. Frekuensi selingan anak juga lebih dari 2 kali karena sering jajan seperti kerupuk, biskuit, dan makanan ringan lainnya yang dijual di warung. Ibu yang bekerja juga menjadi salah satu faktor frekuensi pemberian makan tidak tepat karena ibu tidak sepenuhnya paham berapa kali atau tepat tidaknya frekuensi makan anaknya yang dititipkan pada pengasuh.

Hasil analisa bivariat hubungan karakteristik pemberian makan anak (jumlah) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dapat diketahui 32 balita (68,1%) dengan karakteristik pemberian makan anak (jumlah) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (jumlah) tepat sebanyak 15 balita (31,9%) memiliki status gizi baik.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (jumlah) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,265$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,049$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (jumlah makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian lain Sultana, H *et al.* 2018 ada hubungan antara jumlah makanan dengan status gizi pada anak balita, didapat diperoleh $p \text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$). Kondisi anak pada saat penelitian sedang mengalami sakit sehingga jumlah makan kurang dari jumlah yang seharusnya. Anak yang kurang nafsu makan karena kondisi fisiknya menyebabkan mereka tidak nyaman

merasakan makanan. Selain itu, dapat disebabkan karena aktivitas anak tidak terlalu tinggi sehingga dengan jumlah makan yang tidak tepat anak memiliki status gizi baik.

Berbeda dengan hasil penelitian Widyawati *et al.* (2016) yang tidak sejalan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara porsi/jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi balita diperoleh nilai $p = 0,65$ ($p > 0,05$). Tidak adanya hubungan ini disebabkan karena pada penelitian ini proporsi kesesuaian porsi/jumlah MP-ASI menurut usia hampir tidak jauh berbeda anatara kelompok kasus dan kontrol.

Rekomendasi WHO dalam praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak menyebutkan bahwa jumlah makanan anak disesuaikan dengan usia. Ketika anak berusia 6 bulan diberikan makanan tambahan mulai dengan dua sampai tiga sendok makan dengan pengenalan rasa dan secara perlahan ditingkatkan jumlahnya, dari usia 6 – 9 bulan ditingkatkan secara perlahan sampai setengah mangkuk berukuran 250 ml. Usia 9 – 12 bulan diberikan setengah sampai tiga perempat mangkuk berukuran 250 ml, kemudian dari usia 12 – 24 bulan diberikan tiga perempat sampai satu mangkuk ukuran 250 ml (Kemenkes, 2014).

Hasil analisa bivariat hubungan karakteristik pemberian makan anak (tekstur) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dapat diketahui 42 balita (89,4%) dengan karakteristik pemberian makan anak (tekstur) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (tekstur) tepat sebanyak 5 balita (10,6%) memiliki status gizi baik.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (tekstur makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,006$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,049$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian

makan anak (tekstur makan) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Tekstur makanan balita yang didapat dari metode wawancara dan dari kuesioner *food recall* 2 x 24 jam masih ada balita yang tekstur makanan tidak tepat sesuai dengan usianya. Balita ini masih makanan dengan bentuk tekstur tim yang di blender. Alasan orang tua balita karena anak belum tumbuh gigi sehingga susah untuk mengunyah. Orang tua beranggapan bahwa dengan nasi tim anak cepat untuk menelan. Usia 12 – 24 bulan dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yaitu bentuk yang dipotong-potong bentuk makanan keluarga.

Pada usia ini anak dapat menggenggam makanan sendiri. Tekstur makanan juga diberikan bertahap sesuai dengan usia yang dianjurkan. Usia mulai 6 bulan tekstur makanan yaitu bubur kental. Usia 6 – 9 bulan yaitu bubur kental atau makanan keluarga yang dilumatkan. Usia 9 – 12 bulan tekstur makanan keluarga yang dicincang atau dicacah. Pada usia 12 – 24 bulan tekstur makanan dengan makanan yang diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga (Kemenkes RI, 2014).

Hasil analisa bivariat hubungan karakteristik pemberian makan anak (variasi) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dapat diketahui 26 balita (55,3%) dengan karakteristik pemberian makan anak (variasi) yang tidak tepat memiliki status gizi baik lebih besar dibandingkan balita dengan karakteristik pemberian makan anak (variasi) tepat sebanyak 21 balita (44,7%) memiliki status gizi baik.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara karakteristik pemberian makan anak (variasi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,168$ dengan nilai korelasi hubungan lemah dan nilai $p = 0,217$ dimana $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan

anak (variasi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sultana, H *et al.* 2018 yaitu dua belas anak balita yang memiliki jenis makanan tidak beragam, diperoleh nilai p value = 0,000 (p value <0,05), yang berarti ada hubungan antara variasi makanan dengan status gizi pada anak balita di Lingkungan XIII Kelurahan Sunggul Kecamatan Medan Sunggul. Hal ini diasumsikan bahwa anak balita dengan variasi makanan tidak beragam tetapi status gizinya baik dikarenakan variasi makanan yang tidak beragam tidak berdampak langsung dengan status gizi. Variasi makan yang beragam maupun tidak beragam apabila pemilihan makanan tidak tepat, tidak sehat dan jumlah berlebihan atau kurang juga akan menimbulkan masalah.

