

**LAPORAN  
PENELITIAN DASAR KEILMUAN**

**HUBUNGAN POLA PEMBERIAN MAKAN BALITA DAN ANAK  
(PMBA), PENGETAHUAN GIZI, ASUPAN MAKAN DAN STATUS  
PENYAKIT INFEKSI DENGAN STATUS GIZI BALITA  
DI DESA PAGELARAN KAB. PANDEGLANG**



**TIM PENGUSUL**

Ketua Peneliti : MOHAMMAD FURQAN, MKM NIDN. 0315097906  
Anggota Peneliti : ALIBBIRWIN, SKM, M.Epid NIDN. 0309087101  
EKA NANA SUSANTI, M.Pd NIDN. 0302098903

Surat Kontrak Nomor : 69/F.03.07/2019  
Nilai Kontrak : Rp. 12.000.000

**PROGRAM STUDI GIZI  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA  
2020**

**LEMBAR PENGESAHAN  
PENELITIAN DASAR KEILMUAN (PDK)**

**Judul Penelitian**

Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), Pendidikan Ibu, Pengetahuan Ibu, Status Penyakit Infeksi, dan Asupan Makan Dengan Status Gizi Bayi Usia 9-12 Bulan di Kecamatan Pagelaran, Pandeglang

**Jenis Penelitian**

: **PENELITIAN DASAR KEILMUAN (PDK)**

Ketua Peneliti

: Mohammad Furqan, SKM, MKM

Link Profil SIMAKIP

: <http://simakip.uhamka.ac.id/pengguna/show/795>

**Fakultas**

: Ilmu – Ilmu Kesehatan

Anggota Peneliti

: Alibbirwin, SKM, M.Epid

Link Profil SIMAKIP

: <http://simakip.uhamka.ac.id/pengguna/show/568>

Anggota Peneliti

: Eka Nana Susanti, M.Pd

Link Profil SIMAKIP

: <http://simakip.uhamka.ac.id/pengguna/show/1187>

**Waktu Penelitian**

: 6 Bulan

**Luaran Penelitian**

Luaran Wajib

: Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta-2

Status Luaran Wajib

: In- review

Luaran Tambahan

: HAKI

Status Luaran Tambahan

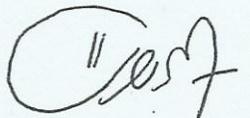
: Terdaftar

Mengetahui

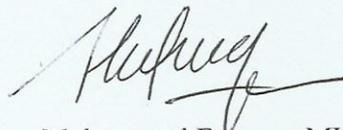
Ketua Program Studi Gizi

Jakarta, 2 Maret 2020

Ketua Peneliti,



(Debby Endayani Safitri, S.Gz, MKM)  
NIDN 0320049002



Mohammad Furqan, MKM  
NIDN. 0315097906

Menyetujui,

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Ketua Lemlitbang UHAMKA



(Ony Linda, SKM, M.Kes)  
NIDN: 0330107403

Prof. Dr. Suswandari, M.Pd  
NIDN. 0020116601



23

70

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA  
**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**

Jln. Tanah Merdeka, Pasar Rebo, Jakarta Timur  
Telp. 021-8416624, 87781809; Fax. 87781809

**SURAT PERJANJIAN KONTRAK KERJA PENELITIAN  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA**

Nomor : 690 / F.03.07 / 2019  
Tanggal : 20 November 2019

*Bismillahirrahmanirrahim*

Pada hari ini, Rabu, tanggal Dua Puluh, bulan November, tahun Dua Ribu Sembilan Belas, yang bertanda tangan di bawah ini **Prof. Dr. Hj Suswandari, M.Pd**, Ketua Lembaga Penelitian dan Pengembangan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**; **MOHAMMAD FURQAN SKM, MKM**, selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat untuk mengadakan Perjanjian Kontrak Kerja Penelitian yang didanai oleh RAPB Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

Pasal 1

PIHAK KEDUA akan melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul : **HUBUNGAN PEMBERIAN MAKAN BAYI DAN ANAK (PMBA), PENDIDIKAN IBU, PENGETAHUAN IBU, STATUS PENYAKIT INFEKSI, ASUPAN MAKAN DENGAN STATUS GIZI BAYI USIA 9-11 BULAN DI KECAMATAN PAGELARAN KABUPATEN PANDEGLANG PROVINSI BANTEN** dengan luaran wajib dan luaran tambahan sesuai data usulan penelitian Bacth 1 Tahun 2019 melalui [simakip.uhamka.ac.id](http://simakip.uhamka.ac.id).

Pasal 2

Bukti luaran penelitian wajib dan tambahan harus sesuai sebagaimana yang dijanjikan dalam Pasal 1, Luaran penelitian yang dimaksud dilampirkan pada saat Monitoring Evaluasi dan laporan penelitian yang diunggah melalui [simakip.uhamka.ac.id](http://simakip.uhamka.ac.id).

Pasal 3

Kegiatan tersebut dalam Pasal 1 akan dilaksanakan oleh PIHAK KEDUA mulai tanggal 20 November 2019 dan selesai pada tanggal 20 April 2020.

Pasal 4

PIHAK PERTAMA menyediakan dana sebesar Rp.12.000.000,- (Terbilang : *Dua Belas Juta*) kepada PIHAK KEDUA untuk melaksanakan kegiatan tersebut dalam Pasal 1. Sumber biaya yang dimaksud berasal dari Penelitian dan Pengembangan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA melalui Lembaga Penelitian dan Pengembangan.

## Pasal 5

Pembayaran dana tersebut dalam Pasal 4 akan dilakukan dalam 2 (dua) termin sebagai berikut;

(1) Termin I 70 % : Sebesar 8.400.000 (Terbilang: *Delapan Juta Empat Ratus Ribu Rupiah*) setelah PIHAK KEDUA menyerahkan proposal yang telah direview dan diperbaiki sesuai saran reviewer pada kegiatan tersebut Pasal 1.

(2) Termin II 30 % : Sebesar 3.600.000 (Terbilang: *Tiga Juta Enam Ratus Ribu Rupiah*) setelah PIHAK KEDUA menyerahkan proposal yang telah direview dan diperbaiki sesuai saran reviewer pada kegiatan tersebut Pasal 1.

## Pasal 6

(1) PIHAK KEDUA wajib melaksanakan kegiatan tersebut dalam Pasal 1 dalam waktu yang ditentukan dalam Pasal 3.

(2) PIHAK PERTAMA akan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut sebagaimana yang disebutkan dalam Pasal 1.

(3) PIHAK PERTAMA akan mendenda PIHAK KEDUA setiap hari keterlambatan penyerahan laporan hasil kegiatan sebesar 0,5 % (setengah persen) maksimal 20% (dua puluh persen) dari jumlah dana tersebut dalam Pasal 4.

(4) Dana Penelitian dikenakan Pajak Pertambahan Nilai (PPN) pada poin honor peneliti sebesar 5 % (lima persen)

Jakarta, 20 November 2019

PIHAK PERTAMA

Lembaga Penelitian dan Pengembangan  
Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA  
Ketua



Prof. Dr. Hj Suswandari, M.Pd  
SKM, MKM

PIHAK KEDUA  
Peneliti,

MOHAMMAD FURQAN

Mengetahui  
Wakil Rektor II UHAMKA

Dr. ZAMAH SARI M.Ag.

## ABSTRAK

Standar emas PMBA ini sangat direkomendasikan karena dapat menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu. Risiko mortalitas pada anak yang tidak pernah disusui 21% lebih besar saat postnatal risiko kematian karena diare 4,2 kali lebih sering pada bayi yang disusui arisial dan 14,2 kali lebih sering pada bayi yang tidak disusui (Retno, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012. Jumlah penderita gizi kurang di dunia mencapai 104 juta anak dan keadaan gizi kurang masih menjadi penyebab sepertiga dari sepuluh penyebab kematian anak di seluruh dunia. Asia Selatan merupakan wilayah dengan prevalensi gizi kurang terbesar di dunia, yaitu sebesar 46% kemudian wilayah sub Sahara Afrika 28%, Amerika Latin 7% dan yang paling rendah terdapat di Eropa Tengah, Timur, dan Commonwealth of Independent States (CEE/CIS) sebesar 5%. UNICEF melaporkan sebanyak 167 juta anak usia pra-sekolah di dunia yang menderita gizi kurang (*underweight*) sebagian besar berada di Asia Selatan (Balitbang Kemenkes RI, 2013).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pemberian makan bayi dan anak (PMBA), pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, status penyakit infeksi, asupan makan dengan status gizi balita usia 9-11 bulan. Desain penelitian yang digunakan *crosssectional study*, jumlah responden sebanyak 70 ibu yang diwawancara terkait variabel PMBA, pengetahuan gizi, status penyakit infeksi, asupan makan dan status gizi bayi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden penelitian 54,3% berjenis kelamin perempuan dan 58,7% berada pada usia (12-24 bulan). Status gizi subjek lebih banyak pada kategori gemuk dan obese yaitu 67,1%. Subjek yang memiliki kadar asam urat darah tinggi yaitu sebanyak 55,3% dan yang memiliki kadar asam urat normal yaitu sebanyak 44,7%.

Pola PMBA dengan status gizi responden berdasarkan BB/U tidak terdapat hubungan yang bermakna dimana nilai  $p\text{-value} > 0,05$ . Untuk pengetahuan ibu tentang PMBA didapatkan bahwa tidak berhubungan secara bermakna dimana nilai  $p\text{-value} > 0,05$ , demikian juga dengan status infeksi responden dan asupan energi keduanya tidak berhubungan secara bermakna dimana nilai  $p\text{-value} > 0,05$ .

Kata kunci : PMBA, Status Gizi, Pengetahuan Gizi, Status Infeksi

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN PENGESAHAN	i
SURAT KONTRAK PENELITIAN	ii
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
BAB 3. METODE PENELITIAN	36
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	38
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	41
BAB 6 LUARAN YANG DICAPAI	42
BAB 7 RENCANA TINDAK LANJUT DAN PROYEKSI HILIRISASI	44
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN (buktiluaran yang didapatkan)	48
- Artikel ilmiah (draft, status submission atau reprint)	
- HKI, publikasi dan produk penelitian lainnya	

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1. Keunggulan dan Kelemahan Antropometri .....	6
Tabel 2. Kelebihan dan Kekurangan Kuesioner .....	10
Tabel 3. AKG Energi kelompok bayi/ anak tahun 2013 .....	18
Tabel 4. AKG Protein Kelompok Bayi/Anak Tahun 2013 .....	19
Tabel 5. AKG Lemak Kelompok Bayi / Anak Tahun 2013 .....	20
Tabel 6. Pola Pemberian PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) .....	28
Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pola PMBA Pengetahuan Gizi Ibu, Status Penyakit Infeksi, Asupan Makan dan Status Gizi .....	38
Tabel 8. Hubungan Antara Pola PMBA, Pengetahuan Gizi , Status Penyakit Infeksi dan Asupan Makan dengan Status Gizi (BB/U) Responden .....	39
Tabel 9. Hubungan Antara Pola PMBA, Pengetahuan Gizi , Status Penyakit Infeksi, dan Asupan Makan dengan Status Gizi (BB/TB)/(BB/PB) Responden .....	40

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1. Buku Pedoman Food Picture .....	16
Gambar 2. Bagan Roadmap Penelitian .....	35
Gambar 3. Bagan Kerangka Konsep Penelitian .....	38

## BAB 1. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Masalah gizi pada hakikatnya merupakan bagian dari masalah kesehatan masyarakat, namun dalam hal menanggulanginya tidak dapat dilakukan hanya dengan melalui pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Masalah gizi saat ini memasuki masalah gizi ganda, dimana masalah gizi kurang masih belum teratasi dengan baik, sementara itu muncul lagi masalah gizi lebih.

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012. Jumlah penderita gizi kurang di dunia mencapai 104 juta anak dan keadaan gizi kurang masih menjadi penyebab sepertiga dari sepuluh penyebab kematian anak di seluruh dunia. Asia Selatan merupakan wilayah dengan prevalensi gizi kurang terbesar di dunia, yaitu sebesar 46% kemudian wilayah sub Sahara Afrika 28%, Amerika Latin 7% dan yang paling rendah terdapat di Eropa Tengah, Timur, dan Commonwealth of Independent States (CEE/CIS) sebesar 5%. UNICEF melaporkan sebanyak 167 juta anak usia pra-sekolah di dunia yang menderita gizi kurang (*underweight*) sebagian besar berada di Asia Selatan (Balitbang Kemenkes RI, 2013).

Di Indonesia terdapat berbagai masalah kesehatan dari bayi lahir sampai dengan dewasa, diantaranya masalah gizi kurang pada balita dengan berat badan menurut umum memberikan gambaran yang fluktuatif dari 18,4% pada tahun 2007, menurun menjadi 17,9% pada tahun 2010, kemudian meningkat lagi menjadi 19,6% pada tahun 2013. Sementara Pantauan Status Gizi (PSG) masalah gizi balita di Indonesia pada tahun 2016 dengan status gizi kurang yaitu 17,8%, stunting 17,5%, kurus 11,1% dan gemuk 4,3%. Pada tahun 2017 status gizi kurang yaitu sebanyak 17%, stunting 29,6%, kurus 9,5%, dan gemuk 4,6%.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 Status Gizi di DKI Jakarta , prevalensi gizi buruk dan gizi kurang sebesar 15%, status gizi sangat pendek dn pendek sebesar 17,7%, status gizi sangat kurus dan kurus sebesar 10,2%. Pola pemberian makan yang baik kepada anak adalah dengan memberikan makanan yang memenuhi kebutuhan zat gizi anaknya, seperti sumber energi yang terdapat pada nasi, umbi – umbian dan sebagainya. Sumber zat pembangun yaitu ikan, daging, telur, susu, kacang – kacangan serta zat pengatur seperti sayur dan buah terutama sayur berwarna hijau dan kuning yang banyak mengandung vitamin dan mineral yang berpearan pada proses tumbuh – kembang bayi

terutama agar bayi terhindar dari masalah gizi salah satunya yang berdampak pada stunting.

Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi bayi diantaranya adalah asupan makan, status infeksi, pengetahuan ibu mengenai PMBA, pendidikan ibu dan pola pemberian PMBA.

Masalah gizi yang menjadi perhatian utama dunia saat ini adalah anak balita pendek (*stunting*) Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 prevalensi balita stunting sebesar 37,4% artinya 3-4 diantaranya 10 balita di Indonesia mengalami stunting. Anak balita stunting tidak disebabkan oleh keturunan tetapi umumnya oleh kekurangan gizi dan atau mengalami sakit dalam waktu yang relatif lama, terutama pada usia seribu hari pertama kehidupan. Secara umum stunting pada seribu hari pertama kehidupan dapat menyebabkan daya tahan tubuh rendah, kecerdasan rendah, dan produktivitas rendah ketika dewasa. Untuk mengatasi stunting perlu dilakukan perbaikan gizi sejak janin dalam kandungan, pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, dan pemberian MP-ASI yang tepat mulai usia 6 bulan

Pemberian makanan yang cukup pada periode awal kehidupan merupakan hal yang vital bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak. Salah satu program pemerintah yang sedang dijalankan sekarang yaitu dengan adanya PMBA. Pemberian makan pada bayi dan anak atau sering disingkat dengan PMBA merupakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu sesuai dengan *Millenium Developments Goals* yang keempat dan kelima. Selain itu, program PMBA juga bertujuan meningkatkan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak di Indonesia (Kemenkes, 2010).

