

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI (USIA AWAL PEMBERIAN,  
KONSISTENSI, JUMLAH DAN FREKUENSI) DENGAN STATUS GIZI BAYI  
USIA 7-23 BULAN DI DESA TAJINAN KECAMATAN TAJINAN  
KABUPATEN MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan**



**Oleh:**

**Winy Kirana Hasanah**

**NIM 145070600111020**

**PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2018**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI (USIA AWAL PEMBERIAN,  
KONSISTENSI, JUMLAH DAN FREKUENSI) DENGAN STATUS GIZI BAYI  
USIA 7-23 BULAN DI DESA TAJINAN KECAMATAN TAJINAN  
KABUPATEN MALANG**

Oleh:

**Winny Kirana Hasanah**  
**NIM 145070600111020**

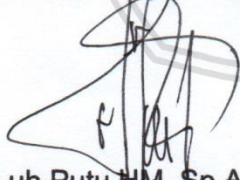
Telah diuji pada  
Hari : Jumat  
Tanggal : 19 Januari 2018  
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I



Dr. Lilik Zuhriyah, S.KM., M.Kes  
NIP. 197306061997022001

Pembimbing-I/Penguji-II,



dr. Ni Luh Putu HM, Sp.A., M.Biomed  
NIK. 2013037502282001

Pembimbing-II/Penguji-III,



Mega Ulfah, SST., M.Keb  
NIK. 2016098809182001

Mengetahui,  
Ketua Program Studi S1 Kebidanan,



Linda Ratna Wati, SST., M.Kes  
NIP. 198409132014042001



**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Winny Kirana Hasanah

NIM : 145070600111020

Program Studi : Program Studi S1 Kebidanan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa proposal Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 18 Januari 2018

Yang membuat pernyataan,



(Winny Kirana Hasanah)

NIM. 145070600111020

## KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi) dengan Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang”.

Ketertarikan penulis akan topik ini didasari oleh fakta bahwa kasus gizi buruk dan gizi kurang serta status gizi kurus dan sangat kurus masih menjadi masalah di Kabupaten Malang, khususnya Kecamatan Tajinan. Salah satu penyebab adanya masalah gizi tersebut karena pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang kurang sesuai dengan usia bayi meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, serta frekuensinya. Penelitian ini bertujuan membuktikan bahwa praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan frekuensi) akan berhubungan dengan status gizi pada bayi. Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. Lilik Zuhriyah, S.KM, M.Kes selaku penguji utama yang bersedia memberikan saran serta masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini
2. dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M.Biomed selaku dosen pembimbing pertama yang telah bersedia memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.

3. Ibu Mega Ulfah, SST, M.Keb selaku dosen pembimbing kedua yang telah bersedia memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Linda Ratna Wati, SST, M.Kes sebagai Ketua Program Studi S1 Kebidanan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di Program Studi S1 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
5. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan proposal Tugas Akhir dengan lancar.
7. Yang tercinta Bapak Dwi Waluyo, Ibu Any Herawati, serta adik Tamara dan Femmy atas segala pengertian dan kasih sayangnya.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan proposal Tugas Akhir yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis berharap semoga Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang bersifat membangun. Atas saran dan kritik, penulis sampaikan terima kasih.

Malang, 15 Januari 2018

Penulis

## ABSTRAK

Hasanah, Winny Kirana. 2018. **Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi) dengan Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang**. Tugas Akhir, Program Studi S1 Kebidanan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M.Biomed (2) Mega Ulfah, SST, M.Keb.

Periode seribu hari awal kehidupan manusia sejak dalam kandungan hingga usia dua tahun merupakan periode penting dalam menentukan kesehatan seseorang. Pemenuhan nutrisi yang adekuat selama masa tersebut dapat mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal. Pada saat kebutuhan bayi tidak dapat tercukupi dengan ASI saja, maka Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) perlu diberikan kepada bayi mulai usia 6 bulan. Orangtua perlu memperhatikan pemberian MP-ASI agar bayi memiliki status gizi yang baik. Pemberian MP-ASI harus disesuaikan dengan tahapan usia bayi, ditinjau dari usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan antara praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan status gizi bayi pada usia 7 bulan sampai dengan 23 bulan. Lokasi yang digunakan adalah Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Sampel penelitian berjumlah 54 orang yang diambil dengan teknik *proportional random sampling*. Data dianalisis dengan uji statistik *Likelihood Ratio*. Hasil yang diperoleh yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi bayi dengan usia awal pemberian ( $p=0,001$ ), konsistensi MP-ASI ( $p=0,001$ ), jumlah pemberian MP-ASI ( $p=0,000$ ) dan frekuensi pemberian MP-ASI ( $p=0,011$ ). Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan bermakna antara praktik pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan status gizi pada bayi yang berusia antara 7 hingga 23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.

Kata kunci: usia awal pemberian MP-ASI, konsistensi MP-ASI, jumlah MP-ASI, frekuensi MP-ASI, status gizi

## ABSTRACT

Hasanah, Winny Kirana. 2018. **Correlation Practice of Complementary Feeding (Initial Age of Giving, Consistency, Amount and Frequency) with Nutritional Status of Baby 7-23 Months in Tajinan Village Tajinan Sub-District Malang Regency.** Final Assignment, Midwifery Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M.Biomed (2) Mega Ulfah, SST, M.Keb.

The first a thousand days of life since intrauterine until two years old is an important period in determining a person's health. The adequate nutrition during this period can support the growth and development of children optimally. When the baby's needs cannot be fulfilled with breast milk alone, complementary feeding needs to be given to infants from the age of 6 months. Parents need to pay attention to the complementary feeding for the babies to have good nutritional status. The complementary feeding should be adjusted to the infant age stage, in terms of the initial age of giving, consistency, amount and frequency. The purpose of this research is to know the correlation between the practice of complementary feeding (initial age of giving, consistency, amount and frequency) and nutritional status of baby 7-23 months in Tajinan Village, Tajinan District, Malang. This study uses cross sectional design. The total sample of this research were 54 babies which were taken with proportional random sampling technique. The data were analyzed using Likelihood Ratio statistic test. The results obtained that there is a significant correlation between nutritional status of baby with the initial age of complementary feeding ( $p=0,001$ ), consistency of complementary feeding ( $p=0,001$ ), the amount of complementary feeding ( $p=0,000$ ) and frequency of complementary feeding ( $p=0,011$ ). The conclusion of this research is there is a correlation between the practice of complementary feeding with nutritional status of baby 7-23 months in Tajinan Village, Tajinan District, Malang.

Keywords: initial age of complementary feeding, consistency of complementary feeding, amount of complementary feeding, frequency of complementary feeding, nutritional status.

## DAFTAR ISI

	Halaman
Judul.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Abstrak .....	vi
Abstract .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
Daftar Singkatan .....	xiv
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Manfaat Akademik.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Praktik Pemberian MP-ASI.....	8
2.1.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI .....	9
2.1.2 Konsistensi Pemberian MP-ASI.....	12
2.1.3 Jumlah Pemberian MP-ASI .....	13
2.1.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI .....	14
2.1.5 Manfaat dan Tujuan Pemberian MP-ASI.....	16
2.1.6 Syarat Pemberian MP-ASI .....	16
2.1.7 Tanda-tanda Bayi Siap Diberikan MP-ASI .....	18
2.1.8 Cara Pemberian MP-ASI .....	19



2.2 Status Gizi.....	20
2.2.1 Pengertian Status Gizi .....	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi .....	20
2.2.3 Penilaian Status Gizi .....	24
2.2.4 Klasifikasi Status Gizi.....	30
2.3 Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Bayi.....	37

### **BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

3.1 Kerangka Konsep .....	39
3.2 Keterangan Kerangka Konsep.....	40
3.3 Hipotesa Penelitian.....	41

### **BAB 4 METODE PENELITIAN**

4.1 Rancangan Penelitian .....	42
4.2 Populasi dan Sampel .....	42
4.3 Variabel Penelitian.....	44
4.4 Waktu dan Tempat Penelitian .....	45
4.5 Alat atau Instrumen Penelitian .....	45
4.6 Definisi Operasional .....	47
4.7 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data.....	49
4.8 Pengolahan Data .....	55
4.9 Analisis Data.....	56
4.10 Etika Penelitian .....	56
4.11 Kerangka Kerja .....	60

### **BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA**

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	61
5.2 Karakteristik Ibu .....	62
5.3 Karakteristik Bayi .....	64
5.4 Data Praktik Pemberian MP-ASI .....	65
5.5 Data Status Gizi Bayi .....	67
5.6 Analisis Hubungan antar Variabel .....	68
5.6.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	69
5.6.2 Konsistensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi .....	69



5.6.3 Jumlah Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	70
5.6.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi .....	70

**BAB 6 PEMBAHASAN**

6.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI .....	72
6.2 Konsistensi Pemberian MP-ASI.....	73
6.3 Jumlah Pemberian MP-ASI .....	74
6.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI.....	75
6.5 Status Gizi Bayi.....	76
6.6 Hubungan Usia Awal Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	77
6.7 Hubungan Konsistensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi .....	79
6.8 Hubungan Jumlah Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	81
6.9 Hubungan Frekuensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	83
6.10 Keterbatasan Penelitian.....	84

**BAB 7 PENUTUP**

7.1 Kesimpulan.....	86
7.2 Saran.....	87

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	89
-----------------------------	----

<b>LAMPIRAN</b> .....	93
-----------------------	----



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Grafik WHO Status Gizi Anak Perempuan BB/PB.....	33
Gambar 2.2 Grafik WHO Status Gizi Anak Laki-Laki BB/PB .....	33
Gambar 2.3 Grafik WHO Status Gizi Anak Perempuan BB/U .....	34
Gambar 2.4 Grafik WHO Status Gizi Anak Laki-Laki BB/U .....	34
Gambar 2.5 Grafik WHO Status Gizi Anak Perempuan TB/U atau PB/U .....	35
Gambar 2.6 Grafik WHO Status Gizi Anak Laki-Laki TB/U atau PB/U.....	35
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	39
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian.....	60
Gambar 5.1 Distribusi Praktik Pemberian MP-ASI.....	66
Gambar 5.2 Distribusi Status Gizi Bayi .....	67

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Pedoman Pemberian MP-ASI usia 6-24 Bulan.....	15
Tabel 2.2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak .....	36
Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel .....	47
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Ibu .....	62
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Bayi .....	64
Tabel 5.3 Distribusi Praktik Pemberian MP-ASI.....	65
Tabel 5.4 Distribusi Status Gizi Bayi .....	68
Tabel 5.5 Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	68



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Penjelasan Mengikuti Penelitian .....	93
Lampiran 2. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi dalam Penelitian.....	95
Lampiran 3. Kuisisioner Penelitian .....	96
Lampiran 4. Form Pengukuran Antropometri .....	100
Lampiran 5. Jadwal Kerja Penelitian .....	101
Lampiran 6. Analisis Data Penelitian.....	103
Lampiran 7. Keterangan Kelaikan Etik .....	108
Lampiran 8. Surat Pengantar Penelitian dari Fakultas.....	109
Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari Bakesbangpol .....	110
Lampiran 10. Surat Izin Penelitian dari Desa Tajinan.....	111
Lampiran 11. Surat Selesai Penelitian dari Desa Tajinan.....	112
Lampiran 12. Lembar Konsultasi Tugas Akhir .....	113
Lampiran 13. <i>Curriculum Vitae</i> (CV).....	117
Lampiran 14. Pernyataan Keaslian Tulisan.....	118
Lampiran 15. Dokumentasi Kegiatan .....	119

**DAFTAR SINGKATAN**

ASI	: Air Susu Ibu
BB/PB	: Berat Badan menurut Panjang Badan
BB/TB	: Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	: Berat Badan menurut Umur
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
FAO	: <i>Food and Agriculture Organization</i>
FTT	: <i>Failure to Thrive</i>
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KEP	: Kekurangan Energi Protein
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PB/U	: Panjang Badan menurut Umur
PER	: <i>Protein Efficiency Ratio</i>
PJB	: Penyakit Jantung Bawaan
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
TB/U	: Tinggi Badan menurut Umur
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Seribu hari awal kehidupan manusia dimulai sejak dalam kandungan hingga bayi berusia dua tahun merupakan periode penting dalam menentukan kesehatan dan kecerdasan seseorang. Pemenuhan nutrisi yang adekuat selama periode ini dapat mendukung kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan anak secara optimal (Achadi, 2014). Di negara berkembang, malnutrisi masih menjadi penyumbang angka morbiditas, mortalitas dan menghambat perkembangan neurologi pada anak. Sekitar 200 juta anak gagal mencapai pertumbuhan dan perkembangan potensialnya. Hal ini disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi, pengaruh penyakit infeksi, lingkungan dan sanitasi yang buruk serta kekerasan sosial. Saat ini, hal yang dihadapi pada era modern tidak hanya masalah gizi kurang pada anak, tetapi juga permasalahan gizi lebih (Cusick, 2017).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), prevalensi gizi kurang-gizi buruk berdasarkan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) pada tahun 2013 sebesar 19,6 %, terdiri atas 13,9% gizi kurang dan 5,7 % gizi buruk. Angka tersebut mengalami peningkatan sebesar 1,7% jika dibandingkan dengan prevalensi tahun 2010 sebesar 17,9 %. Prevalensi gizi kurang-gizi buruk tahun 2013 sebesar 19,6 % dapat diartikan bahwa masalah gizi di Indonesia mendekati prevalensi tinggi (WHO, 2010). Prevalensi bayi kurus-sangat kurus secara nasional berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) pada tahun 2013 sebesar 12,1 %, mengalami penurunan sebesar 1,2 % dibandingkan

dengan prevalensi pada tahun 2010 yaitu 13,3 % (Riskesmas, 2013). Meskipun angka kurus-sangat kurus sudah menurun, prevalensi sebesar 12,1 % masih tergolong sebagai masalah yang serius (WHO, 2010)

Berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2014), angka gizi kurang mengalami penurunan pada tahun 2012 yaitu 10,3 % menjadi 9,9 % pada tahun 2013, kemudian meningkat kembali pada tahun 2014 sebesar 10,3 %. Sedangkan prevalensi gizi buruk menurun dari tahun 2012 hingga tahun 2014 yaitu sebesar 2,3 %, 2,2 %, dan 2,0 %. Secara keseluruhan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk menurun pada tahun 2012 sebesar 12,6 % menjadi 12,1 % pada tahun 2013, kemudian pada tahun 2014 menunjukkan adanya peningkatan menjadi 12,3 %.

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Malang (2017), pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 5,08 % kasus bayi dengan gizi kurang dan 0,67 % dengan gizi buruk. Dari 33 kecamatan yang ada di Kabupaten Malang, prevalensi status gizi balita kurus-sangat kurus dan gizi kurang-gizi buruk di Kecamatan Tajinan mengalami peningkatan dari tahun 2014 hingga 2016. Prevalensi status gizi sangat kurus-kurus berdasarkan indikator BB/TB tahun 2014-2016 secara berturut-turut sebesar 1,73 %, 2,24 %, dan 2,50 %. Berdasarkan indikator BB/U pada tahun 2014-2016, status gizi buruk-gizi kurang di Kecamatan Tajinan berturut-turut sebesar 9,18 %, 9,58 %, dan 10,18 %.

