

KARYA TULIS ILMIAH

**TINGKAT KONSUMSI (ENERGI, PROTEIN, LEMAK,
KARBOHIDRAT) BALITA MELALUI PENDAMPINGAN
GIZI BALITA STUNTING USIA 24 BULAN – 48 BULAN
DI KELURAHAN SONGGOKERTO,
KOTA BATU**

JIHANNIRA NATASYA KIRANI

P17110223077



**Kemenkes
Poltekkes Malang**

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN MALANG

JURUSAN GIZI PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 GIZI

TAHUN 2025

KARYA TULIS ILMIAH

**TINGKAT KONSUMSI (ENERGI, PROTEIN, LEMAK,
KARBOHIDRAT) BALITA MELALUI PENDAMPINGAN
GIZI BALITA STUNTING USIA 24 BULAN – 48 BULAN
DI KELURAHAN SONGGOKERTO,
KOTA BATU**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Ahli Madya Gizi

JIHANNIRA NATASYA KIRANI

P17110223077



Kemenkes
Poltekkes Malang

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN MALANG

JURUSAN GIZI PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 GIZI

TAHUN 2025

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“TINGKAT KONSUMSI (ENERGI, PROTEIN, LEMAK, KARBOHIDRAT)
BALITA MELALUI PENDAMPINGAN GIZI BALITA
STUNTING USIA 24 BULAN – 48 BULAN
DI KELURAHAN SONGGOKERTO,
KOTA BATU.”

Disusun Oleh:

JHANNIRA NATASYA KIRANI

P17110223077

Telah dipertahankan di hadapan Penguji dan disetujui pada tanggal:

14 Februari 2025

Ketua Penguji,



I Nengah Tanu Komalya., DCN., SE., M.Kes., RD.
NIP. 196503011988031005

Anggota Penguji (Pembimbing),



Tapriadi, SKM., M.Pd
NIP. 196411071988121001

Politeknik Kesehatan Malang
Ketua Jurusan Gizi,



Idnu Fajar, SKM., M.Kes., RD.
NIP. 196610181989031001

Politeknik Kesehatan Malang
Ketua Program Studi D3 Gizi,



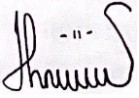
Maryam Razak, STP, M.Si.
NIP. 197011191994032001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Jihannira Natasya Kirani

NIM : P17110223077

Tanda tangan : 

Tanggal : 14 Februari 2025

TINGKAT KONSUMSI (ENERGI, PROTEIN, LEMAK, KARBOHIDRAT)
BALITA MELALUI PENDAMPINGAN GIZI BALITA STUNTING USIA
24 BULAN – 48 BULAN DI KELURAHAN SONGGOKERTO,
KOTA BATU.

Jihannira Natasya Kirani
Program Studi D3 Gizi Politeknik Kesehatan Malang
Jl. Besar Ijen No. 77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen, Kota Malang
Email: p17110223077_jihannira@poltekkes-malang.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: *Stunting* pada balita, yang ditandai dengan pertumbuhan terhambat dan tidak sesuai dengan usia, merupakan masalah kesehatan global yang mempengaruhi jutaan anak-anak diseluruh dunia termasuk Indonesia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa prevalensi balita yang mengalami *stunting* di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 30,8% (Satriawan, 2018).
Tujuan Penulisan: Mengetahui manfaat pendampingan terhadap perubahan tingkat konsumsi (energi, protein, lemak, karbohidrat) dan berat badan pada balita *stunting* usia 24 bulan – 48 bulan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.
Metode Penulisan: Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan laporan hasil dari kegiatan pendampingan gizi untuk menggambarkan perubahan tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat serta berat badan selama proses pendampingan.
Hasil Penulisan: Dari 5 balita terdapat peningkatan tingkat konsumsi energi dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 336,5 kkal, terdapat peningkatan tingkat konsumsi protein dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 19,5 gram, terdapat peningkatan tingkat konsumsi lemak dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 13,5 gram, terdapat peningkatan tingkat konsumsi karbohidrat dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 134 gram, dan terdapat peningkatan berat badan dari hasil intervensi selama 4 hari rata-rata sebesar 3,8 kg.
Kesimpulan: Tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat balita dengan riwayat *stunting* di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu mayoritas dalam kategori defisit tingkat berat menurut % AKG, dan berat badan balita dengan riwayat *stunting* di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu mayoritas dalam kategori *underweight*.

Kata Kunci: Balita, Stunting, Tingkat Konsumsi, Peningkatan Berat Badan

*THE LEVEL OF CONSUMPTION (ENERGY, PROTEIN, FAT, CARBOHYDRATE)
AMONG TODDLERS THROUGH NUTRITIONAL ASSISTANCE
FOR STUNTED CHILDREN AGED 24 TO 48 MONTHS
IN SONGGOKERTO SUB-DISTRICT, BATU CITY*

Jihannira Natasya Kirani
Program Studi D3 Gizi Politeknik Kesehatan Malang
Jl. Besar Ijen No. 77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen, Kota Malang
Email: p17110223077_jihannira@poltekkes-malang.ac.id

ABSTRACT

Background: Stunting in toddlers, characterized by impaired growth not in accordance with age, is a global health problem affecting millions of children worldwide, including in Indonesia. Data from the Basic Health Research (Riskesdas) shows that the prevalence of stunted toddlers in Indonesia in 2018 was 30,8% (Satriawan, 2018). **Objective:** To identify the benefits of nutritional assistance on changes in consumption levels (energy, protein, fat, carbohydrate) and body weight among stunted toddlers aged 24 to 48 months in Songgokerto Sub-district, Batu City. **Method:** This scientific paper is a report on the result of a nutritional assistance activity, describing the changes in the levels of energy, protein, fat, and carbohydrate consumption as well as body weight during the intervention process. **Result:** Among 5 toddlers, there was an increase in energy intake by 336,5 kcal over a 4 day intervention, an increase in protein intake by 19,5 grams, an increase in fat intake by 13,5 grams, an increase in carbohydrate intake by 134 grams, and an average increase in body weight by 3,8 kg. **Conclusion:** The levels of energy, protein, fat, and carbohydrate consumption among toddlers with a history of stunting in Songgokerto Sub-district, Batu City were mostly in the severe deficit category based on % RDA (Recommended Dietary Allowance), and their body weights were mostly categorized as underweight.

Keywords: Toddlers, Stunting, Consumption Level, Weight Gain

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Gizi pada Program Studi D3 Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Malang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan menyusun Proposal.
2. Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan menyusun proposal ini.
3. Ketua Program Studi Diploma 3 Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan menyusun Proposal ini.
4. Tapriadi, SKM., M.Pd. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dengan baik serta motivasi dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini dengan tepat waktu dan baik.
5. I Nengah Tanu Komalya, DCN., SE., M.Kes., RD. Selaku dosen peguji yang telah memberikan kritik dan saran sebagai bentuk penyempurnaan Proposal ini baik saat ujian maupun revisi.
6. Para dosen dan seluruh staf pengajar Program Studi Diploma 3 Gizi di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan nasehat selama menempuh Pendidikan.
7. Kepala Lahan Penelitian dan seluruh staf Puskesmas Batu yang telah memberikan dukungan dan juga izin melakukan penelitian di Puskesmas Batu.
8. Kedua orang tua, Ayahanda Agus Prakarana Yuda dan Ibunda Yulis Suryani serta seluruh keluarga saya yang telah memberi kasih sayang,

semangat dan motivasi, ridho dan do'a yang tiada henti serta ketulusan perjuangannya yang rela banting tulang untuk membiayai Putrinya.

9. Teman-teman yang telah mendengarkan keluh kesah, memberikan semangat dan motivasi sehingga dapat menyelesaikan Proposal ini.
10. Terakhir, terimakasih untuk diri sendiri yang sudah berjuang dan menyelesaikan semua ini, terimakasih sudah bertahan demi mewujudkan cita-cita dan tidak pernah memutuskan untuk menyerah.

Akhir kata, saya berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Malang, 14 Februari 2025

Jihannira Natasya Kirani

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penulisan.....	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Stunting	7
1. Pengertian Stunting	7
2. Penilaian Status Gizi Stunting.....	7
3. Klasifikasi Penentuan Status Gizi Stunting.....	10
B. Pendampingan Gizi	12
1. Pengertian Pendampingan Gizi	12
2. Tujuan Pendampingan Gizi	12
3. Langkah-langkah Pendampingan Gizi	13
4. Bentuk Pendampingan Gizi.....	16
C. Tingkat Konsumsi	17
1. Tingkat Konsumsi Energi.....	18
2. Tingkat Konsumsi Protein.....	20

D. Cara Mengukur.....	22
BAB III METODOLOGI PENULISAN	24
A. Jenis Penulisan	24
B. Waktu dan Tempat Pengambilan Data	24
1. Waktu Penelitian	24
2. Tempat Pengambilan Data	24
C. Subjek Pendampingan.....	24
D. Variabel Penulisan.....	24
E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	25
1. Jenis Data	25
2. Cara Pengumpulan Data.....	26
F. Alat Pengumpulan Data	26
G. Cara Pengolahan dan Analisis Data	27
1. Cara Pengolahan dan Analisis Data	27
2. Analisis Data	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	29
A. Gambaran Umum Lokasi Pendampingan	29
B. Karakteristik Balita	30
C. Perbandingan Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan.....	33
1. Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan.....	33
D. Perbandingan Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Setelah Pendampingan	34
1. Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Setelah Pendampingan	34
2. Perbandingan Tingkat Konsumsi Karbohidrat.....	37
3. Perbandingan Tingkat Konsumsi Lemak	39
4. Perbandingan Tingkat Konsumsi Protein.....	41
BAB V PENUTUP	44
A. Kesimpulan	44
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN.....	50
BIODATA	60

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan PB/U Atau TB/U Anak Umur 0-60 Bulan	11
Tabel 2 Angka Kecukupan Energi yang Dianjurkan Per Orang Per Hari	19
Tabel 3 Angka Kecukupan Protein Yang Dianjurkan Per Orang Per Hari.....	20
Tabel 4 Distribusi Karakteristik Responden di Kelurahan Songgokerto	30
Tabel 5 Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan.....	33
Tabel 6 Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Sesudah Pendampingan	34
Tabel 7 Tingkat konsumsi karbohidrat	37
Tabel 8 Perbandingan Tingkat Konsumsi Lemak	39
Tabel 9 Tingkat Konsumsi Protein	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Pelacakan.....	50
Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan Pendampingan.....	51
Lampiran 3 Dokumentasi Produk PMT	53
Lampiran 4 Resep PMT	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gizi di Indonesia masih banyak terjadi pada masyarakat. Gizi kurang, gizi buruk merupakan keadaan tidak sehat yang timbul karena konsumsi energi dan protein kurang dalam jangka waktu tertentu sedangkan gizi lebih disebabkan oleh kebiasaan makan yang kurang baik sehingga jumlah asupan berlebih (Mardalena, 2017). Stunting pada balita, yang ditandai dengan pertumbuhan terhambat dan tidak sesuai dengan usia, merupakan masalah kesehatan global yang mempengaruhi jutaan anak-anak diseluruh dunia termasuk Indonesia. Prevalensi stunting yang tinggi dapat memiliki dampak jangka panjang terhadap kesehatan, perkembangan dan produktivitas anak dimasa depan.

Salah satu tanda seorang anak mengalami stunting adalah ketika hasil pengukuran tinggi badan menurut usia kurang dari minus dua standar deviasi pada kurva pertumbuhan anak menurut standar WHO (*World Health Organization*), yang dikategorikan sebagai *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa prevalensi balita yang mengalami stunting di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 30,8% (Satriawan, 2018). Berdasarkan Survei Status

Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan menunjukkan angka prevalensi stunting di Jawa Timur sebesar 19,2% pada tahun 2022.

