

PROPOSAL SKRIPSI
**PERBEDAAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN ZAT GIZI (KARBOHIDRAT,
PROTEIN DAN LEMAK) SERTA STATUS GIZI BALITA SEBELUM DAN
SESUDAH PEMBERIAN KONSELING MP – ASI DI DESA KROWE
KECAMATAN LEMBEYAN KABUPATEN MAGETAN**

Ittaq Amri Azalista

NIM: P17111245111



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN GIZI
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA
MALANG
2024
PROPOSAL SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN ZAT GIZI (KARBOHIDRAT,
PROTEIN DAN LEMAK) SERTA STATUS GIZI BALITA SEBELUM DAN
SESUDAH PEMBERIAN KONSELING MP – ASI DI DESA KROWE
KECAMATAN LEMBEYAN KABUPATEN MAGETAN**

Proposal Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Studi Sarjana Terapan Gizi Dan Dietetika

ITTAQ AMRI AZALISTA

NIM. P17111245111



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN MALANG

JURUSAN GIZI

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA

MALANG

2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ittaq Amri Azalista
NIM : P17111245111
Program Studi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Jurusan : Gizi
Judul Proposal Skripsi : Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi (Karbohidrat, Protein, Lemak) Serta Status Gizi Balita Sebelum Dan Sesudah Pemberian Konseling MP - ASI Di Desa Krowe Kecamatan Lembeyan Kabupaten Magetan

Dengan ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar karya saya dengan arahan dosen pembimbing dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang telah diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena proposal skripsi ini dan sanksi lain sesuai dengan peraturan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Malang.

Malang, November 2024

Yang Membuat Pernyataan



Ittaq Amri Azalista

NIM. P17111245111

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal skripsi

Nama : Ittaq Amri Azalista

NIM : P17111245111

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Malang, November 2024

Pembimbing



Tapriadi, SKM., M.Pd.
NIP. 196411071988121001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kesempatan dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan Proposal Skripsi dengan judul: “Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi (Karbohidrat, Protein, Lemak) Serta Status Gizi Balita Sebelum Dan Sesudah Pemberian Konseling MP - ASI Di Desa Krowe Kecamatan Lembeyan Kabupaten Magetan”. Tujuan dari penulisan Proposal Skripsi ini sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Studi DIV Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika.

Sehubungan dengan selesainya Proposal Skripsi, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Ibnu Fajar, SKM., M.Kes., RD. selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
3. Sutomo Rum Teguh Kaswari, SKM., M.Kes. selaku Ketua Program Studi DIV Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika, Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Tapriadi, SKM., M.Pd.. selaku dosen Pembimbing
5. Keluarga yang selalu memberi dukungan moril maupun material
6. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Proposal Skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa Proposal Skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik untuk penyempurnaan Proposal ini.

Malang, November 2024



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	5
C. TUJUAN PENELITIAN	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. MANFAAT PENELITIAN.....	6
1. Manfaat Teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis	6
E. KERANGKA KONSEP	7
F. PENJELASAN KERANGKA KONSEP	7
G. HIPOTESIS	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. LANDASAN TEORI	9
BAB III METODE PENELITIAN	
A. JENIS PENELITIAN	25
B. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN	25
C. POPULASI DAN SAMPEL	25
D. VARIABEL PENELITIAN	27
E. DIFINISI OPERASIONAL VARIABEL	27
F. INSTRUMEN PENELITIAN	29
G. PROSEDUR DAN INTERVENSI PENELITIAN.....	29
H. METODE PENGUMPULAN DATA	31
I. TEKNIK PENGOLAHAN, PENYAJIAN DAN ANALISIS DATA ...	31
DAFTAR PUSTAKA	32
LAMPIRAN.....	35

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Ambang batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Antropometri	13
Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Baduta	16
Tabel 2.3 Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi.....	16
Tabel 2.4 Pemberian MP – ASI Bayi dan Anak (Usia 6 – 23 Bulan)	20
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	28
Tabel 3.2 Pelaksanaan Intervensi.....	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Penjelasan Sebelum Penelitian (PSP).....	35
Lampiran 2. Persetujuan untuk Menjadi Responden	36
Lampiran 3. Formulir <i>Food Record</i> 2 x 24 jam.....	37
Lampiran 4. Instrumen Pemantauan Rution Praktik MP – ASI	39
Lampiran 5. Daftar 8 Kelompok Bahan Makanan	40

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tumbuh kembang anak yang optimal dimulai dari sejak berada di dalam kandungan hingga usia dua tahun yang disebut dengan periode emas atau biasa disebut dengan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Dalam periode ini anak mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat sehingga membutuhkan asupan gizi dengan kualitas dan kuantitas yang benar agar tumbuh kembang anak optimal. Apabila terjadi kekurangan zat gizi akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan pada seluruh organ dan system tubuh di masa yang akan datang (Puspasari dan Andriani, 2017).

Anak di Bawah Dua Tahun (BADUTA) berada pada masa peralihan dari ASI ke Makanan Pendamping ASI (MP – ASI). MP – ASI merupakan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi usia 6 -24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. MP – ASI bukan sebagai pengganti ASI melainkan sebagai pelengkap ASI. Dalam pemberian MP – ASI memerlukan pengenalan secara bertahap, disesuaikan dengan bentuk, jumlah porsi, usia dan kemampuan bayi. Selain itu dibutuhkan sanitasi dan hyienitas MP – ASI yang rendah dapat memungkinkan terjadinya kontaminasi mikroba sehingga dapat meningkatkan resiko atau infeksi lain pada bayi (Sulistyoningsih, 2011).

Pemberian MP – ASI mulai diberikan pada usia bayi 6 bulan, Dimana bayi lebih siap pencernaannya dan siap menerima makanan padat secara bertahap disbanding bayi usia kurang dari 6 bulan (Pratiwi dan Sofia, 2020). WHO menyatakan bayi berusia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan MP – ASI memiliki resiko 17 kali lebih besar terkena Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) dibandingkan dengan bayi yang mendapat ASI Eksklusif dan MP – ASI tepat waktu (Marita Selvia, 2018). Apabila MP – ASI tidak diberikan pada usia 6 bulan atau jika salah dalam pemberian maka akan menghambat pertumbuhan bayi, namun jika diberikan sebelum 6 bulan juga berdampak pada kegagalan pemberian ASI Eksklusif (Hidayatullah, 2021). Selain itu pemberian MP – ASI yang tidak tepat akan

mengakibatkan kekurangan asupan gizi yang berdampak anak akan mengalami gizi buruk yang pada akhirnya dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Resiko pemberian MP – ASI sebelum bayi 6 bulan juga mengakibatkan kenaikan berat badan terlalu cepat sehingga menimbulkan resiko obesitas, timbul alergi salah satu nutrisi pada kandungan makanan serta mendapat zat tambahan seperti garam nitrat yang dapat membahayakan (Ftriatun, 2018).

Makanan pendamping ASI yang baik meliputi makanan yang bervariasi guna memenuhi asupan zat gizi, terutama zat gizi mikro. Konsumsi buah dan sayur yang bervariasi sangat penting bagi anak karena makanan tersebut merupakan kelompok makanan sumber vitamin A. Makanan pendamping ASI yang bersumber dari nabati paling banyak dikonsumsi bayi usia 6-23 bulan, termasuk makanan yang terbuat dari sereal, buah dan sayur kaya vitamin A, hewani (daging unggas, daging sapi, telur dan ikan) sangat dianjurkan dimasukkan dalam makanan pendamping ASI (UNICEF dan Kemenkes, 2014).

MP – ASI yang diperoleh dengan kuantitas dan kualitas yang baik diperlukan peranan petugas Kesehatan untuk memberikan informasi mengenai konseling pemberian makanan yang baik untuk bayi usia 6 – 23 bulan kepada ibu, pengasuh, dan keluarga. Faktor penentu perubahan perilaku menurut teori Green (1980) menyebutkan bahwa faktor pendorong (*predisposing*), faktor pemungkin (*enabling*) dan faktor penguat (*reinforcing*). Pemberian MP – ASI yang tidak tepat sangat erat kaitannya dengan faktor internal dari ibu bayi dan faktor eksternal meliputi faktor budaya, peran tenaga Kesehatan yang kurang optimal serta peran keluarga. Sedangkan faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan, sikap, tindakan, pengetahuan, psikologis dan fisik dari ibu bayi.