Makanan pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan yang diberikan ketika Air Susu Ibu (ASI) saja sudah tidak mencukupi kebutuhan nutrisi pada bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik. Oleh karena itu, pemberian makanan dan cairan lain di samping pemberian ASI sangat dibutuhkan guna memenuhi kebutuhan nutrisi bayi (WHO, 2008). Menurut *World*



*Health Organization* (WHO, 2003), waktu awal dari MP-ASI dimulai sekitar usia 6 bulan (180 hari) ketika bayi membutuhkan nutrisi lain di samping ASI dan perkembangan bayi pada usia ini sudah siap untuk menerima makanan selain ASI.

Saat ini masih banyak masyarakat yang memberikan makanan lain sebelum bayi berusia 6 bulan karena tradisi atau alasan pribadi, misalnya pemberian teh atau minuman manis. Hal ini karena pengaruh dari keluarga maupun orang-orang di sekitar. Pengenalan dari MP-ASI harus tepat waktu serta mengandung nutrisi yang cukup guna memenuhi kebutuhan bayi sesuai umur bayi. Makanan tersebut harus mengandung mikronutrien dan vitamin yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan kognitif bayi (Arikpo *et al.*, 2015). Pemberian makanan pendamping ASI, baik itu konsistensi, frekuensi, dan jumlahnya harus disesuaikan dengan tahapan perkembangan dan pertumbuhan bayi mulai usia 6-24 bulan. Pemberian MP-ASI dimulai saat usia 6 bulan dengan jumlah makanan yang sedikit dan ditingkatkan kuantitasnya seiring dengan usia anak, dengan tetap mempertahankan ASI (WHO, 2003).

Pemberian MP-ASI yang tidak sesuai pada bayi dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi, meningkatkan penyakit infeksi serta menghambat perkembangan kognitif anak. Ketidaksesuaian pemberian MP-ASI tersebut meliputi pemberian makanan pada usia yang terlalu dini atau terlambat, kandungan nutrisi pada makanan pendamping yang kurang serta perilaku kebersihan yang buruk (Arikpo *et al.*, 2015).

Penilaian status gizi bayi dan balita dapat diukur berdasarkan umur, berat badan, dan tinggi badan yang dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*Z-score*) WHO 2005. Variabel-variabel tersebut dikelompokkan dalam tiga bentuk indeks

antropometri yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB. Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum, indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, dan indeks BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu singkat (Risksedas, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Lestari *et al.*, (2014) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 1-3 tahun berdasarkan indikator BB/TB. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Sakti *et al.*, (2013), menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 6-23 bulan namun terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 6-23 bulan berdasar indikator BB/U. Larasati (2011) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konsistensi makanan pendamping ASI dengan status gizi bayi usia 6-12 bulan berdasarkan indikator BB/U.

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Tajinan, pada tahun 2016 Desa Tajinan termasuk dalam 3 besar tertinggi yang memiliki balita dengan gizi kurang-gizi buruk serta balita kurus-sangat kurus di Kecamatan Tajinan. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi) dengan Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang”

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui usia awal pemberian MP-ASI pada bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
2. Mengetahui konsistensi MP-ASI pada bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
3. Mengetahui jumlah pemberian MP-ASI pada bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
4. Mengetahui frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
5. Menilai status gizi bayi usia 7-23 di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
6. Menganalisis hubungan praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan status

gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Akademik**

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk menambah pengetahuan dan referensi tentang usia awal, konsistensi, jumlah dan frekuensi pemberian MP-ASI serta status gizi pada bayi usia 7-23 bulan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Peneliti**

Menambah pengalaman serta wawasan peneliti tentang pemberian makanan pendamping ASI serta dapat digunakan untuk mengevaluasi status gizi bayi usia 7-23 bulan.

#### **2. Bagi Tenaga Kesehatan**

Membantu tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi mengenai masalah praktik pemberian MP-ASI yang berkaitan dengan status gizi bayi sehingga dapat bermanfaat sebagai bahan konseling dan edukasi kesehatan dalam memberikan MP-ASI yang sesuai.

#### **3. Bagi Masyarakat**

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang praktik pemberian MP-ASI sehingga masyarakat khususnya ibu lebih memperhatikan praktik pemberian MP-ASI yang meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi MP-ASI yang disesuaikan dengan usia anak sehingga mampu menunjang

pertumbuhan optimal anak dan anak memiliki status gizi yang baik.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Praktik Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

Pada saat usia bayi sudah menginjak 6 bulan, pemberian ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang aktivitasnya sudah cukup banyak. Pesatnya pertumbuhan bayi perlu diikuti dengan pemberian kalori dan zat gizi yang cukup. Oleh karena itu, selain pemberian Air Susu Ibu (ASI) bayi usia 6 bulan perlu diberi makanan tambahan yang disesuaikan dengan kemampuan lambung bayi untuk mencerna makanan. Pemberian ASI disamping Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) hingga bayi berumur 2 tahun sangatlah penting (Prabantini, 2010).

Praktik pemberian makan merujuk pada cara orang tua dalam memberikan asupan makanan kepada anaknya (Shloin *et al.*, 2015). Menurut Yulianti (2010), MP-ASI adalah makanan tambahan selain ASI yang diberikan saat usia bayi menginjak 6 bulan berguna untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang meningkat. Menurut *Food Facility Project* (FAO, 2011), periode transisi dari ASI menuju makanan keluarga yang tepat dimulai saat bayi berusia 6 bulan hingga 23 bulan. Praktik pemberian MP-ASI adalah cara orang tua dalam memberikan makanan pendamping ASI saat bayi berusia 6 bulan hingga 2 tahun. Praktik pemberian MP-ASI harus tepat dan diberikan secara bertahap sesuai dengan penambahan usia anak.

### 2.1.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) harus diberikan secara tepat waktu (*timely*) yaitu saat kebutuhan energi dan nutrien melebihi dari yang didapat dari ASI. Pada saat bayi berusia 6 bulan, umumnya kebutuhan nutrisi tidak bisa hanya didapat dari ASI semata, khususnya energi, protein, dan beberapa mikronutrien terutama zat besi (Fe), seng (Zn) dan vitamin A. Pemberian MP-ASI yang tidak tepat waktu yaitu diberikan terlalu dini ataupun terlambat dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan. Apabila MP-ASI diberikan terlalu dini dapat mengakibatkan risiko diare, produksi ASI menurun, sensitisasi alergi, serta gangguan tumbuh kembang. Sebaliknya apabila MP-ASI diberikan terlambat berpotensi menyebabkan gagal tumbuh, defisiensi zat besi, dan juga gangguan tumbuh kembang (Nasar, 2010).

Beberapa alasan mengapa perlu menunda pemberian makanan pendamping Air Susu Ibu (ASI) hingga bayi berusia 6 bulan:

1. Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu-satunya makanan yang dibutuhkan bayi hingga usia 6 bulan.

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan bernutrisi serta berenergi tinggi yang mudah dicerna oleh bayi. Kandungan protein dan lemak dalam ASI mudah dicerna oleh bayi (Prabantini, 2010). Beberapa penelitian di negara berkembang menunjukkan bahwa bayi yang tidak mendapatkan ASI memiliki risiko kematian pada 6 bulan pertama kehidupan sebesar 6-10 kali lebih tinggi dibandingkan bayi yang mendapatkan ASI. Selain itu, infeksi akut seperti otitis media, *meningitis haemophilus influenza*, dan infeksi saluran kemih lebih jarang terjadi

pada bayi yang mendapatkan ASI. Penelitian pada 20 studi menunjukkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI memiliki skor fungsi kognitif sebesar 3,2 poin lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang mendapatkan susu formula (WHO, 2009).

2. Memberikan perlindungan yang lebih baik dari berbagai penyakit

Imunitas yang didapat bayi lebih besar jika diberikan ASI eksklusif karena ASI mengandung lebih dari 50 faktor imunitas. Bayi yang paling baik kekebalannya adalah bayi yang mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan (Hidayati, 2014). Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI eksklusif selama 6 bulan akan mengalami infeksi telinga 40% lebih sedikit serta menurunkan risiko penyakit pernapasan selama masa kanak-kanak. Pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini dapat menjadi pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman, terlebih jika tidak disajikan secara higienis (Prabantini, 2010)

3. Memberikan kesempatan pada sistem pencernaan bayi supaya berkembang lebih matang.

Menunda pemberian MP-ASI sampai bayi berusia 6 bulan dimaksudkan untuk memberikan kesempatan pada sistem pencernaan bayi untuk berkembang sehingga ketika bayi telah siap diberi makan seluruh sistem pencernaan telah matang. Pemberian makanan padat sebelum usia 6 bulan, mengakibatkan makanan sulit dicerna dengan baik dan dapat menimbulkan gangguan pencernaan seperti perut kembung, konstipasi, alergi dan berbagai macam penyakit lainnya (Hidayati, 2014). Kejadian diare meningkat sebesar 8,6 kali lebih tinggi



pada bayi yang mendapat ASI parsial dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif pada umur 0-6 bulan (WHO, 2009).

Enzim amilase belum mencapai jumlah yang cukup untuk mencerna makanan kasar sampai usia sekitar 6 bulan. Enzim pencerna karbohidrat seperti maltase, isomaltase, dan sukrase belum mencapai level orang seperti orang dewasa sebelum bayi berusia 7 bulan. Jumlah lipase dalam tubuh juga masih sedikit kadarnya dan baru mencapai level orang dewasa saat bayi berusia 6-9 bulan (Hidayati, 2014).

4. Melindungi bayi dari anemia kekurangan zat besi.

Kecukupan hemoglobin serta zat besi yang normal terlihat pada bayi yang diberi ASI eksklusif hingga usia 6-9 bulan. Pengenalan suplemen atau makanan yang mengandung besi pada 6 bulan pertama kehidupan, dapat mengurangi penyerapan besi pada bayi. (Prabantini, 2010).

5. Membantu ibu menjaga suplai ASI.

Pemberian makanan padat dapat menggantikan porsi asupan ASI dari ibu. Semakin tinggi asupan makanan padat yang dikonsumsi bayi, semakin rendah konsumsi ASI bayi yang diserap dari ibu. Hal ini menyebabkan produksi ASI ibu berkurang. Bayi yang mendapatkan makanan padat pada umur yang lebih muda, cenderung lebih cepat disapih (Prabantini, 2010).

6. Pemberian makanan pendamping yang terlalu dini dapat menyebabkan obesitas.

Pemberian makanan pendamping yang terlalu dini sering dihubungkan dengan meningkatnya kandungan lemak dan berat badan

pada anak-anak. Penelitian yang dilakukan oleh Maharsiwi (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian MP-ASI dini dengan kejadian gizi lebih pada bayi usia 6-24 bulan.

### 2.1.2 Konsistensi Pemberian MP-ASI

Konsistensi makanan untuk bayi atau balita harus disesuaikan dengan usia dan perkembangan neuromuskulernya. Pada awal usia 6 bulan, bayi mampu makan bubur dan makanan yang dihaluskan atau dilumatkan. Kemudian saat bayi telah berusia 8 bulan, kebanyakan bayi sudah bisa memakan *finger food*. Saat menginjak usia 12, bayi sudah mampu makan makanan seperti yang biasa dimakan oleh keluarga. Makanan tersebut harus kaya akan nutrisi serta sebisa mungkin untuk menghindari memberikan makanan yang dapat menyebabkan bayi tersedak, seperti kacang (WHO, 2009).

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang diberikan harus cukup kental agar mudah disendok dan tidak mudah terjatuh. MP-ASI yang cukup kental akan memberikan energi lebih banyak bagi anak daripada yang terlalu encer (Hidayati, 2014). *Critical window* untuk memperkenalkan makanan kental adalah umur 10 bulan. Apabila pada umur 10 bulan bayi terlambat diperkenalkan makanan kental maka akan meningkatkan kesulitan makan di kemudian hari. Meskipun masih terdapat batasan waktu untuk pengenalan makanan *semi-solid*, sangat penting untuk memberikan kepadatan makanan secara bertahap sesuai dengan usia anak tersebut. Dengan demikian, anak dapat berkembang secara optimal (WHO, 2003).

### 2.1.3 Jumlah Pemberian MP-ASI

Pada saat pengenalan awal jenis makanan, pemberian MP-ASI dimulai dengan jumlah yang sedikit (1-2 sendok teh). Kemudian untuk jumlahnya ditingkatkan secara bertahap sesuai dengan usia anak (Nasar, 2010). Kuantitas dari makanan tersebut biasanya tergantung dari jumlah energi (kkal) yang dibutuhkan oleh anak. Energi tambahan dari MP-ASI yang dibutuhkan anak yang mendapatkan ASI adalah 200 kkal/hari pada usia 6-8 bulan, 300 kkal/hari pada usia 9-11 bulan, dan 550 kkal/hari pada usia 12-23 bulan. Jumlah makanan untuk memenuhi kebutuhan anak semakin tinggi seiring dengan pertambahan usia anak sedangkan asupan dari ASI semakin berkurang seiring dengan bertambahnya usia anak (WHO, 2009).

Total energi untuk bayi yang sudah tidak mendapatkan ASI lebih banyak dibandingkan bayi yang masih mendapatkan ASI setelah usia 6 bulan karena energi didapat hanya dari MP-ASI saja. Pada bayi usia 6-8 bulan, jumlah energi yang dibutuhkan adalah 615 kkal/hari, pada usia 9-11 bulan adalah 686 kkal/hari, dan pada usia 12-23 bulan adalah 894 kkal/hari (WHO, 2005).

Jumlah makanan pendamping ASI yang diberikan untuk bayi yang mendapatkan ASI usia 6-8 bulan sebanyak dua sampai tiga sendok makan kemudian ditingkatkan bertahap menjadi setengah mangkok, usia 9-11 bulan sebanyak setengah mangkok, dan untuk usia 12-23 bulan sebanyak tiga per empat hingga satu mangkok penuh. Pada anak yang sudah tidak mendapatkan ASI, pemberian 1-2 gelas susu per hari serta penambahan makanan ekstra dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan harian anak (WHO, 2009).

#### 2.1.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI

Seiring dengan bertambahnya usia anak dan lebih tingginya kebutuhan total nutrisi, MP-ASI harus diberikan dengan frekuensi yang lebih banyak. Bayi berusia 6-8 bulan yang mendapatkan ASI sebaiknya diberikan makanan utama sebanyak 2-3 kali dalam sehari. Bayi yang berusia 9-23 bulan diberikan makanan utama sebanyak 3-4 kali setiap harinya. Pemberian makanan selingan diberikan 1-2 kali dalam sehari atau disesuaikan dengan keinginan anak. Makanan selingan merupakan makanan yang dikonsumsi di antara waktu makan utama, biasanya diberikan terpisah dalam bentuk camilan. Transisi dari pemberian makanan utama 2 kali sehari menjadi 3 kali sehari diberikan kepada anak secara bertahap sesuai dengan usia anak, kemampuan anak, dan bagaimana perkembangannya (WHO, 2009).

Frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi diatas 6 bulan yang sudah tidak mendapatkan ASI lebih banyak dibandingkan dengan yang masih mendapatkan ASI setelah 6 bulan. Rata-rata untuk frekuensi dari MP-ASI adalah 4-5 kali dalam sehari dengan tambahan makanan selingan 1-2 kali dalam sehari atau sesuai dengan keinginan anak. Jumlah yang sesuai dari pemberian MP-ASI didasarkan pada kepadatan energi dari makanan itu sendiri, apabila kepadatan energi dari makanan tersebut rendah, maka frekuensi yang lebih banyak mungkin dibutuhkan (WHO, 2005).

**Tabel 2.1 Pedoman Pemberian MP-ASI pada Bayi dan Anak Usia 6-24 Bulan.**

Umur (Bulan)	Bentuk Makanan	Berapa Kali Sehari	Berapa Banyak Setiap Kali Makan
6-9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI</li> <li>- Makanan lumat (bubur halus, lembut, cukup kental, dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI diberikan sesering mungkin</li> <li>- Makanan lumat 2-3x/hari</li> <li>- Makanan selingan 1-2x/hari</li> </ul>	2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, ditingkatkan perlahan sampai $\frac{1}{2}$ mangkuk berukuran 250 ml.
9-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI</li> <li>- Makanan lembek atau dicincang yang mudah ditelan, ditingkatkan semakin kasar.</li> <li>- Makanan selingan yang dapat dipegang anak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian ASI diteruskan</li> <li>- Makanan lembek 3-4x/hari</li> <li>- Makanan selingan 1-2x/hari</li> </ul>	$\frac{1}{2}$ sampai dengan $\frac{3}{4}$ mangkuk berukuran 250 ml
12-24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Makanan keluarga yang bervariasi.</li> <li>- ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Makanan keluarga 3-4x/hari</li> <li>- Makanan selingan 1-2x/hari</li> <li>- Teruskan pemberian ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\frac{3}{4}</math> sampai dengan 1 mangkuk berukuran 250 ml.</li> <li>- 1 potong kecil ikan, daging, ayam, atau telur.</li> <li>- 1 potong kecil tempe, tahu, atau 1 sendok makan kacang-kacangan.</li> <li>- <math>\frac{1}{4}</math> gelas sayuran.</li> <li>- 1 potong buah.</li> <li>- <math>\frac{1}{2}</math> gelas bubur, 1 potong kue, atau 1 potong buah.</li> </ul>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2016)

### 2.1.5 Manfaat dan Tujuan Pemberian MP-ASI

Motee dan Jeewon (2014) menyebutkan bahwa makanan pendamping ASI memberikan energi tambahan (kalori) dan nutrisi ketika ASI atau susu formula tidak dapat menyuplai kecukupan nutrisi bayi untuk pertumbuhan serta perkembangan yang optimal. Selain itu, makanan pendamping ASI memberikan peluang bagi bayi untuk belajar mengenal rasa dan tekstur baru dari makanan secara bertahap.

Selain itu, makanan pendamping ASI pada bayi bermanfaat sebagai penyesuaian alat cerna dalam mencerna makanan tambahan. Pemberian makanan tambahan merupakan salah satu proses pendidikan dimana bayi diajarkan cara mengunyah dan menelan makanan padat serta dapat mengembangkan motorik anak terutama koordinasi mata dan tangan (Sitompul dan Persie, 2014).

### 2.1.6 Syarat Pemberian MP-ASI

Beberapa persyaratan yang perlu diperhatikan dalam pembuatan makanan tambahan untuk bayi adalah (Yuliarti, 2010):

1. Bahan makanan mudah untuk diperoleh,
2. Harga terjangkau,
3. Bahan makanan mudah diolah,
4. Memiliki kandungan zat gizi yang memenuhi kecukupan gizi bayi,
5. Dapat diterima bayi dengan baik,
6. Jenis dan konsistensi makanan pendamping ASI disesuaikan dengan umur bayi,
7. Terhindar dari kuman penyakit, bahan pengawet, dan bahan pewarna.

8. Memenuhi nilai ekonomi, sosial, agama, dan budaya.
9. Mutu protein dapat memacu pertumbuhan fisik (*Protein Efficiency Ratio*/PER lebih besar atau sama dengan 70% mutu kasein, setara dengan >1,75)

Berikut ini beberapa zat gizi yang erat kaitannya dengan tumbuh kembang pada anak, antara lain:

1. Kepadatan energi atau densitas tidak kurang dari 0,8 kal/gram, protein tidak kurang dari 2 gram/100 kal dan tidak lebih dari 5,5 gram/100 kal, dengan mutu protein tidak kurang dari 70% kasein standar.
2. Nilai energi protein (%) memiliki rentang antara 10-18 dan kandungan lemak memiliki rentang antara 1,5-4,5 gram/100 kal.

Menurut Adriani dan Wirjatmadi (2012a), makanan tambahan untuk bayi sebaiknya memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Memiliki nilai energi dan kandungan protein yang tinggi,
2. Memiliki nilai suplementasi yang baik, mengandung vitamin dan mineral dalam jumlah yang cukup,
3. Dapat diterima dengan baik,
4. Sebaiknya diproduksi dari bahan-bahan yang tersedia secara lokal,
5. Harga yang relatif murah,
6. Makanan pendamping ASI bagi bayi hendaknya bersifat padat gizi serta meminimalkan bahan makanan yang mengandung serat kasar dan sukar dicerna oleh perut bayi, karena serat kasar yang terlalu banyak jumlahnya dapat mengganggu pencernaan bayi.

Berdasarkan Kemenkes RI (2016) dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak, MP-ASI yang baik:

1. Padat energi, protein, dan zat gizi mikro (zat besi, seng, vitamin A, vitamin C, dan asam folat).
2. Tidak berbumbu tajam serta tidak mengandung gula, garam, penyedap rasa, pengawet, dan pewarna makanan.
3. Mudah ditelan dan disukai anak.
4. Harga terjangkau dan tersedia lokal.

### **2.1.7 Tanda-tanda Bayi Siap Diberikan MP-ASI**

Menurut Prabantini (2010), Bayi menunjukkan kesiapan menerima MP-ASI jika menunjukkan tanda-tanda berikut:

1. Mulai memasukkan tangan ke mulut dan mengunyahnya.
2. Berat badan saat ini sudah mencapai dua kali lipat berat lahir.
3. Saat disuapi makanan, bayi merespon dengan membuka mulutnya
4. Hilangnya refleks menjulurkan lidah.
5. Bayi lebih tertarik pada makanan dibandingkan ketika disodori putting susu.
6. Nampak rewel atau gelisah, padahal sudah diberikan ASI.
7. Bayi dapat mengontrol kepalanya pada posisi tegak dan sudah bisa duduk sembari disangga.
8. Keingintahuannya terhadap makanan yang dimakan oleh orang lain semakin besar.

Menurut Sitompul dan Persie (2014), tanda-tanda bayi siap menerima MP-ASI adalah:

1. Mampu duduk dengan mantap dan menegakkan kepala dan lehernya dengan baik.



2. Koordinasi mata, tangan, dan mulut baik. Bayi dapat melihat makanan, mengambil makanan, dan memasukkan ke dalam mulutnya sendiri.
3. Bayi masih nampak lapar, meskipun sudah diberikan ASI.
4. Mampu menelan makanan, bayi yang belum siap menerima MP-ASI akan mendorong makanan keluar mulutnya.
5. Bayi siap menerima makanan pendamping ASI biasanya ketika berat badannya mencapai 2 kali lipat berat lahirnya.
6. Bayi menunjukkan perhatian lebih pada makanan, seperti menatap makanan di piring, lalu berusaha menjangkau makanan tersebut dan memasukkannya ke mulut.

#### **2.1.8 Cara Pemberian MP-ASI**

1. ASI tetap diberikan disamping pemberian makanan pendamping ASI
2. Berikan aneka makanan yang seperti:
  - a. Makanan pokok: nasi, ubi, atau sagu.
  - b. Lauk hewani: ikan, telur, hati ayam, daging.
  - c. Lauk nabati: tempe, tahu, kacang-kacangan.
  - d. Sayuran dan buah-buahan.
  - e. Pemberian makanan selingan 2 kali sehari, misalnya bubur kacang hijau, pisang, biskuit, kue tradisional, dan kue lain.
3. Pemberian MP-ASI diutamakan dari bahan makanan lokal. Jika menggunakan MP-ASI buatan pabrik, baca cara penggunaan dan perhatikan tanggal kadaluwarsanya.
4. Perhatikan kebersihan dari makanan.

5. Ajari anak makan sendiri dengan sendok dan minum sendiri dengan gelas.

(Kemenkes RI, 2016)

## 2.2 Status Gizi

### 2.2.1 Pengertian Status Gizi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, mempertahankan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Alhamda dan Sriani, 2015).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu (Alhamda dan Sriani, 2015). Menurut Almatsier (2009), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

### 2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Adriani dan Wirjatmadi (2012b), terdapat dua penyebab yang dapat memengaruhi status gizi, antara lain:

1. Penyebab langsung

- a. Asupan makanan

Asupan makanan dengan gizi yang seimbang akan berpengaruh pada kecukupan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Makanan yang sesuai untuk bayi usia 0-6 adalah dengan pemberian ASI karena

dapat memenuhi kebutuhan gizi selama 6 bulan pertama. Setelah berusia 6 bulan, kebutuhan gizi bayi tidak cukup hanya dengan pemberian ASI, oleh karena itu pemberian makanan pendamping diperlukan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangannya (Nasar, 2010).

#### b. Penyakit

Penyakit dan malnutrisi merupakan dua hal yang saling terkait dan saling memperberat sehingga sangat sukar diputuskan. Beberapa penyakit pada bayi dan balita seperti penyakit infeksi, kelainan bawaan, gangguan metabolik, serta penyakit keganasan dapat menyebabkan malnutrisi sehingga berpengaruh pada status gizi anak. Berikut contoh penyakit yang dapat menyebabkan malnutrisi:

##### 1) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi ini menyebabkan anak menjadi tidak nafsu makan. Penyakit infeksi seperti diare, *tuberculosis* (TBC), malaria, dan cacing bisa menyebabkan kekurangan energi protein sehingga dapat menghambat absorpsi makanan serta menurunkan daya tahan tubuh. Kerentanan ini dapat dikurangi dengan memberikan gizi yang baik termasuk ASI, meningkatkan sanitasi, dan memberikan imunisasi (Soetjningsih, 2013).

##### 2) Kelainan bawaan

Kelainan bawaan dapat mempengaruhi status gizi balita karena berhubungan dengan kemampuan tubuh dalam mengolah makanan maupun menyerap makanan. Menurut Kumala (2012), anak yang memiliki Penyakit Jantung Bawaan (PJB) memiliki

risiko besar untuk jatuh dalam keadaan nutrisi yang buruk serta keterlambatan dalam pertumbuhan. Malnutrisi pada anak dengan PJB terjadi karena asupan nutrisi yang tidak adekuat dan gangguan absorpsi. Selain itu, kelainan bawaan seperti *palatoschizis*, penyakit *Hirschprung*, *stenosis pylorus*, *hidrosefalus*, *cystic fibrosis pancreas* juga dapat berpengaruh pada terhambatnya absorpsi nutrisi sehingga mempengaruhi status gizi.

3) Gangguan metabolik

Kelainan metabolik dapat berpengaruh pada status gizi misalnya galaktosemia, *lactose intolerance*, *idiopathic hypercalcemia*. Menurut Angelina (2012), penderita galaktosemia akan menunjukkan gejala berupa gangguan gastrointestinal, berat badan yang tidak naik, dan *jaundice*.

4) Penyakit keganasan

Penyakit keganasan seperti tumor hipotalamus pada anak dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan karena fungsi hipotalamus dalam melepaskan hormon pertumbuhan tertangu. Menurut Amenta (2009), tumor pada hipotalamus dapat menyebabkan *Failure to Thrive (FTT)* yaitu kondisi kurangnya pertambahan berat badan dan tinggi badan sebagai hasil dari defisiensi energi.

2. Penyebab tidak langsung

a. Ekonomi keluarga

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang semua kebutuhan anak baik kebutuhan primer maupun sekunder, termasuk

jenis makanan yang dibeli oleh keluarga. Penghasilan keluarga ikut menentukan makanan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari baik itu mutu, kualitas, maupun jumlah dari makanan tersebut (Adriani dan Wirjatmadi, 2012b).

b. Ketahanan pangan keluarga

Ketahanan pangan yang baik akan berujung pada tercapainya ketahanan gizi yang baik pula. Ketahanan pangan keluarga mencakup ketersediaan makanan dan pembagian makanan yang adil dalam keluarga (Soetjiningsih, 2013). Pendapatan keluarga yang rendah berpengaruh juga pada rendahnya ketersediaan bahan pangan di keluarga, sehingga mengakibatkan kebutuhan gizi tidak tercukupi (Adriani dan Wirjatmadi, 2012b).

c. Sanitasi lingkungan

Sanitasi lingkungan memiliki peran yang dominan terhadap kesehatan anak. Kebersihan lingkungan memegang peranan penting dalam menimbulkan suatu penyakit seperti diare, kecacingan, demam berdarah, malaria, dan sebagainya. Polusi udara seperti asap rokok atau asap kendaraan juga berpengaruh pada tingginya penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada anak (Soetjiningsih, 2013).

d. Pelayanan kesehatan

Perawatan kesehatan dilaksanakan secara teratur, tidak hanya dilaksanakan ketika anak sakit. Pemeriksaan kesehatan tersebut meliputi imunisasi, skrining, deteksi dini gangguan tumbuh kembang, termasuk pemantauan pertumbuhan dengan pengukuran berat badan

dan tinggi badan secara rutin. Pemanfaatan pelayanan kesehatan diharapkan secara komprehensif dapat mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sehingga dapat menunjang kesehatan dan gizi anak (Soetjiningsih, 2013).

e. Pola pengasuhan

Interaksi antara ibu dan anak yang terlihat erat merupakan indikator kuantitas dan kualitas ibu dalam mengasuh anaknya. Pola asuh orang tua dapat menjadi faktor risiko terjadinya gizi yang kurang serta gangguan perkembangan pada anak. Ibu mempunyai peran yang penting dalam menanamkan kebiasaan makan pada anak. Pemberian makan pada anak yang memenuhi kebutuhan gizi serta sesuai dengan usia anak dapat menunjang kecukupan gizi. (Adriani dan Wirjadmadi, 2012b).

### 2.2.3 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan mengumpulkan data penting, baik yang sifatnya subjektif maupun objektif yang kemudian dibandingkan dengan baku yang telah tersedia (Arisman, 2010).

1. Penilaian status gizi secara langsung

a. Antropometri

Antropometri secara umum berarti ukuran tubuh manusia. Dalam penilaian gizi, antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran tubuh dan komposisi tubuh yang dilihat dari tingkat gizi dan umur. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan antara

asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan tersebut dapat dilihat pada pola pertumbuhan fisik serta proporsi jaringan tubuh seperti otot, lemak, dan jumlah air dalam tubuh (Alhamda dan Sriani, 2015).