Pola makan yang seimbang, yaitu sesuai dengan kebutuhan disertai pemilihan bahan makanan yang bervariasi dapat melahirkan balita dengan status gizi baik, sebaliknya asupan makanan kurang dari kebutuhan akan menyebabkan tubuh menjadi kurus dan rentan terhadap penyakit. Kedua keadaan tersebut sama tidak baiknya, sehingga disebut gizi salah (Sulistyoningsih, 2011). Variasi makan balita dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) terdiri dari makanan pokok, makanan hewani, kacang-kacangan, buah-buahan dan sayuran. Beragam makanan tersebut harus ada dalam setiap makan anak untuk tumbuh kembang optimal (Kemenkes RI, 2014).

Variasi makanan balita yang tidak beragam ini dikarenakan dari hasil rata-rata *food recall* 2 x 24 jam balita banyak yang tidak mengonsumsi bahan makanan seperti kacang-kacangan. Seperti contoh nasi dengan lauk hewani atau nasi dengan sayur saja. Hal tersebut tidak sesuai dengan salah satu hal yang diperhatikan dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

Bertambahnya usia anak, makanan yang diberikan harus lebih beragam serta bergizi seimbang guna menunjang status gizi serta tumbuh kembang anak. Ibu atau pengasuh balita dalam hal ini sangat

berperan penting untuk menentukan jenis makanan yang akan dikonsumsi oleh anak. Pemberian pola makan yang memadai berhubungan dengan baiknya kualitas konsumsi makanan anak yang pada akhirnya akan meningkatkan kecukupan zat gizi pula. Tingkat kecukupan zat gizi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi pada balita (Sari dan Ratnawati, 2018).

5.3.2. Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) dengan Status Gizi Indeks (BB/U) Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I

Hasil analisa bivariat hubungan asupan zat gizi makro (Energi) dengan status gizi indeks (BB/U) balita usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I yang memiliki asupan energi cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 30 balita (63,8%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan energi kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 17 balita (36,2%). Nilai rata-rata asupan energi balita usia 12 – 24 bulan dengan nilai rata-rata asupan energi rendah yaitu 43,7 kkal sedangkan nilai rata-rata asupan energi tinggi yaitu 1.737,3 kkal.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan energi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,369$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,021$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan energi) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan Diniyyah dan Nindya, (2017) yang menyebutkan terdapat hubungan antara asupan energi dengan status gizi balita menurut indeks BB/U dengan nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$). Penelitian lain pada balita usia 7-59 bulan juga menyebutkan bahwa tingkat asupan energi kurang pada balita dalam jangka waktu lama menyebabkan 2,9 kali lebih besar mengalami kurang gizi (Rahim, 2014).

Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 kecukupan energi anak usia 1 – 3 tahun adalah 1.125 kkal. Asupan energi yang tidak mencukupi kebutuhan dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan energi. Balita dengan tingkat asupan energi yang rendah mempengaruhi pada fungsi dan struktural perkembangan otak serta dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang terhambat (Rahim, 2014).

Asupan energi dapat ditingkatkan dengan meningkatkan frekuensi pemberian ASI, porsi makanan dan frekuensi pemberian makanan atau memberikan makanan yang berkalori tinggi. Mengingat minyak, lemak dan santan merupakan tambahan energi yang dapat meningkatkan energi dan membuat makanan menjadi gurih dan mudah untuk ditelan (Wirawanni, Y *et. al.*, 2016).

Dari hasil wawancara yang dilakukan melalui kuesioner *food recall* 2 x 24 jam berturut-turut, bahan pangan karbohidrat terutama yang dikonsumsi balita adalah nasi, kentang, bubur ayam dan biskuit. Terdapat 7 balita yang status gizi indeks (BB/U) kurang didapatkan asupan energi kurang karena nafsu makannya menurun karena sakit yang menimbulkan konsumsi makanan yang dimakan hanya sekitar 2 - 3 sendok teh nasi dengan lauk pauk sedikit tanpa makanan yang bervariasi. Hal ini yang menjadikan nilai asupan energi yang dianjurkan berdasarkan AKG 2013 belum mencukupi bahkan masih jauh dari AKG yang dibutuhkan. Sehingga hal ini yang dapat membuat berat badan balita sulit mengalami peningkatan status gizi yang akan berdampak status gizi kurang.