Periode dua tahun pertama merupakan periode emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Pada kelompok anak usia 1-3 tahun umumnya banyak yang mengalami masalah gizi yang dikibatkan oleh pada masa tersebut batita belum mampu memilih dan mengkonsumsi makanan sesuai dengan kebutuhan (Soekirman, 2001). Peningkatan status kesehatan dan gizi pada bayi atau anak usia 0 – 24 bulan dapat dilakukan dengan pemberian makanan, hal tersebut

merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Upaya perbaikan gizi secara menyeluruh. Kurangnya pemahaman mengenai cara pemberian makan bayi dan anak, adanya kebiasaan yang merugikan kesehatan akan menyebabkan terjadinya masalah kurang gizi pada anak secara langsung maupun tidak langsung. Khususnya pada anak dibawah 2 tahun (Krisnatuti, et all, 2000).

Status Gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian terhadap tumbuh kembang anak di usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi pada masa emas bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih), sedangkan kekurangan gizi dapat mempengaruhi perkembangan otak anak (Marimbi, 2010). Menurut Supariasa pada tahun 2002, Status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat pemakaian penyerapan penggunaan makanan. Status gizi yang memuaskan dipengaruhi oleh makanan penuh gizi. Apabila terjadi kekurangan atau kelebihan zat gizi esensial pada makanan dalam jangka waktu yang lama disebut dengan gizi salah. Manifestasi gizi salah dapat berupa gizi kurang dan gizi lebih.

Status gizi bayi atau balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Penilaian status pada gizi bayi/balita dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri. Indikator yang diukur ada tiga macam, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indikator yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U). Berdasarkan standar baku nasional indeks BB/U terdiri dari gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk.

Masalah gizi pada balita merupakan masalah kesehatan pada masyarakat yang disebabkan banyak faktor, sehingga cara menanggulangnya tidak cukup dengan pemberian makanan saja. Masalah gizi di Indonesia diantaranya adalah *Stunting* (Pendek), *Wasting* (Gizi Kurang), *Underweight* (Berat Badan Kurang). *Stunting* atau pendek merupakan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlagsung lama, hal ini dipengaruhi oleh faktor kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan asupan makanan yang kurang dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek, indikator dari

stunting adalah TB/U atau tinggi badan menurut umur. *Wasting* atau gizi kurang adalah indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang singkat, hal ini dipengaruhi oleh wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang menyebabkan anak mengalami gizi kurang, indikator dari *wasting* adalah BB/PB, BB/TB atau berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan. Sedangkan *Underweight* atau berat badan kurang merupakan indikasi masalah gizi secara umum berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan, berat badan kurang dapat disebabkan karena masalah gizi kronis atau menderita penyakit infeksi (Buku Saku Nasional PSG, 2017 dan PMK No 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak).

Konseling gizi adalah interaksi antara klien dan konselor untuk mengidentifikasi permasalahan gizi yang terjadi dan mencari solusi untuk masalah tersebut (PERSAGI, 2013). Secara umum konseling mempunyai peranan yang sangat besar membantu klien dalam mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik (Supriasa, 2014). Menurut Kusumaningrum dan Pudjirahaju, (2019) konseling memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan gizi ibu dan pola makan balita.

Berdasarkan data SSGI tahun 2022 status gizi *stunting* (TB/U) Prevalensi masalah gizi berdasarkan hasil SSGI di Indonesia antara lain adalah gizi kurang, kurus, pendek dan kegemukan. Dari SSGI didapatkan balita gizi buruk dan gizi kurang (*wasting*) pada tahun 2022 sebesar 7,7%, prevalensi balita sangat kurus dan balita kurus (*underweight*) pada tahun 2022 sebesar 17,1%. Prevalensi masalah gizi *stunting* dikategorikan menjadi pendek dan sangat pendek yang menduduki masalah gizi utama sebesar 21,6 % sedangkan prevalensi kegemukan (*overweight*) sebesar 3,5 %.

Di Indonesia anak yang mendapatkan MPASI pada usia 6-23 bulan mencapai 52% dari target 100% (SSGI, 2021). Sedangkan pada hasil data SKI tahun 2023 melaporkan berdasarkan proporsi keragaman pangan minimal di wilayah Jawa Timur kategori MP – ASI beragam sebanyak 62% sedangkan kategori MP – ASI tidak beragam sebanyak 37,8%. Pada tahun

2023 di wilayah kabupaten Magetan pada bulan Juni persentase MP – ASI beragam sebesar 93,68 dan MP – ASI baik 92,05 %. Di wilayah kecamatan Lembeyan prosentase anak yang mendapatkan MPASI dengan kategori baik sudah mencapai target 86.97% dari target 80%, namun masih terdapat desa yang prosentase MPASI nya hanya mencapai 66,67% yaitu Desa Krowe dan 78.72% Desa Kediren. Oleh karena itu akan dilakukan penelitian di Desa Krowe yang persentase MP – ASI nya lebih rendah dibandingkan Desa Kediren.

B. RUMUSAN MASALAH

Apakah terdapat perbedaan tingkat konsumsi energy dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) serta status gizi (BB/U, TB/U dan BB/TB) bayi usia 6-23 bulan sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan tingkat konsumsi energy dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) serta status gizi (BB/U, TB/U dan BB/TB) bayi usia 6-23 bulan sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat konsumsi energy (protein, lemak, karbohidrat) sebelum pemberian konseling MP – ASI
- b. Mengetahui tingkat konsumsi energi (protein, lemak, karbohidrat) sesudah pemberian konseling MP – ASI
- c. Menganalisis perubahan energi dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI
- d. Mengetahui status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB) sebelum pemberian konseling MP – ASI
- e. Mengetahui status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB) sesudah pemberian konseling MP – ASI

- f. Menganalisis perubahan status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB) sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan tambahan wawasan terkait perbedaan tingkat konsumsi energy dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) serta status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB) sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI di desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan.

2. Manfaat Praktisi

a. Bagi Responden

Responden yang terlibat dalam pemberian konseling MP – ASI mendapatkan pengetahuan dalam pemberian MP – ASI yang tepat untuk bayi guna meningkatkan tingkat konsumsi energi dan zat gizi serta status gizi bayi

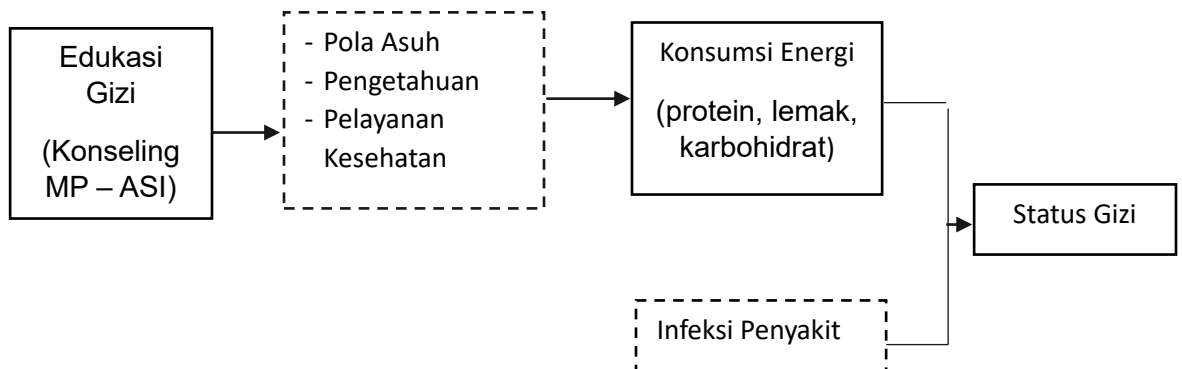
b. Bagi Petugas Gizi

Hasil penelitian digunakan untuk meningkatkan pengetahuan petugas gizi mengenai pemberian konseling MP – ASI yang tepat guna memperbaiki tingkat konsumsi dan status gizi pada bayi.

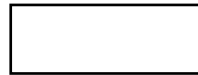
c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi landasan bagi peneliti selanjutnya dalam bidang yang sama atau terkait mengenai peningkatan tingkat konsumsi energi dan status gizi selain metode konseling MP – ASI.