Parameter antropometri meliputi:

1) Panjang badan

Tinggi badan atau panjang badan merupakan indikator umum untuk pengukuran tubuh dan panjang tulang. Tinggi badan saja tanpa digabungkan dengan indikator lain seperti usia dan berat badan, belum bisa dijadikan indikator dalam penilaian status gizi (Arisman, 2010).

Pengukuran panjang badan pada bayi atau anak usia <2 tahun diukur dengan menggunakan papan kayu atau *perspex*. Jika anak usia <2 tahun lebih suka diukur panjang badannya dengan berdiri, maka untuk mendapatkan hasil panjang badan: tinggi badan + 0,7 cm. Pengukuran panjang badan sebaiknya dilakukan oleh dua orang pemeriksa untuk memastikan posisi anak sudah benar sehingga didapatkan hasil yang akurat (Pudjiadi *et al.*, 2009).

Prosedur pengukuran panjang badan adalah anak diposisikan telentang dengan kepala ditempatkan pada sisi statis, bahu menempel pada permukaan papan dan tubuh paralel terhadap aksis papan. Pemeriksaan dilakukan tanpa menggunakan sepatu, pemeriksa kedua memegang kaki anak, lutut lurus, dan jari menghadap ke atas. Ujung papan sisi dinamis didekatkan hingga tumit anak dapat menginjak papan. Apabila anak tidak dapat diam, pengukuran dapat dilakukan dengan mengukur salah satu kaki. Pengukuran dilakukan hingga millimeter terdekat (Pudjiadi *et al.*, 2009).

## 2) Berat badan

Berat badan merupakan pengukuran antropometri yang paling banyak digunakan karena mudah untuk dilakukan. Pengukuran berat badan juga harus dikombinasikan dengan parameter lain untuk penilaian status gizi. Alat penimbang berat badan yang dipilih haruslah kuat, mudah dijinjing, dan akurat. Oleh sebab itu, setiap kali sebelum pengukuran timbangan harus selalu dikalibrasi untuk mendapatkan hasil yang akurat (Arisman, 2010).

Pengukuran berat badan untuk anak usia kurang dari 2 tahun dilakukan dengan timbangan pediatrik. Sebelum dilakukan penimbangan, harus dipastikan bahwa anak ditempatkan di alas baring sehingga berat badan terdistribusi secara merata. Setelah anak dibaringkan dengan tenang, berat badan dapat dicatat. Pada anak dengan usia kurang dari 1 tahun, pencatatan berat badan sampai 10 gram terdekat (Pudjiadi *et al.*, 2009).

## 3) Lingkar kepala

Lingkar kepala merupakan prosedur baku pengukuran pada anak ditujukan untuk menentukan kemungkinan adanya keadaan patologis berupa hidrosefalus atau mikrosefalus. Lingkar kepala berhubungan dengan ukuran otak, ketebalan kulit kepala, serta tulang tengkorak. Volume otak anak bertambah secara cepat pada 12 bulan pertama kehidupan. Pada usia ini ukuran lingkar kepala lebih terkait dengan usia daripada dengan status gizi (Arisman, 2010).

Pada 2 tahun awal kehidupan, lingkar kepala digunakan sebagai indeks Kekurangan Energi Protein (KEP) kronis. Kurangnya energi



protein pada usia ini menyebabkan penurunan jumlah sel otak yang berakibat pengecilan lingkaran kepala. Setelah 2 tahun, ukuran lingkaran kepala naik secara perlahan, namun hasil pengukuran sudah tidak lagi bermanfaat (Arisman, 2010).

#### 4) Lingkaran lengan

Selama tahun pertama kehidupan, penambahan otot dan lemak di lengan berlangsung pesat. Setelah itu, pertumbuhan nyaris tidak terjadi hingga anak berusia 5 tahun, ukuran lingkaran lengan tetap konstan di angka 16 cm. Apabila anak mengalami malnutrisi, ukuran lingkaran lengan akan mengecil. Oleh karena itu, pengukuran lingkaran lengan sangat berguna untuk menapis malnutrisi pada balita, terutama jika usia yang tepat tidak diketahui serta alat penimbang tidak tersedia (Arisman, 2010).

Lingkaran Lengan Atas (LILA) diukur menggunakan pita atau gelang yang berdiameter 4 cm di lengan kiri. Pita dibagi menjadi tiga bagian yang berwarna yaitu hitam, merah, dan hijau; warna hitam dan hijau diantarkan warna merah sepanjang 13 cm. Saat pengukuran, apabila bagian pita warna hitam bertindihan atau menempel dengan pita merah, diindikasikan anak menderita Kekurangan Energi Protein (KEP). Apabila bagian berwarna hitam menyentuh warna hijau, berarti anak berstatus gizi baik. Ukuran lingkaran lengan kurang dari 13 cm mengindikasikan KEP, sementara jika lebih dari 13 cm tidak menandakan KEP (Arisman, 2010).

#### 5) Lingkar dada

Ukuran lingkar dada baru bermanfaat setelah anak usia 2 tahun. Ukuran lingkar dada dan lingkar kepala pada usia 6 bulan hampir sama, namun setelah itu pertumbuhan tengkorak melambat dan perkembangan dada menjadi pesat. Oleh karena itu, apabila perbandingan lingkar kepala per lingkar dada (diukur pada usia 6 bulan hingga 5 tahun) kurang dari satu, mengindikasikan terjadinya kegagalan perkembangan otot atau lemak dinding dada. Pengukuran lingkar dada dilakukan setinggi *papilla mammae*, dilakukan saat inspirasi setengah (Arisman, 2010).

#### b. Klinis

Penilaian gizi secara klinis didasarkan atas perubahan-perubahan yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal tersebut dapat terlihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, mukosa oral, atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini untuk survey klinis secara cepat. Survey ini dirancang secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan atau kelebihan zat gizi. Selain itu, survey ini juga dipergunakan untuk mengetahui status gizi seseorang melalui pemeriksaan fisik dengan melihat tanda dan gejala atau riwayat penyakit (Alhamda dan Sriani, 2015).

#### c. Biokimia

Penilaian biokimia dilakukan dengan pemeriksaan spesimen berbagai macam jaringan tubuh yang diuji di laboratorium. Jaringan tubuh yang dapat digunakan antara lain, darah, urin, tinja, hati, dan otot.

Metode ini sebagai indikasi kemungkinan terjadinya keadaan malnutrisi yang lebih parah. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, sehingga penentuan kimia secara faal dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik (Alhamda dan Sriani, 2015).

d. Biofisik

Metode biofisik merupakan penilaian status gizi dengan melihat kemampuan fungsi dan perubahan struktur dari jaringan. Penilaian ini umumnya digunakan dalam situasi tertentu contohnya seperti kejadian buta senja endemik, cara yang dilakukan adalah dengan tes adaptasi gelap (Alhamda dan Sriani, 2015).

2. Penilaian status gizi secara tidak langsung

a. Survey pangan

Metode survey konsumsi pangan adalah metode penilaian status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi baik pada individu, keluarga, ataupun masyarakat (Supariasa *et al.*, 2013).

b. Statistik vital

Penentuan status gizi dengan statistik vital dilakukan dengan menganalisis beberapa statistik kesehatan seperti angka mortalitas berdasarkan umur, angka morbiditas dan mortalitas akibat penyebab tertentu, serta data lain yang berhubungan dengan gizi. Penggunaan dari statistik vital dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator pengukuran status gizi masyarakat secara tidak langsung (Supariasa *et al.*, 2013).

c. Faktor ekologi

Penentuan status gizi dengan metode ini berguna untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk menentukan intervensi gizi. Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, lingkungan, dan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, dan irigasi (Supariasa *et al.*, 2013).

#### 2.2.4 Klasifikasi Status Gizi

1. Klasifikasi status gizi berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U)

— Indikator status gizi berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U) menunjukkan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis maupun akut. Indikator BB/U yang rendah bisa disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis), sedang menderita diare atau penyakit infeksi lain (masalah gizi akut) (Risksedas, 2013)

2. Klasifikasi status gizi berdasarkan Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Status gizi berdasarkan indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) menunjukkan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis. Hal ini terjadi akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti, kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat serta pola asuh atau

pemberian makan yang kurang baik sejak anak dilahirkan. sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek (Riskesdas, 2013).

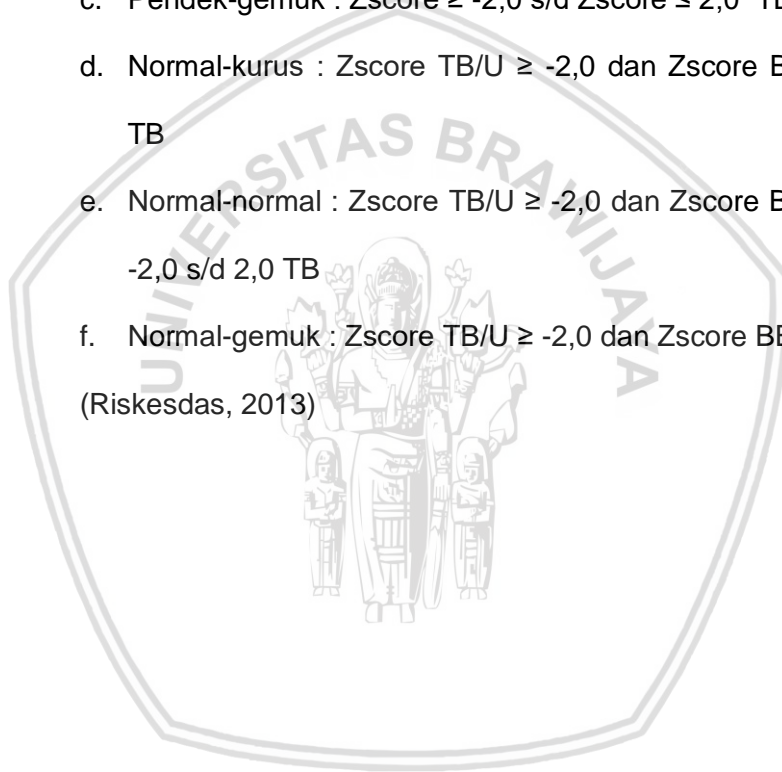
3. Klasifikasi status gizi berdasarkan Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Indikator status gizi berdasarkan Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut, akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang singkat. Contohnya, kekurangan makan dan kondisi sakit yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Indikator BB/PB atau BB/TB digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada risiko berbagai penyakit degeneratif pada saat dewasa (Riskesdas, 2013).

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Menkes RI, 2014) dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, pengukuran status gizi anak menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB berdasarkan indikator WHO 2005 dengan interpretasi:

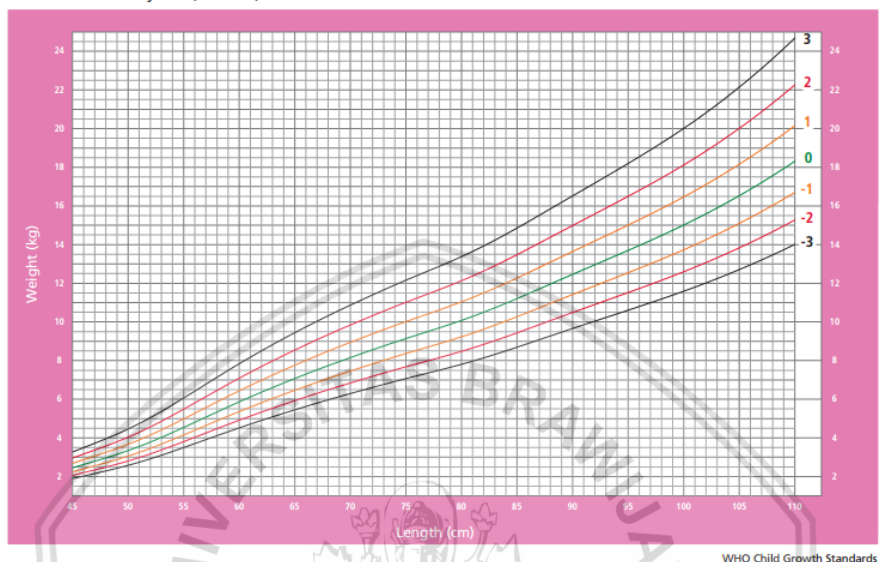
- a. Normal : - 2 SD s/d 2 SD atau Gizi baik
- b. Kurus : < - 2 SD s/d - 3 SD atau Gizi kurang
- c. Kurus sekali : < - 3 SD atau Gizi buruk
- d. Gemuk : > 2 SD atau Gizi lebih

4. Klasifikasi status gizi berdasarkan gabungan indikator Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)
- Pendek-kurus : Zscore TB/U  $< -2,0$  dan Zscore BB/TB  $< -2,0$
  - Pendek-normal : Zscore TB/U  $< -2,0$  dan Zscore BB/TB antara  $-2,0$  s/d  $2,0$
  - Pendek-gemuk : Zscore  $\geq -2,0$  s/d Zscore  $\leq 2,0$  TB
  - Normal-kurus : Zscore TB/U  $\geq -2,0$  dan Zscore BB/TB  $< -2,0$  TB
  - Normal-normal : Zscore TB/U  $\geq -2,0$  dan Zscore BB/TB antara  $-2,0$  s/d  $2,0$  TB
  - Normal-gemuk : Zscore TB/U  $\geq -2,0$  dan Zscore BB/TB  $> 2,0$
- (Risikesdas, 2013)



### Weight-for-length GIRLS

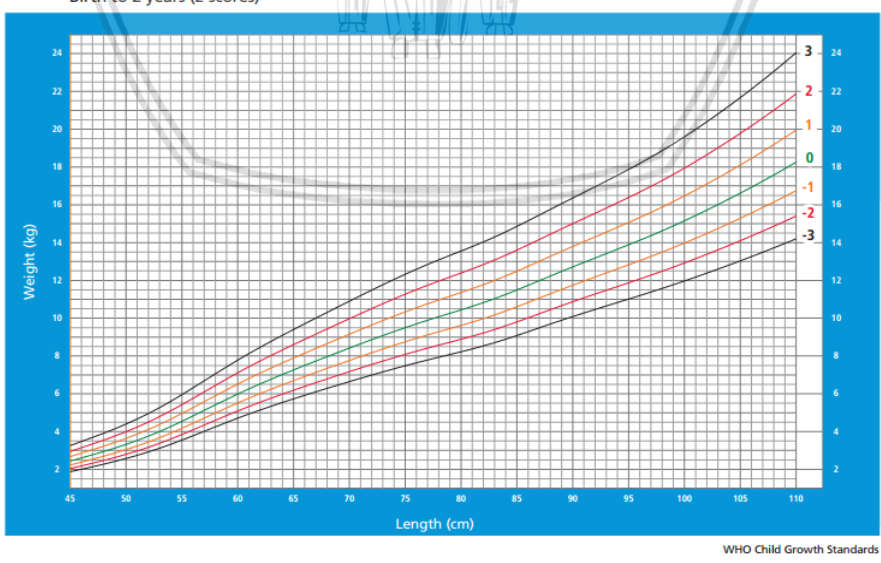
Birth to 2 years (z-scores)



Gambar 2.1 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Perempuan WHO 2005 Berdasarkan Indikator BB/PB

### Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)