Masa bayi merupakan kelompok masyarakat rawan gizi dimana prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok tersebut. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) Kementerian Kesehatan 2013 menunjukkan kecenderungan prevelensi anak balita pendek 37,2%. Angka ini meningkat dibanding angka kasus berdasarkan Riskedas 2007 dan 2010 yang masing-masing sebesar 36,8% dan 35,6%. Demikian juga dengan kasus gizi kurang atau *underweight*, berturut-turut pada tahun 2007 sebesar 18,4%, 2010 sebesar 17,9% dan 2013 meningkat sebesar 19,6% (Kemenkes RI, 2013).

## **B. Rumusan Permasalahan**

Permasalahan tentang pemberian makanan anak dan bayi di wilayah desa pagelaran berdasarkan hasil survey menunjukkan masih rendahnya pemahaman ibu tentang

PMBA sebesar 27,6% terkait dengan turunnya status gizi bayi saat dilakukan penimbangan di posyandu.

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Hubungan Pemberian Makan Bayi Dan Anak (PMBA), Pendidikan Ibu, Pengetahuan Gizi Ibu, Status Penyakit Infeksi, Asupan Makan Dengan Status Gizi Balita Usia 9-11 Bulan Di Desa Pagelaran Kecamatan Pagelaran Pandeglang Banten.

### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap masyarakat dan puskesmas tentang bagaimana cara memberikan makanan pada bayi dan anak sesuai dengan usianya, sehingga masyarakat dan puskesmas memahami untuk terus meningkatkan pengetahuan dan cara agar status gizi bayi dan balita menjadi baik sesuai dengan umurnya.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Bayi**

#### **1. Definisi Bayi**

Bayi 0-11 bulan adalah masa dengan tingkat pertumbuhan paling tinggi dibanding masa-masa lainnya dalam kehidupan manusia . Pada masa tersebut mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan dengan sangat cepat apabila didukung dengan praktik pemberian makan yang tepat sesuai dengan usianya. Pada usia 9-11 bulan bayi sudah mulai diberikan MP-ASI.

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai usia 24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. ASI pun harus tetap diberikan kepada bayi, paling tidak sampai usia 24 bulan.<sup>1</sup> Peranan makanan tambahan bukan sebagai pengganti ASI tetapi untuk melengkapi atau mendampingi ASI. Hal ini dikarenakan ASI hanya mampu memenuhi duapertiga kebutuhan bayi pada usia 6-9 bulan, dan pada usia 9-12 bulan memenuhi setengah dari kebutuhan bayi

#### **2. Status Gizi Bayi**

##### **a. Definisi Status Gizi Bayi**

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2010). Sedangkan menurut Sediaoetama (2010) Status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilisasinya (penggunaannya).

Faktor yang berpengaruh terhadap status gizi adalah masalah sosial ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan dan lingkungan. Status gizi dipengaruhi juga oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi didalam tubuh. Bila tubuh memperoleh cukup asupan gizi dan digunakan secara efisien akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Supariasa, 2012).

Status gizi pada dasarnya merupakan keadaan kesehatan seseorang sebagai konsumsi gizi serta penggunaannya oleh tubuh. Konsumsi gizi ditentukan oleh tersedianya pangan, daya beli, perilaku manusia, sedangkan kemampuan tubuh untuk menggunakan zat-zat gizi ditentukan.

## **b. Metode Penilaian Status Gizi**

Penilaian status gizi adalah upaya menginterpretasikan informasi yang diperoleh melalui konsumsi makanan, penelitian laboratorium, antropometri dan klinis. Informasi tersebut digunakan untuk menentukan status gizi individu maupun kelompok sebagai akibat konsumsi makanan dan utilisasi zat gizi. Sistem penilaian status gizi dapat dilakukan melalui empat bentuk yaitu survey, surveilan, skrining, dan intervensi (Gibson, 2005 dalam Putri, 2012). Menurut Supriasa 2014 penilaian status gizi dapat dibagi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung.

### 1) Metode Langsung

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

#### a) Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi, antropometri adalah ukuran tubuh. antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain : berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan lemak di bawah kulit. Pengukuran antropometri pada balita menggunakan indeks BB/U, PB/ U atau TB/U, BB/PB atau BB/TB dan IMT/U. Antropometri sangat bermanfaat dalam dunia industri, namun ada kelebihan dan kekurangan dari penggunaan antropometri. Berikut ini adalah keunggulan dan kelemahan Antropometri yang di jelaskan dalam bentuk table

**Tabel 1. Keunggulan dan Kelemahan Antropometri**

Keunggulan Antropometri	Kelemahan Antropometri
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur yang digunakan sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel cukup besar.</li> <li>2. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli.</li> <li>3. Alat yang digunakan murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat.</li> <li>4. Metode ini tepat dan akurat.</li> <li>5. Umumnya dapat mengidentifikasi status buruk, kurang baik dan baik, karena sudah ada batasan yang jelas.</li> <li>6. Dapat digunakan untuk pencegahan kelompok yang rawan terhadap gizi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak sensitive yaitu tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat, tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu, misalnya Fe dan Zn.</li> <li>2. Faktor di luar gizi (penyakit, genetik dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri</li> <li>3. Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi akurasi, dan validitas pengukuran.</li> <li>4. Kesalahan terjadi karena: pengukuran, perubahan hasil pengukuran (fisik dan komposisi jaringan), analisis dan asumsi yang keliru. Sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat, kesulitan pengukuran.</li> </ol>

Sumber: Buku Penilaian Status Gizi edisi 2 tahun 2014

b) Prosedur Pengukuran Antropometri

(1) Prosedur Pengukuran Panjang Badan Dengan Papan Pengukur

Persiapan alat :

- (a) Pilih meja atau tempat yang datar dan rata, siapkan alat ukur panjang badan.
- (b) Lepaskan kunci yang berada di samping papan pengukur.
- (c) Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjukkan angka nol dengan skrup skala yang ada di bagian kaki balita.

- (d) Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar.
  - (e) Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjukkan angka nol.
  - (f) Geser kembali papan pengeser pada tempatnya.
- (2) Pelaksanaan Pengukuran Panjang Badan.
- (a) Telengkankan balita di atas papan pengukur dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak).
  - (b) Pastikan puncak kepala menempel pada bagian papan yang statis.
  - (c) Posisikan bagian belakang kepala, punggung, pantat dan tumit menempel secara tepat pada papan pengukur.
  - (d) Geser bagian papan yang bergerak sampai seluruh bagian kedua telapak kaki menempel pada bagian papan yang dapat digeser.
  - (e) baca dan catat panjang badan balita dari angka kecil ke angka besar.

Bersadarkan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak telah ditentukan ambang batas dari berbagai indeks untuk menentukan status gizi.

c) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (superficial epithelial tissues) seperti kulit, mata rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat. Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi.

d) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urin, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk

suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

e) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (epidemic of night blindness). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2) Metode Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga penilaian, yaitu: survey konsumsi makanan, statistic vital dan faktor ekologi. Pengertian dan penggunaan metode ini akan diuraikan sebagai berikut:

a) Survey Konsumsi

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

b) Statistic Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator penilaian tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

c) Faktor Ekologi

Pengukuran status gizi yang didasarkan atas ketersediaannya makanan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor ekologi. Tujuannya untuk mengetahui penyebab malnutrisi masyarakat. Supriasa mengungkapkan bahwa beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya.

### 3) Alat Pengumpulan Data

#### a) Pengertian Kuesioner

Menurut Dewa Ketut Sukardi (1983) adalah suatu bentuk teknik alam pengumpulan data yang dilakukan pada metode penelitian dengan tidak/wajib memerlukan kedatangan langsung dari sumber data. Menurut Bimo Walgito (1987) definisi kuesioner adalah daftar pertanyaan dalam penelitian yang diharuskan untuk dijawab oleh responden atau informan.

#### b) Tujuan Kuesioner

Tujuan pokok pembuatan kuesioner adalah mendapatkan data yang relevan dengan tujuan penelitian dan mendapatkan data dengan reliabilitas dan validitas yang setinggi mungkin.

#### c) Fungsi Kuesioner

Guna menggumpulkan informasi sebagai bahan dasar dalam rangka penyusunan catatan permanen. Guna menjamin validitas informasi sebagai bahan dasar dalam rangka penyusunan catatan permanen.

#### d) Jenis-Jenis Pertanyaan Program Bimbingan

Dalam kuesioner, pertanyaan-pertanyaan dibedakan menjadi dua yaitu :

##### i) Pertanyaan Tertutup (Closed Question)

Pertanyaan tertutup adalah pernyataan-pernyataan yang membatasi atau menutup pilihan-pilihan respons yang tersedia bagi responden. Responden hanya dapat memilih jawaban yang tertera pada kuesioner. Responden tidak dapat memberikan jawabannya secara bebas yang mungkin dikehendaki oleh responden yang bersangkutan. Umumnya jenis kuesioner ini digunakan apabila masalahnya telah jelas.

##### ii) Pertanyaan Terbuka (Open Question)

Pernyataan terbuka adalah jenis pertanyaan yang memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada responden untuk memberikan jawaban atau tanggapannya. Orang yang ingin mendapatkan opini biasanya menggunakan kuesioner jenis ini.

#### f) Petunjuk yang dapat digunakan untuk memilih bahasa dalam kuesioner adalah sebagai berikut

##### i) Gunakan bahasa responden kapanpun bila mungkin.

- ii) Usahakan kata-kata yang digunakan tetap sederhana. Bekerja dengan lebih spesifik lebih baik daripada ketidakjelasan dalam pilihan kata-kata. Hindari menggunakan pertanyaan-pertanyaan spesifik.
  - iii) Pertanyaan yang digunakan harus singkat.
  - iv) Jangan memihak responden dengan berbicara kepada mereka dengan pilihan bahasa tingkat bahwa.
  - v) Hindari bias dalam pilihan kata-katanya. Selain itu, hindari hindari juga bias dalam pertanyaan - pertanyaan yang menyulitkan.
  - vi) Berikan pernyataan kepada responden yang tepat, artinya orang-orang yang mampu merespon. Jangan berasumsi mereka tahu banyak.
  - vii) Sebelum menggunakannya, pastikan terlebih dahulu bahwa pertanyaan - pertanyaan tersebut secara teknis cukup akurat.
  - viii) Gunakan perangkat lunak untuk memeriksa apakah level bacaannya sudah tepat bagi responden.
- g) Berikut adalah tabel kelebihan dan kekurangan metode kuesioner.

**Tabel 2. Kelebihan dan Kekurangan Kuesioner**

Kelebihan Metode Kuesioner	Kekurangan Metode Kuesioner
1. Tidak membutuhkan kehadiran peneliti.	1. Responden sering tidak teliti, terkadang ada pertanyaan yang erlewatkan.
2. Mampu dibagikan secara bersama-sama kepada seluruh responden.	2. Responden sering tidak jujur meskipun anonim.
3. Waktunya fleksibel, tergantung waktu senggang responden.	3. Kuesioner sering tidak kembali apabila dikirim lewat pos atau jasa pengiriman lainnya.
4. Dapat dibuat anonim atau tanpa nama sehingga responden tidak malu dalam menjawab pertanyaan yang diajukan.	4. Responden dengan tingkat pendidikan tertentu kemungkinan kesulitan mengisi kuesioner.
5. Pertanyaan dapat distandarkan	

Sumber : Dewa Ketut Sukardi, 2002.

h) syarat membuat kuesioner yang baik

syarat-syarat yang harus dipenuhi guna membuat kuesioner yang baik adalah:

- i) pertanyaan dibuat dengan bahasa yang jelas dan tidak ambigu atau multitafsir.
- ii) Pertanyaan berkaitan dengan masalah yang hendak dipecahkan dalam penelitian, dan menggunakan bahasa yang baku yang mudah dipahami.
- iii) Banyak membaca jurnal yang berjudul tentang penelitian-penelitian dengan metode pengumpulan data menggunakan kuesioner.
- iv) Guna mendapatkan hasil yang lebih maksimal tidak ada salahnya sebagai peneliti yang memberikan kuesioner kepada responden memilih waktu yang tepat, dan usahakan jangan sampai mengganggu pihak responden.

i) Skala dalam kuesioner

j) Pengertian penskalaan

Penskalaan adalah proses menetapkan nomor-nomor atau simbol-simbol terhadap suatu atribut atau karakteristik yang bertujuan untuk mengukur atribut atau karakteristik tersebut.

ii) Bentuk skala pengukuran dibedakan menjadi 4 macam, yakni:

(1) Nominal

Skala nominal merupakan bentuk pengukuran yang paling lemah. Skala nominal berfungsi untuk mengklasifikasikan sesuatu. Pada umumnya semua analisis dapat menggunakan skala jenis ini guna mendapatkan jumlah total untuk setiap klasifikasi. Contoh skala nominal adalah : Apa jenis perangkat lunak yang paling sering anda gunakan ? 1 = Pengolah kata 2 = Spreadsheet 3 = Basis Data 4 = Program e-mail

(2) Ordinal

Skala ordinal hampir sama dengan skala nominal, yakni sama-sama memungkinkan dilakukannya klasifikasi. Perbedaan antara skala ordinal dan skala nominal adalah jika skala ordinal menggunakan susunan posisi. Skala jenis ini sangat berguna karena satu kelas lebih besar atau kurang dari kelas lainnya.

(3) Interval

Skala interval mempunyai karakteristik, yakni interval di antara masing - masing nomor adalah sama. Berkaitan dengan

karakteristik ini, operasi matematisnya bisa ditampilkan dalam data - data kuesioner, sehingga bisa dilakukan analisis yang lebih lengkap.

(4) Rasio

Skala rasio merupakan jenis skala yang paling jarang digunakan. Skala rasio hampir sama dengan skala interval dalam arti interval - interval di antara nomor diasumsikan sama. Skala rasio mempunyai nilai absolut nol.

i) langkah-langkah penyusunan angket atau kuesioner

berikut merupakan langkah-langkah penyusunan angket atau kuesioner.

(1) Menentukan tujuan pengamatan angket atau skala psikologis.

Skala psikologis yang penulis buat bertujuan untuk mengungkapkan variabel pengaruh bimbingan karir terhadap kemandirian siswa dalam memilih karir.

(2) Membuat kisi-kisi angket, yang meliputi indikator dan jumlah item pertanyaan atau pernyataan.