E. KERANGKA KONSEP



Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

F. PENJELASAN KERANGKA KONSEP

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat konsumsi energi dan status gizi sebelum dan sesudah pemberian konseling MP – ASI di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan. Variabel penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan variabel independen. Variabel dependen pada penelitian ini adalah tingkat konsumsi energi dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) serta status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB). Variabel independen dari penelitian ini adalah konseling MP – ASI. Pemberian konseling MP – ASI berpengaruh terhadap pemberian MP – ASI yang tepat untuk bayi sehingga tingkat konsumsi energi dan status gizi bayi meningkat.

G. HIPOTESIS

1. Terdapat perbedaan tingkat konsumsi energi (protein, lemak, karbohidrat) sesudah pemberian konseling MP – ASI di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan
2. Terdapat perbedaan status gizi bayi (BB/U, TB/U, BB/TB) sesudah pemberian konseling MP – ASI di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. BADUTA

Baduta adalah istilah yang ditujukan untuk anak-anak di bawah usia dua tahun atau sekitar 0–24 bulan. (Depkes RI, 2006). Masa ini adalah waktu yang sangat penting karena merupakan masa yang digunakan menciptakan sumber daya manusia yang baik dan berkualitas tinggi. Secara umum, dua tahun pertama setelah kehamilan dan enam bulan setelah kehamilan disebut sebagai periode "keemasan," di mana sel otak dalam perkembangan dan pertumbuhan yang optimal. Kekurangan gizi pada usia ini dapat menyebabkan gagal tumbuh dan berdampak negatif di masa mendatang. (Hadi, 2005).

Anak balita sering terkena kekurangan gizi, sehingga sering disebut sebagai golongan rawan gizi. Selain berdampak langsung pada kesakitan, bahkan kematian kekurangan gizi juga berdampak pada pertumbuhan, perkembangan intelektual dan produktivitas, serta dapat menghambat perkembangan otak sehingga dapat mempengaruhi kecerdasan (Adisasminto, 2008).

Masalah gizi pada dasarnya adalah masalah yang muncul dalam kesehatan masyarakat. Obat-obatan dan layanan kesehatan saja bukan satu-satunya cara untuk menanganinya. Timbulnya masalah gizi juga disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor langsung seperti penyakit infeksi dan asupan pangan, sementara faktor tidak langsung seperti pelayanan kesehatan pola asuh ibu dan ketersediaan pangan di rumah. (Supariasa dkk, 2010).

2. STATUS GIZI

Status gizi merupakan keadaan gizi seseorang yang dapat dilihat untuk mengetahui apakah seseorang tersebut itu normal atau bermasalah (gizi salah). Gizi salah adalah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan dan atau keseimbangan zat-zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, kecerdasan dan aktivitas atau

produktivitas (Siswanto, 2001). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Bila tubuh memperoleh cukup zat gizi dan digunakan secara efisien maka akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2011). Untuk menentukan status gizi diperlukan ada Batasan-batasan yang disebut dengan ambang batas. Yang sering digunakan sebagai ambang batas antropometri yaitu WHO-NHCS. Berdasarkan Baku Harvard Status gizi dibagi menjadi empat yaitu (Supariasa, 2014):

- a. Gizi lebih (Over weight), termasuk kegemukan dan obesitas
- b. Gizi baik (well nourished)
- c. Gizi kurang (under weight) yang mencakup mild dan moderate PCM (Protein Calori Malnutrition)
- d. Gizi buruk untuk severe PCM, termasuk marasmus, marasmus-kwashiorkor, dan kwashiorkor

Status gizi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah pemberian MP – ASI. MP – ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Kemenkes RI, 2019).

3. PENILAIAN STATUS GIZI

Penilaian status gizi merupakan penjelasan yang berasal dari data yang diperoleh dengan menggunakan berbagai macam cara untuk menemukan suatu populasi atau individu yang memiliki risiko status gizi kurang maupun gizi lebih (Hartriyanti dan Triyanti, 2007). Penilaian status gizi secara antropometri mengacu kepada Standar Pertumbuhan Anak WHO 2005.

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran tubuh. Pengertian ini bersifat sangat umum. Pengertian dari

sudut pandang gizi telah banyak diungkapkan oleh para ahli. Antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, 2017).

Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain. Variabel tersebut adalah sebagai berikut :

a) Umur

Umur sangat memegang peranan dalam status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Kesalahan yang sering muncul adalah adanya kecenderungan untuk memilih angka yang mudah seperti 1 tahun; 1,5 tahun; 2 tahun. Oleh sebab itu penentuan umur anak perlu dihitung dengan cermat. Ketentuannya adalah 1 tahun adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan.

b) Berat badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan ini dinyatakan dalam bentuk indeks BB/U (Berat Badan menurut Umur) atau melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan, yang dalam penggunaannya memberikan gambaran keadaan kini. Berat badan paling banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, hanya saja tergantung pada ketetapan umur, tetapi kurang dapat menggambarkan kecenderungan perubahan situasi gizi dari waktu ke waktu.

c) Tinggi badan

Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita. Tinggi badan dinyatakan dalam bentuk Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur), atau juga indeks BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan) jarang dilakukan karena perubahan tinggi badan yang lambat dan biasanya hanya dilakukan setahun sekali. Keadaan indeks ini pada umumnya memberikan gambaran keadaan lingkungan yang tidak baik, kemiskinan dan akibat tidak sehat yang menahun. Berat badan dan tinggi badan adalah salah satu parameter penting untuk menentukan status kesehatan manusia, khususnya yang berhubungan dengan status gizi.

d) Indeks Antropometri

Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot. Indeks tinggi badan menurut umur adalah pertumbuhan linier dan LILA adalah pengukuran terhadap otot, lemak, dan tulang pada area yang diukur.

Tabel 2.1

Kategori Ambang batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Antropometri

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat Badan menurut Umur	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	< -3 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
(BB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Berat badan kurang (underweight)	-3 SD sd < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	< -3 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD sd < -2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	< -3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (obese)	> +3 SD

4. TINGKAT KONSUMSI

Tingkat konsumsi zat gizi adalah perbandingan zat gizi yang dikonsumsi dengan kecukupannya atau rata-rata intake zat gizi kedalam tubuh seseorang per hari dibandingkan dengan kecukupan.

a. Energi

Manusia membutuhkan energi untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan, dan melakukan aktivitas fisik. Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak dan protein yang ada di dalam

bahan makanan (Almatsier, 2002). Energi merupakan zat yang sangat esensial bagi manusia dalam menjalankan metabolisme basal, melakukan aktivitas, pertumbuhan, dan pengaturan suhu. Kecepatan pertumbuhan fisik pada masa remaja merupakan fase tercepat kedua setelah pertumbuhan bayi, sehingga dibutuhkan asupan energi yang cukup pada masa remaja (Rachmayani et al., 2018). Menurut (Almatsier, 2007), masing-masing zat gizi memiliki komposisi tersendiri terhadap pemenuhannya menjadi energi. Karbohidrat memberikan asupan 60-75% dari jumlah energi total, protein memberikan asupan 10-15% dari kebutuhan energi total sedangkan lemak memberikan asupan 10-25% dari kebutuhan energi total. Berdasarkan angka kecukupan gizi AKG kebutuhan energi untuk remaja berusia 16 – 18 tahun yaitu sebanyak 2100 kkal perorang perhari.

b. Protein

Protein merupakan mineral makro yang memiliki fungsi sebagai sumber energi, zat pembangun tubuh, dan zat pengatur di dalam tubuh (Rachmayani et al., 2018). Sumber protein yang diperlukan tubuh sebagai zat pengatur terdapat dua macam, yaitu protein nabati dan protein hewani. Selain digunakan sebagai pengatur, protein dalam tubuh juga digunakan sebagai sumber energi apabila energi yang diperlukan oleh tubuh tidak terpenuhi. Bahan makanan sumber protein banyak terkandung pada telur, susu, daging, unggas dan kerang. Selain sumber hewani terdapat juga dalam protein nabati seperti tempe, tahu dan kacang – kacangan.