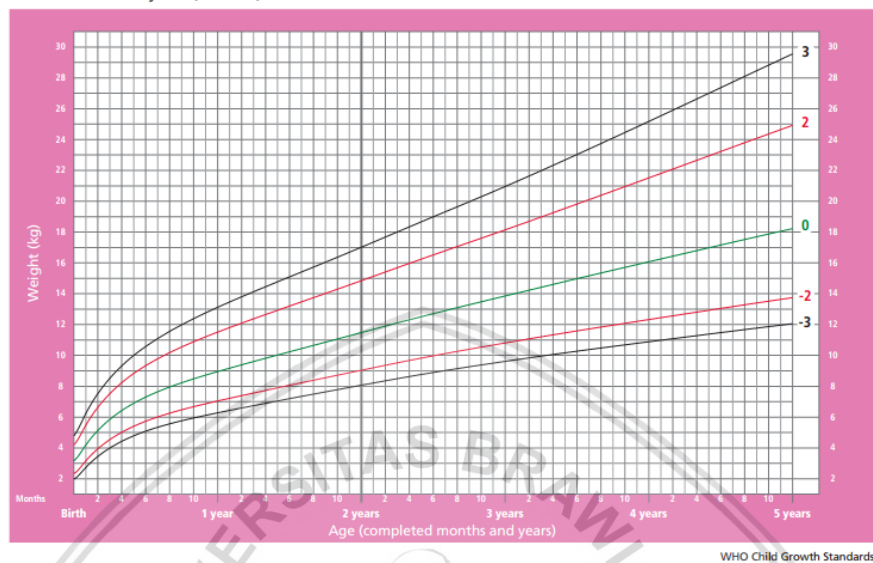


Gambar 2.2 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Laki-Laki WHO 2005 Berdasarkan Indikator BB/PB



### Weight-for-age GIRLS

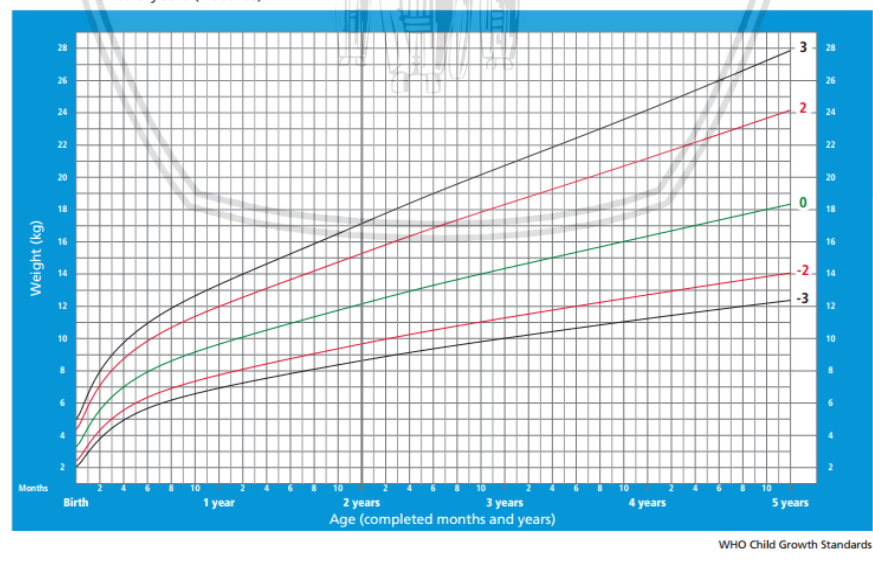
Birth to 5 years (z-scores)



Gambar 2.3 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Perempuan WHO 2005 Berdasarkan Indikator BB/U

### Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



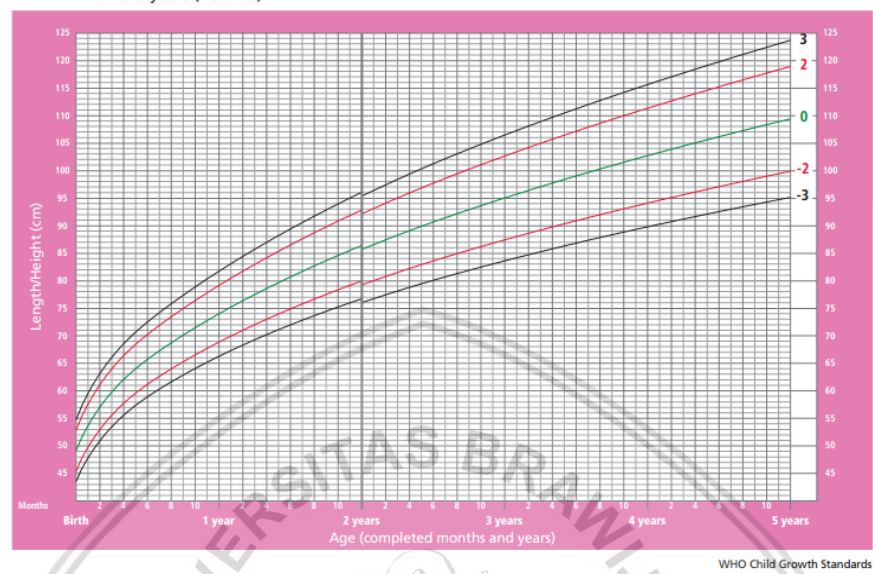
Gambar 2.4 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Laki-Laki WHO 2005 Berdasarkan Indikator BB/U



### Length/height-for-age GIRLS



Birth to 5 years (z-scores)

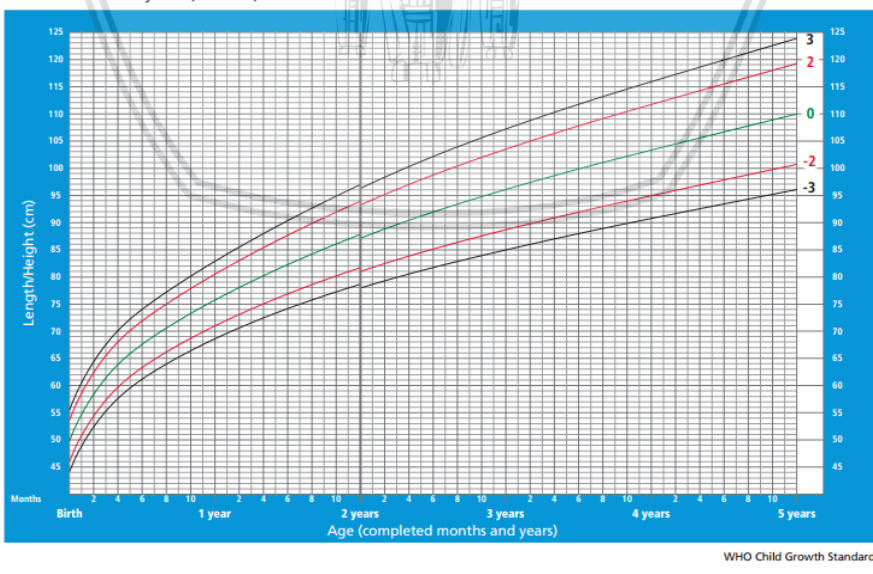


Gambar 2.5 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Perempuan WHO 2005 Berdasarkan Indikator PB/U atau TB/U

### Length/height-for-age BOYS



Birth to 5 years (z-scores)



Gambar 2.6 Grafik Penilaian Status Gizi Anak Laki-Laki WHO 2005 Berdasarkan Indikator PB/U atau TB/U



**Tabel 2.2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak umur 0-60 bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak umur 0-60 bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak umur 0-60 bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak umur 0-60 bulan	Gemuk	> 2 SD
	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak umur 5-18 tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	> 1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2011)

### 2.3 Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Bayi

Masa dua tahun pertama kehidupan atau yang biasa disebut sebagai *golden period* (masa keemasan) merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan berlangsung sangat pendek serta tidak dapat diulang lagi (Menkes RI, 2014). Pada masa tersebut, bayi memerlukan asupan gizi yang tepat untuk mendukung tumbuh kembangnya. Apabila asupan nutrisi yang didapat tidak sesuai dengan kebutuhannya maka akan berdampak pada gangguan nutrisi. Terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan gangguan nutrisi pada bayi dan anak, salah satu faktor yang berpengaruh langsung adalah asupan makanan (Adriani dan Wirjatmadi, 2012b). Pada saat bayi berusia 6 bulan, diperlukan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk menutup kebutuhan energi yang tidak cukup hanya didapat dari ASI. Praktik pemberiannya meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan juga frekuensi harus disesuaikan dengan usia bayi. Hal tersebut berkaitan dengan kebutuhan gizi dan kemampuan bayi yang berbeda tiap kelompok umurnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dewi *et al.*, (2010), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang cukup kuat antara pola pemberian Makanan Pendamping ASI dengan status gizi pada bayi usia 6-12 bulan di Desa Kaliore Kabupaten Banyumas. Dari hasil penelitian tersebut, menunjukkan bayi dengan pola pemberian MP-ASI yang baik memiliki status gizi yang baik pula. Sedangkan bayi dengan pola pemberian MP-ASI sedang, kurang, ataupun defisit menunjukkan adanya status gizi kurang atau gizi buruk.

Dari penelitian yang dilakukan oleh Lestari *et al.*, (2014), terdapat hubungan yang signifikan antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 1-3 tahun di Kota Padang berdasarkan indeks BB/TB. Presentase gizi baik

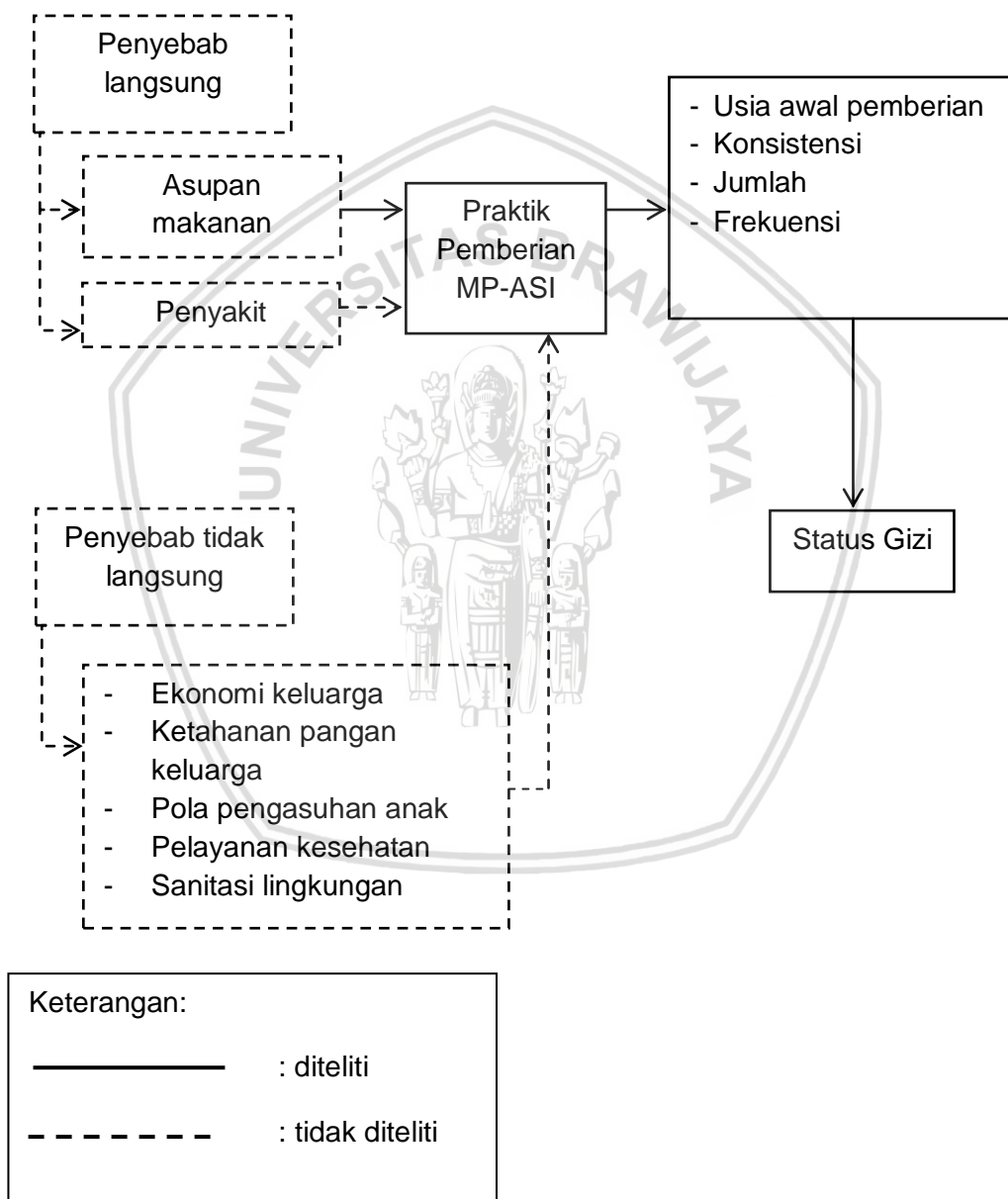
lebih banyak terlihat pada bayi yang diberi MP-ASI sesuai jadwal ( $\geq 6$  bulan) dibanding dengan bayi yang diberi MP-ASI dini ( $\leq 6$  bulan). Berbeda dengan penelitian oleh Fitriana *et al.* (2013) yang menyatakan bahwa usia awal pemberian Makanan Pendamping ASI tidak berhubungan dengan status gizi bayi usia 8-12 bulan. Hal tersebut dikarenakan terdapat faktor lain dari MP-ASI yang mempengaruhi status gizi bayi seperti kualitas, kuantitas, dan juga kebersihan dari MP-ASI.