(3) Menentukan bentuk angket atau skala psikologis. Bentuk angket yang digunakan penulis adalah angket terstruktur.

(4) Membuat item pertanyaan skala psikologis dalam bentuk pilihan ganda dengan option dan skor.

a) Edema

i) Definisi edema

Pada umumnya edema berarti pengumpulan cairan berlebihan pada sela-sela jaringan atau rongga tubuh. Secara garis besar cairan edema ini dapat dikelompokkan menjadi edema peradangan atau eksudat dan edema non radang atau transudat. Sesuai dengan namanya eksudat timbul selama proses peradangan dan mempunyai berat jenis besar ( $>1,20$ ). Ciran ini mengandung protein kadar tinggi sedangkan transudat mempunyai berat jenis rendah ( $<1,15$ ) dan mengndung sedikit protein. Edema dapat bersifat umum dinamakan anasarka, yang timbul pembengkakan jaringan bawah kulit. Edema yang terjadi pada rongga seros tubuh diberi nama sesuai dengan tempat yang bersangkutan. Secara umum edema nonradang akan terjadi pada keadaan sebagai berikut:

(1)Peningkatan tekanan hidrostatik.

(2) Penurunan tekanan onkotik plasma.

(3) Obstruksi saluran limfe.

(4) Peningkatan permeabilitas kapiler.

Edema radang disebabkan oleh Peningkatan permeabilitas kapiler. Edema juga dapat terjadi akibat gangguan pertukaran natrium/keseimbangan elektrolit.

Edema dapat timbul akibat tekanan koloid osmotik plasma yang menurun atau tekanan hidrostatis kapiler yang meningkat. Tekanan osmotik plasma adalah tekanan yang mempertahankan cairan didalam pembuluh darah dengan cara menarik cairan dari ruang interstitial.

Tekanan hidrostatis adalah tekanan yang mendorong cairan dari plasma ke ruang interstitial. Tekanan osmotik plasma dapat berkurang akibat terjadinya kerusakan hepar seperti pada sirosis hati. Pada sirosis hepatis hati tidak dapat mensintesis protein, sedangkan protein terutama albumin sangat berperan dalam mempertahankan tekanan koloid osmotik plasma, sehingga pada sirosis hepatis dapat terjadi edema. Tekanan koloid osmotik plasma juga dapat berkurang pada sirosis nefrotik. Pada sindroma nefrotik, ginjal mengalami "kebocoran" sehingga albumin yang dalam keadaan normal tidak dapat diekskresi oleh ginjal, pada sindroma nefrotik akan terbuang bersama urin. Akibatnya kandungan albumin didalam plasma berkurang sehingga terjadi penurunan tekanan koloid osmotik plasma. Hal ini menyebabkan timbulnya edema. Tekanan hidrostatis kapiler dapat meningkat pada hambatan aliran darah vena seperti yang terjadi pada gagal jantung kongesif. Pada gagal jantung kongesif, tekanan darah vena meningkat yang diikuti dengan peningkatan tekanan hidrostatis kapiler. Cairan akan didorong dari plasma ke ruang interstitial sehingga cairan akan tertimbun di jaringan interstitial maka terjadilah edema.

b) Form recall 2x24 jam.

Menurut I Nyoman Supriasa (2001) beberapa metode pengukuran konsumsi makanan untuk individu, salah satunya adalah Metode Food recall 24 jam.

Prinsip dari metode recall 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Dalam metode ini, responden, ibu atau pengasuh (bila anak masih kecil) diminta untuk menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin). Biasanya dimulai sejak ia bangun pagi kemarin sampai dia istirahat tidur

malam harinya atau dapat juga dimulai dari waktu saat dilakukan wawancara mundur ke belakang sampai 24 jam penuh. Misalnya, petugas datang pada pukul 07.00 ke rumah responden, maka konsumsi yang ditanyakan adalah mulai pukul 07.00 (saat itu) dan mundur ke belakang sampai pukul 07.00, pagi hari sebelumnya.

Wawancara dilakukan oleh petugas yang sudah terlatih dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Hal penting yang perlu diketahui adalah bahwa dengan recall 24 jam data yang diperoleh cenderung lebih bersifat kualitatif. Oleh karena itu, untuk mendapatkan data kuantitatif, maka jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti dengan menggunakan alat URT (sendok, gelas, piring, dan lain-lain) atau ukuran lainnya yang biasa dipergunakan sehari-hari.

Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali (1x24 jam), maka data yang diperoleh kurang representatif untuk menggambarkan kebiasaan makanan individu. Oleh karena itu, recall 24 jam sebaiknya dilakukan berulang - ulang dan harinya tidak berturut - turut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali recall 24 jam tanpa berturut - turut, dapat menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu (Sanjur, 1997).

Langkah - langkah dalam pelaksanaan recall 24 jam antara lain:

- i) Petugas atau pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Dalam membantu responden mengingat apa yang dimakan, perlu diberi penjelasan waktu kegiatannya seperti waktu baru bangun, setelah sembahyang, pulang dari sekolah / bekerja, sesudah tidur siang dan sebagainya. Selain itu, dari makanan. utama, makanan kecil atau jajanan juga dicatat. Termasuk makanan yang dimakan di luar rumah seperti di restoran, di kantor, di rumah teman atau saudara.
- ii) Untuk masyarakat perkotaan konsumsi tablet yang mengandung vitamin dan mineral juga dicatat serta adanya pemberian tablet besi atau kapsul vitamin A. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram). Dalam menaksir / memperkirakan ke dalam ukuran berat (gram) pewawancara menggunakan berbagai alat bantu seperti contoh ukuran rumah tangga (piring, gelas, sendok dan lain-lain) atau model dari makanan (food model). Makanan yang dikonsumsi dapat dihitung dengan alat bantu ini atau dengan menimbang

langsung contoh makanan yang akan dimakan berikut informasi tentang komposisi makanan jadi.

- iii) Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM).
- iv) Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia.
- v) Agar wawancara berlangsung secara sistematis, perlu disiapkan kuesioner sebelumnya sehingga wawancara terarah menurut urutan waktu dan pengelompokan bahan makanan. Urutan waktu makan sehari dapat disusun berupa makan pagi, siang, malam dan snack serta makanan jajanan.
- vi) Pengelompokkan bahan makanan dapat berupa makanan pokok, sumber protein nabati, sumber protein hewani, sayuran, buah - buahan dan lain-lain.
- vii) Kendala penggunaan metode food recall 24 jam:
  - (1) Sulit menentukan takaran makan dari URT ke gram.
  - (2) Harus melakukan recall dengan cermat.
  - (3) Sangat bergantung pada daya ingat responden.
- viii) Kelebihan metode recall 24 jam.
  - (1) Mudah melaksanakannya serta tidak terlalu membebani responden.
  - (2) Biaya relatif murah, karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara.
  - (3) Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden.
  - (4) Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf.
  - (5) Dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari.
- ix) Kekurangan metode recall 24 jam.
  - (1) Tidak dapat menggambarkan asupan makan sehari-hari, bila hanya dilakukan recall satu hari.
  - (2) Ketepatannya sangat tergantung pada daya ingat responden. Oleh karena itu, responden harus mempunyai daya ingat yang baik, sehingga metode ini tidak cocok dilakukan pada anak usia di bawah 7 tahun, orang tua berusia di atas 70 tahun dan orang yang hilang ingatan atau orang yang pelupa.

- (3) The flat slope syndrom, yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak (over estimate) dan bagi responden yang gemuk cenderung melaporkan lebih sedikit (under estimate).
- (4) Membutuhkan tenaga atau petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat - alat bantu URT dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat.
- (5) Responden harus diberi motivasi dan penjelasan tentang tujuan penelitian.
- (6) Untuk mendapat gambaran konsumsi makanan sehari-hari recall jangan dilakukan pada saat panen, hari pasar, hari akhir pekan, pada saat melakukan upacara-upacara keagamaan, selamatan dan lain-lain.

c) Food picture / foto makanan



Gambar 1. Buku Pedoman Food Picture

Buku food picture atau foto makanan di susun sebagai salah satu alat bantu dalam survei konsumsi makanan untuk memperkirakan ukuran dan besar makanan / minuman yang di konsumsi terutama yang berdasarkan pada metode mengingat makanan yang di konsumsi selama 24 jam. Prinsip dari metode recall 2 x 24 jam dalam pengumpulan data konsumsi makanan adalah menanyakan makanan dan minuman yang di konsumsi responden pada hari kemarin, buku foto makanan bertujuan sebagai salah satu alat bantu pewawancara dalam memperkirakan besar dan berat ukuran makanan / minuman yang di konsumsi responden.

i) Alat tulis

Alat tulis adalah peralatan yang dipergunakan untuk menuliskan atau menorehkan tanda atau bentuk di atas suatu permukaan. Alat ini biasanya digunakan dengan menggunakan tangan dan mengandung zat pigmen untuk mewarnai permukaan. Permukaan yang biasa digunakan adalah permukaan berpori - pori untuk menyerap pigmen diantaranya adalah jenis kertas, plastik, kaca, kulit, kayu dan lain-lain. Ada berbagai macam jenis alat tulis kantor. Tapi secara umum dapat dikelompokkan sebagai berikut menurut kategorinya:

- (1) Kategori alat tulis. Termasuk didalamnya adalah pulpen, spidol, penggaris, penghapus, penanda (stabilo), rautan, dan lain-lain.
- (2) Kategori kertas. Termasuk di dalamnya continuous form, kertas foto, kertas print, kertas fax, dan lain-lain.
- (3) Kategori buku. Termasuk di dalamnya buku tanda terima, buku nota, buku surat jalan, buku quarto, buku tulis, kwitansi, buku kas, buku folio, buku ekspedisi, dan lain-lain.
- (4) Kategori file organizer (pengelola file), seperti rak surat susun, expanding file, business file, box kartu nama, box file, binder clip, dan lain-lain.
- (5) Peralatan kantor umum. Seperti stapler, perforator, kalkulator, cutter, caddy set, stempel, bak stempel, dan lain-lain

## **2. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Bayi 9-11 Bulan**

### **a. Asupan Makanan**

Asupan makanan adalah semua jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi tubuh setiap hari. Umumnya asupan makanan di pelajari untuk di hubungkan dengan keadaan gizi masyarakat suatu wilayah atau individu.

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ - organ, serta menghasilkan energy informasi ini dapat digunakan untuk perencanaan pendidikan gizi khususnya untuk menyusun menu atau intervensi untuk meningkatkan sumber daya manusia (SDM), mulai dari keadaan kesehatan dan gizi serta produktivitasnya. Mengetahui asupan makanan suatu kelompok masyarakat

atau individu merupakan salah satu cara untuk menduga keadaan gizi kelompok masyarakat atau individu bersangkutan.

Makanan harus mengandung energi dan zat gizi, seperti protein, lemak, karbohidrat, yang diperlukan tubuh untuk melaksanakan fungsinya, serta harus aman dikonsumsi.

#### 1) Energi

Energi merupakan salah satu hasil metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang berfungsi sebagai zat tenaga untuk metabolisme, pertumbuhan, pengaturan suhu dan kegiatan fisik. Setiap hari orang membutuhkan energy untuk mempertahankan hidup guna menunjang proses pertumbuhan dan melakukan aktivitas harian. Energi yang masuk melalui makanan harus seimbang dengan kebutuhannya, bila hal tersebut tidak tercapai maka akan terjadi pergeseran keseimbangan ke arah negatif atau positif. Keadaan berat badan seorang dapat digunakan sebagai petunjuk apakah seorang dalam keadaan seimbang, kelebihan atau kekurangan.

Balita dikatakan kekurangan asupan zat gizi (energi) apabila konsumsi energi < 70% AKG (Depkes 2005) kecukupan energi untuk balita perorang menurut kelompok umur dapat dilihat dari tabel dibawah ini.

**Tabel 3 AKG Energi kelompok bayi/ anak tahun 2013**

Kelompok umur	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)
0 - 6 bulan	6	61	550
7 - 11 bulan	9	71	725
1 - 3 tahun (12-36 bulan)	13	91	1125

**Sumber :** Kemenkes , 2013

## 2) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan salah satu zat gizi makro. Karbohidrat ada yang dicerna oleh tubuh sehingga menghasilkan glukosa dan energi, dan ada pula karbohidrat yang tidak dapat dicerna bagi manusia adalah untuk menyediakan energi bagi sel, termasuk sel-sel otak yang kerjanya tergantung pada suplai karbohidrat berupa glukosa.

- a) Adapun fungsi karbohidrat, yaitu:
  - i) Sebagai sumber utama bagi tubuh.
  - ii) Menurunkan risiko penyakit seperti penyakit jantung, obesitas, diabetes.
  - iii) Penentu indeks glikemik.

Kecukupan energi, kecukupan karbohidrat seseorang dipengaruhi oleh ukuran tubuh (berat badan), usia atau tahap pertumbuhan dan perkembangan, dan aktifitas fisik. Ukuran tubuh dalam arti masa otot yang semakin besar dan aktifitas fisik yang semakin tinggi berimplikasi pada kecukupan karbohidrat yang semakin tinggi.

## 3) Protein

### a) Pengertian Protein

Protein adalah makromolekul yang tersusun dari bahan dasar asam amino, di samping menyediakan asam amino esensial, protein juga mensuplai energi dalam keadaan energi terbatas dari karbohidrat dan lemak.

### b) Fungsi Protein

- i) Sebagai katalisator.
- ii) Sebagai pengangkut molekul lain seperti oksigen.
- iii) Mendukung secara mekanis sistem kekebalan tubuh.
- iv) Menghasilkan pergerakan tubuh.
- v) Sebagai transmittor gerakan syaraf dan mengendalikan pertumbuhan dan perkembangan.

**Tabel 4 AKG Protein Kelompok Bayi/Anak Tahun 2013.**

Kelompok umur	BB (kg)	TB (cm)	Protein (gram)
0 - 6 bulan	6	61	12
7 - 11 bulan	9	71	18
1 - 3 tahun	13	91	26

Sumber: Kemenkes , 2013

#### 4) Lemak

##### a) Pengertian Lemak

Molekul lemak terdiri dari unsur karbon (C), hidrogen (H), dan oksigen (O) seperti halnya karbohidrat. Lemak beredar di dalam tubuh dan diperoleh dari dua sumber yaitu dari makanan dan hasil produksi organ hati yang bisa disimpan di dalam sel-sel lemak sebagai cadangan energi (Madja, 2007). Konsumsi lemak sebanyak 15 - 30 % kebutuhan energi total dianggap baik untuk kesehatan. Jumlah ini memenuhi kebutuhan akan asam lemak esensial dan untuk membantu penyerapan vitamin larut lemak. Diantara lemak yang dikonsumsi sehari-hari dianjurkan paling banyak 10% dari kebutuhan energi total berasal dari lemak jenuh, dan 3 - 7% dari lemak tidak jenuh ganda.