Hasil analisa bivariat asupan zat gizi makro (Protein) dengan status gizi indeks (BB/U) balita usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I, dapat diketahui status gizi balita dengan asupan protein cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 42 balita (89,4%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan protein kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 5 balita (10,6%). Nilai rata-rata asupan protein balita usia 12 – 24 bulan dengan nilai rata-rata asupan protein rendah yaitu

16,1 gram sedangkan nilai rata-rata asupan protein tinggi yaitu 121,2 gram.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan protein) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,431$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,001$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan protein) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan dengan penelitian Diniyyah and Nindya, 2017 menyebutkan terdapat hubungan antara tingkat asupan protein dengan status gizi balita indeks BB/U dengan nilai $p = 0,039$ ($p < 0,05$). Hasil yang serupa dilakukan oleh Rusyantia 2014, di wilayah Desa Rangai Tri Tunggal, Kecamatan Katibung, Kabupaten Lampung Selatan diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan protein dengan status gizi diperoleh nilai $p = 0,048$ ($p < 0,05$).

Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 kecukupan protein anak usia 1 – 3 tahun adalah 26 gram. Protein merupakan salah satu zat gizi makro yang berfungsi sebagai zat pembangun, pemelihara sel dan jaringan tubuh serta membantu dalam metabolisme sistem kekebalan tubuh seseorang (Almatsier, 2010).

Protein erat kaitannya dengan sistem kekebalan tubuh, asupan protein yang rendah menyebabkan gangguan pada mukosa, menurunnya sistem imun sehingga mudah terserang penyakit infeksi seperti infeksi saluran pencernaan dan pernafasan. Hal tersebut apabila berlangsung dalam jangka waktu yang panjang dapat memperparah kondisi gizi kurang dan meningkatkan terjadinya kondisi gizi buruk balita (Nurcahyo, 2010).

Dari hasil wawancara yang dilakukan melalui kuesioner *food recall* 2 x 24 jam berturut-turut, sumber protein atau lauk hewani yang sering dikonsumsi balita yaitu telur dadar maupun orak-arik. Jenis

pangan sumber protein lainnya seperti daging ayam, ikan, sumber kacang-kacangan seperti tempe dan tahu. Jenis sayuran yang dikonsumsi adalah bayam, wortel, labu siam. Berdasarkan anjuran makan yang sesuai dengan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) anak usia 12 – 24 bulan sebaiknya 3 – 4 kali makan utama dan 1 – 2 kali selingan dan makan sesuai dengan beragam variasi makanan seperti lauk pauk yang akan memberikan nilai protein tinggi untuk pertumbuhan balita.

Hasil analisa bivariat asupan zat gizi makro (Lemak) dengan status gizi indeks (BB/U) balita usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I dapat diketahui status gizi balita indeks (BB/U) baik dengan asupan lemak cukup $\geq 80\%$ AKG sebanyak 39 balita (83%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan protein kurang $< 80\%$ AKG sebanyak 8 balita (17%). Nilai rata-rata asupan lemak balita usia 12 – 24 bulan dengan nilai rata-rata asupan lemak rendah yaitu 19,7 gram sedangkan nilai rata-rata asupan lemak tinggi yaitu 102,5 gram.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan lemak) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,335$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,012$ dimana $p < 0,05$ artinya ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan lemak) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan Diniyyah dan Nindya, (2017) yang menyebutkan terdapat hubungan antara asupan lemak dengan status gizi balita menurut indeks BB/U dengan nilai $p = 0,010$ ($p < 0,05$). Asupan lemak yang berasal dari makanan apabila kurang maka akan berdampak pada kurangnya asupan kalori.

Penelitian Nurcahyo (2010), yang dilakukan di Desa Nelayan Puger Jember sesuai yang artinya bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat konsumsi lemak dengan status gizi balita indeks BB/U.

Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 kecukupan lemak anak usia 1 – 3 tahun adalah 44 gram. Lemak merupakan zat gizi makro yang berfungsi sebagai penyumbang energi terbesar, melindungi organ dalam tubuh, melarutkan vitamin dan mengatur suhu tubuh. Asupan lemak yang berasal dari makanan apabila kurang maka akan berdampak pada kurangnya asupan kalori atau energi untuk proses aktivitas dan metabolisme tubuh. Asam lemak yang rendah diikuti dengan berkurangnya energi di dalam tubuh akan menyebabkan perubahan pada massa dan jaringan tubuh serta gangguan penyerapan vitamin yang larut dalam lemak (Barasi, 2009).

Dari hasil wawancara yang dilakukan melalui kuesioner *food recall* 2 x 24 jam berturut-turut, sebagian besar balita konsumsi lemak cukup selain dari makan utama dan selingan yang balita konsumsi adalah banyak mengonsumsi susu formula sehari dapat terhitung 4 sampai 5 botol. Hal tersebut yang dapat meningkatkan asupan lemak balita. Selain dari hal tersebut, ada 5 balita dengan asupan lemak kurang dengan status gizi indeks (BB/U) kurang balita ini selain mengonsumsi dari makan utama serta selingan sudah tidak lagi diberi ASI dan hanya makan nasi serta kuah sayur sehingga menyebabkan asupan lemak kurang.