Penelitian oleh Sakti *et al.* (2013) yang dilakukan di wilayah pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar, menyatakan terdapat hubungan signifikan antara frekuensi pemberian MP-ASI terhadap status gizi anak berdasarkan indeks BB/U, namun tidak terdapat hubungan antara jenis pemberian MP-ASI (konsistensi) dengan status gizi anak usia 6-23 bulan. Penelitian tersebut berbeda dengan Larasati (2011) yang menyebutkan bahwa konsistensi pemberian MP-ASI berhubungan dengan status gizi bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Boja Kendal. Dari hasil penelitian didapatkan 29,2% bayi yang berstatus gizi kurang, hanya 7,1 % yang berkategori sesuai untuk konsistensi pemberian MP-ASI. Penelitian juga menyatakan jumlah pemberian MP-ASI yang dihitung berdasarkan jumlah konsumsi energi dan protein memiliki hubungan signifikan dengan status gizi bayi usia 6-12 bulan.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konsep**



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**



### 3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Status gizi pada bayi dipengaruhi oleh dua penyebab, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung yang mempengaruhi status gizi pada bayi meliputi asupan nutrisi dan adanya penyakit. Bayi yang berusia 0-6 bulan cukup mendapatkan asupan gizi dari pemberian ASI oleh ibu. Setelah usia 6 bulan, kebutuhan bayi tidak cukup hanya dengan pemberian ASI saja, Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Pemberian dari MP-ASI ini harus diberikan secara tepat baik itu waktu awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan juga frekuensinya. Pemberian makanan pendamping ASI diberikan secara bertahap pada bayi sesuai dengan pertambahan usianya. Penyakit pada bayi dan balita seperti adanya penyakit infeksi, kelainan bawaan, gangguan metabolik, dan penyakit keganasan dapat mempengaruhi pemberian makan pada anak. Penyebab tidak langsung yang mempengaruhi status gizi meliputi ekonomi keluarga, ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan, dan sanitasi lingkungan. Penyebab tidak langsung tersebut juga dapat mempengaruhi pemberian MP-ASI pada bayi sehingga berdampak pada perubahan status gizi anak. Ekonomi dalam keluarga menentukan makanan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari baik itu mutu, kualitas, maupun jumlah dari makanan tersebut. Ketahanan pangan keluarga mencakup ketersediaan makanan dan pembagian makanan yang adil dalam keluarga. Sanitasi lingkungan memegang peranan penting dalam menimbulkan suatu penyakit pada bayi dan balita. Perawatan kesehatan meliputi skrining tumbuh kembang pada balita, sehingga apabila ditemukan gangguan bisa segera teratasi. Pola asuh

orang tua dapat menjadi penyebab terjadinya gizi yang kurang serta gangguan perkembangan pada anak, dimana ibu mempunyai peran yang penting dalam menanamkan kebiasaan makan pada anak. Status gizi pada bayi akan sangat berpengaruh pada tumbuh kembang bayi baik itu saat ini atau dimasa mendatang. Apabila asupan nutrisi yang didapat bayi tidak cukup atau tidak sesuai maka akan berdampak pada kejadian malnutrisi, baik itu kekurangan gizi maupun masalah obesitas. Pengukuran status gizi dapat dijadikan sebagai indikator untuk menentukan keseimbangan antara asupan nutrisi yang didapat bayi dan kebutuhan gizinya.

### **3.3 Hipotesis Penelitian**

- 3.3.1 Ada hubungan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
- 3.3.2 Ada hubungan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang.
- 3.3.3 Ada hubungan antara jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang
- 3.3.4 Ada hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan pengukuran atau pengamatan dilakukan pada saat yang bersamaan atau sekali waktu (Hidayat, 2014).

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang berusia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang yang berjumlah 116 orang.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah bayi yang berusia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang yang memenuhi kriteria inklusi.

##### a. Kriteria Inklusi

1. Bayi berusia 7-23 bulan dengan pemberian MP-ASI
2. Bayi berusia 7-23 bulan dalam keadaan sehat saat dilakukan penelitian.
3. Bayi berusia 7-23 bulan yang ibunya bersedia untuk menandatangani *informed consent* dan mengizinkan bayinya untuk menjadi responden penelitian.



b. Kriteria Eksklusi

1. Bayi yang memiliki riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
2. Bayi yang memiliki riwayat kelahiran premature
3. Bayi dengan kelainan bawaan, seperti Penyakit Jantung Bawaan (PJB), sumbing bibir dan langit-langit (*labiopalatoschizis*), atau penyakit *Hirschprung*.

4.2.3 Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan teknik pengambilan sampel *proportional random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan cara acak (*random*) tanpa memperhatikan strata yang ada pada populasi (Hamdi dan Bahruddin, 2014).

Rumus pengambilan sampel yang digunakan apabila besar populasi <10.000 dengan menggunakan rumus *Slovin* sebagai berikut (Sulistyaningsih, 2011):

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

$$n = \frac{116}{1 + 116(0,1)^2}$$

$$n = \frac{116}{1 + 1,16}$$

$$n = \frac{116}{2,16}$$

$n = 53,7037$  dibulatkan menjadi 54 sampel

Keterangan:

N = besar populasi

n = besar sampel

d = presisi (d=0,1)

Hasil perhitungan sampel dapat diperoleh besar sampel minimal 53,7037 dibulatkan menjadi 54 sampel. Sampel diambil dari 5 posyandu di Desa Tajinan yang dihitung dengan rumus proporsi sehingga didapatkan hasil yaitu Posyandu Melati sebesar 9 sampel, Posyandu Dahlia sebesar 12 sampel, Posyandu Anggrek sebesar 14 sampel, Posyandu Mawar sebesar 9 sampel, dan Posyandu Teratai sebesar 10 sampel.

Rumus proporsi:

$$nh = \frac{n \times Nh}{N}$$

Keterangan:

nh = sampel masing-masing posyandu

n = populasi masing-masing posyandu

Nh = sampel total

N = populasi total

### 4.3 Variabel Penelitian

#### 4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi).

#### 4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status gizi bayi usia 7-23 bulan.

#### 4.4 Waktu dan Tempat Penelitian

##### 4.4.1 Waktu Penelitian

Waktu yang digunakan untuk penelitian dan pengumpulan data adalah bulan September 2017 sampai dengan bulan Oktober 2017.

##### 4.4.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan, Kabupaten Malang.

#### 4.5 Alat atau Instrumen Penelitian

Peneliti menggunakan beberapa instrumen untuk membantu terlaksananya kegiatan, meliputi:

##### a. Lembar kuisisioner

Kuisisioner digunakan untuk mendapatkan data identitas ibu yang meliputi nama ibu, umur ibu, alamat rumah, pekerjaan ibu, jumlah anak, pendidikan terakhir, dan penghasilan keluarga, serta data identitas bayi meliputi nama anak, jenis kelamin, tanggal lahir, dan umur anak. Selain itu, kuisisioner juga digunakan untuk mendata praktik pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), diantaranya usia awal pemberian MP-ASI, konsistensi pemberian MP-ASI, jumlah pemberian MP-ASI, serta frekuensi pemberian MP-ASI.

##### b. Alat ukur

1. Timbangan berat badan bayi *OneMed* dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.
2. Timbangan berat badan berdiri *OneMed* dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.
3. Infantometer dengan tingkat ketelitian 0,1 cm.
4. Alat ukur tinggi badan (*microtoise*) GEA dengan tingkat ketelitian 0,1 cm.

5. Lembar *WHO Child Growth Standards* 2005 untuk menilai status gizi anak menggunakan indikator berat badan menurut panjang badan (BB/PB).



#### 4.6 Definisi Operasional

**Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel**

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala
1.	Praktik pemberian MP-ASI				
a.	Usia awal pemberian	Waktu awal ibu dalam memperkenalkan MP-ASI kepada bayi yang diukur dengan satuan bulan. Usia awal MP-ASI dihitung dalam bulan penuh. Contoh: umur 6 bulan 29 hari dihitung sebagai umur 6 bulan.	Kategori: a. Tepat (6 bulan) b. Tidak tepat (<6 bulan atau >6 bulan)	Kuisisioner	Nominal
b.	Konsistensi makanan	Konsistensi atau tekstur makanan yang diberikan ibu kepada bayi sesuai dengan usia bayi. Konsistensi makanan dibedakan menjadi: a. 6-8 bulan (makanan lumat) b. 9-11 bulan (makanan lembek atau cincang) c. 12-23 bulan (makanan makanan keluarga)	Kategori: a. Sesuai b. Tidak sesuai	Kuisisioner	Nominal
c.	Jumlah	Porsi atau jumlah MP-ASI yang diberikan kepada bayi setiap kali makan. a. 6-8 bulan= 2-3 sendok makan penuh tiap kali makan, kemudian ditingkatkan perlahan hingga ½ mangkuk berukuran 250 ml. b. 9-11 bulan= ½ sampai dengan ¾ mangkuk berukuran 250 ml. c. 12-23 bulan= ¾ sampai dengan 1 mangkuk berukuran 250 ml.	Kategori: 1. Sesuai 2. Tidak sesuai	Kuisisioner	Nominal

d. Frekuensi	<p>Berapa kali MP-ASI diberikan kepada bayi dalam sehari.</p> <p>a. 6-8 bulan= makanan lumat 2-3x/hari dan makanan selingan 1-2x/hari</p> <p>b. 9-11 bulan= makanan lembek atau cincang 3-4x/hari dan makanan selingan 1-2x/hari</p> <p>c. 12-23 bulan= makanan keluarga 3-4x/hari dan makanan selingan 1-2x/hari</p>	<p>Kategori:</p> <p>1. Sesuai</p> <p>2. Tidak sesuai</p>	Kuisisioner	Nominal
2. Status gizi	<p>Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi diukur berdasarkan kategori berat badan menurut panjang badan (BB/PB) yang dikonversikan ke dalam nilai terstandar Z-Score sesuai grafik WHO <i>Child Growth Standard</i> 2005.</p>	<p>Kategori</p> <p>a. Gizi buruk: &lt; -3 SD</p> <p>b. Gizi kurang: -3 SD sampai dengan &lt; -2 SD</p> <p>c. Gizi baik: -2 SD sampai dengan 2 SD</p> <p>d. Gizi lebih: &gt; 2 SD</p>	Antropometri dengan pengukuran berat badan dan panjang badan.	Ordinal

## 4.7 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data

### 4.7.1 Prosedur Penelitian

1. Peneliti mendapatkan surat ijin studi pendahuluan dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk diajukan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) Kabupaten Malang.
2. Kemudian dari Bakesbangpol akan membuat surat tembusan ke Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Malang, Puskesmas Tajinan, dan Kepada Desa Tajinan.
3. Peneliti menyerahkan surat ijin dari Bakesbangpol ke Dinkes Kabupaten Malang untuk mendapatkan ijin studi pendahuluan di Kecamatan Tajinan melalui Puskesmas Tajinan.
4. Peneliti datang ke Puskesmas Tajinan untuk memperoleh data bayi usia 7-23 bulan yang ada di wilayah kerja puskesmas Tajinan serta meminta rekomendasi desa yang tepat sebagai tempat penelitian.
5. Peneliti mendapatkan rekomendasi desa dan menentukan Desa Tajinan sebagai tempat penelitian. Peneliti juga menentukan posyandu di Desa Tajinan yang akan digunakan untuk penelitian yaitu Posyandu Melati, Posyandu Dahlia, Posyandu Anggrek, Posyandu Mawar dan Posyandu Teratai.
6. Peneliti meminta informasi mengenai waktu pelaksanaan setiap posyandu dan meminta informasi tentang jumlah bayi berusia 7-23 bulan di setiap posyandu kepada Bidan Desa Tajinan.
7. Peneliti melaksanakan seminar proposal bersama dosen pembimbing I dan dosen pembimbing II serta melakukan revisi proposal.

8. Peneliti meminta ijin kepada Kepala Desa Tajinan untuk melaksanakan penelitian serta menentukan waktu penelitian dan mendapatkan surat balasan persetujuan penelitian dari Desa Tajinan.
9. Peneliti mengajukan proposal kepada Tim Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
10. Setelah mendapatkan surat keterangan laik etik dari Komisi Etik, peneliti siap untuk melakukan penelitian.
11. Peneliti datang ke masing-masing posyandu sesuai jadwal posyandu untuk pengambilan sampel penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan.
12. Peneliti menjelaskan kepada masing-masing orang tua bayi mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian.
13. Peneliti memberikan lembar *informed consent* yang berisikan persetujuan dari orang tua bahwa anaknya diijinkan untuk ikut serta dalam penelitian.
14. Peneliti melakukan pengambilan data responden menggunakan kuisioner yang diisi oleh ibu dari responden penelitian. Pengisian data responden didampingi oleh peneliti.
15. Kemudian peneliti juga melakukan pengumpulan data praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan frekuensi) melalui kuisioner yang diisi oleh ibu dari responden dan didampingi oleh peneliti.
16. Selanjutnya, peneliti mengumpulkan data status gizi dengan pengukuran berat badan dan panjang badan bayi. Berat badan diukur menggunakan timbangan bayi atau timbangan berdiri bagi bayi yang



sudah bisa berdiri. Pengukuran panjang badan diukur menggunakan infantometer atau menggunakan *microtoise* bagi bayi yang lebih suka diukur dengan berdiri. Pengukuran panjang badan bayi akan dilakukan oleh 2 orang yaitu peneliti dan dibantu oleh 1 orang enumerator dari mahasiswi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pada saat pengukuran panjang badan bayi, nama bayi tidak ditampilkan. Peneliti melakukan identifikasi bukan menggunakan nama responden, melainkan menggunakan kode responden sehingga dapat menjaga kerahasiaan pemeriksaan. Selama proses pengukuran, bayi didampingi oleh orang tua (ibu).

17. Peneliti mencatat hasil pengukuran berat badan dan panjang badan bayi pada form hasil pengukuran, kemudian memasukkan hasil pengukuran ke dalam grafik *WHO Child Growth Standards 2005* untuk menilai status gizi dan memberitahukan kepada orang tua mengenai hasil pemeriksaan status gizi bayi.
18. Peneliti melakukan analisis data dari hasil penelitian.
19. Peneliti menulis laporan penelitian dan menyimpulkan hasil dari penelitian.

#### 4.7.2 Pengumpulan Data

##### A. Data Primer

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti secara langsung meliputi:

1. Data identitas ibu (nama, usia, alamat, pekerjaan, jumlah anak, pendidikan terakhir, dan penghasilan keluarga).
2. Data identitas bayi (nama, usia, tanggal lahir, dan jenis kelamin)

3. Data praktik pemberian MP-ASI yaitu usia awal pemberian MP-ASI, konsistensi MP-ASI, jumlah MP-ASI, dan frekuensi MP-ASI menggunakan kuisioner.
4. Melakukan pengukuran antropometri yaitu berat badan dan panjang badan untuk menentukan status gizi kemudian dimasukkan ke dalam grafik standar penilaian status gizi anak WHO 2005 (Menkes RI, 2014).
  - a. Pengukuran berat badan
    - 1) Timbangan bayi
      - a) Timbangan bayi digunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring atau duduk tenang.
      - b) Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang.
      - c) Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0.
      - d) Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan.
      - e) Lihat jarum timbangan sampai berhenti.
      - f) Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan.
      - g) Bila bayi terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri.

(Menkes RI, 2014)

- 1) Timbangan berdiri
  - a) Letakkan timbangan di lantai yang datar sehingga tidak mudah bergerak.
  - b) Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0.
  - c) Anak sebaiknya memakai baju sehari-hari yang tipis, tidak memakai alas kaki, jaket, topi, jam tangan, kalung, dan tidak memegang sesuatu.
  - d) Anak berdiri di atas timbangan tanpa dipegangi.
  - e) Lihat jarum timbangan sampai berhenti.
  - f) Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan.
  - g) Bila anak terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri.

(Menkes RI, 2014)

b. Pengukuran panjang badan

- 1) Cara mengukur dengan posisi berbaring
  - a) Panjang badan untuk bayi dan anak berusia <2 tahun diukur dengan menggunakan papan pengukur kayu atau Perspex (*Perspex measuring board*). Apabila anak usia 2 tahun lebih suka diukur dengan berdiri, maka untuk mendapatkan panjang badannya adalah tinggi badan + 0,7 cm.