c. Karbohidrat

Karbohidrat memegang peranan penting dalam alam karena merupakan sumber energi utama bagi manusia dan hewan yang harganya relative murah. Sumber karbohidrat berasal dari tumbuh-tumbuhan dan hanya sedikit yang berasal dari makanan hewani. (Almatsier, Sunita. 2000) Karbohidrat berfungsi sebagai sumber energi utama didalam tubuh serta memudahkan dalam pemberian

bentuk kepada makan merupakan fungsi karbohidrat dalam makanan. Kebutuhan karbohidrat diperhitungkan akan fungsinya sebagai penghasil energi. Jadi yang menjadi pangkal ialah jumlah kalori yang diperlukan tubuh. (Soediaetama,A.2000).

d. Lemak

Lemak adalah salah satu sumber energi yang sangat penting dibutuhkan khususnya manusia guna melakukan aktivitas sehari – hari. Manusia mempunyai tubuh yang membutuhkan kadar lemak yang seimbang. Hal ini untuk membuat agar cadangan energi tetap ada. Akan tetapi, jika lemak yang terdapat di dalam tubuh melebihi batas normal maka akan mengalami obesitas yang pada akhirnya akan menimbulkan berbagai macam jenis penyakit.

e. Kebutuhan Energi dan Zat Gizi

Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2019 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kebutuhan energi dan zat gizi baduta telah ditetapkan berdasarkan kelompok umur yang berfungsi sebagai panduan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) setelah usia 6 bulan.

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Baduta

Kelompok Umur	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
6 - 11 bulan	800	15	35	105
1 – 3 tahun	1350	20	45	215

Sumber : Permenkes Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia

f. Perhitungan Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Tingkat konsumsi didapatkan dengan cara menghitung konsumsi energi dan zat gizi rata-rata dari baduta selama 2 x 24 jam kemudian dirata-rata dihitung dengan rumus:

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{rata-rata asupan energi}}{\text{kebutuhan energi per hari}} \times 100\%$$

Kemudian hasil tingkat konsumsi energi dan zat gizi digolongkan menjadi beberapa kategori berdasarkan Depkes RI (1996).

Kategori tingkat konsumsi energi dan zat gizi disajikan pada Tabel 2.3

Tabel 2.3 Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Kategori	Tingkat Konsumsi (%)
Diatas Angka Kecukupan	> 120
Normal	90 – 119
Defisit Tingkat Ringan	80 – 89
Defisit Tingkat Sedang	70 – 79
Defisit Tingkat Berat	< 70

Sumber: Depkes RI (1996) dalam Supriasa (2014).

5. EDUKASI

a. Pengertian Edukasi

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) edukasi adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Menurut Fitriani (2011), edukasi atau pendidikan merupakan pemberian pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui pembelajaran, sehingga seseorang atau kelompok orang yang mendaapat pendidikandapat melakukan sesuai yang diharapkan pendidik, dari yang tidak tahu menjadi tahu dan dari yang tidak mampu mengatasi kesehatan sendiri menjadi mandiri. Menurut WHO (2008) Pendidikan kesehatan adalah proses meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan individu maupun masyarakat dengan membuat mereka peduli terhadap pola perilaku dan pola hidup yang dapat mempengaruhi kesehatan. Edukasi adalah suatu proses usaha memberdayakan perorangan, kelompok, dan masyarakat agar memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan, yang dilakukan dari, oleh, dan masyarakat sesuai dengan faktor budaya setempat (Depkes RI, 2012).

b. Tujuan Edukasi

Menurut Chayatin, Rozikin, dan Supradi (2007) terdapat tiga tujuan utama dalam pemberian edukasi kesehatan agar seseorang itu mampu untuk: 1) Menetapkan masalah dan kebutuhan yang mereka inginkan. 2) Memahami apa yang mereka bisa lakukan terhadap masalah kesehatan dan menggunakan sumber daya yang ada. 3) Mengambil keputusan yang paling tepat untuk meningkatkan kesehatan

c. Metode Edukasi

Menurut Notoatmodjo (2012), berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode edukasi diantaranya adalah metode berdasarkan pendekatan perorangan yaitu berupa bimbingan penyuluhan dan wawancara, metode berdasarkan pendekatan kelompok yang terbagi menjadi kelompok besar dan kelompok kecil. Kelompok besar yaitu satu kelompok yang jumlah pesertanya lebih dari 15 orang. Metode yang baik dalam kelompok ini adalah ceramah dan seminar. Metode ceramah merupakan metode yang disampaikan seorang pembicara didepan sebuah forum yang dilakukan secara lisan sehingga kelompok sasaran dapat memperoleh suatu informasi yang disampaikan. Sedangkan seminar merupakan suatu kelompok yang dibuat untuk bersama-sama membahas suatu permasalahan yang ingin diselesaikan yang dipimpin oleh seseorang yang ahli dibidangnya. Kelompok kecil merupakan suatu metode dalam edukasi kesehatan dengan jumlah peserta kurang dari 15 orang. Konseling gizi adalah interaksi antara klien dan konselor untuk mengidentifikasi permasalahan gizi yang terjadi, dan mencari solusi untuk masalah tersebut. Konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik gizi, serta dapat meningkatkan status gizi pada anak. Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor dan klien guna membantu klien mengenali dan mengatasi masalah gizi. Pengasuh atau ibu berperan penting dalam terbentuknya pola perilaku makan

balita, sehingga diharapkan terjadi perubahan tingkat konsumsi setelah dilakukan konseling.

b. DEFINISI MP – ASI

MP – ASI merupakan makanan tambahan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan bayi usia 6-23 bulan untuk memenuhi kebutuhan selain dari ASI. MP – ASI merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan semi padat hingga makanan keluarga. Dalam pemberian MP – ASI diberikan secara bertahap baik jumlah maupun frekuensi (Hanindita, 2021). Kebutuhan nutrisi setelah bayi usia 6 bulan semakin bertambah seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi dikarenakan produksi ASI semakin menurun dan tidak dapat memenuhi semua kebutuhan gizi pada bayi, oleh karena itu makanan pendamping ASI sangat berperan penting dalam pemenuhan gizi dan nutrisi pada anak (Aprilia, 2020). Pemberian MP – ASI yang tidak tepat secara kualitas dan kuantitasnya juga akan berdampak pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan apabila tidak segera diatasi (Mutalib, 2014).

c. TUJUAN PEMBERIAN MP – ASI

Makanan pendamping ASI melengkapi kebutuhan gizi yang tidak dapat dipenuhi oleh ASI saja. Selain itu juga untuk mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai bentuk dan rasa serta melatih bayi untuk mengunyah dan menelan makanan (Utami, 2019). Pemberian MP – ASI selain bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan zat gizi anak, namun juga menyesuaikan kemampuan alat cerna bayi dalam menerima makanan tambahan serta suatu proses Pendidikan pada anak untuk membiasakan selera makan (Maharani, 2022). Selain itu Pemberian MP -ASI juga dapat mengembangkan keterampilan oromotor bayi yaitu mengunyah dan menelan, mencegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang sekaligus mempertahankan status gizi baik pada bayi dan anak (Siswanto, 2010) selain itu pemberian MP – ASI dapat menciptakan

bonding dalam keluarga dan memberikan pengalaman sosial yang positif pada bayi.

d. SYARAT PEMBERIAN MP – ASI

WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2003 men rekomendasikan mengenai pemberian MP – ASI yang dimulai pada usia genap 6 bulan sambil melanjutkan ASI sampai usia 24 bulan. MP – ASI yang baik harus memenuhi beberapa persyaratan yaitu tepat waktu, bergizi lengkap, cukup dan seimbang, aman serta diberikan dengan cara yang benar. WHO pada tahun 2003 merekomendasikan agar pemberian MP – ASI memenuhi 4 syarat sebagai berikut:

1). Tepat waktu artinya MP – ASI diberikan saat ASI Eksklusif sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi.

2). Adekuat artinya MP – ASI memiliki kandungan energi, protein dan mikronutrien yang dapat memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien bayi sesuai dengan usianya.

3). Aman artinya MP – ASI disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis

4). Tepat cara pemberian artinya mengikuti prinsip *responsive feeding* yg menerapkan pemberian MP – ASI dengan memperhatikan sinyal lapar dan kenyang bayi.