Walaupun belum sampai menyentuh target tahunan, target dan capaian prevalensi di Jawa Timur dari tahun 2019 hingga 2021 terus mengalami peningkatan. Menurut (Rose Yulistyowati dkk., 2019) faktor-faktor penyebab masalah gizi pada balita terbagi menjadi 2 faktor yaitu secara langsung dan secara tidak langsung. Asupan makanan yang tidak adekuat, kurangnya asupan energi dan protein serta beberapa zat gizi mikro, dan adanya penyakit infeksi termasuk dalam faktor terjadinya penyebab langsung. Sedangkan untuk faktor tidak langsung salah satunya yaitu pengetahuan gizi orang tua, pendidikan orang tua, pola asuh ibu terhadap balita, pendapatan orang tua, distribusi makanan serta besar keluarga. Tingkat konsumsi zat gizi yang tidak adekuat dipengaruhi oleh pola asuh ibu yang dapat mempengaruhi praktik pemberian makan yang kurang tepat.

Menurut Soekirman dalam Munawaroh (2015), pola asuh yang baik dari ibu akan memberikan kontribusi yang besar pada pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga akan menurunkan angka kejadian gangguan gizi. Selain pemberian makan yang kurang tepat, pengetahuan ibu juga mempengaruhi status gizi pada balita. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang gizi dan pola asuh dengan kejadian stunting pada balita usia 6-24 bulan (Saputri dkk., 2021).

Dampak dari kejadian balita pendek (*stunting*) sangat beragam yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang penderitanya, diantaranya adalah mengganggu pertumbuhan tinggi badan dan berat badan anak sehingga anak cenderung lebih pendek dengan berat badan cenderung jauh dibawah rata-rata anak seusianya, tumbuh kembang anak yang tidak optimal sehingga menyebabkan anak terlambat jalan atau kemampuan motoriknya kurang optimal, dan dapat mempengaruhi kemampuan belajar anak dikarenakan kondisi *stunting* berpengaruh terhadap IQ anak lebih rendah dibandingkan dengan anak seusianya. Maka dapat diketahui bahwa *stunting* berdampak terhadap tumbuh kembang anak baik secara fisik maupun kognitif (La Ode Alifariki, 2020).

Masalah kesehatan yang ditemukan di Desa Songgokerto yang merupakan salah satu desa di wilayah Kota Batu, Jawa Timur adalah kejadian balita pendek (*stunting*) dengan prevalensi sebesar 5,5%. Penyebab dari tingginya kasus balita pendek (*stunting*) di Desa Songgokerto adalah karena ibu kurang memperhatikan asupan gizi anaknya. Hal ini serupa dengan yang disebutkan dalam (La Ode Alifariki, 2020) bahwa tingkat konsumsi merupakan penyebab paling dominan terhadap kejadian balita pendek (*stunting*) yaitu ketika ibu hamil kurang mengkonsumsi makanan bergizi selanjutnya saat lahir, anak tidak mendapatkan ASI eksklusif dalam jumlah yang cukup dan MPASI dengan gizi seimbang saat berusia 6 bulan keatas. Selain itu, anak juga perlu diberikan makanan pelengkap berupa nutrisi penting disamping asupan kalori murni untuk mendukung pertumbuhan pada anak. Penyebab ibu kurang

memperhatikan tingkat konsumsi anaknya yang terjadi di Desa Songgokerto juga dapat didukung oleh berbagai faktor lainnya salah satunya yaitu kurangnya pengetahuan maupun *awareness* dari calon ibu atau ibu mengenai kejadian balita pendek (*stunting*).

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya. Kegiatan ini bertujuan untuk mengurangi angka balita *stunting* serta menambah pengetahuan ibu balita agar memiliki praktik pemberian makanan yang lebih baik (Siswanti dkk, 2016). Dengan melakukan pendampingan keluarga melalui edukasi gizi, pemberian makanan tambahan (PMT), serta rekomendasi resep makanan tinggi energi dan tinggi protein, diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam penurunan prevalensi *stunting* pada balita.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana manfaat pendampingan pada balita *stunting* terhadap tingkat konsumsi (energi, protein, lemak, karbohidrat) dan berat badan balita *stunting* usia 24 bulan – 48 bulan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui manfaat pendampingan terhadap perubahan tingkat konsumsi (energi, protein, lemak, karbohidrat) dan berat badan pada balita *stunting* usia 24 bulan – 48 bulan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui perubahan konsumsi energi pada balita stunting sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.
2. Mengetahui perubahan konsumsi protein pada balita stunting sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.
3. Mengetahui perubahan konsumsi lemak pada balita stunting sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.
4. Mengetahui perubahan konsumsi karbohidrat pada balita stunting sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.
5. Mengetahui perubahan berat badan pada balita stunting sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil dari penulisan ini diharapkan mampu untuk mengembangkan pengetahuan dalam bidang Gizi khususnya pada pendampingan balita stunting.
- b. Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat menambah referensi ilmu pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

2. Manfaat Praktis

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan kajian dalam rangka menentukan kebijakan langkah yang berkaitan dengan peningkatan tingkat konsumsi zat gizi makro pada balita stunting usia (24-48) bulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stunting

1. Pengertian Stunting

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). *Stunting* dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi pada 1.000 HPK tidak hanya menyebabkan hambatan pertumbuhan fisik dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit, tetapi juga mengancam perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan saat ini dan produktivitas anak di masa dewasanya. Dapat disimpulkan bahwa *stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi yang ditandai dengan kondisi tinggi badan seseorang lebih pendek dibanding tinggi badan orang lain pada umumnya.

Stunting merupakan kurangnya asupan gizi pada anak yang mengakibatkan masalah gizi kronis sehingga tinggi badan anak terhambat dan tidak sesuai dibandingkan dengan anak-anak seusianya.

2. Penilaian Status Gizi Stunting

Menurut Supariasa (2017), gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses

digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, serta pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ-organ, serta menghasilkan energi. Status gizi merupakan suatu keadaan kesehatan yang berhubungan langsung dengan makanan yang dikonsumsi. Komponen penilaian status gizi meliputi 4 komponen yang akan saling melengkapi antar komponen yaitu :

- a. Survei asupan makanan
- b. Pemeriksaan biokimia
- c. Pemeriksaan klinis
- d. Pemeriksaan antropometri

1. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan melalui empat cara (Supriasa dkk, 2011) yaitu :

a. Klinis

Penilaian status gizi secara klinis sangat penting sebagai langkah pertama untuk mengetahui keadaan gizi penduduk. Karena hasil penelitian dapat memberikan gambaran masalah gizi yang nyata. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral.

b. Biokimia

Penilaian status gizi secara biokimia adalah pemeriksaan yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh, antara lain : darah, urine, tinja, dan juga beberapa

jaringan tubuh seperti hati dan otot. Salah satu ukuran yang sangat sederhana dan sering digunakan adalah pemeriksaan hemoglobin sebagai indeks dari anemia. Biofisik

Penilaian status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan.

Pemeriksaan dengan memperhatikan rambut, mata, lidah, tegangan otot dan bagian tubuh lainnya.

c. Antropometri

Secara umum, antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Penilaian secara antropometri adalah suatu pengukuran dimensi tubuh dan komposisi dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi.

2. Penilaian status gizi secara tidak langsung dibagi menjadi tiga penilaian (Supriasa dkk, 2016) yaitu :

a. Survei konsumsi makanan

Pengertian 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. Penggunaan statistik vital

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

c. Penilaian faktor ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dan lain-lain. Penggunaan pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

3. Klasifikasi Penentuan Status Gizi Stunting

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XI I/2010 mengenai Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, balita *stunting* merupakan suatu kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang bila dibandingkan dengan umurnya dan berada pada -2 Standar Deviasi (<2 SD). *Stunting* merupakan kegagalan untuk mencapai suatu pertumbuhan

yang optimal, yang diukur dengan TB/U (tinggi badan menurut umur) (Supariasa & Purwaningsih, 2019).

Masa balita merupakan proses pertumbuhan yang pesat dimana memerlukan zat gizi yang seimbang agar status gizinya baik serta proses pertumbuhan tidak terhambat, karena balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Penilaian status gizi balita yang sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri.

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), tinggi badan menurut berat badan (TB/BB), yang dinyatakan dengan standar deviasi unit Z (Z-score) dimana hasil pengukuran antropometri menunjukkan z-score kurang dari -2SD sampai dengan -3SD (pendek/*stunted*) (Kemenkes RI, 2018).

Tabel 1 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan PB/U Atau TB/U Anak
Umur 0-60 Bulan

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Sangat pendek	<-3 SD
Pendek (<i>stunted</i>)	-3 SD sampai dengan <-2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan +3 SD
Tinggi	>+3 SD

Sumber: Standar Antropometri Anak 2020

B. Pendampingan Gizi

1. Pengertian Pendampingan Gizi

Pendampingan gizi adalah suatu kegiatan dengan melakukan kunjungan ke rumah oleh petugas gizi untuk memberikan penyuluhan atau konseling kepada keluarga yang memiliki balita gizi kurang atau gizi buruk (Kemenkes RI, 2020). Kegiatan ini dilakukan sebagai bentuk dukungan dan layanan bagi keluarga dalam mencegah dan mengatasi anggota keluarga yang memiliki masalah gizi dengan cara menyampaikan layanan atau bantuan, memberikan pemikiran dan solusi, serta menggerakkan dan bekerja sama (Simbolon, 2019). Hal ini dilakukan dengan tujuan membentuk keluarga sadar gizi.

2. Tujuan Pendampingan Gizi

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita melalui kegiatan pendampingan (Ayu, 2008). Berdasarkan buku saku kader pendampingan menuju KADARZI, yang menjadi tujuan khusus program pendampingan gizi adalah :

- a. Menurunkan prevalensi stunting anak balita
- b. Membawa balitanya datang ke posyandu secara teratur setiap bulan
- c. Meningkatkan pengetahuan gizi keluarga
- d. Memberikan ASI eksklusif kepada bayi sampai berusia 6 bulan
- e. Memakan beraneka ragam makanan
- f. Menggunakan garam beryodium

- g. Minum kapsul vitamin A bagi balita, ibu nifas, dan tablet tambah darah bagi ibu hamil sesuai anjuran
- h. Meningkatkan keluarga sadar gizi
- i. Meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu

3. Langkah-langkah Pendampingan Gizi

Menurut Dara Ayu (2008), pendampingan gizi dilakukan melalui langkah-langkah berikut:

- a. Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan memilih kelompok sasaran, yaitu keluarga yang memiliki balita dengan kategori *stunting* (PB/U atau TB/U < -3SD < -2SD). Data tersebut diperlukan dalam mengevaluasi dan menilai keberhasilan program melalui hasil intervensi setiap waktu tertentu.

Pengumpulan data dasar dilakukan oleh peneliti dibantu oleh kader setempat. Pengumpulan data dasar dilakukan dengan cara identifikasi status gizi yaitu melakukan pengukuran langsung terhadap balita, kemudian penimbangan berat badan balita dalam tiga bulan terakhir dicatat melalui KMS (Kartu Menuju Sehat). Pengukuran status gizi dapat dilakukan di posyandu atau pengukuran rumah ke rumah (door to door) untuk balita yang tidak terjangkau.