- b) Pengukuran sebaiknya oleh dua orang pemeriksa untuk memastikan posisi anak secara benar agar mendapatkan hasil yang akurat.
- c) Bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar.
- d) Kepala bayi menempel pada pembatas angka 0.
- e) Petugas 1: kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala). Dalam penelitian ini petugas 1 adalah peneliti.
- f) Petugas 2: tangan kiri menekan lutut bayi agar lurus, tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki. Kemudian petugas 2 membaca hasil angka di tepi di luar pengukur. Dalam penelitian ini petugas 2 adalah kader posyandu.

(Menkes RI, 2014)

2) Cara mengukur dengan posisi berdiri

- a) Anak tidak memakai sandal atau sepatu.
- b) Anak diposisikan berdiri tegak menghadap ke depan.
- c) Punggung, pantat, dan tumit anak menempel pada tiang pengukur.
- d) Turunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun anak.
- e) Baca angka pada batas tersebut. (Menkes RI, 2014)

(Menkes RI, 2014)

## B. Data Sekunder

Data sekunder digunakan untuk melihat kriteria eksklusi riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan prematur bayi usia 7-23 bulan diperoleh dari buku Kesehatan Ibu dan Anak.

### 4.8 Pengolahan Data

Setelah data terkumpul yang dilakukan peneliti adalah mengolah data. Tujuan dari pengolahan data adalah agar data dapat dianalisis dan diambil kesimpulannya. Langkah-langkah dalam mengolah dan menganalisis data adalah sebagai berikut.

1. *Editing*

Peneliti melakukan proses *editing* dengan memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh, kelengkapan data, keterbacaan tulisan, dan konsistensi data berdasarkan tujuan penelitian.

2. *Coding*

*Coding* dilakukan untuk memberikan kode pada data yang berskala nominal dan ordinal. Kode yang digunakan dalam bentuk angka atau bilangan. Setelah pemberian kode, angka dapat diolah secara statistik dengan bantuan program komputer.

3. *Entry*

Peneliti memasukkan data yang telah dikoding ke dalam program SPSS 22 *for Windows*. Diperlukan ketelitian dan kecermatan dalam memasukkan data tersebut karena apabila salah dalam melakukan *entry*, akan berpengaruh pada kebenaran data dan juga analisis data.

#### 4. *Cleaning*

Peneliti perlu memeriksa dan memastikan bahwa seluruh proses sudah benar sehingga analisis data dapat dilakukan dengan tepat.

### 4.9 Analisis Data

#### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menilai praktik pemberian MP-ASI meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi serta status gizi bayi usia 7-23 bulan. Analisis tersebut disajikan dalam bentuk tabel yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan setiap variabel. Pada analisis ini, hanya ditampilkan distribusi dan besarnya proporsi dari setiap variabel yang diteliti.

#### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menilai dua variabel yang diduga berhubungan. Pada penelitian ini untuk mengetahui hubungan praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan frekuensi) dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Likelihood Ratio*. Dari uji statistik tersebut akan disimpulkan apakah hubungan antara variabel tersebut bermakna atau tidak dengan tingkat kepercayaan  $\alpha \leq 0,05$  menggunakan program SPSS 22 for windows.

### 4.10 Etika Penelitian

Peneliti harus memahami hak dasar manusia dan segi etika penelitian. Dalam melaksanakan penelitian khususnya apabila yang menjadi subjek

penelitian adalah manusia, maka harus diperhatikan asas etika penelitian yang meliputi:

1. *Respect for Person* (Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia)

Pelaksanaan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dilakukan dengan cara memberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan dari penelitian, manfaat dari penelitian, kerugian waktu selama dilaksanakannya kegiatan penelitian, penjelasan bahwa responden berhak untuk mengundurkan diri kapan saja dari penelitian, dan penjelasan mengenai jaminan kerahasiaan identitas responden. Selain itu peneliti juga memberikan penjelasan bahwa untuk pengukuran panjang badan bayi akan dilakukan oleh 2 orang yaitu peneliti dan dibantu oleh 1 orang enumerator dari mahasiswi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak bahwa pengukuran panjang badan sebaiknya dilakukan oleh 2 orang untuk memastikan posisi anak secara benar agar mendapatkan hasil yang akurat. Selama pengukuran, nama bayi tidak ditampilkan. Peneliti melakukan identifikasi bukan menggunakan nama responden, melainkan menggunakan kode responden sehingga dapat menjaga kerahasiaan pemeriksaan. Dalam penelitian ini, peneliti memberikan penjelasan kepada orangtua (ibu) dari responden. Setelah diberikan penjelasan, ibu dari responden dapat menyatakan persetujuannya secara sukarela bahwa anaknya diperbolehkan untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*

yang diberikan oleh peneliti. Apabila responden tidak bersedia, peneliti harus menghormati hak responden.

2. *Beneficience* (Prinsip Berbuat Baik)

Pelaksanaan prinsip berbuat baik dilakukan dengan cara memberikan penjelasan mengenai manfaat yang responden dapatkan dari penelitian. Salah satu manfaat tersebut adalah dapat memberikan informasi kepada masyarakat tentang praktik pemberian MP-ASI sehingga masyarakat khususnya ibu lebih memperhatikan praktik pemberian MP-ASI yang meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah, dan frekuensi MP-ASI yang disesuaikan dengan usia anak sehingga mampu menunjang pertumbuhan optimal anak dan anak memiliki status gizi yang baik.

3. *Nonmaleficience* (Prinsip Tidak Merugikan)

Pada penelitian ini, prinsip tidak merugikan responden dilakukan dengan cara membuat pertanyaan pada lembar kuisisioner yang tidak menyinggung responden serta melakukan kontrak waktu kepada responden yaitu selama 30 menit untuk pengisian kuisisioner dan pengukuran berat badan serta panjang badan untuk penilaian status gizi. Kegiatan pengukuran berat dan panjang badan juga dilakukan bersamaan dengan kegiatan posyandu sehingga proses pengambilan data lebih efisien. Setelah penelitian berlangsung, peneliti memberikan bingkisan berupa celemek makan bayi sebagai ucapan terima kasih kepada ibu dan bayi.

4. *Justice* (Prinsip Keadilan)

Prinsip keadilan dilakukan dengan cara memperlakukan responden secara adil dan baik selama penelitian berlangsung. Peneliti memberikan



lembar kuisisioner praktik pemberian MP-ASI kepada ibu dari bayi usia 7-23 bulan, kemudian peneliti melakukan pengukuran berat dan panjang badan untuk menilai status gizi pada bayi dengan didampingi oleh ibunya. Selama kegiatan penelitian, seluruh responden harus diperlakukan dengan sama tanpa membeda-bedakan dan tidak ada diskriminasi.



**4.11 Kerangka Kerja**



**Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian**



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian dan analisis data yang terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik ibu, karakteristik bayi, data praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi), data status gizi bayi dan hasil analisa hubungan antar variabel. Data yang digunakan adalah data primer yang diambil secara langsung dari 54 responden menggunakan kuisisioner serta pengukuran antropometri yaitu berat badan dan panjang badan. Kemudian penilaian status gizi bayi ditentukan dengan grafik penilaian *WHO Child Growth Standard 2005*.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di seluruh posyandu yang ada di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang pada bulan September sampai Oktober 2017. Desa Tajinan merupakan salah satu di antara 12 desa di Kecamatan Tajinan, memiliki luas wilayah 271.170 hektar dengan batas administrasi wilayah yaitu sebelah utara adalah Kecamatan Tumpang, sebelah timur adalah Desa Gunung Sari, sebelah selatan adalah Desa Purwosekar dan sebelah barat adalah Desa Randu Gading.

Desa Tajinan termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Tajinan. Terdapat 5 posyandu di Desa Tajinan yaitu Posyandu Melati, Posyandu Dahlia, Posyandu Mawar, Posyandu Anggrek dan Posyandu Teratai. Kegiatan yang dilakukan posyandu antara lain penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pemberian vitamin A, imunisasi dan Pemberian Makanan Tambahan

(PMT) untuk balita. Jumlah bayi usia 7-23 di Desa Tajinan berjumlah 116 bayi dan sampel pada penelitian ini berjumlah 54 bayi.

## 5.2 Karakteristik Ibu

**Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Ibu di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang**

Karakteristik Ibu	N	%
<b>Usia (tahun)</b>		
≤ 19	2	3,7
20-29	28	51,9
30-39	19	35,2
≥ 40	5	9,3
<b>Pekerjaan</b>		
IRT	40	74,1
Buruh/Petani	4	7,4
Wirasaha	3	5,6
PNS	1	1,9
Swasta	2	3,7
Lain-lain	4	7,4
<b>Paritas</b>		
1	25	46,3
2	21	38,9
3	7	13,0
4	1	1,9
<b>Pendidikan</b>		
SD	19	35,2
SMP	11	20,4
SMA	16	29,6
Perguruan Tinggi	8	14,8
<b>Penghasilan Keluarga (bulan)</b>		
< 1.500.000	26	48,1
< 1.500.000 - 2.500.000	18	33,3
2.500.000 - 3.500.000	7	13,0
> 3.500.000	3	5,6

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, usia ibu dikelompokkan menjadi ≤ 19 tahun, 20-29 tahun, 30-39 tahun dan ≥ 40 tahun. Pada tabel 5.1, ibu dari bayi yang menjadi

responden dalam penelitian ini sebagian besar berusia 20-29 tahun yaitu sebanyak 51,9% (28 orang).

Pekerjaan ibu dibedakan menjadi Ibu Rumah Tangga (IRT), Buruh/Petani, Wirausaha, Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan lain-lain (guru dan pegawai). Pada gambar 5.1 mengenai karakteristik ibu, mayoritas ibu memiliki pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) yaitu sebanyak 74,1% (40 orang).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, dapat diketahui distribusi paritas ibu dari bayi yang menjadi responden penelitian. Pada tersebut diketahui bahwa sebagian besar ibu di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang memiliki paritas 1 yaitu sebesar 46,3% (25 orang)

Hasil penelitian di Desa Tajinan diperoleh distribusi pendidikan terakhir ibu dari bayi yang menjadi sampel dari penelitian. Persentase pendidikan terakhir ibu di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan ditampilkan dalam tabel 5.1. Sebagian besar ibu di Desa Tajinan memiliki pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) yaitu sebanyak 35,2% (19 orang) .

Penghasilan keluarga per bulan di Desa Tajinan dikelompokkan menjadi <1.500.000/bulan, 1.500.000 - 2.500.000/bulan, 2.500.000 - 3.500.000/bulan dan >3.500.000/bulan. Pada tabel 5.1, diketahui bahwa sebagian besar keluarga di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang memiliki penghasilan per bulan yaitu < 1.500.000 dengan persentase sebesar 48,1% (26 orang).

### 5.3 Karakteristik Bayi

**Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Bayi Usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang**

Karakteristik Bayi	N	%
<b>Usia (bulan)</b>		
7-8	8	14,8
9-11	12	22,2
12-23	34	63,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	34	63,0
Perempuan	20	37,0

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

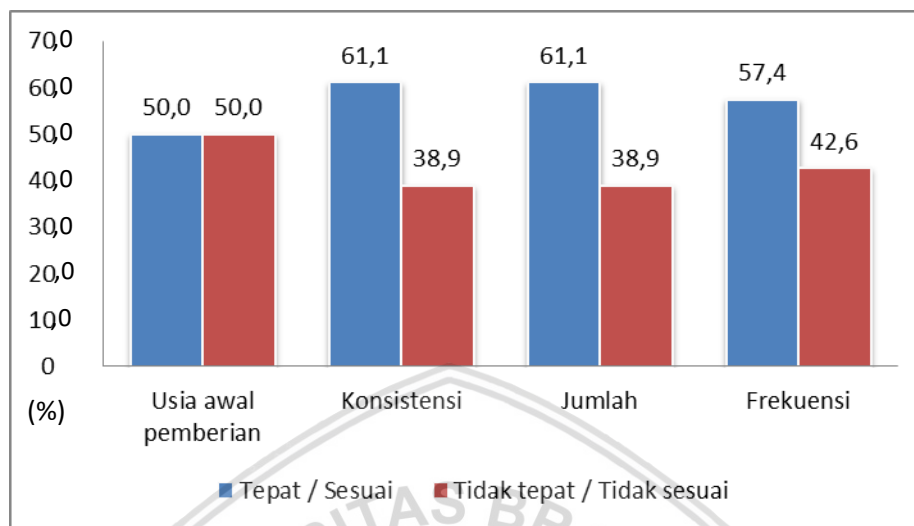
Berdasarkan penelitian di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, distribusi usia bayi dikelompokkan menjadi usia 7-8 bulan, 9-11 bulan dan 12-23 bulan. Pada tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari 54 bayi yang termasuk dalam responden penelitian mayoritas ada pada kelompok usia 12-23 bulan yaitu sebesar 63,0% (34 orang). Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 54 bayi yang menjadi sampel dalam penelitian ini, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 63,0% (34 orang).

#### 5.4 Data Praktik Pemberian MP-ASI

**Tabel 5.3 Distribusi Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi)**

Praktik Pemberian MP-ASI	Usia Bayi (bulan)					
	7-8		9-11		12-23	
	N	%	N	%	N	%
<b>Usia Awal Pemberian</b>						
• <6 bulan	3	5,6	3	5,6	13	24,1
• 6 bulan	5	9,3	7	13,0	15	27,8
• >6 bulan	0	0	2	3,7	6	11,1
<b>Konsistensi</b>						
• Makanan lumat	8	14,8	1	1,9	3	5,6
• Makanan lembek atau cincang	0	0	10	18,5	16	29,6
• Makanan keluarga	0	0	1	1,9	15	27,8
<b>Jumlah</b>						
• 2-3 sendok makan ditingkatkan perlahan hingga ½ mangkuk	6	11,1	2	3,7	7	13,0
• ½ hingga ¾ mangkuk	2	3,7	9	16,7	9	16,7
• ¾ hingga 1 mangkuk	0	0	1	1,9	18	33,3
<b>Frekuensi</b>						
➤ Makanan utama						
• 2x	6	11,1	3	5,6	11	20,4
• 3x	2	3,7	10	18,5	19	35,2
• 4x	0	0	0	0	3	5,6
➤ Makanan selingan						
• Tidak diberikan	3	5,6	1	1,9	1	1,9
• 1x	5	9,3	3	5,6	7	13,0
• 2x	0	0	7	13,0	23	42,6
• >2x	0	0	1	1,9	3	5,6

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017



**Gambar 5.1 Distribusi Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi)**

Berdasarkan pengambilan data yang telah dilakukan di Desa Tajinan Kabupaten Malang, distribusi usia awal pemberian MP-ASI dikelompokkan menjadi tidak tepat (<6 bulan atau >6 bulan) dan tepat (6 bulan). Dapat dilihat pada gambar 5.1 bahwa persentase antara tepat dan tidak tepat memiliki angka yang sama yaitu masing-masing sebesar 50,0% (28 orang).