Syarat yang harus dipenuhi dalam pemberian MP – ASI adalah memiliki komposisi sesuai dengan kebutuhan bayi ,meliputi zat gizi makro (energy, protein dan lemak) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral), MP – ASI harus memiliki nilai gizi tinggi, mudah dicerna dan diabsorbsi hiegienis dan mudah disiapkan (Nurmayanti, 2015).

Tabel 2.4 Pemberian MP – ASI Bayi dan Anak (Usia 6 – 23 Bulan)

Usia	Frekuensi	Porsi	Tekstur	Kategori MP - ASI
6 – 8 bulan	2 – 3 x makan 1 – 2 x selingan	2 – 3 sdm bertahap hingga ½ mangkok berukuran 250 ml (125 ml)	Makanan dibuat dengan disaring (makanan lumat dan kental)	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan

Usia	Frekuensi	Porsi	Tekstur	Kategori MP - ASI
9 – 11 bulan	3 – 4 x makan 1 – 2 x makan	$\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ mangkok ukuran 250 ml (125 – 200 ml)	Bahan makanan dibuat dengan tekstur cincang/cacah, dipotong kecil, makanan yang diiris <i>Finger Snack</i>	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan
12 – 23 bulan	3 – 4 x makan 1 – 2 x makan	$\frac{3}{4}$ - 1 mangkok ukuran 250 ml	Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan

Sumber : Kemenkes (2023)

Kategori MP – ASI terdiri dari:

- 1). ASI (Air Susu Ibu).
- 2). Makanan pokok yang bersumber dari biji-bijian (jagung, gandum, beras, umbi-umbian, sagu.
- 3). Kacang-kacangan yang bersumber dari kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, atau kacang lainnya seperti buncis, tahu, tempe, kacang polong.
- 4). Produk susu dan turunannya yang bersumber hewani seperti susu sapi (susu bubuk, susu formula, susu pertumbuhan : susu cair – UHT) yoghurt, keju.
- 5). Daging – dagingan yang bersumber dari sapi, ayam, kambing, unggas, jeroan, ikan, makanan laut dan lain-lain.
- 6). Telur yang bersumber aneka telur (ayam, bebek, puyuh).
- 7). Buah dan sayuran kaya vitamin A yang bersumber dari papaya, manga, jeruk, sayuran berdaun gelap seperti bayam, kangkung, daun katuk).
- 8). Buah dan sayuran lainnya yang bersumber dari pisang, nanas, alpukat, semangka, labu siam, tomat, gambas)

e. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBERIAN MP – ASI

Pemberian MP -ASI pada bayi dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah :

a. Faktor Keluarga

Peran orang tua atau keluarga sangat penting, karena keluarga merupakan faktor pendukung yang secara emosional berpengaruh terhadap psikologis ibu yang menyusui untuk memberikan ASI Eksklusif (Roesli,2009). Penelitian Nurpelita (2007) menunjukkan ibu yang mendapatkan dukungan keluarga berpeluang 5,1 kali menyusui selama 6 bulan tanpa memberikan Makanan Pendamping ASI. Bayi yang diberi makanan pendamping ASI terlalu dini yakni dibawah usia 6 bulan akan rentan terhadap penyakit. Beberapa hasil kajian sebelumnya menemukan bahwa pemberian makanan selain ASI pada bayi usia dibawah 6 bulan justru berdampak negatif terhadap pertumbuhan atau penambahan berat badan bayi meskipun tidak mengganggu pertumbuhan panjang bayi (Mufida, Widyaningsih and Maligan, 2015). Dukungan keluarga sangat memainkan peranan penting seseorang untuk mengambil keputusan, artinya semakin besar dukungan yang di berikan semakin besar kesempatan ibu untuk memberikan MP ASI.

b. Faktor Budaya

Di Indonesia sendiri memiliki ragam kebudayaan sehingga pola asuh yang diterapkan oleh orang tua berbeda-beda pada setiap daerahnya. Perbedaan penerapan pengasuhan tersebut salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah latarbelakang budaya yang dianut oleh keluarga. Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Satrianingrum & Setyawati (2021) yang menyatakan bahwa pola asuh pada setiap suku di Indonesia bervariasi. Perbedaan tersebut meliputi nilai dan budaya yang dianut, pembentukan karakter anak dan pola pembinaan yang dilakukan bagi anak dalam kaitannya dengan aturan budaya dan nilai-nilai daerah yang dianut oleh orang tua. Budaya yang dianut orang tua dapat mempengaruhi cara membesarkan anak-anak mereka. Senada dengan Setianing

(2018) bahwa cara mendidik anak di dalam suatu keluarga dipengaruhi oleh pola pikir yang dihasilkan dari kebudayaan yang dianutnya. Faktor budaya dan peran nenek turut mempengaruhi ibu dalam memberikan MPASI dini. Pemberian MPASI terlalu awal dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian bayi. Pemberian MPASI dini meningkatkan risiko penyakit infeksi, penghentian menyusui dan peningkatan konsumsi makanan manis dan berlemak. Ibu yang memberikan MPASI tepat waktu memiliki balita yang status gizi lebih baik menurut indikator BB/TB dibandingkan ibu yang lebih awal memberikan MPASI kepada balita. Anak yang mendapatkan MPASI tepat waktu kurang berisiko mengalami malnutrisi kronis sebesar 25% (Asweros dkk, 2021). Praktik pemberian makanan kepada bayi sering dipengaruhi oleh tradisi dan kebiasaan budaya setempat, yang dapat mempengaruhi jenis dan waktu pemberian MPASI. Dalam pemberian MPASI juga terdapat kepercayaan, adat istiadat maupun kebiasaan masyarakat setempat, dalam adat istiadat Jawa ada tradisi 3 bulanan dimana bayi diberikan bubur susu ataupun pisang kerok karena bayi dianggap sudah mampu untuk menerima MPASI saat upacara 3 bulanan tersebut. Selain itu orang tua memberikan MPASI dini karena menurut mereka bayi yang sering menangis walaupun sudah diberi ASI menunjukkan bayi masih lapar sehingga harus diberi makanan tambahan selain ASI seperti pisang ataupun nasi yang dilumatkan (Artini, 2019).

c. Faktor Pengetahuan dan Sikap Orang Tua

Periode pemberian MP-ASI pada bayi tergantung sepenuhnya pada perawatan dan pemberian makanan oleh ibunya. Oleh karena itu, pengetahuan dan sikap ibu sangat berperan karena pengetahuan tentang MP ASI dan sikap yang baik terhadap pemberian MP-ASI akan menyebabkan seorang ibu mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi oleh bayinya. Semakin baik pengetahuan gizi ibu maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi oleh bayinya. Pada keluarga dengan

pengetahuan tentang MP-ASI yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi anak balita karena ketidaktahuan ibunya (Bahri, 2011)

Peningkatan pengetahuan dan sikap tentang gizi secara signifikan terjadi pada kelompok ibu yang mendapatkan konseling (Hestuningtyas, 2013). Penelitian lain oleh Nikmawati, dkk. (2010) menyebutkan bahwa rata-rata pengetahuan gizi pada Ibu yang mendapatkan konseling lebih besar daripada Ibu pada kelompok kontrol. Intervensi berisi stimulus akan merubah perilaku seseorang. Terbentuknya perilaku kesehatan tersebut dimulai dari tahap kognitif, yaitu seseorang tahu terhadap stimulus yang diberikan berupa materi dan menimbulkan pengetahuan baru. Proses selanjutnya adalah terjadi respon dalam batin dalam bentuk sikap. Pada akhirnya, stimulus tersebut akan disadari sepenuhnya dan menimbulkan respon yang lebih jauh dan ditunjukkan dalam bentuk tindakan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Jenis penelitian ini termasuk kedalam penelitian *Pre – Experimental* dengan penelitian *one group pretest – post test design* yang bertujuan untuk membandingkan hasil intervensi dengan suatu kelompok sebelum diberikan perlakuan dan sesudah diberikan perlakuan. Hal tersebut digunakan untuk mengetahui pengaruh konseling MP – ASI terhadap ibu balita usia 6 -23 bulan terhadap tingkat konsumsi energy dan zat gizi (protein, karbohidrat, dan lemak) serta status gizi balita (BB/U, TB/U, BB/TB) . Strategi penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif sedangkan metode uji yang dipilih dalam penelitian ini menggunakan metode uji *Paired t Test*. Pendekatan kuantitatif digunakan karena data yang akan digunakan untuk menganalisis hubungan antar variabel dinyatakan dengan angka.

B. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN

Penelitian ini dimulai dengan penyusunan proposal skripsi sejak bulan September 2024. Pengambilan data dilakukan pada bulan September 2024 – Desember 2024 di Desa Krowe.

C. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu balita yang mempunyai anak usia 6 – 23 bulan sebanyak 95 responden di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan. Peneliti mengambil penelitian di Desa Krowe dikarenakan hasil survey MP – ASI masih rendah yaitu sebesar 66,67% dari target 80%.

2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai penelitian melalui sampling

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

- n = besar sampel
- N = besar populasi
- d = tingkat signifikansi (p)

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{70}{1 + 70 (0,5)^2}$$

$$n = \frac{70}{1 + 70 (0,0025)}$$

$$n = \frac{70}{1 + 0,175}$$

$$n = \frac{70}{1,175}$$

$$n = 59,5 = 60$$

Total sasaran bayi usia 6- 23 bulan yang akan menjadi responden pada penelitian ini adalah 60 responden.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling. Menurut Sugiyono (2013) teknik purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Teknik purposive sampling memilih sekelompok subyek berdasarkan karakteristik tertentu yang dinilai memiliki keterkaitan dengan ciri-ciri atau karakteristik dari populasi yang akan diteliti.

Sampel diambil dengan menentukan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah

- a. Ibu balita yang berdomisili di Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan
- b. Ibu yang merawat anaknya sendiri
- c. Ibu balita yang mempunyai balita usia 6 – 23 bulan

2. Kriteria Eksklusi

- a. Ibu yang mengalami sakit HIV, TBC, hepatitis yang tidak mendapat pengobatan
- b. Ibu balita di luar wilayah Desa Krowe, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten Magetan

D. VARIABEL PENELITIAN

Variabel merupakan karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2016)

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi variable dependen. Variable dependen dalam penelitian ini adalah konseling MP-ASI pada ibu bayi usia 6-23 bulan.

2. Variable dependen

Variable yang nilainya ditentukan oleh variabel lain, atau variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudah pembaca maupun penguji dalam mengartikan makna penelitian.

Definisi operasional dari variable yang dapat diteliti adalah tingkat konsumsi zat gizi (protein, lemak dan karbohidrat) dan status gizi balita (BB/U, TB/U, BB/TB).

E. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL

Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudah pembaca maupun penguji dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam 2016). Definisi operasional dari variabel yang dapat diteliti dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Data
Pemberian Konseling MP – ASI	Pemberian informasi dengan cara konseling gizi tentang MP – ASI meliputi pengertian, tanda anak bisa diberikan MP – ASI, tekstur, jenis, frekuensi pemberian MP – ASI, responsif dan higienitas	Leaflet tentang MP - ASI	-	-	-
Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi (Protein, Lemak, Karbohidrat)	Jumlah asupan energi (protein, lemak, karbohidrat) yang di konsumsi balita yang diperoleh dari makanan dan minuman yang dikonsumsi dalam 1 x 24 jam dilakukan sebelum dan sesudah konseling	Food Recall 2x24 jam, Nutrisurvey 2007	Mengisi form Food Recall dan Form Pemantauan MP - ASI	Kriteria : Defisit tingkat berat (<70%) Defisit tingkat ringan (70-79%) Defisit tingkat ringan (80-89%) Normal (90-110%) Diatas AKG (>110%)	Rasio
Status Gizi Balita (BB/U, TB/U, BB/TB)	Interpretasi gizi balita yang di dapatkan dari pengukuran indeks BB/U, TB/U, BB/TB	Infantometer dan timbangan digital	Mengukur PB dan BB bayi	< -3 SD : BBSK, Sangat Pendek, Gizi Buruk -3 SD sd < -2 SD : BBK, Pendek, Gizi	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Data
				Kurang -2 SD sd +1SD : BBN, TB Normal, Gizi Baik > +1 SD : Resiko BB lebih, Tinggi, Obesitas (Kemenkes, 2020)	

F. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2002). Data dan instrument yang digunakan pada penelitian ini adalah:

1. Form *food recall* 2 x 24 jam
2. Form praktik pemberian MP – ASI
3. Leaflet bahan makanan MP – ASI
4. Tabel Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2019
5. *Software Nutrisurvey* 2007

G. PROSEDUR DAN INTERVENSI PENELITIAN

1. Prosedur Penelitian
 - a. Screening responden yang memenuhi kriteria
 - b. Melakukan penimbangan BB dan pengukuran PB bayi
 - c. Melakukan *food recall* 2 x 24 jam pada bayi usia 6 – 23 bulan
 - d. Responden mendapat konseling gizi tentang MP – ASI
 - e. Responden mendapat materi penguatan tentang MP – ASI setiap 1 per minggu selama 5 minggu
 - f. Melakukan penimbangan BB dan pengukuran PB bayi usia 6 -23 bulan setelah diberikan konseling
 - g. Melakukan penimbangan BB dan pengukuran PB bayi

2. Pelaksanaan Intervensi

Intervensi yang diberikan adalah konseling gizi mengenai MP – ASI yang dilakukan sebanyak 5 kali dalam waktu 5 minggu dengan waktu konseling 5 – 10 menit dalam tiap sesi konseling. Media yang digunakan dalam penelitian ini adalah leaflet sebagai media bantu pada sesi konseling.

Pelaksanaan intervensi adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2 Pelaksanaan Intervensi

No.	Kunjungan	Intervensi
1.	Minggu 1	a. Perkenalan b. Pengukuran antropometri (BB dan PB) awal c. <i>Food recall</i> 2x24 jam d. Konseling MP – ASI
2.	Minggu 2	a. <i>Food recall</i> 2x24 jam b. Konseling pemberian makan bayi dan anak (penguatan)
3.	Minggu 3	a. <i>Food recall</i> 2x24 jam b. Konseling pemberian makan bayi dan anak (penguatan)
4.	Minggu 4	a. <i>Food recall</i> 2x24 jam b. Konseling pemberian makan bayi dan anak (penguatan)
5.	Minggu 5	a. <i>Food recall</i> 2x24 jam b. Konseling pemberian makan bayi dan anak (penguatan)
6.	Minggu 6	a. Pengukuran antropometri BB dan PB b. <i>Food recall</i> 2x24 jam

H. METODE PENGUMPULAN DATA

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Data Primer

- a. Data bayi usia 6 – 23 bulan yang meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, umur, berat badan, tinggi badan, status gizi yang diperoleh melalui wawancara dan data dari EPPGBM.

- b. Data karakteristik orang tua bayi usia 6 – 23 bulan meliputi nama, umur, Pendidikan, pekerjaan yang diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuosioner.
 - c. Data tingkat konsumsi zat gizi (protein, lemak dan karbohidrat) yang diperoleh dari wawancara form food recall 24 jam. Hasil pengumpulan data dilakukan pada saat kunjungan pertama sebelum diberikan konseling, bulan pertama, bulan ke dua dan ke tiga setelah diberikan konseling MP – ASI .
2. Data Sekunder
- Data gambaran umum wilayah penelitian meliputi letak geografis, kependudukan dan potensi desa.

I. TEKNIK PENGOLAHAN, PENYAJIAN DAN ANALISIS DATA

1. Pengolahan dan Penyajian Data

a. Data Gambaran Umum

Data gambaran umum meliputi usia, pendidikan, pekerjaan. Data disajikan dalam bentuk table dan di analisis secara deskriptif.

b. Data Tingkat Konsumsi Energi

Hasil recall 24 jam selama 1 hari diolah dengan cara mengonversikan jumlah bahan makanan dari ukuran rumah tangga (URT) diubah kedalam berat dengan satuan gram atau volume dengan satuan liter atau ml dihitung menggunakan software Nutrisurvey sehingga diketahui tingkat konsumsi energi dan zat gizi yang dikonsumsi. Data tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita dibandingkan dengan kebutuhan yang dinyatakan dalam persen (%). Untuk mengetahui rata-rata tingkat konsumsi energi karbohidrat, protein, lemak dihitung dengan rumus :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{rata-rata asupan energi}}{\text{kebutuhan energi per hari}} \times 100\%$$

$$\text{Tingkat konsumsi protein} = \frac{\text{rata-rata asupan protein}}{\text{kebutuhan protein per hari}} \times 100\%$$

$$\text{Tingkat konsumsi lemak} = \frac{\text{rata-rata asupan lemak}}{\text{kebutuhan lemak per hari}} \times 100\%$$

Tingkat konsumsi karbohidrat

$$= \frac{\text{rata - rata asupan karbihidrat}}{\text{kebutuhan energi per hari}} \times 100\%$$

Data disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis secara deskriptif.