Hasil analisa bivariat hubungan asupan karbohidrat dengan status gizi indeks (BB/U) balita usia 12 – 24 bulan dapat diketahui status gizi balita dengan asupan karbohidrat kurang <80% AKG sebanyak 24 balita (83%) lebih besar dibandingkan balita dengan asupan karbohidrat cukup \geq 80% AKG sebanyak 23 balita (48,9%). Nilai rata-rata asupan karbohidrat balita usia 12 – 24 bulan dengan nilai rata-rata asupan karbohidrat rendah yaitu 24,8 gram sedangkan nilai rata-rata asupan karbohidrat tinggi yaitu 197 gram.

Hasil uji korelasi *Ranks Spearman* antara asupan zat gizi makro (asupan karbohidrat) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi atau $r = 0,281$ dengan nilai korelasi hubungan sedang dan nilai $p = 0,036$ dimana $p < 0,05$ artinya

ada hubungan asupan zat gizi makro (asupan karbohidrat) dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I.

Penelitian ini sejalan dengan dengan penelitian Puspitasari dan Andriani, (2017) menyebutkan terdapat hubungan asupan karbohidrat dengan status gizi balita indeks (BB/U) dengan nilai $p = 0,024$ ($p < 0,05$). Asupan karbohidrat pada balita sebagian besar inadekuat karena balita cenderung memiliki asupan karbohidrat seperti nasi yang sedikit.

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Regar (2012) di Kelurahan Kampung Melayu, Jakarta Timur yang menunjukkan tidak ada hubungan asupan karbohidrat dengan status gizi balita indeks BB/U dengan nilai $p = 0,462$ ($p > 0,05$).

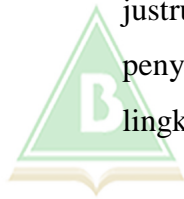
Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 kecukupan karbohidrat anak usia 1 – 3 tahun adalah 155 gram. Asupan karbohidrat yang adekuat mempengaruhi asupan energi secara keseluruhan karena berdasarkan anjuran bahwa 60% kebutuhan energi berasal dari sumber karbohidrat. Jika balita kekurangan karbohidrat maka dapat menimbulkan kekurangan energi dan akibatnya berat badan balita akan mengalami penurunan sehingga mempengaruhi status gizi balita (BB/U) dan mengalami pertumbuhan terhambat (Puspitasari dan Andriani, 2017).

Dari hasil wawancara yang dilakukan melalui kuesioner *food recall 2 x 24 jam* berturut-turut, sebagian besar balita hanya mengonsumsi sumber karbohidrat terutama nasi hanya 2 – 5 sendok teh sekali makan sehingga asupan karbohidrat pada balita sebagian besar kurang. Sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi yaitu nasi, bubur ayam, kentang dan biskuit.

5.4. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan penelitian yang dapat dijadikan bahan pertimbangan, antara lain :

1. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yang memberikan penjelasan hubungan sebab akibat saja dan hanya mengkaji variable independent dan variable dependen secara bersama-sama pada saat berlangsungnya penelitian.
2. Penelitian ini menggunakan metode dalam menanyakan tingkat asupan zat gizi makro balita menggunakan kuesioner *food recall* yang bergantung pada ingatan responden (ibu balita atau pengasuh) sehingga dapat meningkatkan daya bias dalam melaporkan bahan makanan yang dikonsumsi balita selama 2 x 24 jam berturut-turut.
3. Penelitian ini memiliki keterbatasan jumlah variabel yang diteliti, di mana kemungkinan masih ada variable-variabel bebas lainnya yang justru mempunyai hubungan dengan variable terikat seperti penyakit penyerta, pola asuh orang tua, keadaan ekonomi, dan keadaan lingkungan.



UNIVERSITAS
BINAWAN

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab-bab sebelumnya, kesimpulan yang dapat ditarik adalah sebagai berikut:

1. Status gizi balita indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan sebagian baik sebesar 47 balita (83,9%) terdapat status gizi kurang sebesar 9 balita (16,1%).
2. Sebagian besar responden yaitu ibu atau pengasuh anak usia 12 – 24 bulan yaitu berusia 20 – 30 tahun sebanyak 30 orang (53,6%), hanya ada 1 orang ibu yang berusia kurang 20 tahun (1,8%). Tingkat pendidikan ibu cukup banyak yaitu Tamat SLTA sebesar 34 orang (60,7%). Status pekerjaan ibu terbanyak adalah tidak bekerja sebesar 43 orang (76,8%), sedangkan status pekerjaan ibu bekerja sebesar 13 orang (23,2%).
3. Sebagian besar sampel memiliki karakteristik pemberian makan anak (frekuensi, jumlah, tekstur, variasi) frekuensi makan tepat yaitu sebanyak 46 balita (82,1%), sedangkan 10 balita (17,9%) diantaranya memiliki frekuensi makan tidak tepat. Jumlah makan tepat yaitu sebanyak 41 balita (73,2%), sedangkan 15 balita (26,8%) diantaranya memiliki jumlah makan tidak tepat. Tekstur makan tepat yaitu sebanyak 50 balita (89,3%), sedangkan 6 balita (10,7%) diantaranya memiliki tekstur makan tidak tepat. Variasi makan tidak tepat yaitu sebanyak 33 balita (58,9%), sedangkan 23 balita (41,1%) diantaranya memiliki variasi makan tepat.
4. Sebagian besar sampel memiliki asupan zat gizi makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat), asupan energi cukup ($\geq 80\%$ AKG) yaitu sebanyak 32 balita (57,1%), sedangkan 24 balita (42,9%) diantaranya memiliki asupan energi kurang ($< 80\%$ AKG). Asupan protein cukup ($\geq 80\%$ AKG) yaitu sebanyak 46 balita (82,1%), sedangkan 10 balita (17,9%) diantaranya memiliki asupan protein kurang ($< 80\%$ AKG). Asupan lemak cukup ($\geq 80\%$ AKG) yaitu sebanyak 43 balita (76,8%), sedangkan 13 balita (23,2%) diantaranya memiliki asupan lemak kurang ($< 80\%$ AKG). Asupan

karbohidrat kurang (<80% AKG). sebanyak 32 balita (57,1%), sedangkan 24 balita (42,9%) diantaranya memiliki asupan energi kurang (<80% AKG).

5. Tidak ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (Frekuensi $p = 0,192$, Tekstur $p = 0,967$ dan Variasi $p = 0,217$) ($p > 0,05$) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan. Namun, ada hubungan karakteristik pemberian makan anak (Jumlah $p = 0,036$) ($p < 0,05$) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan nilai $r = 0,265$ yang artinya memiliki hubungan korelasi sedang.
6. Ada hubungan asupan zat gizi makro (Energi $p = 0,021$, Protein $p = 0,001$, Lemak $p = 0,012$, Karbohidrat $p = 0,036$) dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan. Asupan energi nilai $r = 0,309$, Asupan protein nilai $r = 0,431$, Asupan lemak nilai $r = 0,335$, Asupan karbohidrat nilai $r = 0,281$ yang artinya asupan zat gizi makro (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat) memiliki hubungan korelasi sedang dengan status gizi indeks (BB/U) anak usia 12 – 24 bulan.



6.2. Saran

1. Bagi Ibu atau Pengasuh Anak Usia 12 – 24 Bulan

Bagi ibu atau pengasuh anak usia 12 – 24 bulan harus memberikan perhatian dalam memberikan MP-ASI sesuai dengan rekomendasi WHO melalui praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) karena anak pada saat itu sedang mengejar masa pertumbuhan. Hal-hal yang perlu ibu atau pengasuh balita perhatikan dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yaitu usia, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi, responsif, dan kebersihan.

2. Bagi Posyandu dan Kader Kesehatan

Perlu dibentuk kader konselor Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) setiap posyandu untuk penyuluhan atau konseling tentang pentingnya praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) serta pemantauan pertumbuhan secara teratur.

3. Bagi Petugas Kesehatan

Perlu diadakannya penyuluhan tentang praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) oleh petugas kesehatan khususnya tenaga gizi dalam memberikan penyuluhan kepada ibu atau pengasuh balita tentang praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) untuk menambah pengetahuan ibu balita. Diadakannya kegiatan intervensi gizi seperti Kelas PMBA yang fokus kegiatannya adalah tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak, seperti kegiatan membuat makanan sesuai dengan rekomendasi WHO yaitu praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), diskusi antar ibu atau pengasuh balita dengan petugas kesehatan, serta penyampaian materi tentang PMBA ke ibu atau pengasuh balita.

4. Bagi Peneliti Lain

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai variabel lain yang belum diteliti dalam penelitian ini seperti responsif pemberian makan anak dan kebersihan atau hygiene sanitasi dalam faktor-faktor yang mempengaruhi praktik Pemberian Makan dan Anak (PMBA).