##### b) Fungsi Lemak

- i) Menyediakan energy jangka panjang.
- ii) Memberikan rasa kenyang setelah makan.
- iii) Membantu pembuatan hormon.
- iv) Membentuk bagian otak dan system saraf.
- v) Membentuk membrane sel untuk setiap sel di dalam tubuh.
- vi) Mengangkut vitamin A, D, E, dan K keseluruh tubuh

**Table. 5 AKG Lemak Kelompok Bayi / Anak Tahun 2013.**

Kelompok umur	BB (kg)	TB (cm)	Lemak (gram)
0 - 6 bulan	6	61	34
7- 11 bulan	9	71	36
1-3 tahun	13	91	44

Sumber: Kemenkes, 2013

#### a. Status infeksi

##### 1) Definisi infeksi.

Penyakit infeksi merupakan penyebab paling utama tingginya angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) terutama pada negara-negara berkembang seperti halnya Indonesia. Penyakit infeksi merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya mikroba patogen (Darmadi, 2008).

Salah satu penyebab penyakit infeksi adalah bakteri (Radji, 2011). Bakteri yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi contohnya *Escherichia coli* dan *Bacillus subtilis*.

*Escherichia coli* merupakan flora normal yang terdapat dalam usus dan dapat menyebabkan penyakit serta bersifat patogen (Pratiwi, 2008). Penyakit infeksi yang disebabkan karena *Escherichia coli* seperti infeksi sistem saluran kencing dan diare. Tanda dan gejala infeksi saluran kencing meliputi frekuensi kencing, disuria, hematuria dan piuria (Jawetz *et al.*, 2005). Bakteri lainnya yang menyebabkan penyakit infeksi adalah *Bacillus subtilis*, jumlahnya yang banyak di dalam usus mampu menyebabkan diare yang ditularkan melalui kontaminasi makanan (Rahmaningsih *et al.*, 2012).

Scrimshaw (1968, 2003) mengemukakan interaksi sinergis antara gizi dengan infeksi. Dikemukakan bahwa kurang gizi sebagian besar diikuti dengan infeksi, dan sebaliknya. Infeksi akan mempengaruhi status gizi. Kurang gizi merupakan hasil interaksi antara penyakit dan kecukupan asupan gizi. Kekurangan gizi akan menurunkan daya tahan tubuh dan meningkatkan resiko dan meningkatkan infeksi. Ketidacukupan asupan gizi dapat menyebabkan kematian. Mekanisme dampak infeksi terhadap pertumbuhan dijelaskan sebagai berikut. Infeksi menurunkan asupan karena gangguan nafsu makan, mengganggu absorpsi zat gizi, menyebabkan kehilangan zat gizi, meningkatkan metabolisme dan katabolisme dan mengganggu transportasi zat gizi.

Penyakit infeksi yang sering di derita adalah penyakit diare, demam *tifoid*, demam berdarah, radang paru - paru. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit infeksi harus cepat didiagnosis agar tidak semakin parah. Penyakit infeksi merupakan penyakit menular yang mudah menyerang anak, karena anak belum mempunyai sistem imun yang baik. Penyakit infeksi pada anak akan mengganggu metabolisme yang membuat ketidakseimbangan hormon dan mengganggu fungsi imunitas. Jadi anak yang terkena infeksi yang berulang dan kronis akan mengalami gangguan gizi dan imunitas baik secara absolut maupun relative (Syamsul, 1999).

Diantara penyakit infeksi, diare merupakan penyebab utama gangguan pertumbuhan anak balita. Menurut Thomas *et al.* (1989) bahwa diare sering sebagai penyebab kemerosotan status gizi dan di pihak lain status gizi yang jelek dapat menambah lamanya sakit diare.

Penelitian Bangladesh dan Guatemala menunjukkan bahwa diare menyebabkan berkurangnya konsumsi makanan anak sekitar 20 - 40%. Disamping itu kebiasaan orang tua mencegah pemberian makanan pada anak yang menderita diare ikut memperburuk keadaan. Belum lagi akibat buruk gangguan penyerapan zat-zat gizi karena peristaltic usus yang meningkat dan malabsorpsi yang terjadi sewaktu diare ( Jalal dan sukirman, 1990).

Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam akhirnya akan menderita kurang gizi, demikian juga pada anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah dan dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi, yang dapat mengurangi nafsu makan dan akhirnya anak dapat menderita kurang gizi (Depkes RI, 2000).

## 2) Faktor yang mempengaruhi infeksi

Sejumlah faktor yang berperan dalam terjadinya infeksi dibagi menjadi 4, yaitu:

### a) Faktor intrinsic

*seperti umur, jenis kelamin, kondisi umum, resiko terapi, adanya penyakit lain, tingkat pendidikan dan lamanya waktu kerja.*

### b) Faktor ekstrinsik

*seperti dokter, perawat, penderita lain, bangsal atau lingkungan, peralatan, material medis, pengunjung / keluarga, makanan dan minuman.*

### c) Faktor keperawatan

*lamanya hari perawatan, menurunnya standar perawatan, padatnya jumlah penderita.*

### d) Faktor mikroba pathogen

Kemampuan invasi atau merusak jaringan, lamanya pemaparan.

## 3) Pengaruh kekurangan gizi terhadap infeksi

a) *fungsi vitamin A adalah untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi dan membantu pertumbuhan jaringan baru yang rusak jika anak yang mengalami defisiensi vitamin A, lebih mudah terserang penyakit karena mikro organisme pathogen mudah menyerang anak melalui kulit, saluran pernafasan dan saluran pencernaan.*

b) *kekurangan gizi menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah putih sehingga daya tahan tubuh menurun.*

c) *kondisi anak yang kekurangan gizi tidak memberikan respon normal terhadap infeksi, sehingga menyebabkan penyakit semakin parah, tingginya angka kematian akibat infeksi, dan proses penyembuhan menjadi lama.*

4) Pengaruh infeksi terhadap kekurangan gizi:

a) *Infeksi dapat menurunkan nafsu makan anak sehingga kecukupan gizi tidak terpenuhi. Jika berlangsung lama akan menyebabkan kekurangan gizi pada anak.*

b) *Infeksi menyebabkan anak sulit makan karena adanya luka di mulut, hidung tersumbat atau sulit bernafas. Hal ini dapat diatasi dengan pemberian makanan cair, tetapi ini mengurangi asupan zat gizi yang seharusnya.*

c) *Infeksi meningkatkan kebutuhan akan zat gizi.*

d) *Infeksi menyebabkan pemecahan jaringan otot dan lemak karena tubuh membutuhkan energy yang tinggi saat infeksi sedangkan asupannya kurang sehingga menyebabkan penurunan berat badan pada anak ( King & Burgess, 1995).*

b. **Pengahuan ibu tentang PMBA (Pemberian Makan pada bayi)**

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Yang berbeda sekali dengan kepercayaan (beliefes), takhayul (supersitition, dan penerangan-penerangan yang keliru (misinformation). (Soekanto, 2003). Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan merupakan hal yang sangat utuh terbentuknya tindakan seseorang (over behavior) (Notoadmojo, 2003).

1) Tingkat pengetahuan ibu

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif menurut Notoadmojo (2003) mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

a) Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali termasuk (recall) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan atau rangsangan yang telah diterima.

b) Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara luas.

c) Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi nyata

d) Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen - komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain

e) Sintesis (Syntesis)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian - bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengukuran penilaian dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden

g) pentingnya pengetahuan gizi terhadap konsumsi didasari atas tiga kenyataan:

i) status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan.

ii) setiap orang hanya akan cukup gizi yang diperlukan jika makanan yang dimakan mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, pemeliharaan, dan energy.

iii) ilmu gizi memberikan fakta - fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi.

Sebagian besar kejadian gizi buruk dapat dihindari apabila ibu mempunyai cukup pengetahuan tentang cara memelihara gizi dan mengatur makanan anak (Moehji, 1988).

Penelitian yang dilakukan Hermina (1992), menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi ibu maka semakin baik pula status gizi anaknya. Hasil yang sama ditemukan Husaini, dkk (1996) dalam Hermina (1992), yakni: dengan adanya peningkatan pengetahuan gizi ibu sesudah program intervensi berupa penyuluhan gizi dan pengobatan infeksi ternyata dapat menurunkan jumlah anak yang menderita gizi buruk dan angka kematian balita menurun.

Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan dan selanjutnya akan berpengaruh pada keadaan gizi yang bersangkutan (Hermina. dkk, 2011). Ibu yang memiliki pengetahuan tentang adanya makanan khusus tersebut serta mengusahakan agar makanan khusus tersebut tersedia untuk dikonsumsi anaknya cenderung mempunyai bayi atau anak dengan keadaan gizi baik (Jus`at, 1999). Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Yuliana, dkk (2004) yang menyatakan bahwa status gizi sangat dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang gizi.

Penelitian Kusnadi (2001), menemukan bahwa 44,6% balita yang mengalami kekurangan gizi, ternyata mempunyai ibu dengan pengetahuan gizi yang kurang juga. Semakin rendah pengetahuan ibu tentang gizi maka akan semakin buruk pula status gizi anaknya.

Ibu yang memiliki pengetahuan gizi dan kesadaran gizi yang tinggi akan melatih kebiasaan yang sehat sedini mungkin kepada putra dan putrinya. Anak-anak biasanya akan meniru apa yang dilakukan oleh orang tuanya. Bila anak melihat anggota keluarga mau makan apa saja yang dihidangkan ibu di meja makan maka anak pun akan ikut makan juga. Jelas ini penting dalam melatih kebiasaan anak makan makanan yang sehat (Suhardjo,1989)

Pemberian makanan sehat juga berpengaruh terhadap gizi seimbang Menurut Syarief (1992:46), keadaan gizi yang baik dapat dicapai dengan memperhatikan pola konsumsi pangan. Kesemuanya menentukan ukuran tinggi rendahnya pangan yang dikonsumsi. Biasanya belum ada kesadaran yang baik tentang kebutuhan gizi.

Makanan dikategorikan sebagai makanan sehat apabila dalam makanan tersebut terkandung unsur-unsur zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, tidak mengandung bibit penyakit dan racun. Pendapat lain dari Nuraini (2007:14) makanan yang sehat adalah makanan yang mempunyai nilai gizi yang cukup seimbang, serta tidak mengandung unsur yang dapat membahayakan atau merusak kesehatan.

### **c. Pendidikan Ibu**

Pendidikan merupakan proses pemberdayaan peserta didik sebagai subyek sekaligus objek dalam membangun kehidupan yang lebih baik. Pendidikan sangat berperan sebagai faktor kunci dalam meningkatkan sumber daya manusia. Pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan dan bantuan yang diberikan kepada anak, yang tertuju pada kedewasaan (Notoatmodjo S, 2008). Tingkat pendidikan ibu adalah jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh ibu sebagai bekal agar dapat mendidik anak - anaknya dengan baik dan benar (Notoadmodjo (2010:51).

Syamsul (1999) dalam Tarigan (2003) menyatakan bahwa rendahnya tingkat pendidikan pada keluarga khususnya ibu, memberikan suatu gambaran bahwa adanya keterbatasan sumber daya manusia dalam mengakses pengetahuan khususnya di bidang kesehatan untuk menerapkan dalam kehidupan keluarga terutama pada pengasuhan anak balita.

Faktor pendidikan turut pula menentukan cara memahani pengetahuan gizi. Dari kepentingan gizi keluarga pendidikan amat perlu agar lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Apriadi, 1986).

Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi, maka seseorang akan cenderung mendapatkan informasi, baik melalui orang lain maupun media masa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapatkan tentang kesehatan. Depkes RI (2006) dalam penelitian Devita Z (2012) juga mengemukakan bahwa pendidikan dasar dan lanjut (SD, SMP) memiliki pengetahuan dan kemampuan berpikir yang masih rendah, pendidikan menengah (SMA) memiliki pengetahuan yang cukup dan mempunyai pengalaman yang cukup daripada sebenarnya, pendididkan tinggi (PT) memiliki pengetahuan dan wawasan yang luas dan memiliki kematangan berpikir dan mudah menerima informasi.

### **d. Tujuan dan Manfaat PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak)**

Kegiatan untuk pencapaian kualitas tumbuh kembang anak yang optimal sudah diselenggarakan oleh pemerintah melalui program yang ada di posyandu salah satunya kegiatan PMBA. PMBA adalah suatu kegiatan yang diselenggarakan pemerintah untuk mengurangi status gizi buruk anak Indonesia. PMBA di

Indonesia dilakukan bertujuan untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan anak, dan meningkatkan tumbuh kembang serta kelangsungan hidup anak di Indonesia, khususnya untuk meningkatkan cakupan pemberian MPASI pada anak usia 6-24 bulan (Kemenkes RI. 2010).

Hal - hal yang harus diperhatikan terkait pemberian makanan bayi yaitu ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jenis, jumlah bahan makanan, dan cara pembuatannya. Kebiasaan pemberian makanan bayi yang tidak tepat, seperti pemberian makanan yang terlalu cepat atau terlambat, makanan yang diberikan tidak cukup dan frekuensi yang kurang berdampak terhadap pertumbuhan bayi (Sakti, dkk.,2013).

Pemberian Makan Bayi dan Anak atau sering disingkat dengan PMBA merupakan salah satu program pemerintah untuk menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu sesuai dengan Millenium Developments Goals yang keempat dan kelima. Selain itu, program PMBA juga bertujuan meningkatkan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang dan kelangsungan hidup xanak di Indonesia (Depkes, 2010).

Menurut *WHO* dan *UNICEF* tahun 2003 dalam penelitian Anis (2013) bahwa yang tercantum dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, *WHO* dan *UNICEF* merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan dalam praktik PMBA yaitu memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan ASI saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MPASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih.

Anak yang mendapatkan nutrisi yang adekuat tidak dapat dipastikan bahwa anak tumbuh dan berkembang dengan baik, apalagi jika nutrisi yang diterima anak tidak adekuat maka dapat menghambat anak mencapai derajat kesehatan yang optimal (Purwitasari, 2009). Menurut path, dll (2005) menyebutkan bahwa kebutuhan nutrisi anak bervariasi sesuai dengan status kesehata, pola aktivitas dan laju pertumbuhan anak. Semakin besar laju pertumbuhan anak, makan kebutuhan nutrisi anak semakin besar juga. Menilai pola pertumbuhan tentang kebutuhan

nutrisi dapat dibuat berdasarkan usia anak, meskipun pola pertumbuhan anak bersifat individual.

Pemberian makanan pendamping terlalu dini ataupun terlambat merupakan masalah yang umum yang sering terjadi di masyarakat. Pemberian variasi makanan pada anak sangat dibutuhkan karena anak memerlukan asupan nutrisi yang berbeda - beda. Selain praktek yang kurang tepat dalam pemberian makanan, kebiasaan masyarakat juga sangat berpengaruh. Adapun hal - hal yang harus diperhatikan dalam pemberian makan pada bayi dan anak yang meliputi usia anak, frekuensi pemberian makanan dalam sehari, jumlah pemberian makanan atau porsi untuk sekali makan, tekstur makanan, variasi makanan, memberikan makanan secara aktif / responsive pada anak dan selalu menjaga kebersihan (Sakti, dkk, 2013).