Tingkat konsumsi energi dan zat gizi diperoleh dengan hasil perhitungan dibagi dengan kebutuhan sesuai AKG dikali 100. Jika hasil sudah didapat berupa persen (%), selanjutnya dikategorikan berdasarkan Studi Diet Total (2014):

- 1). < 70%: Sangat Kurang
- 2). 70 - < 100%: Kurang
- 3). 100 - < 130%: Sesuai AKG (Normal)
- 4). \geq 130%: Berlebih

J. TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

1. Identitas responden

Identitas responden, meliputi identitas orang tua (ibu) yaitu nama, usia, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan identitas balita yaitu nama, usia, jenis kelamin, tanggal lahir, berat badan lahir, berat badan terakhir ditimbang disajikan dalam bentuk tabel kemudian dianalisis secara deskriptif.

2. Data perubahan BB dan TB

Pada anak bayi diperoleh satu bulan sekali dengan klasifikasi perubahan berat badan sebagai berikut:

- a. Peningkatan Berat Badan yang signifikan : sesuai dengan kenaikan berat badan minimal
- b. Berat Badan Tetap : BB tidak naik sesuai dengan KBM (Kenaikan BB Minimal), BB sama dibandingkan bulan sebelumnya, BB turun

Kemudian dianalisis data secara deskriptif dengan menghitung nilai rata-rata Z-score.

3. Tingkat konsumsi

Data tingkat konsumsi energi dan zat gizi diolah dan disajikan dalam bentuk grafik yaitu berupa rata-rata tingkat konsumsi balita yang mana diinterpretasikan dengan menggunakan klasifikasi tingkat konsumsi energi dan protein menurut Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 sebagai berikut :

Lebih	>120% AKG
Normal	: 100-120%AKG
Kurang	: 70- <100%AKG
Sangat Kurang	: <70%AKG

Analisis data menggunakan analisis statistic. Yang menganalisis perbedaan tingkat konsumsi energy dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) serta status gizi (BB/U, TB/U, PB/U) sebelum dan sesudah pemberian konseling MP - ASI menggunakan analisis *Paired t-Test* jika sebaran normal ($p > 0,05$). Sedangkan jikasebaran data tidak normal ($p < 0,05$) maka diuji dengan uji *Wilcoxon*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasminto, W. (2008). Sistem Kesehatan. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Almatsier, S. (2007). Penuntun Diet. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, S. (2011). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Aprilia, Y. T. (2020). Pengetahuan Ibu Tentang Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 9(2), 865-872.
- Buku Saku Nasional PSG. (2017). Buku Saku Nasional Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). (2006). Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Lokal. Jakarta: Depkes RI.
- Fitriatun T. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Indralaya Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2018. Skripsi; Program Studi (S1) Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
- Hadi, H. (2005). Peran Gizi dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hanindita, A. W. (2021). Pendidikan Gizi dan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) bagi Ibu Hamil dan Menyusui. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*,
- Hartriyanti, Y., & Triyanti. (2007). Penilaian Status Gizi dalam Kesehatan Masyarakat. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Hidayatullah, M. (2021). Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi pada Ibu Menyusui di Wilayah Puskesmas X. Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Yogyakarta
- Itirani. (2011). Edukasi dan Pendidikan dalam Pembelajaran. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Program Pemberian Makanan Tambahan bagi Anak Usia Dini dan Ibu Hamil. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Jakarta: Humas Litbangkes
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Buku Saku Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022. Jakarta: Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia 2023 dalam Angka. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
- Krisnatuti, A., Supriyadi, S., & Iskandar, I. (2000). Perencanaan Menu untuk Penderita Gangguan Asam Urat. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Kusumaningrum, R., & Pudjirahaju, A. (2018). Konseling gizi terhadap pengetahuan gizi dan sikap ibu, pola makan serta tingkat konsumsi energi dan protein balita gizi kurang. *Jurnal Informasi...*, Edisi 12 Volume (2).
- Marimbi, N. (2010). Perkembangan Anak dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. *Jurnal Ilmiah, Universitas Negeri Semarang*.
- Marita Selvia. (2018). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan Berdasarkan Teori Transcultural Nursing di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya. Skripsi, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., Rozikin, K., & Supradi. (2007). Promosi Kesehatan: Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mutalib, M. A. (2014). Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan Berdasarkan Indeks BB/U di Desa Ban Kecamatan Kubu Tahun 2014. Skripsi. Universitas Hasanuddin
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Pratiwi, M. N., & Sofia, A. (2020). Pendekatan Coaching dan Dismissing Orangtua dengan Regulasi Emosi Anak Usia 5-6 Tahun. *Indonesian Journal of Early Childhood Issues*, 1(1)
- Puspasari, N., & Andriani, M. (2017). Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Asupan Makan Balita dengan Status Gizi Balita (BB/U) Usia 12-24 Bulan. *Amerta Nutr*, 1(4), 369-378.
- Rachmayani, S., Kuswari, M., & Melani, V. (2018). Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Gizi Remaja Putri di SMK Ciawi Bogor. *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 5(2), 125–130
- Siswanto. (2001). Status Gizi dan Perkembangan Anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Soediaetama, A. (2000). Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi (Jilid 1). Jakarta: Dian Rakyat.
- Soekirman. (2001). Sejarah Ilmu Gizi Dalam Buku Ilmu Gizi dan Aplikasinya. Jakarta: Nuha Medika.
- Sulistyoningsih, H. (2011). Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Supariasa, I. Dewa Nyoman. (2002). Penilaian Status Gizi. Jakarta: Kedokteran EGC
- Supariasa, I. Dewa Nyoman. (2014). Ilmu Gizi: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Supariasa, I. Dewa Nyoman. (2017). Penilaian Status Gizi (Edisi 2). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- UNICEF & Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) bagi Ibu dan Keluarga. Jakarta: UNICEF dan Kemenkes RI.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Penjelasan Sebelum Penelitian (PSP)

- 1). Saya adalah Ittaq Amri Azalista, mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Gizi Dan Dietetika Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, dengan ini memohon anda untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian yang berjudul **“PERBEDAAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN ZAT GIZI (KARBOHIDRAT, PROTEIN DAN LEMAK) SERTA STATUS GIZI BALITA SEBELUM DAN SESUDAH PEMBERIAN KONSELING MP – ASI DI DESA KROWE KECAMATAN LEMBEBAN KABUPATEN MAGETAN”**
- 1) Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi Dan Zat Gizi (Karbohidrat, Protein Dan Lemak) Serta Status Gizi Balita Sebelum Dan Sesudah Pemberian Konseling MP - ASI Di Desa Krowe Kecamatan Lembeyan Kabupaten Magetan
- 2) Responden penelitian ini ibu yang memiliki anak usia 6-23 bulan di wilayah Puskesmas Lembeyan Kabupaten Magetan. Pengambilan data berlangsung selama 6 minggu.
- 3) Prosedur pengambilan data dalam penelitian ini adalah dengan cara memberikan konseling gizi tentang MP-ASI.
- 4) Keuntungan yang responden peroleh dalam keikutsertaan pada penelitian ini adalah informasi yang bermanfaat tentang pemberian MP-ASI yang tepat untuk balita.
- 5) Seandainya anda tidak menyetujui penelitian ini maka responden dapat memilih cara lain, yaitu mengundurkan diri atau responden boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Sehingga responden tidak akan dikenakan sanksi apapun. Identitas responden akan di rahasiakan.
- 6) Jika ada pertanyaan mengenai penelitian ini, anda bisa menghubungi : Ittaq Amri Azalista (085784845100)

Peneliti



Ittaq Amri Azalista

Lampiran 2. Persetujuan untuk menjadi Responden (*Informed Consent*)

INFORMED CONCENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara jelas dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ittaq Amri Azalista dengan “Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi Dan Zat Gizi (Karbohidrat, Protein Dan Lemak) Serta Status Gizi Balita Sebelum Dan Sesudah Pemberian Konseling MP - ASI Di Desa Krowe Kecamatan Lembeyan Kabupaten Magetan”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi dan mendukung penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Malang... November 2024

Mengetahui,
Peneliti

Yang Memberi Persetujuan

(.....)