Setelah itu, hasil pengukuran status gizi (PB/TB) diinterpretasikan menggunakan standar Permenkes No.2 Tahun 2020 sistem Z-score untuk mengetahui status gizi menurut PB/U atau TB/U.

b. Penetapan sasaran

Penetapan kelompok sasaran dikoordinasikan terlebih dahulu dengan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas. Sasaran untuk pendampingan balita adalah ibu, pengasuh atau anggota keluarga lain yang memiliki balita dengan kategori stunting. Balita dengan kategori tersebut kemudian didaftar untuk mempermudah intervensi.

c. Interview

Peneliti membuat jadwal pendampingan dengan kesepakatan antara peneliti dengan keluarga sasaran agar kedua belah pihak nyaman pada saat dilakukan kegiatan pendampingan tanpa mengganggu waktu masing-masing pihak.

d. Intervensi

Pada intervensi dilakukan pendekatan oleh peneliti terhadap keluarga sasaran tentang cara pemberian makan, mengasuh, dan perawatan, serta evaluasi pertumbuhan dan perkembangan seorang anak. Sesi ini terdiri dari tiga tahap :

1) Pendampingan intensif :

Peneliti mendampingi ibu balita atau keluarga sasaran secara intensif untuk membantu mereka menerapkan praktik pemberian pola makan yang sesuai dengan kebutuhan zat gizi balita. Peneliti juga diharapkan dapat menjelaskan dan memberikan pemikiran tentang kebutuhan zat gizi balita, pengertian *stunting*, faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting*, dampak *stunting*, penanggulangan dini *stunting* dengan metode pendekatan individu.

2) Penguatan

Sasaran pada sesi ini tidak lagi dikunjungi secara teratur setiap hari, tetapi hanya dua kali seminggu untuk membantu ibu atau pengasuh anak berdasarkan apa yang telah diajarkan oleh peneliti. Disarankan agar ibu balita dapat melakukan arahan secara mandiri jika mereka tidak mampu mengikutinya.

3) Praktik mandiri

Setelah sesi penguatan, ibu atau pengasuh balita akan diberi kesempatan untuk melakukan praktik secara mandiri dengan arahan pola pemberian makan yang telah dianjurkan atau direkomendasikan oleh peneliti. Sasaran tidak dikunjungi pada sesi ini, tetapi akan dikunjungi kembali pada hari terakhir

pendampingan dimana peneliti akan melakukan penilaian terhadap perubahan setelah pendampingan.

4. Bentuk Pendampingan Gizi

a. Konseling

Konseling adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah yang bertujuan untuk membantu klien atau pasien mengenali dan memperbaiki sikap dan perilaku mereka mengontrol makanan dan minuman untuk mengatasi masalah gizi. Konsultasi gizi dilakukan oleh nutrisisionis, dietisien, atau ahli gizi. Konseling harus diberikan bersamaan dengan terapi diet secara individual. Tujuan dari konseling adalah membantu klien dalam merubah perilaku yang berkaitan dengan gizi untuk meningkatkan kesehatan dan status gizi mereka (Iriantika, 2016).

Konseling, yang berasal dari Bahasa Inggris "counseling", yang artinya "nasihat, anjuran, dan pembicaraan" dapat diartikan sebagai memberikan nasihat, anjuran, dan pembicaraan dengan diskusi. Dalam asuhan gizi, konseling gizi merupakan suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi. Selama proses konseling gizi, klien dan orang yang memberikan bantuan dan dukungan (petugas konseling atau konselor) akan bertemu dan berbicara untuk membantu klien memecahkan masalahnya.

Konseling gizi diharapkan dapat membantu orang dan keluarga mengatasi masalah gizi mereka, seperti mengubah pola makan dan mengatasi masalah gizi klien untuk membuat kebiasaan hidup yang lebih sehat (Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), 2018).

b. Penyuluhan

Penyuluhan gizi adalah bagian integral dari program gizi dan kesehatan. Kegiatan penyuluhan gizi diawali dengan kegiatan perencanaan penyuluhan gizi. Perencanaan penyuluhan gizi dapat ditinjau dari berbagai tingkat, yaitu tingkat pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan perencanaan di tingkat puskesmas. Perencanaan di tingkat pusat dan provinsi lebih menekankan pada kebijakan penyuluhan gizi, sedangkan pada tingkat kabupaten, kota, dan puskesmas lebih menekankan pada pelaksanaan kegiatan penyuluhan (Dewa Nyoman, 2013).

C. Tingkat Konsumsi

Tingkat konsumsi adalah perbandingan konsumsi individu terhadap berbagai macam zat gizi dan dibandingkan dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dinyatakan dalam persen (Supriasa dkk., 2016). Konsumsi pangan dan gizi yang dikonsumsi oleh balita memberikan kontribusi yang sangat besar terhadap status gizi dan kesehatan balita.

Perkembangan otak juga dipengaruhi oleh makanan. Kekurangan makanan yang mengandung zat gizi yang diperlukan untuk waktu yang lama dapat berdampak negatif pada pertumbuhan anak dan perubahan metabolisme

otak. Oleh karena itu, kemampuan dan fungsi otak menjadi tidak optimal. Kekurangan gizi yang lebih parah dan berkelanjutan menyebabkan penurunan pertumbuhan tubuh, penurunan berat badan, dan mengecilnya ukuran otak.

1. Tingkat Konsumsi Energi

a. Pengertian Energi

Energi adalah zat yang diperlukan oleh makhluk hidup untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan, dan melakukan aktivitas fisik. Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak, dan protein yang ada dalam makanan (Almatsier, 2009).

Ketiga jenis zat gizi makro berupa karbohidrat, lemak, dan protein menghasilkan energi bagi tubuh melalui proses metabolisme. Sumber energi utama adalah karbohidrat dan lemak, sedangkan protein digunakan sebagai zat pembangun. Bila konsumsi karbohidrat dan lemak kurang untuk memenuhi kebutuhan energi, menggunakan protein.

Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII (2004) menganjurkan perbandingan komposisi energi berasal dari karbohidrat, protein, dan lemak secara berurutan adalah 50-65%, 10-20% dan 20-30% (Moesijanti Soekarti, 2013). Penilaian tingkat konsumsi energi memerlukan standar kecukupan yang dianjurkan atau AKG (Angka Kecukupan Gizi). Berikut AKG energi untuk balita seperti terlihat pada tabel 2.

Tabel 2 Angka Kecukupan Energi yang Dianjurkan Per Orang Per Hari

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)
0-5 bulan	6	60	550
6-11 bulan	9	72	800
1-3 tahun	13	92	1350
4-6 tahun	19	113	1400

Sumber : PERMENKES RI, 2019

b. Manfaat Energi

Menurut Beck (2012), beberapa proses berikut membutuhkan energi:

- 1) Proses pertumbuhan dan mempertahankan jaringan tubuh. Jika jaringan tubuh terdiri dari komponen yang lebih sederhana, tubuh tidak memerlukan energi untuk kegiatan yang berlangsung di dalam sel.
- 2) Proses mempertahankan suhu tubuh.
- 3) Gerakan otot tak sadar, seperti detak jantung, gerakan saluran pencernaan, dan gerakan otot yang terlibat dalam respirasi, semuanya memerlukan energi.
- 4) Gerakan sadar, seperti bekerja, berjalan, dan berolahraga, semuanya memerlukan energi.

2. Tingkat Konsumsi Protein

a. Pengertian Protein

Protein adalah senyawa organik kompleks berbobot molekul tinggi yang merupakan polimer dari monomer-monomer asam amino yang dihubungkan satu sama lain dengan ikatan peptida. Molekul protein mengandung karbon, hidrogen, oksigen, nitrogen, sulfur, serta fosfor (Susilowati, 2016).

Penilaian tingkat konsumsi protein memerlukan standar kecukupan yang dianjurkan atau AKG (Angka Kecukupan Gizi). Berikut AKG protein untuk balita seperti terlihat pada tabel 3

Tabel 3 Angka Kecukupan Protein Yang Dianjurkan Per Orang Per Hari

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Protein (g)
0-5 bulan	6	60	9
6-11 bulan	9	72	15
1-3 tahun	13	92	20
4-6 tahun	19	113	25

Sumber : PERMENKES RI, 2019

b. Manfaat Protein

Menurut Almatsier (2009), manfaat protein antara lain :

1) Sumber energi

Sebagai sumber energi, protein ekivalen dengan karbohidrat, karena menghasilkan 4 kkal/g protein.

2) Pertumbuhan dan pemeliharaan

Sebelum sel dapat menghasilkan protein baru, asam amino penting harus tersedia dan ada jumlah nitrogen atau ikatan (NH_2) yang cukup untuk membentuk asam amino nonesensial. Jika ada campuran asam amino yang tepat, termasuk yang diperlukan untuk perbaikan dan pemeliharaan, pertumbuhan atau penambahan otot tidak mungkin terjadi.

3) Pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh

Hormon seperti tiroid, insulin, dan epinefrin adalah protein. Tubuh mengalami perubahan biokimia yang dipicu oleh ikatan tersebut.

4) Memelihara netralitas tubuh

Sebagian besar jaringan tubuh berfungsi dalam keadaan pH yang konstan karena protein tubuh berfungsi sebagai buffer, bereaksi dengan asam dan basa untuk menjaga pH konstan (pH 7,35 – 7,45).

5) Mengangkut zat-zat gizi

Mengangkut nutrisi dari saluran cerna melalui dinding saluran cerna ke darah, dari darah ke jaringan, dan kemudian melalui membran sel ke dalam sel. Sebagian besar zat gizi ini diangkut oleh protein.

6) Pembentukan antibodi

Kemampuan tubuh untuk melawan infeksi bergantung pada kemampuan tubuh untuk menghasilkan antibodi terhadap organisme yang memicu infeksi atau terhadap partikel asing yang masuk ke dalam tubuh.

7) Mengatur keseimbangan air

Cairan tubuh terdiri dari tiga bagian : intraselular (di dalam sel), ekstraselular (di antara sel), dan intravaskular (di dalam pembuluh darah). Membran sel memisahkan area-area ini. Dalam keadaan homeostatis, cairan harus didistribusikan secara merata di dalam area-area ini. Sistem kompleks yang terdiri dari protein dan elektrolit memastikan keseimbangan ini. Kekurangan protein dapat ditunjukkan dengan edema, yang merupakan tumpukan cairan dalam jaringan.

D. Cara Mengukur

Menurut Supariasa dkk (2016), tujuan pengukuran konsumsi makanan tingkat individu adalah untuk menemukan pola dan jumlah konsumsi yang terkait dengan kondisi kesehatan individu tersebut. Metodologi sebuah metode kuantitatif yaitu dengan recall 24 jam dapat digunakan untuk mengukur konsumsi individu.

Penilaian tingkat konsumsi dilakukan dengan membandingkan antara konsumsi zat gizi aktual dengan AKG berdasarkan BB aktual yaitu :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Asupan Energi Aktual}}{\text{AKG Energi}} \times 100\%$$

$$\text{Tingkat Konsumsi Protein} = \frac{\text{Asupan Protein Aktual}}{\text{AKG Protein}} \times 100\%$$

Hasil perhitungan tingkat konsumsi dinyatakan dalam % AKG yang dapat dikategorikan berdasarkan DitjenBinKesMas Depkes RI (1996), yaitu :

- a. Lebih : > 120% AKG
- b. Normal : 90-120% AKG
- c. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG
- d. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG
- e. Defisit tingkat berat : < 70% AKG

BAB III

METODOLOGI PENULISAN

A. Jenis Penulisan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan laporan hasil dari kegiatan pendampingan gizi untuk menggambarkan perubahan tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat serta berat badan selama proses pendampingan.

B. Waktu dan Tempat Pengambilan Data

1. Waktu Penelitian

Pengambilan data ini dilakukan pada bulan Oktober 2024.

2. Tempat Pengambilan Data

Pengambilan data ini dilakukan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.

C. Subjek Pendampingan

Sasaran pada kegiatan pendampingan gizi ini yaitu pada Ibu Balita dan Balita Stunting sebanyak 5 balita di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu.