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, S. 2010. *Waspada! Gizi Balita Anda Tip Mengatasi Anak Sulit Makan, Sulit Makan Sayur, dan Minum Susu*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Adriani, M. dan Wijatmadi, B. 2012. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: PT Fajar Interpratama Mandiri
- Almatsier, S, Soetardjo, S, dan Soekarti, M. 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). 2014. *Penuntun Diet Anak*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Ciptaningtyas, Ratri dkk. 2012. *Evaluation on Failure Weight Gain among Toddlers of Low Economy Family After Complimentary Biscuits Feeding*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol;7, No. 5. Available at: (diakses 17 Juli 2019, jam 17.28 WIB)
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, FKM UI. 2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2017*. Jakarta: Dinas Kesehatan Jakarta
- Diniyyah. dan Nindya. 2017. *Asupan Energi, Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-49 Bulan di Desa Suci, Gresik*. Research Study: DOI:10.2473/amnt.v1i4.2017.341-350. Available at: (diakses 10 Juli 2019, jam 17.28 WIB)
- Eryanti. 2018. *Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Pola Asuh dan Pemberian MP-ASI Terhadap Status Gizi Balita Usia 6 – 24 Bulan Di Puskesmas Makasar Jakarta Timur Tahun 2018*. [Skripsi] Program Studi S1 Gizi Universitas Binawan: Jakarta
- Fuadi, N. 2010. *Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita Usia 6 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pattingallong Kecamatan Ujung Tanah Kota Makassar Tahun 2010*. [Skripsi] Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat. UIN Alauddin: Makassar

- Hakim, Muhammad. 2014. *Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Bayi Usia 6 – 24 Bulan Berdasarkan Indeks BB/U di Desa Ban Kecamatan Kubu Tahun 2014*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. <https://sinta.unud.ac.id/uploads/wisuda/1002006201-1-Jurnal%20akmal%20hakim.pdf> (diakses 6 Desember 2018, jam 15:50 WIB)
- Husnah. 2017. *Nutrisi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan*. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala. Vol (17): 179 – 183. Availabel at : <https://doi.org/10.24815/jks.v17i3.9065> (diakses 12 Desember 2018, jam 13:50 WIB)
- Istiaty, Maureen *et al.* 2017. *Gambaran Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Status Gizi pada Bayi Usia 6 – 12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kalawat Kecamatan Kolongan Kabupaten Minahasa Utara*. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi. Availabel at : <https://ejournalhealth.com/index.php/kesmas/article/viewFile/499/487> (diakses 12 Desember 2018, jam 11:40 WIB)
- Kartono, Djoko. 2012. *Ringkasan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Yang Dianjurkan Bagi Orang Indonesia 2012*. Jakarta: Rumusan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) LIPI
- Kemendes RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Kemendes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Kemendes RI. 2014. *Panduan Fasilitator Modul Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemendes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemendes RI. 2016. *Pusat Data dan Informasi Situasi Gizi di Indonesia*. Jakarta: InfoDatin
- Kemendes RI. 2017. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat, Ditjen Kesehatan Masyarakat
- Kemendes RI. 2017. *Technical brief – Standar Pelayanan Minimal bidang Gizi: Informasi untuk Gubernur dan Bupati/Walikota*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemendes RI. 2018. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: InfoDatin

- Marsetyo, Kartasapoetra. 2008. *Ilmu Gizi: Korelasi Gizi, Kesehatan dan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta
- Mukhopadhyay, Dipta K, dan Apurba S. 2013. *Association of Child Feeding Practices with Nutritional Status of Under-two Slum Dwelling Children: A Community-based Study from West Bengal India, Indian Journal of Public Health: 2013*. Volume 57, Issue 3, July – September 2013. Available at: www.ijph.com (diakses 17 Juli 2019, jam 20.32 WIB)
- Par'i, Holil. 2017. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Permenkes RI. 2015. *Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Puspasari, N. dan Andriani, M. 2017. *Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Asupan Makan Balita dengan Status Gizi Balita (BB/U) Usia 12-24 Bulan*. Research Study: DOI:10.2473/amnt.v1i4.2017.369-378. Available at: (diakses 8 Juli 2019, jam 14.25 WIB)
- Rachmat, M. 2011. *Biostatistika Aplikasi pada Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Rohmani, A. 2010. *Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada Anak Usia 1-2 Tahun di Kelurahan Lamper Tengah Kecamatan Semarang Selatan, Kota Semarang*. UNIMUS: ISBN:978.979.704.883.9 Available at: (diakses 9 Juli 2019, jam 13.27 WIB)
- Sari dan Ratnawati. 2018. *Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pola Pemberian Makan dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gapura Kabupaten Sumenep*. Research Study: DOI:10.2473/amnt.v2i2.2018.182-188. Available at: (diakses 23 Juli 2019, jam 17.15 WIB)
- Septikasari, M. 2018. *Status Gizi Anak Dan Faktor Yang Mempengaruhi*. Yogyakarta: UNY Press
- Septikasari, M. 2016. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Orang Tua dalam Pemenuhan Nutrisi pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I Kabupaten Cilacap*. Jurnal Kesehatan Al Irsyad; 9 (2): 25-30
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Graha Ilmu