(.....)

Lampiran 3. Formulir Food Recall 2x24 jam

FORMULIR FOOD RECALL 2X24 JAM

Kode : Hari ke :

Nama Responden : Desa :

Usia/Jenis Kelamin : Kecamatan :

Kategori :

Kondisi saat wawancara : Biasa; hajatan; hari raya; puasa; sakit; diit

Tanggal	Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan			Ket.
			Jenis	Banyaknya		
				URT	Gram	
	Pagi					
	Selingan					
	Siang					
	Selingan					
	Malam					

Tanggal	Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan			Ket.
			Jenis	Banyaknya		
				URT	Gram	
	Selingan					
	Pagi					
	Selingan					
	Siang					
	Selingan					
	Malam					
	Selingan					

Pewawancara

(.....)

Lampiran 4 Instrumen (Form Daftar Tilik) Pemantauan Rutin Praktik MP-ASI Anak Usia 6-23 Bulan dengan Metode Daftar dan Gambar

A. Kuesioner (K): Karakteristik dan data diri anak usia 6-23 bulan				
K#	Pertanyaan	Respon Jawaban	Kode	Skip
A1	Nama anak			
A2	NIK anak			
A3	Nama ibu			
A4	Tanggal lahir anak	___ " ___ " ____ (Tgl - Bln - Tahun)		
A5	Tanggal wawancara dilakukan	___ " ___ " ____ (Tgl - Bln - Tahun)		
A6	Anak berumur 6-23 bulan	Ya	1	
		Tidak	0	Jika tidak, pertanyaan MP-ASI tidak dilanjutkan → BERHENTI
A7	Apakah [NAMA ANAK USIA 6-23 BULAN] saat ini sedang mendapatkan program intervensi gizi (PMT Pemulihary/ Formula)?	Ya	1	
		Tidak	0	

B. Kuesioner (K): Delapan (8) Kelompok Bahan Makanan			
<ul style="list-style-type: none"> Tanyakan pada responden, makanan/minuman apa saja yang dikonsumsi sehari-hari kemarin. Cukup menanyakan jenis makanan tanpa harus menanyakan lebih detail mengenai jumlah porsi yang dikonsumsi. Gunakan Gambar Kelompok Makanan untuk membantu Ibu mengingat makanan yang dikonsumsi anak di hari kemarin. Biarkan Ibu menjawab pertanyaan apa adanya, tanpa mengarahkan atau mengomentari jawabannya. Catat jawaban Ibu ke dalam lembar praktik MP-ASI yang telah disediakan di bawah ini sesuai dengan 8 kelompok bahan makanan dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> Melingkari angka 1 jika kelompok bahan makanan tersebut dikonsumsi pada hari kemarin Melingkari angka 0 jika kelompok bahan makanan tersebut tidak dikonsumsi pada hari kemarin 			
#K	Pertanyaan	Respon Jawaban dan Kode	
		YA	TIDAK
B1	ASI	1	0
B2	Makanan pokok (serealisa (misalnya nasi, mie, jagung, roti, bubur bayi, dll), umbi-umbian (misalnya kentang, ubi, dll)	1	0
B3	Kacang-kacangan (tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah, kacang kedelai, kacang polong, atau kacang lainnya, dan produk olahannya)	1	0
B4	Produk susu hewani (susu cair, susu bubuk, susu formula, yogurt, keju)	1	0

B. Kuesioner (K): Delapan (8) Kelompok Bahan Makanan			
B5	Daging-dagingan (ayam (termasuk cecker), ikan, daging merah, makanan laut, jeroan, daging/ikan olahan, dll)	1	0
B6	Telur (ayam, puyuh, bebek, dll)	1	0
B7	Buah dan sayuran kaya vitamin A (pepaya, mangga, wortel, dan sayuran berdaun hijau gelap seperti bayam, kangkung, daun katuk, daun singkong, daun kelor, brokoli, dll)	1	0
B8	Buah dan sayuran lainnya (pisang, jeruk, semangka, kol, kembang kol, buncis, kacang panjang, terong, kecambah, dll)	1	0
B9	Jumlah jawaban ya	

C. Kesimpulan dan Tindak Lanjut Pemantauan Praktik MP-ASI			
#K	Pertanyaan	Respon Jawaban dan Kode	
		YA	TIDAK
C1	MKM (Minimal Keragaman Makanan) Jumlah jawaban ya minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan (pertanyaan B1 sampai B8) yang dikonsumsi pada hari kemarin.	1	0
C2	TID (Telur, Ikan, atau Daging) Anak usia 6-23 bulan mengonsumsi telur (jawaban ya pada pertanyaan B6), ikan, atau daging-dagingan (jawaban ya pada pertanyaan B5) pada hari kemarin.	1	0
C3	MP-ASI baik Anak usia 6-23 bulan mengonsumsi makanan beragam (jawaban ya pada pertanyaan C1) dan telur, ikan, atau daging (jawaban ya pada pertanyaan C2) pada hari kemarin.	1	0
C4	Apakah sudah dilakukan edukasi jika ditemukan jawaban tidak pada pertanyaan C1 atau C2 atau C3? <i>Jika belum, pemberian edukasi dapat dilaksanakan selambatnya 1 bulan setelah jadwal pemantauan praktik MP-ASI anak usia 6-23 bulan.</i>	1	0



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Daftar Delapan (8) Kelompok Makanan

Petunjuk Teknis Pemantauan Indikator
Praktik MP-ASI untuk Anak Usia 6 – 23 Bulan

Panduan Bertanya Pemantauan Praktik MP-ASI

1. "Ibu perkenalkan nama saya... Pada hari ini kami akan melakukan pemantauan keragaman makanan pada anak usia 6-23 bulan".
2. "Saya akan menanyakan konsumsi makanan apa yang dimakan anak **KEMARIN** selama 24 jam dari bangun tidur di pagi hari sampai anak tidur di malam hari".
Pastikan Ibu menjawab sesuai yang dikonsumsi anak di hari kemarin, **BUKAN MENJAWAB KEBIASAAN**.
3. "Berikut ini terdapat 8 gambar kelompok makanan. Berdasarkan gambar berikut ini, coba Ibu ingat kembali, makanan apa yang dimakan atau diberikan kepada anak **KEMARIN** sejak anak bangun tidur sampai anak tidur kembali di malam hari?"
Biarkan Ibu menjawab pertanyaan apa adanya, tanpa mengarahkan atau mengomentari jawabannya.
4. Catat jawaban Ibu ke dalam lembar praktik MP-ASI yang telah disediakan. Lingkari angka 1 jika kelompok makanan tersebut dikonsumsi atau lingkari angka 0 jika kelompok makanan tersebut tidak dikonsumsi di hari kemarin.
5. Ucapkan terima kasih atas informasi yang Ibu berikan.

Air Susu Ibu (ASI)



1

Makanan Pokok

[sereal (misalnya nasi, mie, jagung, roti, bubur bayi, dll), umbi-umbian (misalnya kentang, ubi, dll)]



2

Kacang-Kacangan

[tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah, kacang kedelai, kacang polong, atau kacang lainnya, dan produk olahannya]

3



Produk Susu Hewani

[susu cair, susu bubuk, susu formula, yogurt, keju]



4

Daging-Dagingan

[ayam (termasuk ceker), ikan, daging merah, makanan laut, jeroan, daging/ikan olahan, dll]

5



Telur

[ayam, puyuh, bebek, dll]



6

Buah dan Sayuran kaya Vitamin A

[pepaya, mangga, wortel, dan sayuran berdaun hijau gelap seperti bayam, kangkung, daun kepek, daun singkong, daun kelor, brokoli, dll]

7



Buah dan Sayuran lainnya

[pisang, jeruk, semangka, kol, kembang kol, buncis, kacang panjang, terong, kecambah, dll]



8