D. Variabel Penulisan

1. Stunting
2. Tingkat konsumsi energi
3. Tingkat konsumsi protein
4. Tingkat konsumsi lemak

5. Tingkat konsumsi karbohidrat
6. Status gizi pada balita

E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Data yang diperoleh terdiri dari:

a. Data Primer

Identitas responden meliputi nama balita, usia balita, jenis kelamin balita, tempat tanggal lahir balita, dan alamat balita.

b. Data tingkat konsumsi zat gizi

Asupan zat gizi diperoleh dengan menggunakan teknik wawancara langsung kepada responden (Ibu) dengan menggunakan form food recall 24 jam.

c. Data status gizi

Data status gizi pada balita dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri yaitu berat dan tinggi badan.

d. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di kumpulkan oleh pewawancara yang diperoleh dari instansi untuk melengkapi data penelitian, yaitu jumlah sampel dan alamat sampel.

2. Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan yaitu meliputi data primer dan data sekunder

a. Data Primer

1. Data Identitas Sampel

Identitas sampel meliputi nama, usia, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat. Data identitas diperoleh dengan mewawancarai langsung kepada keluarga balita dengan alat bantu form identitas.

2. Data Status Gizi

Data status gizi pada balita dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri yaitu dilakukan penimbangan berat badan dengan menggunakan timbangan digital dan pengukuran tinggi badan dengan menggunakan alat ukur microtoise serta dilakukan pendataan umur dan jenis kelamin pada balita.

3. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di kumpulkan oleh pewawancara yang diperoleh dari instansi untuk melengkapi data penelitian, yaitu jumlah sampel dan alamat sampel.

F. Alat Pengumpulan Data

1. Form data identitas responden
2. Timbangan digital dengan ketelitian 0,1
3. Microtoise
4. Alat tulis

G. Cara Pengolahan dan Analisis Data

1. Cara Pengolahan dan Analisis Data

a) Data Identitas Responden

Data identitas responden berisi mengenai (nama, usia, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, dan alamat) dengan wawancara kepada responden dengan menggunakan alat bantu form kuesioner

b) Status Gizi

Data hasil penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan lalu dihitung nilainya dengan z-score dengan berdasarkan indeks BB/U, TB/U, BB/TB dari hasil perhitungan tersebut dimasukkan dan di cocokan menggunakan kategori PMK No.2 Tahun 2020 dengan melihat hasil status gizi. Setelah semua kategori diketahui kemudian data tersebut dipresentasikan atau dijadikan dalam bentuk persen dan didistribusikan menggunakan grafik serta dijelaskan secara deskriptif.

c) Recall makan 1x24 jam

Data konsumsi makan diperoleh menggunakan form recall yang meliputi jumlah asupan yang dikonsumsi dan jenis makanan dengan menggunakan nutrisurvey, kemudian ketentuan kategori diambil dari hasil recall selama 4 hari berturut-turut. Recall makan dikategorikan menjadi 5 yaitu:

1. Lebih: $\geq 120\%$ AKG
2. Baik: 90-119% AKG
3. Defisit tingkat ringan: $< 80-89\%$ AKG

4. Defisit tingkat sedang: 70-79% AKG

5. Defisit tingkat berat: <70% AKG

Sumber Rujukan: Depkes 1996

2. Analisis Data

1. Tingkat konsumsi Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat di analisis dalam bentuk persen (%) kemudian di sajikan dengan menggunakan tabel dan grafik lalu dijelaskan dalam bentuk narasi untuk mengolah data recall
2. Untuk status gizi balita dianalisis dalam bentuk persen (%) kemudian di sajikan dengan menggunakan tabel dan grafik lalu dijelaskan dalam bentuk narasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Pendampingan

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu, Jawa Timur. Kelurahan Songgokerto merupakan salah satu dari empat Kelurahan yang berada di Kota Batu yang mempunyai ketinggian 925 s/d 1285 meter dari permukaan laut, curah hujan rata-rata pertahun 1731,98 mm, dengan suhu rata-rata 21°C-28.8°C. Tepatnya berada di sebelah barat Kota Batu dan merupakan tempat peristirahatan yang populer bagi wisatawan di Kota Batu. Adapun batas-batas wilayahnya adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Kawasan perhutani dan Desa Sumberejo
- Sebelah Timur : Desa Pesanggrahan
- Sebelah Selatan : Kawasan Perhutani
- Sebelah Barat : Kawasan Songgoriti

Kelurahan Songgokerto terdiri dari 9 RT dengan 2.509 KK (kepala keluarga) dari jumlah penduduk 8.006 jiwa, dan tidak terdapat warga miskin di Kelurahan Songgokerto. Untuk mata pencaharian penduduk mayoritas adalah Karyawan Swasta 1.237 Jiwa, Buruh Harian Lepas 363 Jiwa, Wiraswasta 365 Jiwa. Masyarakat Kelurahan Songgokerto lebih dari 95% menganut agama Islam. Pusat kesehatan masyarakat Kelurahan Songgokerto masuk dalam UPT Puskesmas Batu. Adapun program yang sudah dijalankan di puskesmas Batu adalah sebagai berikut :

1. Mengsucceskan pemberian kapsul vitamin A pada Bayi dan Balita Usia 6-59 bulan yaitu pada bulan Februari dan Agustus.
2. Mengsucceskan pemberian Tablet Tambah Darah pada ibu hamil.
3. Mengsucceskan pemberian PMT-P pada Balita gizi kurang.
4. Mengsucceskan pemberian Makanan Tambahan pada ibu hamil KEK.
5. Mengsucceskan pemberian ASI Eksklusif pada Bayi usia 0-6 bulan.
6. Mengsucceskan pendapatan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

B. Karakteristik Balita

Berdasarkan pengambilan data maka dilakukan dengan metode wawancara menggunakan alat berupa form kuesioner. Didapatkan responden sejumlah 5 balita di Kelurahan Songgokerto, Kota Batu pada bulan Oktober 2024.

Tabel 4 Distribusi Karakteristik Balita di Kelurahan Songgokerto

Karakteristik Balita	n	%
Usia (bulan)		
0-24 bulan	3	60%
25-36 bulan	1	20%
37-59 bulan	1	20%
Jenis Kelamin		
laki-laki	2	40%
perempuan	3	60%
Riwayat Penyakit Infeksi 3 Bulan Terakhir		
ada	4	80%
tidak ada	1	20%
Status gizi		
Gizi kurang	1	20%
Gizi baik	4	80%
Total	5	100%

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4, balita dengan usia 0-24 bulan sebanyak 3 (60%) balita, balita dengan usia 25-36 bulan sebanyak 1 (20%) balita, balita dengan usia 37-59 bulan sebanyak 1 (20%) balita. Berdasarkan data diatas didominasi dengan usia 0-24 bulan dengan jumlah sebanyak 3 (60%) balita. Di Kelurahan Songgokerto balita yang mengalami stunting paling banyak berusia 0-24 bulan sebanyak 3 balita hal ini dikarenakan mereka sudah dapat memilih makanan yang disukai (picky eater) dan juga keaktifan anak yang susah dikendalikan.

Hal ini sejalan dengan pernyataan (Silfia, 2021) Masalah Gizi sering dialami pada anak usia 2 hingga diatas 2 tahun, hal ini dikarenakan setelah penghentian pemberian ASI masalah gizi yang timbul pada anak berhubungan dengan kecenderungan anak memilih-milih makanan yang akan dikonsumsi. Pada saat ini anak menjadi konsumen aktif dimana anak sudah dapat memilih makanan yang disukainya dan menolak makanan yang tidak disukainya. Pada usia ini balita cenderung lebih memilih bermain sehingga lupa untuk makan.

Berdasarkan jenis kelamin, balita yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 (40%) balita, dan balita yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 3 (60%) balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramli, dkk (2009) dalam Larasati (2017) yang cenderung mengalami obesitas (kelebihan gizi) adalah anak laki-laki dibandingkan anak perempuan. Oleh karena itu, laki-laki dan perempuan memiliki tinggi badan, berat badan, dan umur yang sama memiliki komposisi tubuh berbeda, sehingga kebutuhan energi dan nutrisinya juga akan berbeda.

Berdasarkan riwayat penyakit infeksi 3 bulan terakhir, balita yang menderita sakit selama 3 bulan terakhir sebanyak 4 (80%) balita, sedangkan balita yang tidak menderita sakit selama 3 bulan terakhir sebanyak 1 (20%) balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hairunis dkk (2016), Permatasari (2018), serta Welasasih dan Wirjatmadi (2012) menunjukkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat sakit dengan kejadian stunting. Berdasarkan teori balita yang memiliki riwayat sakit menyebabkan gangguan terhadap status gizi anak yang bisa berawal dari gizi buruk hingga stunting. Kaitan antara stunting dengan sakit, baik sakit akibat infeksi ataupun non infeksi mempengaruhi pertumbuhan melalui penurunan nafsu makan, gangguan penyerapan dalam saluran cerna, serta peningkatan kebutuhan energi untuk penyembuhan penyakit (Supariasa 2014).

Berdasarkan status gizi balita status gizi kurang sebanyak 1 (20%) balita, dan balita status gizi baik sebanyak 4 (80%) balita. Berdasarkan data diatas didominasi dengan balita gizi baik dengan jumlah sebanyak 4 (80%) balita. Status gizi balita adalah salah satu parameter yang menunjukkan level kesejahteraan penduduk Anggraeni dan Indrarti (2010 dalam Pibriyanti dan Puji 2017). Kondisi gizi menjelaskan level kesehatan sebagai imbas dari keselarasan kepentingan dan asupan zat gizi yang dikonsumsi. Penyakit infeksi rentan menyerang pada malnutrisi dikarenakan daya tahan tubuh yang menurun. Dari hasil penelitian menunjukkan kondisi dengan status gizi baik mengalami kependekan (12%), kejadian ini disebabkan stunting dihubungkan dengan parameter status gizi balita, tinggi badan dibagi umur yang dapat menunjukkan

kondisi kesehatan gizi yang sifatnya kronis (Rahmawati, Pamungkasari, Murti, (2018).

C. Perbandingan Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan

1. Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan

Tabel 5 Berat Badan Sebelum dan Setelah Pendampingan

Indikator	Balita	Sebelum	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
Berat Badan	Balita 1	8,11	8,15	8,18	8,18
	Balita 2	11,1	11,3	11,5	11,6
	Balita 3	11,81	11,85	11,85	12,3
	Balita 4	9,15	9,25	9,25	9,28
	Balita 5	12,30	12,40	12,40	13,05

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa balita 1 memiliki berat badan awal sebesar 8,11 kg, yang kemudian meningkat menjadi 8,15 kg pada hari pertama, 8,18 kg pada hari kedua, dan tetap stabil pada 8,18 kg di hari ketiga. Balita 2 menunjukkan peningkatan berat badan yang konsisten dari 11,1 kg sebelum pengukuran menjadi 11,3 kg pada hari pertama, 11,5 kg pada hari kedua, dan 11,6 kg pada hari ketiga. Balita 3 awalnya memiliki berat badan 11,81 kg, yang meningkat sedikit menjadi 11,85 kg pada hari pertama dan kedua, lalu naik signifikan menjadi 12,3 kg pada hari ketiga. Sementara itu, Balita 4 mengalami peningkatan berat badan dari 9,15 kg sebelum pengukuran menjadi 9,25 kg pada hari pertama dan kedua, dengan sedikit peningkatan lagi menjadi 9,28 kg pada hari ketiga. Balita 5 memiliki peningkatan berat badan paling signifikan, dari 12,30 kg sebelum

pengukuran menjadi 12,40 kg pada hari pertama dan kedua, dan akhirnya mencapai 13,05 kg pada hari ketiga. Dari data ini, dapat disimpulkan bahwa semua balita mengalami peningkatan berat badan selama pendampingan, meskipun dengan tingkat peningkatan yang berbeda-beda.