**e. Pola pemberian PMBA**

**Table 6. Pola Pemberian PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak).**

	USIA
	9 – 12 bulan
Jenis	ASI, sumber karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayuran, buah, dan taburia. 
Variasi	ASI (bayi disusui sesering yang diinginkan) + Makanan hewani (makanan lokal) + Makanan pokok (bubur, makanan lokal lainnya) + Kacang (makanan lokal) + Buah-buah / sayuran (makanan lokal) + Bubuk tabur gizi / Taburia. 
Bentuk	Makanan keluarga yang dicincang/ dicacah. Makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang. Makanan yang diiris - iris.

	
Frekuensi	3 - 4 kali perhari, diberikan 1- 2 kali selingan
Jumlah	Mulai dengan ½ sampai ¾ mangkuk berukuran 250 ml 

Sumber: Buku Panduan Fasilitator: Modul Pelatihan Konseling: Pemberian Makan Bayi Dan Anak 2014

#### f. Krisis Ekonomi

Dalam ekonomi, krisis adalah istilah lama dalam teori siklus bisnis, merujuk pada perubahan tajam menuju resesi. Sebagai contoh krisis ekonomi 1994 di Meksiko, krisis ekonomi Argentina (1999-2002), krisis ekonomi Amerika Selatan 2002, krisis ekonomi Kamerun. Krisis finansial bisa berupa krisis perbankan maupun krisis moneter.

Krisis ekonomi merupakan peristiwa di mana seluruh sektor ekonomi pasar dunia mengalami keruntuhan dan mempengaruhi sektor lainnya di seluruh dunia. Ini dapat kita lihat bahwa negara adidaya yang memegang kendali ekonomi pasar dunia yang mengalami keruntuhan besar dari sektor ekonominya. Bencana pasar keuangan akibat rontoknya perusahaan keuangan dan bank-bank besar di Negeri Paman Sam satu per satu, tinggal menunggu waktu saja. Bangkrutnya Lehman Brothers langsung mengguncang bursa saham di seluruh dunia

#### g. Kemiskinan, kurang pendidikan dan kurang keterampilan

##### 1) Kemiskinan

##### a) Pengertian Kemiskinan

Kemiskinan adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti pangan, sandang, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan yang layak.

Secara kuantitatif, kemiskinan merupakan suatu keadaan dimana taraf hidup manusia serba kekurangan atau “tidak memiliki harta beda. Sedangkan secara

kualitati, pengertian kemiskinan adalah keadaan hidup manusia yang tidak layak.

Kemiskinan sangat berhubungan dengan masalah kesejahteraan masyarakat dan menjadi tingkat minimum yang didapatkan berdasarkan standar hidup masyarakat di suatu negara. Kemiskinan sudah menjadi masalah global, dimana setiap negara memiliki anggota masyarakat yang berada di bawah garis kemiskinan.

b) Pengertian kemiskinan menurut para ahli

i) Hall dan Midgley

Menurut Hall dan Midgley pengertian kemiskinan adalah kondisi deprivasi materi dan sosial yang menyebabkan individu hidup di bawah standar kehidupan yang layak, atau kondisi di mana individu mengalami deprivasi relatif dibandingkan dengan individu yang lainnya dalam masyarakat.

ii) Faturachman dan Marcelinus Molo

Menurut Faturachman dan Marcelinus Molo, pengertian kemiskinan adalah ketidakmampuan seseorang atau beberapa orang (rumah tangga) untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

iii) Reitsma dan Kleinpenning

Menurut Reitsma dan Kleinpenning pengertian kemiskinan adalah ketidakmampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya, baik yang bersifat material maupun non-material

2) Kurang Pendidikan

a) Pengertian Pendidikan

Pendidikan adalah pembelajaran, pengetahuan, keterampilan, dan kebiasaan sekelompok orang melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian. Pendidikan tidak selalu dengan bimbingan orang lain. Contohnya seperti otodidak.

b) Pentingnya Pendidikan di Indonesia:

i) Karena akan mencerdaskan kehidupan bangsa dan negara.

ii) Karena akan membangun jiwa-jiwa yang kuat.

iii) Karena akan menumbuhkan kreativitas dan keterampilan dalam berdemokrasi

c) Kurangnya Pendidikan di Indonesia berpengaruh kepada generasi-generasi penerus bangsa.

- i) Kurangnya efektifitas pendidikan yaitu suatu pendidikan yang memungkinkan peserta didik untuk dapat belajar dengan mudah, menyenangkan dan dapat tercapai tujuan sesuai dengan yang diharapkan. Dengan demikian, pendidik dituntut untuk dapat meningkatkan keefektifan pembelajaran. Banyak orang yang beranggapan bahwa pendidikan formal itu hanya formalitas saja, hal itu lah yang menyebabkan efektifitas pengajaran di Indonesia sangat rendah.
- ii) Kurangnya Efisiensi Pengajaran yaitu bagaimana menghasilkan efektifitas dari suatu tujuan dengan proses yang lebih 'mudah'. Masalah efisiensi pengajaran di Indonesia adalah mahalnya biaya pendidikan, waktu yang digunakan dalam proses pendidikan dan mutu pegajar hal ini menyebabkan kurang efisiennya proses pendidikan di Indonesia.
- iii) Standar Pendidikan Pendidikan formal maupun informal terlihat standar dan kompetensi yang masih rendah.
- iv) Kurangnya sarana dan prasarana yaitu Banyak sekali sekolah dan perguruan tinggi kita yang gedungnya rusak, kepemilikan dan penggunaan media belajar rendah, buku perpustakaan tidak lengkap. Sementara laboratorium tidak standar, pemakaian teknologi informasi tidak memadai dan sebagainya.
- v) Kurangnya kualitas guru yaitu Keadaan guru di Indonesia juga amat memprihatinkan. Kebanyakan guru belum memiliki profesionalisme yang memadai untuk menjalankan tugasnya. Walaupun guru dan pengajar bukan satu - satunya faktor penentu keberhasilan pendidikan tetapi, pengajaran merupakan titik sentral pendidikan dan kualifikasi

### 3) Keterampilan

#### a) Pengertian Keterampilan

Keterampilan berasal dari kata terampil yang berarti cakap, mampu, dan cekatan. Iverson (2001) mengatakan keterampilan membutuhkan pelatihan dan kemampuan dasar yang dimiliki setiap orang dapat lebih membantu menghasikan sesuatu yang lebih bernilai dengan lebih cepat.

b) Menurut Robbins (2000) mengatakan keterampilan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu:

- i) *Basic Literacy Skill*: Keahlian dasar yang sudah pasti harus dimiliki oleh setiap orang seperti membaca, menulis, berhitung serta mendengarkan.
- ii) *Technical Skill*: Keahlian secara teknis yang didapat melalui pembelajaran dalam bidang teknik seperti mengoperasikan komputer dan alat digital lainnya.
- iii) *Interpersonal Skill*: Keahlian setiap orang dalam melakukan komunikasi satu sama lain seperti mendengarkan seseorang, memberi pendapat dan bekerja secara tim.
- iv) *Problem Solving*: Keahlian seseorang dalam memecahkan masalah dengan menggunakan logika atau perasaannya

#### **h. Pola Asuh Anak**

Menurut Slavin (dalam Hidayat, 2003) mengungkapkan bahwa pola asuh orangtua adalah pola perilaku yang digunakan orangtua untuk berhubungan dengan anak-anak.

Kohn (dalam Taty Krisnawaty, 1986: 46) menyatakan bahwa pola asuh merupakan sikap orangtua dalam berinteraksi dengan anak - anaknya. Sikap orangtua ini meliputi cara orangtua memberikan aturan - aturan, hadiah maupun hukuman, cara orangtua menunjukkan otoritasnya, dan cara orangtua memberikan perhatian serta tanggapan terhadap anaknya. Pola asuh merupakan suatu sistem atau cara pendidikan, pembinaan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain. Dalam hal ini adalah pola asuh yang diberikan orangtua / pendidik terhadap anak adalah mengasuh dan mendidiknya penuh pengertian. Dan yang mempengaruhi pola asuh yang diberikan orangtua / pendidik adalah lingkungan sosial internal dan eksternal.

#### **i. Pelayanan kesehatan**

##### **1) Pengertian pelayanan kesehatan**

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan ) dengan sasaran

masyarakat. Sedangkan Menurut Levey dan Loomba (1973), Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri / secara bersama - sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat..

Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama - sama dalam suatu organisasi dan ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

a) Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dibedakan atas dua, yaitu:

- i) Pelayanan kedokteran: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara Bersama - sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga
- ii) Pelayanan kesehatan masyarakat: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

#### **j. Ketidacukupan Persediaan Pangan**

Kerawanan pangan merupakan suatu kondisi ketidakcukupan pangan yang dialami daerah, masyarakat, atau rumah tangga, pada waktu tertentu untuk

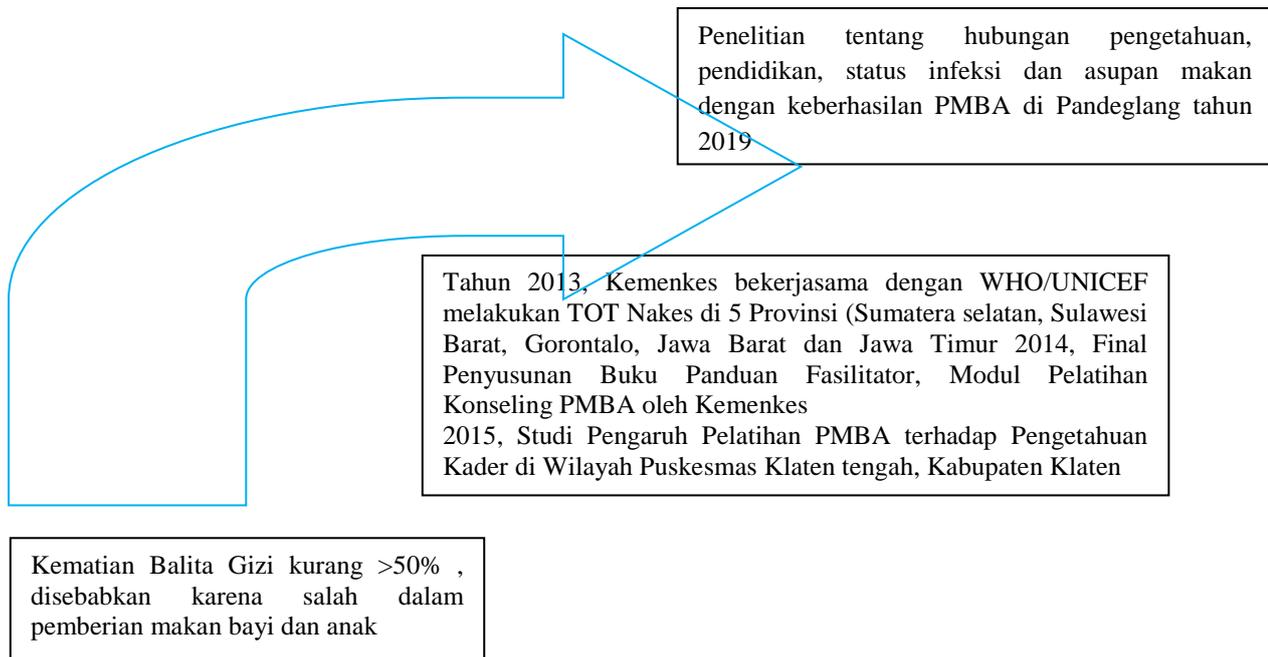
memenuhi standar kebutuhan fisiologis bagi pertumbuhan dan kesehatan masyarakat. Kerawanan pangan dapat terjadi secara berulang pada waktu - waktu tertentu (kronis) dan dapat pula terjadi akibat keadaan darurat seperti bencana alam maupun bencana sosial (transien) (Dewan Ketahanan Pangan, 2006). Sementara menurut Saliem et al. (2002) kerawanan pangan di tingkat wilayah maupun tingkat rumah tangga / individu merupakan kondisi tidak tercapainya ketahanan pangan di tingkat wilayah maupun rumah tangga / individu.

Oleh karena itu, membahas kerawanan pangan tidak terlepas dari konsep ketahanan pangan. Ketahanan pangan merupakan terjemahan dari food security, secara luas diartikan sebagai terjaminnya akses pangan bagi setiap individu untuk memenuhi kebutuhan pangannya agar dapat hidup sehat dan beraktivitas. Membahas ketahanan pangan (dan juga kerawanan pangan) pada dasarnya juga membahas hal-hal yang menyebabkan orang tidak tercukupi kebutuhan pangannya. Tidak tercukupinya kebutuhan pangan dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, distribusi, dan akses terhadap pangan.

Persediaan pangan yang cukup secara nasional maupun regional tidak menjamin adanya ketahanan pangan rumah tangga/individu. Studi Saliem et al. (2001) menunjukkan bahwa walaupun ketahanan pangan di tingkat regional (provinsi) tergolong tahan pangan terjamin namun di provinsi yang bersangkutan masih ditemukan rumah tangga yang tergolong rawan pangan dengan proporsi relatif tinggi. Dampak dari kerawanan pangan dan kekurangan gizi dapat terjadi pada semua umur, baik orang tua, dewasa, anak-anak, bayi maupun ibu hamil. Hasil analisis BPS (Ariani et al., 2007) menunjukkan lebih dari setengah jumlah kabupaten / kota di Indonesia memiliki prevalensi balita kurang gizi lebih dari 25 persen, sementara proporsi penduduk yang mengkonsumsi energi kurang dari 2.100 kkal/kap/hari sebesar 64 persen.