Sultana, H *et. al*, 2018. *Hubungan Pola Makan Dengan Status Gizi pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Sunggul di Lingkungan XIII Kelurahan Sunggal Kecamatan Medan Sunggal Tahun 2018*. Research Study: DOI:10.2473/amnt.v1i4.2017.369-378. Available at: (diakses 8 Juli 2019, jam 14.25 WIB)

Supriasa, N.D. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC

Wardhani, G.K. 2015. *Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI dengan Status Gizi Bayi Usia 6 – 24 Bulan di Kelurahan Setabelan Kota Surakarta*. <https://digilib.uns.ac.id/> (diakses 5 Desember 2018, jam 13:50 WIB)

Windyanti, Febry F and Destriatania, S. 2016. *Analisa Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi pada Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Lesung Batu, Empat Lawang*. DOI: <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.2.139-149>. Available online at: <http://www.jikm.unsri.ac.id/index.php/jikm> (diakses 23 Juli 2019, jam 05.46 WIB)

Wiyono, S. 2016. *Epidemiologi Gizi Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Sagung Seto

World Health Organization (WHO). 2012. *Angka Kematian Bayi*. Amerika: WHO



Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian

NASKAH PENJELASAN

Saya bernama Anisa Nur Utami sebagai mahasiswa S1 Gizi Universitas Binawan dengan NIM. 041721001 akan melakukan Skripsi penelitian di Posyandu wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur yang berjudul:

“Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak dan Asupan Zat Gizi Makro dengan Staus Gizi Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur Tahun 2019”

Penyusunan Skripsi tersebut sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan di Bidang Gizi, adapun data yang dikumpulkan responden meliputi:

1. Data identitas responden dan sampel yaitu ibu baduta dan baduta usia 12 – 24 bulan
2. Data Status Gizi anak baduta usai 12 – 24 bulan dengan indeks BB/U
3. Data Karakteristik Pemberian Makan Anak (data pemberian MP-ASI) melalui formulir ceklist karakteristik pemberian makan anak usia 12 – 24 bulan
4. Data Asupan Zat Gizi Makro (Energi, Protein, Lemak dan Karbohidrat) melalui data *food recall* 2 x 24 hour

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik pemberian makan anak dan asupan zat gizi makro dengan status gizi anak usia 12 – 24 bulan yang data tersebut diperoleh dari ibu baduta dan baduta itu sendiri dan bertempat tinggal dan mengikuti posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I. Apabila tidak memenuhi sesuai dengan kriteria, tidak dapat ikut serta sebagai responden penelitian.

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela tanpa paksaan dan apabila tidak menghendaki dapat menolak. Jika responden menyetujui untuk keikutsertaannya dalam penelitian, mohon untuk menandatangani formulir persetujuan setelah penjelasan dalam penelitian. Responden berhak sewaktu-waktu menolak melanjutkan partisipasi tanpa perlu memberikan suatu alasan dapat

mengundurkan diri tanpa sanksi dan tidak ada seorangpun boleh memaksa responden untuk berubah pikiran.

Hasil wawancara akan dijaga kerahasiannya oleh peneliti. Penelitian hanya digunakan untuk pengembangan kebijakan program kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Semua data tidak akan dihubungkan dengan identitas responden yang bersangkutan.

Dalam penelitian ini saudara akan diberikan formulir identitas yang berisi data diri dan pertanyaan-pertanyaan lainnya mengenai asupan makan baduta. Atas ketersediannya saudara untuk meluangkan waktu dan memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan, peneliti akan memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan, peneliti akan memberikan tanda ucapan terima kasih sebagai rasa terima kasih peneliti atas bantuan saudara dalam penelitian ini. Apabila ada cedera akibat penelitian, ada pengobatan yang akan ditanggung oleh peneliti.

Apabila responden memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian ini, dapat menghubungi:

Nama : Anisa Nur Utami

MIM : 041721001

Institusi : Universitas Binawan S1 Gizi

Alamat : Jl. Inpres No.9B RT007/RW03 Kelurahan Petukangan Selatan,
Kecamatan Pesanggrahan, Jakarta Selatan 12270

Telepon : 087887828563

Email : anisanurutami@yahoo.com

Jakarta, 2019

Peneliti,

Responden,

(.....)

(.....)

Saksi,

(.....)

Lampiran 2. Lembar Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai hal yang berkaitan dengan Skripsi yang berjudul:

“Hubungan Karakteristik Pemberian Makan Anak dan Asupan Zat Gizi Makro dengan Staus Gizi Anak Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bambu Apus I Jakarta Timur Tahun 2019”

Maka dengan ini sayamenyatakan bersedia/tidak bersedia* untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut diatas. Saya bersedia dan ingin berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila saya inginkan, dpaat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
Tempat, Tanggal, Lahir : U N I V E R S I T A S Umur :
tahun BINAWAN
Nomor Hp/Tlp :
Alamat :

Demikian pernyataan ini dibuat, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun dan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 2019

Peneliti, Responden,

(.....) (.....)