Berat badan adalah parameter yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Dalam keadaan abnormal perkembangan berat badan dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Dampak *wasting* pada anak dapat menurunkan kecerdasan, produktifitas, kreatifitas, dan menyebabkan terganggunya keterlambatan perkembangan pada balita kategori gizi kurang (Erika dkk 2020).

D. Perbandingan Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Setelah Pendampingan

1. Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Setelah Pendampingan

Tabel 6 Tingkat Konsumsi Energi Sebelum dan Sesudah Pendampingan

Indikator	Balita 1	Sebelum	Hari ke-1		Hari ke-2		Hari ke-3		Rata-rata
Recall		Energi : 1.379,7 kkal	Energi : 1.511,7 kkal	111%	Energi : 1.547,9 kkal	115%	Energi : 1.549,6 kkal	115%	1.536,4 kkal
Recall	Balita 2	Energi : 617,8 kkal	Energi : 891,2 kkal	66%	Energi : 1.242,4 kkal	92%	Energi : 1.315,2 kkal	97%	1.149,6 kkal
Recall	Balita 3	Energi : 911,5 kkal	Energi : 979,3 kkal	70%	Energi : 1.141 kkal	82%	Energi : 1.149,2 kkal	82%	1.089,8 kkal
Recall	Balita 4	Energi : 603,1 Kkal	Energi : 833,6 kkal	62%	Energi : 875,75 kkal	65%	Energi : 917,4 kkal	68%	875,5 kkal
Recall	Balita 5	Energi : 582,9 kkal	Energi : 1.003,2 kkal	74%	Energi : 1.096,5 kkal	81%	Energi : 1.279,7 kkal	95%	1.126,4 kkal

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa semua balita mengalami peningkatan konsumsi energi selama tiga hari pendampingan. Balita 1 memiliki konsumsi energi tertinggi, meningkat dari 1.379,7 kkal menjadi 1.549,6 kkal, menunjukkan asupan energi yang konsisten tinggi dengan rata-rata energi 1.536,4 kkal, sedangkan dari segi presentase kecukupan terdapat hasil Balita 1 memiliki presentase kecukupan tertinggi, meningkat dari 111% menjadi 115%. Balita 2 menunjukkan peningkatan signifikan dari 617,8 kkal menjadi 1.315,2 kkal, dengan kenaikan terbesar terjadi antara hari sebelum dan hari ke-2 dengan total rata-rata energi 1.149,6 kkal, sedangkan dari segi presentase kecukupan terdapat hasil Balita 2 menunjukkan peningkatan yang signifikan dari 66% menjadi 97% . Balita 3 juga mengalami peningkatan konsumsi energi yang stabil, dari 911,5 kkal menjadi 1.149,2 kkal dengan total rata-rata energi 746,5 kkal, sedangkan dari segi presentase kecukupan terdapat hasil Balita 3 mengalami peningkatan yang stabil, dari 70% menjadi 82%. Balita 4, meskipun memiliki konsumsi energi yang lebih rendah dibandingkan balita lainnya, tetap menunjukkan peningkatan dari 603,1 kkal menjadi 917,4 kkal dengan total rata-rata energi 875,5 kkal, sedangkan dari segi presentase kecukupan terdapat hasil dari 62% menjadi 68%. Balita 5 juga mengalami peningkatan konsumsi energi yang stabil, dari 582,9 kkal menjadi 1.279,7 kkal dengan total rata-rata energi 1.126,4 kkal, sedangkan dari segi presentase

kecukupan terdapat hasil Balita 5 mengalami peningkatan yang stabil, dari 74% menjadi 95%.

Secara keseluruhan, konsumsi energi semua balita meningkat selama pendampingan, dan peningkatan ini berhubungan erat dengan peningkatan berat badan masing-masing balita. Asupan energi yang memadai sangat penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan balita. Balita dengan konsumsi energi yang lebih tinggi cenderung mengalami peningkatan berat badan yang lebih signifikan, menekankan pentingnya menjaga asupan nutrisi yang cukup dan seimbang.

Menurut Rahmawati dkk (2018) hasil recall menunjukkan bahwa Sebagian besar anak di bawah usia 5 tahun mengalami deficit 74,6% dalam pengeluaran energi. Defisit energi ini disebabkan oleh kenyataan bahwa Sebagian besar balita mengkonsumsi nasi setiap hari, tetapi lebih banyak mengkonsumsi *junk food* daripada nasi per hari.

2. Perbandingan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Tabel 7 Tingkat konsumsi karbohidrat

Indikator	Balita 1	Sebelum	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Total rata-rata
Recall		Karbohidrat : 148,36 gram	Karbohidrat : 237,7 gram	Karbohidrat : 273,2 gram	Karbohidrat : 328,5 gram	279,8 gram
Recall	Balita 2	Karbohidrat : 52 gram	Karbohidrat : 75,4 gram	Karbohidrat : 81,7 gram	Karbohidrat : 153,3 gram	103,4 gram
Recall	Balita 3	Karbohidrat : 87,1 gram	Karbohidrat : 117,4 gram	Karbohidrat : 117,69 gram	Karbohidrat : 120,3 gram	118,4 gram
Recall	Balita 4	Karbohidrat : 56,4 gram	Karbohidrat : 93,2 gram	Karbohidrat : 101,8 gram	Karbohidrat : 107,89 gram	109 gram
Recall	Balita 5	Karbohidrat : 63,5 gram	Karbohidrat : 113,4 gram	Karbohidrat : 140,49 gram	Karbohidrat : 146,08 gram	133,3 gram

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa semua balita mengalami peningkatan konsumsi karbohidrat dari hari sebelum pendampingan hingga hari ke-3 setelah pendampingan. Balita 1 menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan, dari 148,36 gram menjadi 328,5 gram, yang mencerminkan pola makan karbohidrat yang sangat tinggi dengan total rata-rata karbohidrat 279,8 gram. Balita 2 juga mengalami peningkatan konsumsi karbohidrat yang besar dari 52 gram menjadi 153,3 gram dengan total rata-rata karbohidrat 103,4 gram, yang seiring dengan peningkatan berat badannya. Balita 3 menunjukkan peningkatan karbohidrat yang lebih

stabil dari 87,1 gram menjadi 120,3 gram dengan total rata-rata karbohidrat 118,4 gram, dengan berat badan yang bertambah secara konsisten. Balita 4 mengalami peningkatan konsumsi karbohidrat dari 56,4 gram menjadi 107,89 gram dengan total rata-rata karbohidrat 109 gram, meskipun peningkatan berat badan balita 4 lebih minimal dibandingkan balita lainnya. Terakhir, Balita 5 menunjukkan peningkatan konsumsi karbohidrat dari 63,5 gram menjadi 146,08 gram dengan total rata-rata karbohidrat 133,3 gram, yang diiringi dengan peningkatan berat badan yang cukup signifikan.

Secara keseluruhan, menunjukkan bahwa tingkat konsumsi karbohidrat pada semua balita cenderung meningkat dari hari ke hari. Peningkatan konsumsi karbohidrat tampaknya berhubungan erat dengan peningkatan berat badan, meskipun terdapat variasi individual dalam tingkat peningkatannya. Peningkatan konsumsi karbohidrat yang konsisten menunjukkan pentingnya asupan karbohidrat yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal pada balita. Balita dengan peningkatan konsumsi karbohidrat yang lebih tinggi cenderung memiliki peningkatan berat badan yang lebih signifikan, menekankan bahwa karbohidrat merupakan sumber energi yang penting dalam diet mereka.

Karbohidrat merupakan sumber energi terbesar yang harus terkandung dalam makanan yang kita konsumsi setiap hari. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Muzzammil (2015), bahwa pada balita terdapat asupan karbohidrat yang kurang. Sehingga balita sangat memerlukan asupan karbohidrat bagi tubuh. Dampak dari kekurangan asupan

karbohidrat dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan mulai dari kepala pusing, tubuh terasa lemah. Selain itu dampak kekurangan asupan karbohidrat dapat terjadi pada jangka pendek dan jangka panjang.

Cara mengatasi kekurangan asupan karbohidrat yaitu dengan mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan segar, karena buah dan sayur banyak mengandung serat yang banyak dan dapat membuat kenyang dalam waktu lama, serta mengkonsumsi beragam makanan sehat dengan gizi seimbang, artinya yang mengandung karbohidrat kompleks, protein, lemak sehat, vitamin dan mineral, dan cairan dalam jumlah yang cukup Endayani, dkk, 2017).

3. Perbandingan Tingkat Konsumsi Lemak

Tabel 8 Perbandingan Tingkat Konsumsi Lemak

Indikator	Balita 1	Sebelum	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Total rata-rata
Recall		Lemak : 62,9 gram	Lemak : 67,05 gram	Lemak : 67,06 gram	Lemak : 68,41 gram	67,5 gram
Recall	Balita 2	Lemak : 28,2 gram	Lemak : 35,2 gram	Lemak : 38,55 gram	Lemak : 48,5 gram	40,7 gram
Recall	Balita 3	Lemak : 46,5 gram	Lemak : 64,8 gram	Lemak : 64,8 gram	Lemak : 66 gram	65,2 gram
Recall	Balita 4	Lemak : 24,09 Gram	Lemak : 28,2 gram	Lemak : 31 gram	Lemak : 34,55 gram	31,2 gram
Recall	Balita 5	Lemak : 23,6 gram	Lemak : 35,01 gram	Lemak : 48,91 gram	Lemak : 59,75 gram	47,8 gram

Berdasarkan tabel 8 menunjukkan bahwa semua balita mengalami peningkatan konsumsi lemak dari hari sebelum pendampingan hingga hari ke-3 setelah pendampingan. Balita 1 menunjukkan peningkatan konsumsi lemak dari 62,9 gram menjadi 68,41 gram dengan total rata-rata lemak 67,5 gram, dengan berat badan yang stabil. Balita 2 mengalami peningkatan lebih signifikan dari 28,2 gram menjadi 48,5 gram dengan total rata-rata lemak 40,7 gram, dan berat badannya naik cukup signifikan. Balita 3 menunjukkan peningkatan konsumsi lemak dari 46,5 gram menjadi 66 gram dengan total rata-rata lemak 65,2 gram, dengan peningkatan berat badan yang cukup stabil. Balita 4 mengalami peningkatan konsumsi lemak dari 24,09 gram menjadi 34,55 gram dengan total rata-rata lemak 31,2 gram, meskipun peningkatan berat badan balita 4 lebih minimal dibanding balita lainnya. Terakhir, Balita 5 menunjukkan peningkatan konsumsi lemak terbesar, dari 23,6 gram menjadi 59,75 gram dengan total rata-rata lemak 47,8 gram, yang diiringi dengan peningkatan berat badan paling signifikan di antara semua balita.

Secara keseluruhan, menunjukkan bahwa peningkatan konsumsi lemak berhubungan dengan peningkatan berat badan balita. Balita dengan konsumsi lemak yang lebih tinggi cenderung memiliki peningkatan berat badan yang lebih signifikan. Hal ini menekankan pentingnya asupan lemak yang adekuat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan balita, meskipun faktor lain seperti kualitas makanan dan efisiensi metabolisme juga berperan.

Asupan lemak yang berasal dari makanan apabila kurang maka akan berdampak pada kurangnya asupan kalori atau energi untuk proses metabolisme tubuh. Asupan lemak yang rendah diikuti dengan berkurangnya energi di dalam tubuh akan menyebabkan perubahan pada masa dan jaringan tubuh serta gangguan penyerapan vitamin yang larut dalam lemak.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ayuningtyas A dkk (2018) yang menunjukkan bahwa proporsi balita dengan tingkat asupan lemak yang rendah akan mengalami stunting lebih tinggi dibandingkan proporsi balita dengan asupan lemak cukup. Secara statistik, balita dengan tingkat asupan lemak rendah akan 2 kali lebih beresiko stunting dibandingkan balita dengan tingkat asupan lemak cukup.