## ROADMAP PENELITIAN

Gambar 2. Bagan Roadmap Penelitian

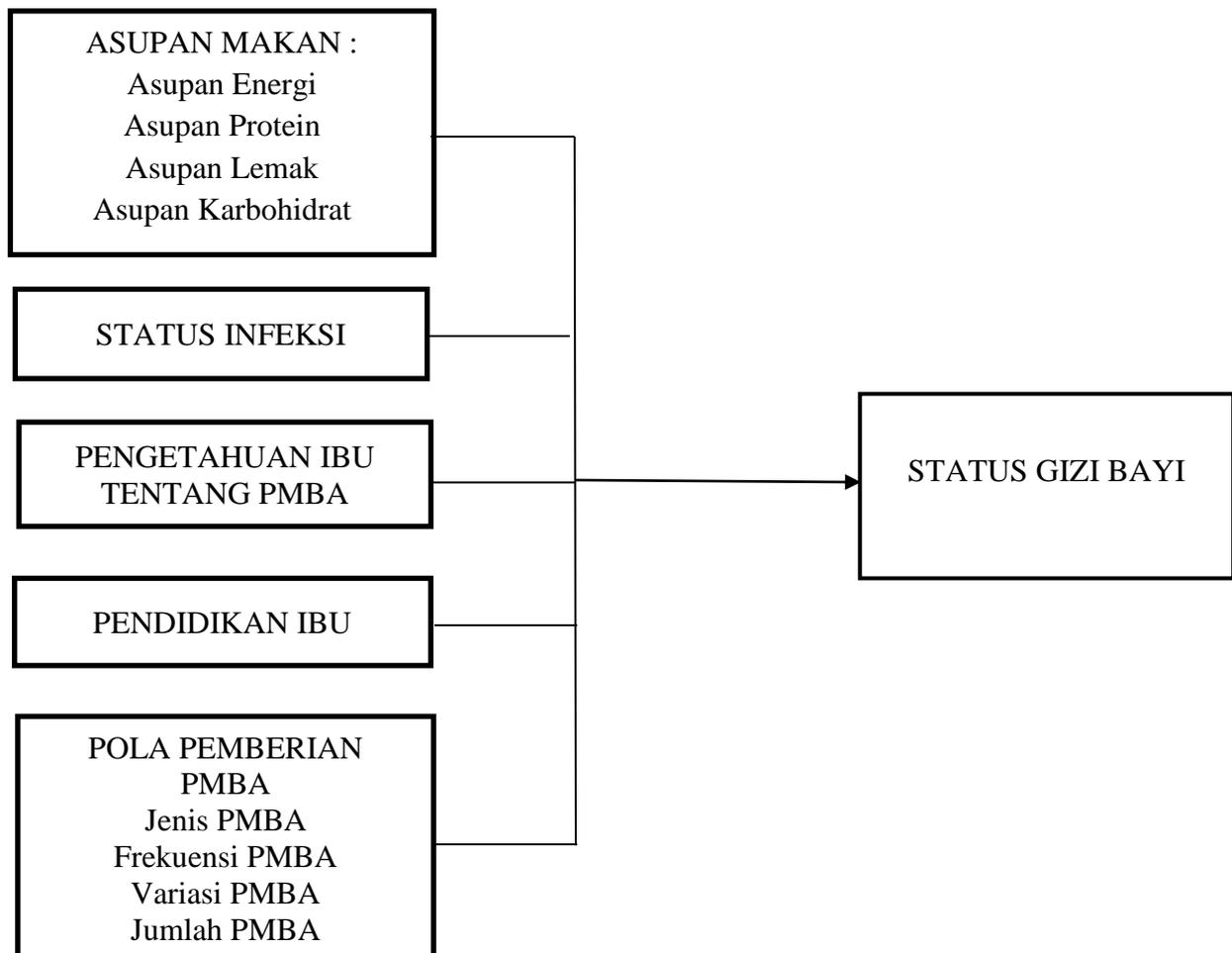


### BAB 3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2019, menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan populasi yaitu seluruh balita, usia 0 - 59 bulan berjumlah 3.616 balita di Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Pandeglang. Kegiatan yang dilakukan di Posyandu meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, penyuluhan gizi, imunisasi dasar yang semua dicatat dalam buku KIA yang salah satu isinya tentang kenaikan BB balita. Sampel dipilih dengan teknik *purposive sampling* bertujuan untuk memperoleh sampel yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu balita berusia 6 – 24 bulan, tidak mempunyai penyakit infeksi, berdasarkan hasil wawancara dan data responden di Posyandu Wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Pandeglang. Sampel dihitung dengan rumus besar sampel dua proporsi yaitu sejumlah 70 orang.

Data identitas balita, pengetahuan ibu, data status infeksi didapatkan dari pengisian kuesioner wawancara responden, data food recall 2x24 jam tanpa berturut-turut dilakukan dengan wawancara, data pola PMBA dilakukan dengan observasi ke rumah responden, data status gizi (BB/U), (TB/U) dan (BB/TB) didapatkan dari pengukuran antropometri yang dibantu oleh enumerator, tinggi badan menggunakan mikrotoa kapasitas 2 meter dengan tingkat ketelitian 0,1 cm dan berat badan ditimbang dengan menggunakan timbangan digital kapasitas 120 kg dan tingkat ketelitian 0,1 kg dibantu oleh enumerator. Kategori penilaian status gizi berdasarkan Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak.<sup>6</sup> Data yang terkumpul kemudian dilakukan tahap *editing*, *coding* dan *entry*. Analisis hubungan pola pemberian makan bayi dan balita, pengetahuan gizi, status infeksi, dan asupan makan dengan status gizi balita menggunakan uji *chi-square*.

Kerangka Konsep yang dikembangkan dari penelitian ini seperti bagan gambar di bawah ini



**Gambar 3. Bagan Kerangka Konsep Penelitian**

## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian seperti yang tertera pada Tabel 1 menunjukkan bahwa responden penelitian 54,3% berjenis kelamin perempuan dan 58,7% berada pada usia (12-24 bulan). Status gizi subjek lebih banyak pada kategori gemuk dan obese yaitu 67,1%. Subjek yang memiliki kadar asam urat darah tinggi yaitu sebanyak 55,3% dan yang memiliki kadar asam urat normal yaitu sebanyak 44,7%. Sedangkan, data konsumsi susu dan olahannya menunjukkan subjek yang sering mengonsumsi susu dan olahannya dalam penelitian ini yaitu sebanyak 52,6% dan 47,4% jarang mengonsumsi susu dan olahannya. Frekuensi konsumsi susu dan olahannya terdiri dari 2 kategori yaitu jarang apabila hasil skor <median skor dan sering apabila hasil skor = median skor, skor konsumsi susu didasarkan pada penggunaan skor 0-50, hal ini mengacu pada penelitian Nadimin tahun 2011.11 Skor 50 artinya mengonsumsi lebih dari satu kali perhari, skor 25 untuk sekali sehari, skor 15 untuk 4-6 kali dalam seminggu, skor 10 untuk 1-3 kali dalam seminggu, skor 1 untuk 1-3 kali dalam sebulan dan skor 0 jika tidak pernah. Selanjutnya skor *SQ-FFQ* setiap sampel dijumlah dan dihitung median skor. Distribusi frekuensi menunjukkan median skor konsumsi susu dan olahannya adalah 2 dan rata-rata skor adalah 10,14 dengan standar deviasi (SD) 13,29.

**Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pola PMBA, Pengetahuan Gizi Ibu, Status Penyakit Infeksi, Asupan Makan dan Status Gizi**

	n	%
<b>Usia</b>		
6 - 11 bulan	31	44,3
12 - 24 bulan	39	54,7
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	33	47,1
Perempuan	37	52,9
<b>Pola PMBA pada Makan Utama</b>		
Tepat	46	65,7
Tidak Tepat	24	34,3
<b>Pengetahuan Gizi Ibu</b>		
Baik	9	12,9
Kurang	61	87,1
<b>Status Penyakit Infeksi</b>		
Ada	36	51,4
Tidak Ada	34	48,6
<b>Asupan Makan</b>		
<b>Energi</b>		
Defisit dan Lebih	40	57,1
Cukup	30	42,9
<b>Protein</b>		
Defisit dan Lebih	44	62,9
Cukup	26	37,1
<b>Lemak</b>		
Defisit dan Lebih	38	54,3
Cukup	32	45,7
<b>Karbohidrat</b>		
Defisit dan Lebih	42	60
Cukup	28	40

**Status Gizi****BB/U**

Gizi Buruk, Gizi Kurang,dan Gizi Lebih	8	11,4
Gizi Baik	62	88,6

**TB/U atau PB/U**

Sangat Pendek, Pendek	12	17,1
Normal dan Tinggi	58	82,9

**BB/TB**

Sangat Kurus, Kurus dan Gemuk	16	22,9
Normal	54	77,1

**Tabel 8. Hubungan Antara Pola PMBA, Pengetahuan Gizi , Status Penyakit Infeksi, dan Asupan Makan dengan Status Gizi (BB/U) Responden**

	Status Gizi (BB/U)				Total		P-Value
	Gizi Buruk, Gizi Kurang,dan Gizi Lebih		Baik				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Pola PMBA</b>							0,075
Tepat	5	33,3	10	66,7	15	100	
Tidak Tepat	35	63,6	20	36,4	55	100	
<b>Pengetahuan Gizi Ibu</b>							0,341
Baik	7	11,5	54	88,5	61	100	
Kurang	1	11,1	8	88,9	9	100	
<b>Status Penyakit Infeksi</b>							0,711
Ada	5	13,9	31	86,1	36	100	
Tidak Ada	3	8,8	31	91,2	34	100	
<b>Asupan Makan Energi</b>							0,182
Defisit	2	18,2	9	81,8	11	100	
Cukup	1	3,3	29	96,7	30	100	
Lebih	5	17,2	24	82,8	29	100	

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa pola PMBA dengan status gizi responden berdasarkan BB/U tidak terdapat hubungan yang bermakna dimana nilai p-value > 0,05. Untuk pengetahuan ibu tentang PMBA didapatkan bahwa tidak berhubungan secara bermakna dimana nilai p-value > 0,05, demikian juga dengan status infeksi responden dan asupan energi keduanya tidak berhubungan secara bermakna dimana nilai p-value > 0,05.

**Tabel 9. Hubungan Antara Pola PMBA, Pengetahuan Gizi , Status Penyakit Infeksi, dan Asupan Makan dengan Status Gizi (BB/TB)/(BB/PB) Responden**

	Status Gizi (BB/TB)				Total		P-Value
	Sangat Kurus, Kurus dan Gemuk		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Pola PMBA</b>							0,094
Tepat	4	26,7	11	73,3	15	100	
Tidak Tepat	40	72,7	15	27,3	55	100	
<b>Pengetahuan Gizi Ibu</b>							1,000
Baik	15	24,6	46	75,4	61	100	
Kurang	1	11,1	8	88,9	9	100	
<b>Status Penyakit Infeksi</b>							0,284
Ada	9	25	27	75	36	100	
Tidak Ada	7	20,6	27	79,4	34	100	
<b>Asupan Makan Energi</b>							1,000
Defisit	2	18,2	9	81,8	11	100	
Cukup	6	20	24	80	30	100	
Lebih	8	27,6	21	72,4	29	100	

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa Pola PMBA dengan statusgizi yang sangat kurus, kurus dan gemuk dalam memberikan makan masih tidak tepat yakni sebesar 72,7 dengan hubungan yang tidak bermakna dimana nilai p-value > 0,05. Sedangkan untuk pemgetahuan gizi ibu, status penyakit infeksi dan asupan makan terkait dengan asupan energi semuanya tidak mempunyai hubungan yang bermakna dimana nilai p-value > 0,05.

## PEMBAHASAN

Meskipun tidak ada hubungan yang bermakna antara pola PMBA dengan status gizi responden tetapi pola PMBA yang dilakukan oleh responden masih kurang tepat dalam memberikan makan pada anak dan bayi yakni sebesar 64,6% hal membuktikan bahwa masih rendahnya responden dalam memahami pemberian makan sesuai dengan usianya. PMBA atau Pemberian Makanan Bayi dan Anak menurut Kamus Kesehatan yaitu Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), melakukan ASI Eksklusif, memberikan MP ASI mulai usia 6 bulan dan melanjutkan menyusui sampai 2 tahun atau lebih. Tujuan PMBA menurut Depkes (2010), adalah untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak di Indonesia.

Pengenalan jenis, tekstur dan konsistensi makanan, frekuensi dan jumlah harus secara bertahap. Beberapa hal penting yang berkaitan, antara lain : (Diet anak, 2016)

1. Mencoba makanan pertama kali bubur tepung beras yang diperkaya zat besi dianjurkan sebagai makanan pertama. Setelah bubur matang, diamkan sampai hangat baru ditambahkan ASI perah atau susu formula yang biasa diminum bayi.

2. Berikan makanan 1-2 sendok teh sesudah bayi minum sejumlah ASI dan susu formula. Bila bayi selalu menolak makanan baru, maka makanan diberikan sebelum ASI/formula.
3. Setiap jenis makanan diperkenalkan satu persatu dan pemberian diulang selama 2 hari agar bayi dapat mengenal rasa, aroma jenis makanan tersebut. Contoh bubur beras+daging dan sebagainya.
4. Mengenalkan makanan baru tidak cukup hanya 1-2 kali tetapi bisa sampai 10-15 kali sebelum dinyatakan memang tidak suka dengan makanan tersebut.
5. Selanjutnya jumlah makanan ditambah bertahap sampai jumlah yang sesuai atau yang dapat dihabiskan bayi.

## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Pola PMBA responden dalam memberikan makan tidak sesuai dengan usianya sebesar 34,3%, untuk pengetahuan gizi ibu yang kurang sebesar 87,1% , asupan energi yang defisit dan lebih sebesar 57,1%, asupan protein yang defisit dan lebih sebesar 62,9%, asupan lemak yang defisit dan lebih sebesar 54,3%, asupan karbohidrat yang defisit dan lebih sebesar 60%. Dari analisis uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pola PMBA dengan status gizi bayi, tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan status gizi bayi serta tidak ada hubungan antara asupan energi dengan status gizi bayi.

### **B. Saran**

Diperlukan suatu model pendampingan yang dilakukan oleh kader posyandu untuk memberikan pengetahuan tentang makanan yang diberikan responden kepada bayinya sesuai usia.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penelitian ini didanai melalui Hibah Penelitian dosen kerjasama antara Lemlitbang UHAMKA dengan LPPM STIKes Pertamedika tahun anggaran 2019.

## BAB 6. LUARAN YANG DICAPAI

### Jurnal

IDENTITAS JURNAL		
1	Nama Jurnal	Nutri-Sains (Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya)
2	Website Jurnal	<a href="http://journal.walisongo.ac.id/index.php/Nutri-Sains/author/saveSubmit/5">http://journal.walisongo.ac.id/index.php/Nutri-Sains/author/saveSubmit/5</a>
3	Status Makalah	Submitted/Review/Accepted
4	Jenis Jurnal	Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta-3
4	Tanggal Submit	16 April 2020
5	Bukti Screenshot submit	

df x Step 5. Confirming the Submission x faridi.ahmad71@gmail.com - Ya! x google translate - Penelusuran C x +

journal.walisongo.ac.id/index.php/Nutri-Sains/author/saveSubmit/5?articleId=5513

# Nutri-Sains

## Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya

Home About User Home Search Current Archives Announcements UIN Walisongo Journals Contact

Home > User > Author > Submissions > **New Submission**

**Step 5. Confirming the Submission**

1. START 2. UPLOAD SUBMISSION 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. CONFIRMATION

To submit your manuscript to Nutri-Sains: Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya click Finish Submission. The submission's principal contact will receive an acknowledgement by email and will be able to view the submission's progress through the editorial process by logging in to the journal web site. Thank you for your interest in publishing with Nutri-Sains: Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya.