Saksi,

(.....)

*coret yang tidak perlu _____

Lampiran 3. Lembar Kuesioner

KUESIONER PENELITIAN

A. Identitas Responden

1. Kode Sampel :
2. Tanggal Wawancara Tahun : Tanggal Bulan
3. Nama Responden :
4. Tanggal Lahir Tahun :
5. Usia : Tahun
6. Alamat :
RT RW
Kelurahan
7. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
8. Nomor Hp/Tlp :
9. Pendidikan Terakhir :
1) Tidak Sekolah
2) Tidak Tamat SD
3) Tamat SD
4) Tamat SLTP/SMP/MTS
5) Tamat SLTA/SMA/MA
6) Tamat PT
10. Status Pekerjaan :
1) Bekerja, sebutkan
2) Tidak Bekerja

B. Formulir Satatus Gizi Anak Usia 12 – 24 Bulan

a. Identitas Sampel Anak Usia 12 – 24 Bulan

1. Kode Sampel :
2. Tanggal Pengukuran : Tanggal Bulan
Tahun
3. Nama Baduta :
4. Tanggal Lahir :
Tahun
5. Usia : Bulan
6. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
7. Alamat :



b. Hasil Pengukuran Antropometri

1. Berat Badan Anak Usia 12 -24 bulan , kg
2. Panjang/Tinggi Badan Anak Balita : ,
cm
3. Z – Score BB/U : , SD
Status Gizi *)
1. Gizi Kurang
2. Gizi Baik

***) Keterangan Status Gizi**

1. Gizi Kurang : -3,00 SD sampai dengan < -2,00 SD
2. Gizi Baik : -2,00 SD sampai dengan 2,00 SD

C. Kuesioner Karakteristik Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 Bulan

Kode Sampel :

Berilah tanda (√) pada kolom yang telah disediakan untuk pernyataan di bawah ini sesuai dengan hasil wawancara.

No	Karakteristik Pemnerian Makan Anak	Pernyataan	Tepat	Tidak Tepat
1	Frekuensi Makan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Pemberian Makan Anak yang tepat biasanya diberikan 3x sehari dan 1 – 2x makanan selingan (Kemenkes, 2014).		
2	Jumlah Makan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Saat usia 12 – 24 bulan jumlah makanan yang diberikan $\frac{3}{4}$ mangkuk sampai 1 mangkuk berukuran 250 ml sekali makan (Kemenkes RI, 2014).		
3	Tekstur Makanan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Pada usia 12 – 24 bulan tekstur makanan dengan makanan yang diptong-potong atau diiris-iris dalam bentuk makanan keluarga (Kemenkes RI, 2014).		
4	Variasi Makanan dalam Pemberian Makan Anak Usia 12 – 24 bulan	Variasi makanan pada setiap kali makan dalam praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) terdiri dari sumber Karbohidrat (1 bintang), Makanan Hewani (2 bintang), Kacang-Kacangan (3 bintang), Buah-buahan dan Sayuran (4 bintang) (Kemenkes RI, 2014)		

Nama Petugas :
Petugas

Tanda Tangan

(.....)

D. Kuesioner Survei Konsumsi

FORMULIR K – 1 A

FORMULIR *FOOD RECALL* 24 JAM ANAK USIA 12 – 24 BULAN

Kode Sampel :

Nama Sampel Baduta :

Usia : Bulan Hari

Wawancara: 1 / 2*

Tanggal Wawancara : Tanggal Bulan Tahun

Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan	Banyaknya		Keterangan **
			URT	Berat (g)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pagi/Jam					
Selingan Pagi					
Siang/Jam					
Selingan Sore					
Malam/Jam					

*Lingkari hasil saat wawancara

**Informasi tambahan seperti: harga per Ukuran porsi, cara persiapan, dan cara pemasakan

NB: Jika sampel masih konsumsi ASI maka zat gizi dalam ASI dihitung (zat gizi ASI terlampir)

Nama Petugas : Tanda Tangan

Petugas

(.....)

FORMULIR K – 1 B

FORMULIR *FOOD RECALL* 24 JAM ANAK USIA 12 – 24 BULAN

Kode Sampel :

Nama Sampel :

Usia : Bulan Hari

Wawancara: 1 / 2*

Tanggal Wawancara : Tanggal Bulan Tahun

Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan	Banyaknya		Keterangan **
			URT	Berat (g)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pagi/Jam					
Selingan Pagi					
Siang/Jam					
Selingan Sore					
Malam/Jam					

*Lingkari hasil saat wawancara

**Informasi tambahan seperti: harga per Ukuran porsi, cara persiapan, dan cara pemasakan

NB: Jika sampel masih konsumsi ASI maka zat gizi dalam ASI dihitung (zat gizi ASI terlampir)

Nama Petugas :

Tanda Tangan

Petugas

(.....)