4. Perbandingan Tingkat Konsumsi Protein

Tabel 9 Tingkat Konsumsi Protein

Indikator	Balita 1	Sebelum	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Total rata-rata
Recall		Protein : 39,16 gram	Protein : 51,9 gram	Protein : 62,66 gram	Protein : 67,15 gram	60,5 gram
Recall	Balita 2	Protein : 36,9 gram	Protein : 53,6 gram	Protein : 58,4 gram	Protein : 62,9 gram	58,3 gram
Recall	Balita 3	Protein : 36,4 gram	Protein : 48,3 gram	Protein : 48,9 gram	Protein : 52,5 gram	50 gram
Recall	Balita 4	Protein : 20,5 gram	Protein : 35,1 gram	Protein : 38,4 gram	Protein : 41,9 gram	38,4 gram
Recall	Balita 5	Protein : 26,1 gram	Protein : 44,07 gram	Protein : 52,2 gram	Protein : 55,33 gram	50,5 gram

Berdasarkan tabel 9 menunjukkan bahwa semua balita mengalami peningkatan konsumsi protein dari hari sebelum pendampingan hingga hari ke-3 setelah pendampingan. Balita 1 menunjukkan peningkatan signifikan dari 39,16 gram menjadi 67,15 gram dengan total rata-rata protein 60,5 gram, yang seiring dengan peningkatan berat badannya. Balita 2 juga mengalami peningkatan konsumsi protein dari 36,9 gram menjadi 62,9 gram dengan total rata-rata protein 58,3 gram, dan berat badannya naik cukup signifikan. Balita 3 menunjukkan peningkatan konsumsi protein dari 36,4 gram menjadi 52,5 gram dengan total rata-rata protein 50 gram, dengan peningkatan berat badan yang cukup stabil. Balita 4 mengalami peningkatan konsumsi protein dari 20,5 gram menjadi 41,9 gram dengan total rata-rata protein 38,4 gram, meskipun peningkatan berat badan balita 4 lebih minimal dibandingkan balita lainnya. Terakhir, Balita 5 menunjukkan peningkatan konsumsi protein dari 26,1 gram menjadi 55,33 gram dengan total rata-rata protein 50,5 gram, yang diiringi dengan peningkatan berat badan yang paling signifikan di antara semua balita.

Secara keseluruhan, menunjukkan bahwa peningkatan konsumsi protein pada semua balita berhubungan dengan peningkatan berat badan mereka, meskipun tingkat peningkatannya bervariasi. Peningkatan konsumsi protein adalah faktor penting dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan balita, dan pemantauan asupan protein dapat membantu memastikan bahwa kebutuhan nutrisi mereka terpenuhi dengan baik.

Asupan protein dapat membantu pembentukan immunoglobulin atau yang sering disebut sebagai antibody yang berfungsi untuk menangkal infeksi yang disebabkan oleh virus atau bakteri. Dampak pada kekurangan asupan protein yaitu salah satunya stunting karena protein sangat erat dikaitkan dengan pertumbuhan anak. Cara mengatasi memastikan anak mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi sehat seimbang (mengandung karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral) masa pertumbuhannya, memantau tumbuh kembang anak secara berkala (Endayani, *dkk*, 2017)

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berikut hasil perubahan konsumsi dan perubahan berat badan balita melalui pendampingan gizi balita stunting usia 24 bulan – 48 bulan di Kelurahan Songgokerto Kota Batu:

1. Energi
 - a. Tingkat konsumsi energi sebelum diberi konseling dan PMT rata-rata 819 kkal, menurut % AKG termasuk dalam kategori defisit tingkat berat.
 - b. Tingkat konsumsi energi sesudah diberi konseling dan PMT rata-rata 1.155,5 kkal, menurut % AKG termasuk dalam kategori defisit tingkat ringan.
 - c. Terdapat peningkatan tingkat konsumsi energi dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 336,5 kkal.
2. Protein
 - E. Tingkat konsumsi protein sebelum diberi konseling dan PMT rata-rata 32 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori lebih.
 - F. Tingkat konsumsi protein sesudah diberi konseling dan PMT rata-rata 51,5 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori 206 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori lebih.

- G. Terdapat peningkatan tingkat konsumsi protein dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 19,5 gram.
3. Lemak
- a. Tingkat konsumsi lemak sebelum diberi konseling dan PMT rata-rata 37 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori defisit tingkat sedang.
 - b. Tingkat konsumsi lemak sesudah diberi konseling dan PMT rata-rata 50,5 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori normal.
 - c. Terdapat peningkatan tingkat konsumsi lemak dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 13,5 gram.
4. Karbohidrat
- a. Tingkat konsumsi karbohidrat sebelum diberi konseling dan PMT rata-rata 81,4 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori defisit tingkat berat.
 - b. Tingkat konsumsi karbohidrat sesudah diberi konseling dan PMT rata-rata 215,4 gram, menurut % AKG termasuk dalam kategori normal.
 - c. Terdapat peningkatan tingkat konsumsi karbohidrat dari hasil intervensi selama 4 hari sebesar 134 gram.
5. Berat badan
- a. Berat badan sebelum diberi konseling PMT rata-rata 10,4 kg, menurut AKG termasuk dalam kategori *underweight*.
 - b. Berat badan sesudah diberi konseling dan PMT rata-rata 14,2 gram, menurut AKG termasuk dalam kategori *underweight*.

- c. Terdapat peningkatan berat badan dari intervensi selama 4 hari rata-rata sebesar 3,8 kg, tetapi peningkatan tersebut tidak mengubah status gizi balita karena pada rentan usia 4-6 tahun pada AKG 2019 berat badan ideal sebesar 19 kg.

B. Saran

Mengingat pendampingan dapat meningkatkan konsumsi energi dan berat badan maka, ibu balita stunting diharapkan dapat terus menerapkan hasil pendampingan gizi mengenai praktik pemberian makan dan dapat menambah frekuensi makan balita stunting yang mengalami sulit makan agar kebutuhan gizi balita stunting dapat terpenuhi. Ibu juga diharapkan untuk lebih memperhatikan cara pengolahan dan variasi bahan makanan dengan cara pengolahan makanan selain menggunakan metode penggorengan seperti, dikukus, dipanggang, atau direbus sehingga anak dapat menikmati variasi rasa dan tekstur dari makanan tersebut. Selanjutnya, diharapkan pihak Puskesmas dapat melanjutkan kegiatan pendampingan gizi secara rutin agar prevalensi balita stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Batu dapat menurun.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Alifariki L., (2020). *Gizi Anak dan Stunting*. Yogyakarta: LeutikaPrio, 2020
- Endayani D, Mutia Sari, Alibbirwin. 2017. *Asupan Karbohidrat dan Protein Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Sekolah Di Syafana Islamic School Primary, Tangerang Selatan*.
- Erika, Sari, Y., & Hajrah, W. O. Analisis Kejadian Wasting pada Balita Usia 6-59 Bulan. *Jurnal Bidan Cerdas*.2020.2(3):154-162.
- Kementerian Kesehatan RI. *Riset kesehatan dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
- Hairunis, M. N., dkk. (2016). Determinan Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Soromandi Kabupaten Bima Nusa Tenggara Barat, *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4(2): 323-329
- I. Mardalena, *Dasar-dasar ilmu gizi dalam keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2017.
- Kementerian Kesehatan RI. *Riset kesehatan dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
- Kementrian Kesehatan RI (2016) *Situasi Balita Pendek*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- Munawaroh, S. (2015). *Pola Asuh Mempengaruhi Status Gizi Balita Relationship of Parenting Pattern and Toddlers' Nutritional Status*. Jurnal Keperawatan, 6(1).
- Nadia L. N. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 25-59 Bulan di Posyandu Wilayah Puskesmas Wonosari II
- Rahmawati, Hanik and Puspowati, S.D. (2018), *Hubungan Tingkat Konsumsi Energi Dan Protein Anak Balita Dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Kejadian Stunting Di Desa Nyemoh Kecamatan Bringin Kabupaten Semarang*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- RISKESDAS. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan; 2018. 198.
- Rose Yulistyowati, D., Hadisuyitno, J., & Riyadi, B. D. (2019). *Pengaruh Pendampingan Gizi Terhadap Tingkat Konsumsi Energi, Protein Pada Balita Stunting (6-59) Bulan di Desa Kuwolu Kec. Bululawang Kab. Malang*.
- Saputri dkk., (2021) *Pengetahuan Gizi dan Pola Asuh Ibu sebagai Faktor Risiko Stunting 6-24 bulan*
- Satriawan, E. (2018). *Strategi nasional percepatan pencegahan stunting 2018-2024*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Supariasa IDN dkk. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC; 2017.
- Supariasa IDN dkk. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Pada Balita di Kabupaten Malang*. Malang: EGC; 2019.

- Welasasih BD, Wirjatmadi RB. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi balita stunting. *The Indonesian Journal of Public Health*. 2012;8(3):99-104
- World Health Organization. 2010. *Nutrition Landscape Information System Country Profile Indicators : Interpretation Guide*

LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Pelacakan

KOTA BATU
PEMERINTAH KOTA BATU
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS BATU
Jl. Samudra No. 71 Kota Batu, Kota Pos 65313
Telp. (0341) 521113, e-mail: pkbmbatu71@gmail.com

FORMULIR PELACAKAN KASUS BALITA BERMASALAH GIZI

PUSKESMAS BATU

I. IDENTITAS BALITA

Nama: Venta Aghala Ferhana
 Jenis Kelamin: P Umur Saat ini: 8
 Tanggal Lahir: 12-11-22 Berat Badan: 8 kg
 Anak Ke: 1 Panjang Badan/Tagga Badan: 71 cm
 Berat Badan: 8 kg
 Kadar Hb (Haemoglobin): 11 gram/dL
 NIK: 44
 Penyakit Penyerta saat lahir: Tidak ada
 Adh. sehubungan: Tidak ada
 Nama KIA/IKES (Buku Pink): Tidak punya
 Nama Ibu: Sri Purnji
 Umur Ibu: 40
 Pendidikan Ibu: SMP
 Nama Ayah: Yusuf
 Umur Ayah: 44
 Pekerjaan Ayah: Pengal
 Alamat (Desa, RT/RW): Jl. Indragiri no 21 RT 4 RW 5
 Galeri / Non Galeri: Tidak punya