**File Summary**

ID	ORIGINAL FILE NAME	TYPE	FILE SIZE	DATE UPLOADED
16417	JURNAL SINTA 3 NUTRI-SAINS UIN WALISONGO SEMARANG.DOCK	Submission File	27KB	04-16

ex.php/Nutri-Sains/about/editorialPolicies#custom-1

OPEN JOURNAL SYSTEMS

- Editorial Team
- Peer Reviewer
- Focus and Scope
- Section Policies
- Peer Review Process
- Open Access Policy
- Archiving
- Publication Ethics
- Online Submissions
- Author Guidelines

Not secure | journal.walisongo.ac.id/index.php/Nutri-Sains/author/saveSubmit/5

# Nutri-Sains

## Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya

Home About User Home Search Current Archives Announcements UIN Walisongo Journals Contact

Home > User > Author > Submissions > **Active Submissions**

**Active Submissions**

Submission complete. Thank you for your interest in publishing with Nutri-Sains: Jurnal Gizi, Pangan dan Aplikasinya.

- Active Submissions

01153

Google Crossref GARUDA MORAEP Dimensions

sinta

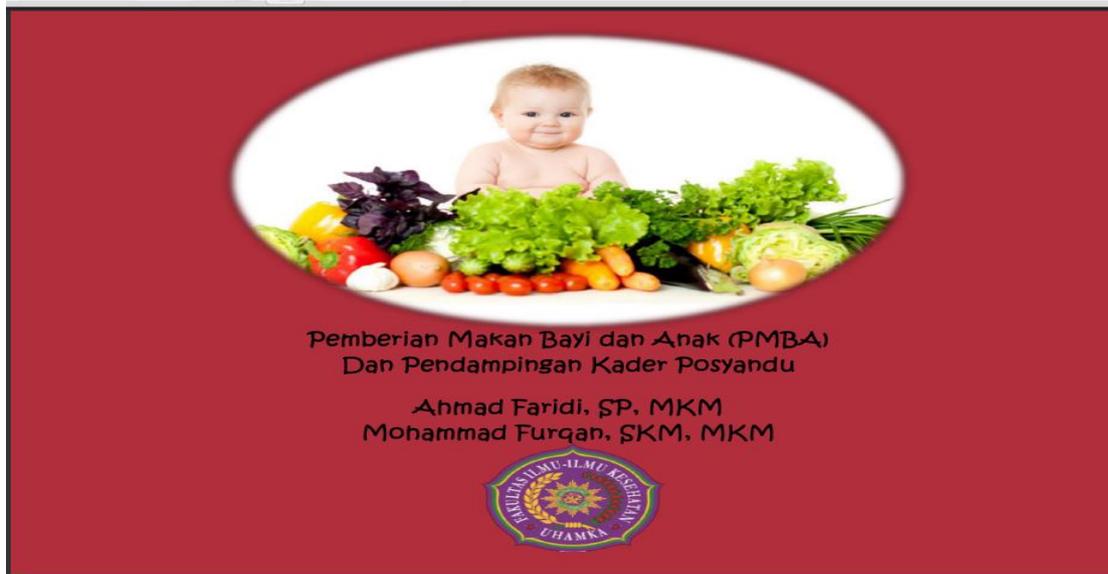
OPEN JOURNAL SYSTEMS

- Editorial Team
- Peer Reviewer
- Focus and Scope
- Section Policies
- Peer Review Process
- Open Access Policy
- Archiving
- Publication Ethics
- Online Submissions
- Author Guidelines

## LUARAN TAMBAHAN

### IDENTITAS HAK KEKAYAAN INTELEKTUAL

1	Nama Karya	Buku Panduan PMBA
2	Jenis HKI	Hak Cipta/ Hak Paten.
3	Status HKI	<b>Draft</b> /Submitted/Granted



## BAB 7. RENCANA TINDAK LANJUT DAN PROYEKSI HILIRISASI

Hasil Penelitian	<p>Pengembangan penelitian yang telah dilakukan terkait dengan pola pemberian makan bayi dan anak (PMBA) dengan status gizi bayi 9-11 bulan ini sesuai dengan program Kemenkes untuk menurunkan stunting pada usia dini (usia emas), program PMBA telah diluncurkan Pemerintah sejak tahun 2016 namun dalam pelaksanaannya masih banyak puskesmas dan masyarakat yang masih belum memahami tentang tata cara pemberian makan bayi dan anak yang sesuai dengan usianya sehingga bayi dan anak diberikan makanan yang tidak sesuai menyebabkan bayi dan anak menjadi rendah status gizi yang berakibat bayi dan anak tidak tumbuh dan kembang sesuai usianya atau pendek. Penelitian ini menunjukkan bahwa bayi di wilayah desa pagelaran ibu-ibu masih memberikan makan anaknya tidak sesuai dengan usianya ditambah dengan pengetahuan gizi ibu yang rendah menyebabkan asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat menjadi rendah.</p>
Rencana Tindak Lanjut	<p>Rencana hasil penelitian ini akan dikembangkan oleh peneliti untuk memberikan pelatihan dan penyuluhan gizi dengan cara melaksanakan pengabdian masyarakat memanfaatkan hasil penelitian yang telah ditemukan, yakni masih rendahnya pengetahuan ibu tentang PMBA, masih banyaknya ibu yang memberikan makan anaknya/bayi yang tidak sesuai dengan usianya, dari hal ini rencana tindak lanjut perlu dilaksanakan pelatihan bagaimana cara membuat makanan anak/bayi sesuai dengan usia serta memberikan penambahan pengetahuan gizi terhadap ibu. Melakukan kerjasama dengan puskesmas Pagelaran untuk mengembangkan program yang telah diluncurkan Pemerintah agar masyarakat di desa pagelaran dapat meningkat status gizinya dan asupan makan mulai dari energi, protein, lemak dan karbohidratnya serta konsistensi makan yang harus diberikan juga sesuai dengan usianya.</p>

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, Mewa. 2007. Penguatan Ketahanan Pangan Daerah Untuk Mendukung Ketahanan Pangan Nasional. Pusat Analisis dan Kebijakan Pertanian. Bogor
- Anis, Choiriah (2013) Pengaruh Kecerdasan Emosional, Kecerdasan Intelektual, Kecerdasan Spiritual, dan Etika Profesi Terhadap Kinerja Auditor Dalam Kantor Akuntan Publik. Skripsi : Fakultas ekonomi Universitas Padang.
- Buku Panduan Fasilitator: Modul Pelatihan Konseling: Pemberian Makan Bayi Dan Anak 2014
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2018. Laporan Nasional 2018. <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id>
- Depkes RI. 2010. Capaian Pembangunan Kesehatan Tahun 2011. Jakarta
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta; depkes RI.
- Dewan Ketahanan Pangan. 2006. Kebijakan Umum Ketahanan Pangan 2006-2009. Dewan Ketahanan Pangan RI. Jakarta.
- Darmadi, 2008. *Infeksi nosocomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta; depkes RI.
- Dewan Ketahanan Pangan. 2006. Kebijakan Umum Ketahanan Pangan 2006-2009. Dewan Ketahanan Pangan RI. Jakarta.
- Dewi Sartika , Syarif Husin , Fatmalina Febry. Maret 2011. Hubungan Pola pemberian Makanan Dengan Status Gizi Byi Usia 0-11 Bulan Di Kelurahan Indralaya Mulya Ogan Ilir . Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Vol. 2. Nomor 01
- Flora Honey Darmawan, Eva Nur Maya Sinta (2015). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap ibu Dengan Prilaku Pemberian MP-ASI Yang Tepat pada Bayi Usia 6-12 Bulan Di Desa Sekarwangi Kabupaten Sumedang . Jurnal Bidan "Midwife Journal" Volume 1, No. 2
- Hidayat, Alimul (2003). Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Edisi I. Jakarta: Salemba Medika.
- I Dewa Nyoman Bachtiar, Bachyar Bakri, Ibnu Fajar. 2001. *Penilaian status gizi*, Jakarta, Penerbit Buku kedokteran ECG

- Iverson. (2001). *Memahami Keterampilan Pribadi*. CV. Pustaka: Bandung
- Jalal, F dan soekirman (1990). *Pemanfaatan Antropometri sebagai Indikator Sosial ekonomi*. *Gizi Indonesia* 14 (2), 26-36.
- Kementrian Kesehatan Indonesia, 2010. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*, Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan, 2013. *Angka Kecukupan Gizi (AKG)*.
- Krisnawati, tati. 1986. *Studi Tentang Pengaruh Pola Asuhan Orang Tua Terhadap Perkembangan Remaja awal Murid-Murid SMP Negeri II Yogyakarta (Skripsi)*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM Yogyakarta.
- King FS, Burgess A. 1995. *Nutrition for developing countries*. New York: oxford University Press.
- Levey, Samuel and Loomba, Paul, 1973, *Health Care Administartion; "A Managerial Prespective"*. Dalam; Azwar, Azrul, 1996, *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, FKUI.
- Mahaputri Ulva Lestari, Gustina Lubis, Dian Pertiwi. 2014 *Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012*. *Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Mery Susanty, Mesri Kartika, Veni Hadju, Sri'ah Alharini. 2012. *Hubungan Pola Pemberian ASI dan MPASI dengan Gizi Buruk Pada Anak Usia 6-24 bulan di Kelurahan Pennampu Makassar*. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*.;1:97-103.
- Notoatmojo, Soekidjo, 2003, *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2008, *Metodologi penelitian Kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Henny Nuraini. 2007. *Memilih & Membuat Jajanan Anak yang Sehat & Halal*. Jakarta: Qultum Media
- Olivia Mangkat Nelly Mayulu Shirley E. S. Kawengian. Juli-Desember 2016. *Gambaran pemberian makanan pendamping ASi anak usia 6-24 bulan di Desa Mopusi Kecamatan Lolayan Kabupaten Bolaang Mongondow Induk*. *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, Volume 4, Nomor 2
- Purwitasari, D., dan Maryanti D., 2009. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Robbins. 2000. *Keterampilan Dasar*. PT. Raja Grafindo. Jakarta.

- Saliem, H. P., M. Ariani, Y. marisa, T. B. Purwantini. 2002. Analisis Kerawanan Pangan Wilayah dalam Perpektif Desentralisasi Pembangunan. Laporan Hasil Penelitian dan Pengembangan Sosial Ekonomi Pertanian. Bogor.
- Saliem, H. P., Lokollo, T.B. Purwaini, M. Ariani, dan Y. Marisa. 2001. Analisis Ketahanan Pangan Tingkat Rumah tangga dan Regional. Laporan Hasil Penelitian. Pusat Penelitian dan Pengembangan Sosial Ekonomi Pertanian. Bogor.
- Supariasa. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_. 2014. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: ECG.
- Sukardi, Dewa Ketut. 1987. Dasar-dasar Bimbingan dan Penyuluhan Di Sekolah Surabaya: Usaha Nasional.
- Syarif Hidayat. 1992. Membangun Sumber Daya Manusia Berkualitas: Suatu Telaah Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, IPB
- Widyawati1 , Fatmalina Febry , Suci Destriatania. Juli 2016. Analisis pemberian mp-asi dengan status gizi pada anak usia 12-24 bulan di wilayah kerja puskesmas lesung batu, empat lawang. Jurnal ilmu kesehatan masyarakat volume 7 nomor 02
- WHO. 2012. *Angka Kematian Bayi*. Amerika : WHO.

## LAMPIRAN –LAMPIRAN

### JURNAL NASIONAL TERKREDITASI SINTA-3 HUBUNGAN PMBA, PENGETAHUAN GIZI, ASUPAN MAKAN DAN STATUS PENYKIT INFEKSI DENGAN STATUS GIZI BALITA DESA PAGELARAN KECAMATAN PAGELARAN KABUPATEN PANDEGLANG BANTEN

*Relationship PMBA, Nutrition Knowledge, Food Intake and Infection Disease Status With Toddler  
Nutrition Status Pagelaran Village, Pandeglang Banten*

Mohammad Furqan<sup>1</sup>, Ahmad Faridi<sup>2</sup>, Eka Nana Susanti<sup>3</sup>, Alibbirwin<sup>4</sup>, Raflizar<sup>5</sup>

<sup>1,2</sup> Program Studi Gizi Fikes UHAMKA Jakarta, Indonesia

<sup>3</sup> Program Studi Pendidikan Ekonomi, FKIP UHAMKA Jakarta, Indonesia

<sup>4</sup> Program Studi Kesehatan Masyarakat Fikes UHAMKA Jakarta, Indonesia

<sup>5</sup> Litbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes Kemenkes,  
Indonesia

Email : ahmad.faridi@uhamka.ac.id

#### Abstract

*Nutritional status is determined entirely by the nutrients needed by the body and other factors that determine the amount of absorption and use of these substances. Other factors that influence nutritional status are PMBA pattern, nutritional knowledge, infection status and food intake. Objective to determine the relationship between infant and toddler feeding patterns, knowledge of nutrition, infection status and food intake with nutritional status of children in Pagelaran Village, Pagelaran District, Pandeglang Regency. Design of this study was cross sectional with respondents of all toddlers, ages 0 - 59 months. Result to PMBA pattern with nutritional status that is very thin, thin and fat in giving food is still not right that is equal to 72.7 with an insignificant relationship where the p-value > 0.05. As for the knowledge of maternal nutrition, the status of infectious diseases and food intake related to energy intake all do not have a significant relationship where the p-value > 0.05. The pattern of PMBA done by mothers is still not as expected, where the level of knowledge of mothers is still relatively low on how to feed children and babies*

**Keywords :** *PMBA pattern; Nutrition Knowledge; Infectious Disease Status; Food intake*

#### Abstrak

Status gizi ditentukan oleh sepenuhnya zat gizi yang diperlukan tubuh dan faktor lain yang menentukan besarnya kebutuhan penyerapan, dan penggunaan zat - zat tersebut. Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara pola pemberian makan bayi dan balita, pengetahuan gizi, status infeksi dan asupan makan dengan status gizi balita di Desa Pagelaran Kecamatan Pagelaran Kabupaten Pandeglang. Desain penelitian ini adalah cross sectional dengan responden seluruh balita, usia 0 - 59 bulan. Pola Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMB) dengan status gizi yang sangat kurus, kurus dan gemuk dalam memberikan makan masih tidak tepat yakni sebesar 72,7 dengan hubungan yang tidak bermakna dimana nilai p-value > 0,05. Sedangkan untuk pengetahuan gizi ibu, status penyakit infeksi dan asupan makan terkait dengan asupan energi semuanya tidak mempunyai hubungan yang bermakna dimana nilai p-value > 0,05. Pola PMBA yang dilakukan oleh ibu masih belum sesuai dengan yang diharapkan

dimana tingkat pengetahuan ibu masih tergolong rendah tentang cara pemberian makan pada anak dan bayi .