II. RIWAYAT ANAK [Tersingkir]

Riwayat kehamilan ibu: Ya (✓) Tidak ()
 a. Kehamilan resiko tinggi: Ya (✓) Tidak ()
 b. Ya Minum asam-asam hamil, sebutkan: 30 gram
 c. Berat Badan Lahir: 40 gram
 d. Panjang Lahir: 48 cm
 e. ASI Eksklusif: 9 bulan
 f. Ya Pemberian ASI diteruskan sampai berapa bulan?
 g. Tidak
 h. Ya Mula umur berapa diberikan MP-ASI: 6 bulan
 i. Status Imunisasi (menurut usia):
 j. Lengkap
 k. Belum Lengkap
 l. Tidak Lengkap
 m. Tidak
 n. Tidak
 o. Tidak
 p. Tidak
 q. Tidak
 r. Tidak
 s. Tidak
 t. Tidak
 u. Tidak
 v. Tidak
 w. Tidak
 x. Tidak
 y. Tidak
 z. Tidak
 aa. Tidak
 ab. Tidak
 ac. Tidak
 ad. Tidak
 ae. Tidak
 af. Tidak
 ag. Tidak
 ah. Tidak
 ai. Tidak
 aj. Tidak
 ak. Tidak
 al. Tidak
 am. Tidak
 an. Tidak
 ao. Tidak
 ap. Tidak
 aq. Tidak
 ar. Tidak
 as. Tidak
 at. Tidak
 au. Tidak
 av. Tidak
 aw. Tidak
 ax. Tidak
 ay. Tidak
 az. Tidak
 ba. Tidak
 bb. Tidak
 bc. Tidak
 bd. Tidak
 be. Tidak
 bf. Tidak
 bg. Tidak
 bh. Tidak
 bi. Tidak
 bj. Tidak
 bk. Tidak
 bl. Tidak
 bm. Tidak
 bn. Tidak
 bo. Tidak
 bp. Tidak
 bq. Tidak
 br. Tidak
 bs. Tidak
 bt. Tidak
 bu. Tidak
 bv. Tidak
 bw. Tidak
 bx. Tidak
 by. Tidak
 bz. Tidak
 ca. Tidak
 cb. Tidak
 cc. Tidak
 cd. Tidak
 ce. Tidak
 cf. Tidak
 cg. Tidak
 ch. Tidak
 ci. Tidak
 cj. Tidak
 ck. Tidak
 cl. Tidak
 cm. Tidak
 cn. Tidak
 co. Tidak
 cp. Tidak
 cq. Tidak
 cr. Tidak
 cs. Tidak
 ct. Tidak
 cu. Tidak
 cv. Tidak
 cw. Tidak
 cx. Tidak
 cy. Tidak
 cz. Tidak
 da. Tidak
 db. Tidak
 dc. Tidak
 dd. Tidak
 de. Tidak
 df. Tidak
 dg. Tidak
 dh. Tidak
 di. Tidak
 dj. Tidak
 dk. Tidak
 dl. Tidak
 dm. Tidak
 dn. Tidak
 do. Tidak
 dp. Tidak
 dq. Tidak
 dr. Tidak
 ds. Tidak
 dt. Tidak
 du. Tidak
 dv. Tidak
 dw. Tidak
 dx. Tidak
 dy. Tidak
 dz. Tidak
 ea. Tidak
 eb. Tidak
 ec. Tidak
 ed. Tidak
 ee. Tidak
 ef. Tidak
 eg. Tidak
 eh. Tidak
 ei. Tidak
 ej. Tidak
 ek. Tidak
 el. Tidak
 em. Tidak
 en. Tidak
 eo. Tidak
 ep. Tidak
 eq. Tidak
 er. Tidak
 es. Tidak
 et. Tidak
 eu. Tidak
 ev. Tidak
 ew. Tidak
 ex. Tidak
 ey. Tidak
 ez. Tidak
 fa. Tidak
 fb. Tidak
 fc. Tidak
 fd. Tidak
 fe. Tidak
 ff. Tidak
 fg. Tidak
 fh. Tidak
 fi. Tidak
 fj. Tidak
 fk. Tidak
 fl. Tidak
 fm. Tidak
 fn. Tidak
 fo. Tidak
 fp. Tidak
 fq. Tidak
 fr. Tidak
 fs. Tidak
 ft. Tidak
 fu. Tidak
 fv. Tidak
 fw. Tidak
 fx. Tidak
 fy. Tidak
 fz. Tidak
 ga. Tidak
 gb. Tidak
 gc. Tidak
 gd. Tidak
 ge. Tidak
 gf. Tidak
 gg. Tidak
 gh. Tidak
 gi. Tidak
 gj. Tidak
 gk. Tidak
 gl. Tidak
 gm. Tidak
 gn. Tidak
 go. Tidak
 gp. Tidak
 gq. Tidak
 gr. Tidak
 gs. Tidak
 gt. Tidak
 gu. Tidak
 gv. Tidak
 gw. Tidak
 gx. Tidak
 gy. Tidak
 gz. Tidak
 ha. Tidak
 hb. Tidak
 hc. Tidak
 hd. Tidak
 he. Tidak
 hf. Tidak
 hg. Tidak
 hh. Tidak
 hi. Tidak
 hj. Tidak
 hk. Tidak
 hl. Tidak
 hm. Tidak
 hn. Tidak
 ho. Tidak
 hp. Tidak
 hq. Tidak
 hr. Tidak
 hs. Tidak
 ht. Tidak
 hu. Tidak
 hv. Tidak
 hw. Tidak
 hx. Tidak
 hy. Tidak
 hz. Tidak
 ia. Tidak
 ib. Tidak
 ic. Tidak
 id. Tidak
 ie. Tidak
 if. Tidak
 ig. Tidak
 ih. Tidak
 ii. Tidak
 ij. Tidak
 ik. Tidak
 il. Tidak
 im. Tidak
 in. Tidak
 io. Tidak
 ip. Tidak
 iq. Tidak
 ir. Tidak
 is. Tidak
 it. Tidak
 iu. Tidak
 iv. Tidak
 iw. Tidak
 ix. Tidak
 iy. Tidak
 iz. Tidak
 ja. Tidak
 jb. Tidak
 jc. Tidak
 jd. Tidak
 je. Tidak
 jf. Tidak
 jg. Tidak
 jh. Tidak
 ji. Tidak
 jj. Tidak
 jk. Tidak
 jl. Tidak
 jm. Tidak
 jn. Tidak
 jo. Tidak
 jp. Tidak
 jq. Tidak
 jr. Tidak
 js. Tidak
 jt. Tidak
 ju. Tidak
 jv. Tidak
 jw. Tidak
 jx. Tidak
 jy. Tidak
 jz. Tidak
 ka. Tidak
 kb. Tidak
 kc. Tidak
 kd. Tidak
 ke. Tidak
 kf. Tidak
 kg. Tidak
 kh. Tidak
 ki. Tidak
 kj. Tidak
 kk. Tidak
 kl. Tidak
 km. Tidak
 kn. Tidak
 ko. Tidak
 kp. Tidak
 kq. Tidak
 kr. Tidak
 ks. Tidak
 kt. Tidak
 ku. Tidak
 kv. Tidak
 kw. Tidak
 kx. Tidak
 ky. Tidak
 kz. Tidak
 la. Tidak
 lb. Tidak
 lc. Tidak
 ld. Tidak
 le. Tidak
 lf. Tidak
 lg. Tidak
 lh. Tidak
 li. Tidak
 lj. Tidak
 lk. Tidak
 ll. Tidak
 lm. Tidak
 ln. Tidak
 lo. Tidak
 lp. Tidak
 lq. Tidak
 lr. Tidak
 ls. Tidak
 lt. Tidak
 lu. Tidak
 lv. Tidak
 lw. Tidak
 lx. Tidak
 ly. Tidak
 lz. Tidak
 ma. Tidak
 mb. Tidak
 mc. Tidak
 md. Tidak
 me. Tidak
 mf. Tidak
 mg. Tidak
 mh. Tidak
 mi. Tidak
 mj. Tidak
 mk. Tidak
 ml. Tidak
 mm. Tidak
 mn. Tidak
 mo. Tidak
 mp. Tidak
 mq. Tidak
 mr. Tidak
 ms. Tidak
 mt. Tidak
 mu. Tidak
 mv. Tidak
 mw. Tidak
 mx. Tidak
 my. Tidak
 mz. Tidak
 na. Tidak
 nb. Tidak
 nc. Tidak
 nd. Tidak
 ne. Tidak
 nf. Tidak
 ng. Tidak
 nh. Tidak
 ni. Tidak
 nj. Tidak
 nk. Tidak
 nl. Tidak
 nm. Tidak
 nn. Tidak
 no. Tidak
 np. Tidak
 nq. Tidak
 nr. Tidak
 ns. Tidak
 nt. Tidak
 nu. Tidak
 nv. Tidak
 nw. Tidak
 nx. Tidak
 ny. Tidak
 nz. Tidak
 oa. Tidak
 ob. Tidak
 oc. Tidak
 od. Tidak
 oe. Tidak
 of. Tidak
 og. Tidak
 oh. Tidak
 oi. Tidak
 oj. Tidak
 ok. Tidak
 ol. Tidak
 om. Tidak
 on. Tidak
 oo. Tidak
 op. Tidak
 oq. Tidak
 or. Tidak
 os. Tidak
 ot. Tidak
 ou. Tidak
 ov. Tidak
 ow. Tidak
 ox. Tidak
 oy. Tidak
 oz. Tidak
 pa. Tidak
 pb. Tidak
 pc. Tidak
 pd. Tidak
 pe. Tidak
 pf. Tidak
 pg. Tidak
 ph. Tidak
 pi. Tidak
 pj. Tidak
 pk. Tidak
 pl. Tidak
 pm. Tidak
 pn. Tidak
 po. Tidak
 pp. Tidak
 pq. Tidak
 pr. Tidak
 ps. Tidak
 pt. Tidak
 pu. Tidak
 pv. Tidak
 pw. Tidak
 px. Tidak
 py. Tidak
 pz. Tidak
 qa. Tidak
 qb. Tidak
 qc. Tidak
 qd. Tidak
 qe. Tidak
 qf. Tidak
 qg. Tidak
 qh. Tidak
 qi. Tidak
 qj. Tidak
 qk. Tidak
 ql. Tidak
 qm. Tidak
 qn. Tidak
 qo. Tidak
 qp. Tidak
 qq. Tidak
 qr. Tidak
 qs. Tidak
 qt. Tidak
 qu. Tidak
 qv. Tidak
 qw. Tidak
 qx. Tidak
 qy. Tidak
 qz. Tidak
 ra. Tidak
 rb. Tidak
 rc. Tidak
 rd. Tidak
 re. Tidak
 rf. Tidak
 rg. Tidak
 rh. Tidak
 ri. Tidak
 rj. Tidak
 rk. Tidak
 rl. Tidak
 rm. Tidak
 rn. Tidak
 ro. Tidak
 rp. Tidak
 rq. Tidak
 rr. Tidak
 rs. Tidak
 rt. Tidak
 ru. Tidak
 rv. Tidak
 rw. Tidak
 rx. Tidak
 ry. Tidak
 rz. Tidak
 sa. Tidak
 sb. Tidak
 sc. Tidak
 sd. Tidak
 se. Tidak
 sf. Tidak
 sg. Tidak
 sh. Tidak
 si. Tidak
 sj. Tidak
 sk. Tidak
 sl. Tidak
 sm. Tidak
 sn. Tidak
 so. Tidak
 sp. Tidak
 sq. Tidak
 sr. Tidak
 ss. Tidak
 st. Tidak
 su. Tidak
 sv. Tidak
 sw. Tidak
 sx. Tidak
 sy. Tidak
 sz. Tidak
 ta. Tidak
 tb. Tidak
 tc. Tidak
 td. Tidak
 te. Tidak
 tf. Tidak
 tg. Tidak
 th. Tidak
 ti. Tidak
 tj. Tidak
 tk. Tidak
 tl. Tidak
 tm. Tidak
 tn. Tidak
 to. Tidak
 tp. Tidak
 tq. Tidak
 tr. Tidak
 ts. Tidak
 tt. Tidak
 tu. Tidak
 tv. Tidak
 tw. Tidak
 tx. Tidak
 ty. Tidak
 tz. Tidak
 ua. Tidak
 ub. Tidak
 uc. Tidak
 ud. Tidak
 ue. Tidak
 uf. Tidak
 ug. Tidak
 uh. Tidak
 ui. Tidak
 uj. Tidak
 uk. Tidak
 ul. Tidak
 um. Tidak
 un. Tidak
 uo. Tidak
 up. Tidak
 uq. Tidak
 ur. Tidak
 us. Tidak
 ut. Tidak
 uu. Tidak
 uv. Tidak
 uw. Tidak
 ux. Tidak
 uy. Tidak
 uz. Tidak
 va. Tidak
 vb. Tidak
 vc. Tidak
 vd. Tidak
 ve. Tidak
 vf. Tidak
 vg. Tidak
 vh. Tidak
 vi. Tidak
 vj. Tidak
 vk. Tidak
 vl. Tidak
 vm. Tidak
 vn. Tidak
 vo. Tidak
 vp. Tidak
 vq. Tidak
 vr. Tidak
 vs. Tidak
 vt. Tidak
 vu. Tidak
 vv. Tidak
 vw. Tidak
 vx. Tidak
 vy. Tidak
 vz. Tidak
 wa. Tidak
 wb. Tidak
 wc. Tidak
 wd. Tidak
 we. Tidak
 wf. Tidak
 wg. Tidak
 wh. Tidak
 wi. Tidak
 wj. Tidak
 wk. Tidak
 wl. Tidak
 wm. Tidak
 wn. Tidak
 wo. Tidak
 wp. Tidak
 wq. Tidak
 wr. Tidak
 ws. Tidak
 wt. Tidak
 wu. Tidak
 wv. Tidak
 ww. Tidak
 wx. Tidak
 wy. Tidak
 wz. Tidak
 xa. Tidak
 xb. Tidak
 xc. Tidak
 xd. Tidak
 xe. Tidak
 xf. Tidak
 xg. Tidak
 xh. Tidak
 xi. Tidak
 xj. Tidak
 xk. Tidak
 xl. Tidak
 xm. Tidak
 xn. Tidak
 xo. Tidak
 xp. Tidak
 xq. Tidak
 xr. Tidak
 xs. Tidak
 xt. Tidak
 xu. Tidak
 xv. Tidak
 xw. Tidak
 xx. Tidak
 xy. Tidak
 xz. Tidak
 ya. Tidak
 yb. Tidak
 yc. Tidak
 yd. Tidak
 ye. Tidak
 yf. Tidak
 yg. Tidak
 yh. Tidak
 yi. Tidak
 yj. Tidak
 yk. Tidak
 yl. Tidak
 ym. Tidak
 yn. Tidak
 yo. Tidak
 yp. Tidak
 yq. Tidak
 yr. Tidak
 ys. Tidak
 yt. Tidak
 yu. Tidak
 yv. Tidak
 yw. Tidak
 yx. Tidak
 yy. Tidak
 yz. Tidak
 za. Tidak
 zb. Tidak
 zc. Tidak
 zd. Tidak
 ze. Tidak
 zf. Tidak
 zg. Tidak
 zh. Tidak
 zi. Tidak
 zj. Tidak
 zk. Tidak
 zl. Tidak
 zm. Tidak
 zn. Tidak
 zo. Tidak
 zp. Tidak
 zq. Tidak
 zr. Tidak
 zs. Tidak
 zt. Tidak
 zu. Tidak
 zv. Tidak
 zw. Tidak
 zx. Tidak
 zy. Tidak
 zz. Tidak

III. RIWAYAT PENYAKIT DAN TUMBUH KEMBANG ANAK

1. Umur kelahiran, saat bayi ditahirkan: B. Esok, minggu
 2. Frekuensi penyakit infeksi, apa yang diderita balita dalam tiga bulan terakhir (seponi batuk, pilek, diare dll):
 a. Frekuensi
 b. Peran, setiap 3 hari
 3. Kondisi umum saat ini:
 a. Baik
 b. Berada, plakan
 4. Uptya-upaya yang telah dilakukan, sebutkan

IV. INFORMASI PENBUKUNG LAINNYA

1. Pengasuh utama Balita:
 a. Ibu
 b. Pengasuh (Nenek/Keluarga, Tetangga, Suster, Daycare)
 2. Orang tua merokok (terutama yang tinggal satu rumah ditanyakan kakak, paman, atau famili lain):
 a. Ya (✓)
 b. Tidak (✓)
 3. Smanas:
 a. Sumber air minum
 b. Jamban
 c. Ventilasi rumah
 d. Keterangan lain

V. KESIMPULAN

Faktor penyebab utama / langsung gizi buruk / stunting: _____
 Penyebab tidak langsung: _____

VI. TINDAK LANJUT PENANGANAN

1. _____
 2. _____
 3. _____

Menggetahui, Batu,
 Kepala Puskesmas Batu Pelaksana Gizi

@ JONGKY ORRIS S M
NIP. 19750505 201001 1 024

SUSI HERSASI S ST
NIP. 19780618 200012 2 001

Recall 2x 24 jam

Pagi hari ini: Susu formula (5 sendok)

Makan kemarin: Nasi goreng 1/2 ckg nasi
Telur goreng 1 butir

Siang kemarin: Makan goreng 5 sendok makan
Padang

Pagi kemarin: Nasi 1/2 ckg nasi
mie kuah instan + telur

Makan lusa: Tidak makan

Siang lusa: Nasi sayur bening
1/2 ckg nasi
1 ckg sayur

Febriawan kemarin: Nakati, ragel, rama

Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan Pendampingan





Lampiran 3 Dokumentasi Produk PMT







Lampiran 4 Resep PMT

resep
NUGGET AYAM SAYUR

BAHAN

- 50 gr daging ayam giling
- 10 gr wortel, parut halus
- 10 gr sawi hijau, haluskan
- 12 gr tepung tapioka
- 1 butir telur
- 20 gr tepung terigu
- 50 gr tepung panir
- 1 siung bawang putih
- 1/5 sdm garam
- 1/5 sdm gula
- sejumput merica



LANGKAH-LANGKAH

1. Campurkan daging ayam, wortel, sawi, garam, dan gula hingga merata
2. Tambahkan tepung tapioka, bawang, merica, dan telur
3. Setelah merata, tuangkan ke dalam loyang
4. Kukus selama 20 menit, potong atau cetak sesuai selera
5. Lapisi dengan tepung terigu yang sudah dicampurkan air kemudian lapisi dengan tepung panir secara merata
6. Goreng nugget dan sajikan

resep
BOLU KUKUS BUAH NAGA



BAHAN

- 30 buah naga
- 1 butir telur ayam
- 10 gr gula pasir
- 20 gr tepung terigu
- 5 gr susu bubuk
- sejumput vanili
- 25 ml santan kental
- 5 gr margarin
- sejumput garam
- keju untuk topping

LANGKAH-LANGKAH

1. Haluskan buah naga menggunakan blender, kemudian sarin
2. Mixer/kocok telur, gula pasir, dan vanili bubuk menggunakan mixer/whisk hingga mengembang
3. Masukkan tepung terigu dan susu bubuk full cream kedalam adonan yang sudah mengembang. Aduk sampai rata
4. Tuang santan dan margarin cair. Aduk perlahan sampai tercampur rata. Tambahkan buah naga yang telah di blender
5. Siapkan loyang atau cetakan bolu kukus. Olesi margarin dan sedikit tepung terigu.
6. Tuangkan adonan ke dalam cetakan. Beri parutan keju di atasnya sebagai topping
7. Panaskan kukusan, masukkan bolu ke dalam kukusan. Kukus bolu selama 15 menit
8. Lakukan tes tusuk, jika sudah matang angkat dan sajikan

resep
KROKET AYAM KEJU SAYUR



BAHAN

- 100 gram kentang
- 40 gram daging ayam, cincang
- 15 gram wortel, potong kecil-kecil
- 15 gram bayam, cincang
- 10 gram keju, parut
- 5 gram margarin
- 1 batang daun bawang, iris tipis
- 1 siung bawang putih, cincang halus
- 1/2 bawang bombay, cincang halus

Bahan Pelapis:

- 1 butir telur, kocok lepas

LANGKAH-LANGKAH

1. Panaskan margarin, tumis bawang putih dan bombay hingga harum
2. Masukkan ayam cincang, masak hingga berubah warna
3. Tambahkan wortel dan bayam tumis hingga sayuran layu
4. Tambahkan garam, merica, dan gula, aduk rata
Setelah matang, tambahkan keju parut dan daun bawang, aduk rata dan sisihkan.
5. Campurkan kentang halus dengan garam dan merica
Ambil sedikit adonan kentang, pipihkan dan letakkan isian ayam di tengahnya.
6. Bentuk bulat atau oval sesuai selera, pastikan tertutup rapat.
7. Lumuri dengan lapisan telur dan goreng.

resep COKLAT FLORENTINES MINI

BAHAN

- 25 gram coklat
- 15 gram kacang tanah
- 10 gram biskuit marie
- 5 gram cornflakes
- 1 sdt selai kacang
- 1/4 sdt minyak goreng
- 5 gram margarin
- Sejumput garam
- Keju untuk topping



LANGKAH-LANGKAH

1. Cincang kasar kacang tanah sangrai, remuk biskuit mari dengan sendok dan remuk cornflakes secukupnya.
2. Potong kecil coklat batang lalu campurkan dengan menambahkan minyak.
3. Campur semua bahan kering tambahkan selai kacang dan juga lelehan coklat. Siapkan piring/cetakan dengan plastik, bentuk bulat adonan dengan ketebalan kurang lebih 0,5 cm.
4. Taburi atas adonan dengan parutan keju sesuai selera, dan dinginkan ke dalam kulkas hingga set.

resep UDANG KEJU RAMBUTAN

BAHAN

- 30 gram daging udang
- 20 gram daging ayam cincang
- 20 gram keju
- 3 sdm tepung tapioka
- 3 siung bawang putih
- 1 sdt minyak wijen
- 1 butir telur
- Garam, merica bubuk, dan kaldu bubuk sesuai selera
- 3 lembar kulit pangsit, iris memanjang
- Minyak untuk menggoreng



LANGKAH-LANGKAH

- 1) Campurkan semua bahan kecuali kulit pangsit didalam wadah, aduk sampai rata
- 2) Bentuk bulat dengan dua buah sendok, balurkan pada kulit pangsit
- 4) Panaskan minyak goreng dengan api kecil, goreng udang keju rambut dengan minyak panas agar kulit pangsit bisa terurai dan garing
- 5) Goreng sampai kuning keemasan, angkat dan sajikan

resep
DONAT LABU KUNING

BAHAN

- 30 gr tepung terigu
- 50 gr labu kuning, kukus dan haluskan
- 10 gr gula pasir
- 1/5 sdt ragi
- 1 kuning telur
- 5 gr margarin
- 1/5 sdt garam
- air
- 5 gr gula halus sebagai topping



LANGKAH-LANGKAH

1. Campurkan tepung terigu, gula pasir, dan ragi dalam wadah besar. Aduk rata
2. Tuang air sedikit demi sedikit sambil diuleni hingga adonan mulai kalis
3. Masukkan margarin dan garam, uleni hingga kalis
4. Tutup adonan dengan kain bersih, diamkan selama 30 menit atau sampai adonan mengembang
5. Kempiskan adonan, kemudian bagi adonan sesuai selera.
6. Bulatkan lalu beri isian donat dengan labu kuning yang sudah dihaluskan. tutup adonan dan bulatkan kembali
7. Goreng donat hingga keemasan dan taburi dengan gula halus

BIODATA



Nama : Jihannira Natasya Kirani

Tempat, Tanggal Lahir : Trenggalek. 11 Juli 2003

Alamat : Jl Sutan Syahrir No. 10, Desa Sumbergedong,
Kecamatan, Trenggalek, Kabupaten Trenggalek,
Jawa Timur

Agama : Islam

Nama Orang Tua

Ayah : Agus Prakarana Yuda

Ibu : Yulis Suryani

Jumlah Saudara : 1 (satu)

Anak Ke : 2 (dua)

Riwayat Pendidikan : 1. SMA Negeri 1 Trenggalek
2. SMP Negeri 1 Trenggalek
3. SD Negeri 3 Ngantru
4. TK Kemala Bhayangkari 52