## PENDAHULUAN

Status gizi diartikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi. Status gizi sangat ditentukan oleh ketersediaan zat gizi dalam jumlah cukup dan dalam kombinasi waktu yang tepat di tingkat sel tubuh agar berkembang dan berfungsi secara normal. Status gizi ditentukan oleh sepenuhnya zat gizi yang diperlukan tubuh dan faktor lain yang menentukan besarnya kebutuhan penyerapan, dan penggunaan zat - zat tersebut (Triaswulan, 2012). Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 status gizi balita memiliki prevalensi berat-kurang (*underweight*) pada balita sebesar 17,7%, terdiri dari 3,9% gizi buruk dan 13,8% gizi kurang. Prevalensi berat-kurang masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka prevalensi berat-kurang nasional tahun 2019 yakni 17% (Riskesdas, Kemenkes RI, 2018)

Data World Health Organization (WHO) tahun 2012, Jumlah penderita gizi kurang di dunia mencapai 104 juta anak dan keadaan gizi kurang masih menjadi penyebab sepertiga dari sepuluh penyebab kematian anak di seluruh dunia. Asia Selatan merupakan wilayah dengan prevalensi gizi kurang terbesar di dunia, yaitu sebesar 46% kemudian wilayah sub Sahara Afrika 28%, Amerika Latin 7% dan yang paling rendah terdapat di Eropa Tengah, Timur, dan Commonwealth of Independent States (CEE/CIS) sebesar 5%. UNICEF melaporkan sebanyak 167 juta anak usia pra-sekolah di dunia yang menderita gizi kurang (*underwight*) sebagian besar berada di Asia Selatan (Riskesdas, Kemenkes RI, 2013).

Masalah gizi yang menjadi perhatian utama dunia saat ini adalah anak balita pendek (*stunting*). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 prevalensi balita stunting sebesar 37,4% artinya 3-4 diantaranya 10 balita di Indonesia mengalami stunting. Anak balita stunting tidak disebabkan oleh keturunan tetapi umumnya oleh kekurangan gizi dan atau mengalami sakit dalam waktu yang relatif lama, terutama pada usia seribu hari pertama kehidupan. Secara umum stunting pada seribu hari pertama kehidupan dapat menyebabkan daya tahan tubuh rendah, kecerdasan rendah, dan produktivitas rendah ketika dewasa. Untuk mengatasi stunting perlu dilakukan perbaikan gizi sejak janin dalam kandungan, pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, dan pemberian MP-ASI yang tepat mulai usia 6 bulan (Kemenkes 2013)

Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi balita diantaranya adalah pola pemberian makan bayi dan anak (PMBA), pengetahuan gizi, status infeksi, dan asupan makan. PMBA merupakan salah satu program pemerintah untuk menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu sesuai dengan *Sustainable Developments Goals (SDGs)* yang kedua dan keduabelas. Selain itu, program PMBA juga bertujuan meningkatkan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak di Indonesia. Penelitian yang dilakukan oleh Nindyna Puspasari dan Merryana Andriana tahun 2017 menunjukkan hubungan adanya hubungan antara pengetahuan ibu ( $p = 0,000$ ), asupan energi ( $p = 0,008$ ), asupan karbohidrat ( $p = 0,024$ ) dan asupan protein balita ( $p = 0,002$ ) dengan status gizi balita (BB/U). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pola pemberian makan bayi dan

balita, pengetahuan gizi, status infeksi dan asupan makan dengan status gizi balita di Desa Pagelaran Kecamatan Pagelaran Kabupaten Pandeglang.

## METODE

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2019, menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan sampel bayi 0 - 59 bulan berjumlah 70 orang di desa Pagelaran, Kecamatan Pagelaran Kabupaten Pandeglang. Kegiatan yang dilakukan di Posyandu meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, penyuluhan gizi, imunisasi dasar yang semua dicatat dalam buku KIA yang salah satu isinya tentang kenaikan BB balita. Sampel dipilih dengan teknik *purposive sampling* bertujuan untuk memperoleh sampel yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

Data identitas balita, pengetahuan ibu, data status infeksi didapatkan dari pengisian kuesioner wawancara responden, data food recall 2x24 jam tanpa berturut-turut dilakukan dengan wawancara, data pola PMBA dilakukan dengan observasi ke rumah responden, data status gizi (BB/U), (TB/U) dan (BB/TB) didapatkan dari pengukuran antropometri yang dibantu oleh enumerator, tinggi badan menggunakan mikrotoa kapasitas 2 meter dengan tingkat ketelitian 0,1 cm dan berat badan ditimbang dengan menggunakan timbangan digital kapasitas 120 kg dan tingkat ketelitian 0,1 kg dibantu oleh enumerator. Kategori penilaian status gizi berdasarkan Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak (Kemenkes RI, 2010). Data yang terkumpul kemudian dilakukan tahap *editing, coding* dan *entry*. Analisis hubungan pola pemberian makan bayi dan balita, pengetahuan gizi, status infeksi, dan asupan makan dengan status gizi balita menggunakan uji *chi-square*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian seperti yang tertera pada Tabel 1 menunjukkan bahwa responden sebesar 54,3% berjenis kelamin perempuan dan 58,7% berada pada usia (12-24 bulan). Status gizi responden sebagian besar pada kategori baik yakni sebesar 88,6% pada kategori BB/U, status gizi responden dengan kategori TB/U masih terlihat ada yang pendek sebesar 17,1% dan status gizi berdasarkan BB/TB didapatkan 22,9% berstatus gizi kurang. Responden dengan asupan energi defisit dan lebih sebesar 57,1%, asupan protein defisit dan lebih sebesar 62,9%, asupan lemak defisit dan lebih sebesar 54,3% dan asupan karbohidratnya defisit dan lebih sebesar 60%. Sedangkan, pola PMBA responden pada makanan utama sebagian besar sudah tepat dalam pemberian pada balita sesuai bentuk dan jenisnya sebesar 65,7%, Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sumaiyah (2008) yang mengatakan bahwa dalam pola pemberian makan pada balita sebagian besar berada dalam kategori baik sebesar 81,2 %, walaupun pengetahuan gizi pada responden masih sebagian besar kurang yakni sebesar 87,1%.

Hal ini diperkuat oleh Sunardi (2000) yang mengatakan bahwa pengetahuan dan peran ibu dalam membina makan sehat sangat dituntut demi mempertahankan pola pemberian makan yang benar pada anak. Makanan selingan anak perlu diperkenalkan sejak anak masuk kemakanan keluarga. Tentunya dipilih yang sesuai dengan usianya yaitu konsistensinya dan porsi. Kesehatan anak merupakan hal yang perlu diupayakan

secara serius oleh orang tua. Untuk itu diupayakan pengaturan pola pemberian makan yang tepat seimbang agar anak tetap sehat. Kesehatan anak dapat dicapai melalui upaya pemberian makan yang seimbang sesuai dengan kebutuhan gizinya. Makan seimbang yaitu makan sesuai komposisi bahan makanan yang dibutuhkan tubuh dalam porsi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak pada masing-masing usianya. Untuk status infeksi penyakit pada responden masih ditemui atau ada infeksi sebesar 51,4%

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pola PMBA, Pengetahuan Gizi Ibu, Status Penyakit Infeksi, Asupan Makan dan Status Gizi**

Variabel	n	%
<b>Usia</b>		
6 - 11 bulan	31	44,3
12 - 24 bulan	39	54,7
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	33	47,1
Perempuan	37	52,9
<b>Pola PMBA pada Makan Utama</b>		
Tepat	46	65,7
Tidak Tepat	24	34,3
<b>Pengetahuan Gizi Ibu</b>		
Baik	9	12,9
Kurang	61	87,1
<b>Status Penyakit Infeksi</b>		
Ada	36	51,4
Tidak Ada	34	48,6
<b>Asupan Makan Energi</b>		
Defisit dan Lebih	40	57,1
Cukup	30	42,9
<b>Protein</b>		
Defisit dan Lebih	44	62,9
Cukup	26	37,1
<b>Lemak</b>		
Defisit dan Lebih	38	54,3
Cukup	32	45,7
<b>Karbohidrat</b>		
Defisit dan Lebih	42	60
Cukup	28	40
<b>Status Gizi</b>		
<b>BB/U</b>		
Gizi Buruk, Gizi Kurang, dan Gizi Lebih	8	11,4
Gizi Baik	62	88,6
<b>TB/U atau PB/U</b>		
Sangat Pendek, Pendek	12	17,1
Normal dan Tinggi	58	82,9
<b>BB/TB</b>		
Sangat Kurus, Kurus dan Gemuk	16	22,9
Normal	54	77,1

**Tabel 2. Hubungan Antara Pola PMBA, Pengetahuan Gizi , Status Penyakit Infeksi, dan Asupan Makan dengan Status Gizi (BB/U) Responden**

	Status Gizi (BB/U)				Total	P-Value
	Gizi Buruk, Gizi Kurang, dan Gizi Lebih		Baik			
	n	%	n	%		
<b>Pola PMBA</b>						
Tepat	5	10,9	41	89,1	46	100
Tidak Tepat	3	12,5	21	87,5	24	100
<b>Pengetahuan Gizi Ibu</b>						
Baik	7	11,5	54	88,5	61	100
Kurang	1	11,1	8	88,9	9	100
<b>Status Penyakit Infeksi</b>						
Ada	5	13,9	31	86,1	36	100
Tidak Ada	3	8,8	31	91,2	34	100
<b>Asupan Makan Energi</b>						
Defisit dan lebih	7	18,2	9	81,8	11	100
Cukup	1	3,3	29	96,7	30	100
<b>Protein</b>						
Defisit dan lebih	3	7,3	41	92,7	44	100
Cukup	5	19,2	21	80,8	26	100
<b>Lemak</b>						
Defisit dan lebih	5	13,2	33	86,4	38	100
Cukup	3	9,4	29	90,6	32	100

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa pola PMBA dengan status gizi responden berdasarkan BB/U terdapat hubungan yang bermakna dimana nilai p-value (0,041). Untuk pengetahuan ibu tentang PMBA didapatkan bahwa ada berhubungan bermakna dimana nilai p-value (0,001), sedangkan status infeksi responden dan asupan energi keduanya tidak berhubungan bermakna dimana nilai p-value (0,443 dan 0,065), namun demikian untuk asupan protein mempunyai hubungan yang bermakna dimana nilai p-value (0,013) sedangkan untuk asupan lemak tidak bermakna dimana nilai p-valuenya (0,257). Ada hubungan yang bermakna antara pola PMBA dengan status gizi responden pada pola PMBA yang dilakukan oleh responden sudah tepat dalam memberikan makan pada anak dan bayi yakni sebesar 65,7% hal membuktikan bahwa responden telah memahami pemberian makan sesuai dengan usianya walaupun demikian terkait dengan tingkat pengetahuan gizi responden yang rendah juga ternyata berhubungan dengan status gizi balita. PMBA atau Pemberian Makanan Bayi dan Anak menurut Kamus Kesehatan yaitu Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), melakukan ASI Eksklusif, memberikan MP ASI mulai usia 6 bulan dan melanjutkan menyusui sampai 2 tahun atau lebih. Tujuan PMBA menurut Depkes (2010), adalah untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak di Indonesia.

Pengenalan jenis, tekstur dan konsistensi makanan, frekuensi dan jumlah harus secara bertahap. Beberapa hal penting yang berkaitan, antara lain : (Diet anak, 2016)

6. Mencoba makanan pertama kali bubur tepung beras yang diperkaya zat besi dianjurkan sebagai makanan pertama. Setelah bubur matang, diamkan sampai hangat baru ditambahkan ASI perah atau susu formula yang biasa diminum bayi.
7. Berikan makanan 1-2 sendok teh sesudah bayi minum sejumlah ASI dan susu formula. Bila bayi selalu menolak makanan baru, maka makanan diberikan sebelum ASI/formula.
8. Setiap jenis makanan diperkenalkan satu persatu dan pemberian diulang selama 2 hari agar bayi dapat mengenal rasa, aroma jenis makanan tersebut. Contoh bubur beras+daging dan sebagainya.
9. Mengenalkan makanan baru tidak cukup hanya 1-2 kali tetapi bisa sampai 10-15 kali sebelum dinyatakan memang tidak suka dengan makanan tersebut.
10. Selanjutnya jumlah makanan ditambah bertahap sampai jumlah yang sesuai atau yang dapat dihabiskan bayi.

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terdapat hubungan yang bermakna antara pola pemberian makan bayi dan anak (PMBA) dengan status gizi, tingkat pengetahuan gizi ibu dengan status gizi anak balita, namun untuk asupan energi dan lemak tidak berhubungan sedangkan asupan protein berhubungan dengan status gizi anak balita.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penelitian ini didanai melalui Hibah Penelitian dosen kerjasama antara Lemlitbang UHAMKA dengan LPPM STIKes Pertamedika tahun anggaran 2019.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI (2010) Riset Kesehatan Dasar, Litbangkes RI.  
 Fakultas Kedokteran UI. (2015). Penuntun Diet Anak. (S. S. Nasar, S. Djoko, S. B. Hartati, & Y. E. Budiwiarti, Eds.). Jakarta: Badan Penerbit FK UI.  
 Kementerian Kesehatan (2018). Riset Kesehatan Dasar Nasional (Riskesdas). Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI.  
 Kementerian Kesehatan (2013). Riset Kesehatan Dasar Nasional (Riskesdas). Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI.  
 Kementerian Kesehatan (2010) . Kepmenkes Nomor 1995 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.  
 Puspasari dan Andriani. Amerta Nutr 369-378 370. DOI : 10.2473/amnt.v1i4.369-378. 2017

- Sakti R, Hadju V, Rochimiwati SN. (2013). *Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak Usia 6-23 Bulan Di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar*. JMKMI.
- Sekretariat SDGs Indonesia (2017). Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia. Retrieved from BAPPENAS - Sekretariat SDGs di Indonesia. 2017
- Sholikah, A., Rustiana, E., Yuniastuti, A. (2017). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Di Pedesaan Dan Perkotaan*. Public Health Perspective Journal. Vol 2. No 1 Juni 2017. Hal 9-8. Diakses pada 2 Desember 2018.
- Sudarsih, Sri. (2014). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Tentang Status Gizi Balita Di Desa Jabon Kecamatan Mojoanyar Kabupaten Mojokerto*. Medica Majapahit. Vol 6. No. 1, Maret 2014. Diakses pada tanggal 13 Maret 2019.
- Suhardjo. (2005) *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Edisi ke-1. Jakarta: Bumi Aksara. hlm.5-
- Sumaiyah, (2008). Hubungan antara pola pemberian nutrisi dan perubahan berat badan pada balita di posyandu, Desa Putat, Tanggulangin. Tanggulangin : Politeknik Kesehatan Surabaya
- Sunardi, Tuti. (2000). Makanan sehat penggugah selera makan balita. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Triaswulan (2012). Buku Ajar Psikologi Perkembangan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

## LUARAN TAMBAHAN

### BUKU PEDOMAN PMBA (DRAFT)