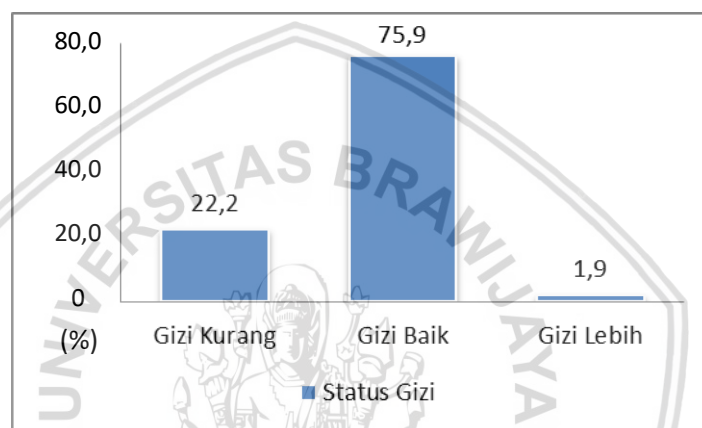
Konsistensi pemberian MP-ASI dikelompokkan menjadi sesuai dan tidak sesuai dengan usia bayi. Dari 54 bayi yang masuk dalam responden penelitian, sebagian besar mendapatkan MP-ASI dengan konsistensi yang sesuai dengan usia bayi yaitu sebesar 61,1% (33 orang) sedangkan untuk MP-ASI dengan konsistensi yang tidak sesuai dengan usia bayi sebesar 38,9% (21 orang).

Berdasarkan gambar 5.1 dapat diketahui dari 54 bayi sebagai sampel dalam penelitian ini, mayoritas diberikan MP-ASI dengan jumlah tiap kali makan yang sesuai dengan usia bayi sebesar 61.1% (33 orang), sedangkan yang diberikan MP-ASI dengan jumlah yang tidak sesuai dengan usia bayi sebesar 38,9% (21 orang).



Pada gambar 5.1 didapatkan hasil bahwa sebagian bayi mendapatkan MP-ASI dengan frekuensi harian yang sesuai dengan usianya yaitu sebesar 57,4% (31 orang), sedangkan sebesar 42,6% (23 orang) mendapatkan MP-ASI dengan frekuensi harian yang tidak sesuai dengan usianya.

### 5.5 Data Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan



**Gambar 5.2 Distribusi Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang**

Berdasarkan gambar 5.2 dapat diketahui distribusi status gizi bayi usia 7-23 Bulan di Desa Tajinan Kabupaten Malang. Dari 54 bayi yang menjadi responden penelitian, sebagian besar memiliki status gizi baik yaitu sebesar 75,9% (41 orang). Kemudian bayi yang memiliki status gizi kurang sebesar 22,2% (12 orang) dan bayi yang memiliki status gizi lebih sebesar 1,9% (1 orang).

Tabel 5.4 Distribusi Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan

Status Gizi Bayi	Usia Bayi (bulan)						Total	
	7-8		9-11		12-23		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Gizi Kurang	0	0	1	1,9	11	20,4	12	22,2
Gizi Baik	8	14,8	11	20,4	22	40,7	41	75,9
Gizi Lebih	0	0	0	0	1	1,9	1	1,9
	<b>Jumlah</b>						54	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Pada tabel 5.4 dapat dilihat bahwa status gizi kurang sebagian besar ada pada bayi usia 12-23 bulan yaitu sebanyak 20,4% (11 orang). Status gizi baik mayoritas pada bayi usia 12-23 bulan sebanyak 40,7% (22 orang). Status gizi lebih hanya terdapat pada bayi usia 12-23 bulan yaitu sebesar 1,9% (1 orang).

### 5.6 Analisis Hubungan antar Variabel

Analisis hubungan antara praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian, konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan status gizi bayi usia 7-23 digambarkan dalam tabel berikut ini.

**Tabel 5.5 Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI (Usia Awal Pemberian, Konsistensi, Jumlah dan Frekuensi) dengan Status Gizi Bayi Usia 7-23 Bulan**

Variabel		Status Gizi						Total		P Value
		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih		N	%	
		n	%	n	%	n	%			
Usia Awal Pemberian	Tidak Tepat	11	20,4	15	27,8	1	1,9	27	50,0	0,001
	Tepat	1	1,9	26	48,1	0	0	27	50,0	
Konsistensi	Tidak Sesuai	10	18,5	11	20,4	0	0	21	38,9	0,001
	Sesuai	2	3,7	30	55,6	1	1,9	33	61,1	
Jumlah	Tidak Sesuai	10	18,5	10	18,5	1	1,9	21	38,9	0,000
	Sesuai	2	3,7	31	57,4	0	0	33	61,1	
Frekuensi	Tidak Sesuai	9	16,7	13	24,1	1	1,9	23	42,6	0,011
	Sesuai	3	5,6	28	51,9	0	0	31	57,4	

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

### 5.6.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa ibu yang memberikan MP-ASI kepada anak pada usia awal pemberian yang tidak tepat (<6 bulan atau >6 bulan) memiliki 20,4% (11 orang) bayi dengan status gizi kurang, 27,8% (15 orang) bayi dengan status gizi baik dan 1,9% (1 orang) bayi dengan status gizi lebih. Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI kepada anak pada usia awal pemberian yang tepat (6 bulan) memiliki 1,9% (1 orang) bayi dengan status gizi kurang, 48,1% (26 orang) bayi dengan status gizi baik dan 0% dengan status gizi lebih. Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis variabel usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi yaitu menggunakan Uji *Likelihood Ratio*. Hasil analisis antara kedua variabel tersebut didapatkan *p value* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan.

### 5.6.2 Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi

Pada tabel 5.5 diketahui bahwa ibu yang memberikan konsistensi MP-ASI tidak sesuai dengan usia anak, memiliki bayi dengan status gizi kurang yaitu 18,5% (10 orang), gizi baik 20,4% (11 orang) dan gizi lebih 0%. Sedangkan ibu yang memberikan konsistensi sesuai dengan usia anak memiliki bayi dengan status gizi kurang sebesar 3,7% (orang), gizi baik 55,6% (30 orang) dan gizi lebih 1,9% (1 orang). Variabel konsistensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi dianalisis dengan uji statistik *Likelihood Ratio*. Hasil analisis antara kedua variabel tersebut didapatkan *p value* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara konsistensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan.

### 5.6.3 Jumlah Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Pada tabel 5.5 juga dapat diketahui bahwa ibu yang memberikan MP-ASI dengan jumlah yang tidak sesuai dengan usia anak memiliki 18,5% (10 orang) bayi dengan status gizi kurang, 18,5% (10 orang) dengan status gizi baik dan 1,9% (1 orang) bayi dengan status gizi lebih. Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI dengan jumlah yang sesuai dengan usia anak memiliki bayi dengan status gizi kurang sebesar 3,7% (2 orang), status gizi baik sebesar 57,4% (31 orang) dan status gizi lebih sebesar 0%. Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis variabel jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi yaitu menggunakan Uji *Likelihood Ratio*. Hasil analisis antara kedua variabel tersebut didapatkan  $p\text{ value} = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan.

### 5.6.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa ibu yang memberikan MP-ASI dengan frekuensi pemberian MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia anak, memiliki bayi dengan gizi kurang yaitu 16,7% (9 orang), gizi baik 24,1% (13 orang) dan gizi lebih 1,9% (1 orang). Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI dengan frekuensi MP-ASI yang sesuai dengan usia anak, memiliki 5,6% (3 orang) bayi dengan status gizi kurang, 51,9% (28 orang) bayi dengan status gizi baik dan 0% bayi dengan status gizi lebih. Uji statistik untuk menganalisis variabel frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi menggunakan Uji

*Likelihood Ratio*. Hasil analisis antara kedua variabel tersebut didapatkan *p value* = 0,011 ( $p < 0,05$ ), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Usia Awal Pemberian MP-ASI

Pada gambar 5.1 terlihat bahwa persentase ibu di Desa Tajinan yang memberikan MP-ASI pada usia tepat (6 bulan) dan ibu yang mulai memberikan MP-ASI pada usia yang tidak tepat (<6 bulan atau >6) masing-masing memiliki persentase yang sama yaitu sebesar 50%. Bayi mulai membutuhkan makanan lain selain ASI saat usia 6 bulan, karena pada waktu ini terdapat kesenjangan nutrisi dan energi yang harus dipenuhi dengan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).

Pemberian ASI secara eksklusif tanpa makanan lain selama usia 6 bulan dapat mengurangi kejadian diare dan penyakit pernafasan jika dibandingkan dengan yang diberikan ASI eksklusif selama 3 atau 4 bulan. Sedangkan pemberian MP-ASI yang terlambat akan menimbulkan gangguan pertumbuhan, defisiensi mikronutrien, dan terjadi penyakit infeksi (WHO, 2009). Saat usia 6 bulan, bayi mulai melakukan gerakan seperti mengunyah, menggerakkan lidah dari depan ke belakang, rongga mulutnya juga sudah sempurna, dan bayi mulai menunjukkan ketertarikannya dengan makanan. Pada saat inilah merupakan usia yang tepat untuk memperkenalkan makanan pendamping ASI kepada bayi (Febry *et al.*, 2013).

Beberapa alasan bahwa ibu-ibu masih sering memberikan MP-ASI pada usia <6 bulan dikarenakan oleh kebiasaan lama yang masih dipatuhi, ibu juga masih memiliki persepsi bahwa jika anak rewel, maka jika diberikan makanan akan diam. Dalam hal tersebut faktor pengetahuan serta pendidikan berperan

penting. Menurut Mariani *et al.*, (2016), terdapat faktor lain juga mempengaruhi pemberian MP-ASI dini seperti paritas ibu dan dukungan keluarga. Pemberian MP-ASI yang tidak tepat waktu baik itu dini atau terlambat juga dipengaruhi faktor pola pengasuhan bayi, status kesehatan terakhir dan penyakit infeksi (Mutalib, 2014).

## 6.2 Konsistensi MP-ASI

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu di Desa Tajinan sudah memberikan makanan pendamping ASI dengan konsistensi yang sesuai dengan usia anak (61,1%). Sisanya masih ada sebesar 38,9% ibu yang memberikan MP-ASI dengan konsistensi yang tidak sesuai dengan usia anak mereka. Dari hasil wawancara, alasan ibu masih memberikan MP-ASI yang tidak sesuai tahapan usia bayi karena kurangnya pengetahuan ibu terkait tingkatan konsistensi makanan pendamping ASI. Selain itu, pada tabel 5.1 tentang distribusi karakteristik ibu di Desa Tajinan dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu memiliki jumlah paritas yaitu 1. Menurut Notoatmodjo (2012), pengalaman adalah sumber pengetahuan karena dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Ibu dengan jumlah paritas 1, masih memiliki pengalaman yang kurang dibandingkan dengan ibu saat memiliki bayi untuk kedua kalinya atau lebih.

Tingkatan konsistensi makanan pendamping ASI harus disesuaikan dengan usia bayi serta kemampuan adaptasi bayi terhadap makanan. Tahapan konsistensi MP-ASI dimulai dengan makanan lumat untuk bayi usia 6-8 bulan yaitu bubur halus lembut dan cukup kental kemudian ditingkatkan perlahan menjadi lebih kasar. Kemudian makanan lembek atau dicincang yang mudah

ditelan oleh bayi untuk bayi 9-11 bulan, dan makanan keluarga seperti yang dimakan oleh orang dewasa untuk bayi usia 12-23 bulan (Kemenkes RI, 2016). Usia bayi perlu diperhatikan saat pemberian MP-ASI karena tingkatan konsistensi dari makanan pendamping ASI disesuaikan dengan perkembangan organ pencernaan bayi. Makanan yang cenderung encer memiliki kandungan energi yang rendah sehingga bayi diharapkan mampu mengonsumsi makanan yang lebih padat dari hari ke hari (Fikawati *et al.*, 2016).

### 6.3 Jumlah Pemberian MP-ASI

Gambar 5.1 mengenai data praktik pemberian MP-ASI di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memberikan MP-ASI kepada anak mereka dengan jumlah yang sesuai dengan usia bayi mereka yaitu sebesar 61,1% dan masih ada 38,9% bayi yang mendapatkan MP-ASI dengan jumlah yang tidak sesuai. Alasan ibu memberikan MP-ASI kepada bayi dengan jumlah yang tidak sesuai yaitu karena anak sulit makan sehingga jumlah yang diberikan tidak sesuai idealnya. Ada pula ibu yang memberikan MP-ASI kepada bayi terlampaui banyak karena anak memiliki nafsu makan yang baik.

Jumlah makanan pendamping ASI kepada bayi perlu diperhatikan mengingat kapasitas lambung bayi yang masih sedikit. Dalam menentukan jumlah MP-ASI yang diberikan, respon bayi terhadap makanan dapat menjadi pertimbangan ibu untuk memberikan MP-ASI dengan jumlah bertahap yang disesuaikan dengan usia bayi (Fikawati *et al.*, 2016). Pemberian MP-ASI sesuai dengan tahapan usia bayi yaitu untuk bayi usia 6-8 bulan adalah 2-3 sendok makan kemudian ditingkatkan hingga  $\frac{1}{2}$  mangkok berukuran 250 ml, untuk bayi



usia 9-11 bulan adalah  $\frac{1}{2}$  sampai  $\frac{3}{4}$  mangkok berukuran 250 ml dan untuk bayi usia 12-23 bulan adalah  $\frac{3}{4}$  hingga 1 mangkok penuh berukuran 250 ml (Kemenkes RI, 2016).

#### 6.4 Frekuensi Pemberian MP-ASI

Menentukan berapa kali bayi harus makan dalam sehari merupakan faktor penting untuk menentukan kecukupan energi yang diterima oleh bayi melalui makanannya. Banyaknya energi yang dibutuhkan oleh anak bertujuan untuk mengatasi kesenjangan energi. Semakin tinggi kebutuhan anak akan asupan makanan yaitu seiring dengan penambahan usia, maka semakin banyak MP-ASI yang harus dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhannya. Densitas energi pada MP-ASI harus lebih tinggi dari ASI, minimal 0,8 kkal per gram. Bila densitas energinya rendah, maka semakin besar juga makanan yang harus dikonsumsi untuk memenuhi kesenjangan energi, sehingga frekuensinya juga semakin sering (WHO, 2009).

Berdasarkan gambar 5.10 mengenai distribusi frekuensi pemberian MP-ASI di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu memberikan MP-ASI kepada anak mereka dengan frekuensi yang sesuai yaitu sebesar 57,4% dan terdapat 42,6% ibu yang memberikan MP-ASI kepada anak dengan frekuensi yang tidak sesuai. Hasil frekuensi MP-ASI tersebut diperoleh melalui kuisioner yang dibagikan kepada ibu yang memiliki bayi usia 7-23 bulan. Frekuensi MP-ASI dibagi menjadi frekuensi MP-ASI makanan utama dan frekuensi makanan selingan. Pada bayi usia 6-8 bulan frekuensi makanan utama 2-3 kali sehari dan makanan selingan 1-2 kali sehari,

untuk bayi usia 9-23 bulan frekuensi makanan utama 3-4 kali sehari dengan makanan selingan yaitu 1-2 kali sehari (Kemenkes RI, 2016).

Pemberian makanan pendamping ASI dengan frekuensi yang tidak sesuai dapat disebabkan karena faktor pendidikan ibu. Terlihat bahwa sebagian besar ibu yang bayinya menjadi responden dalam penelitian ini memiliki pendidikan terakhir yaitu Sekolah Dasar (SD). Menurut Siyoto dan Supriyanto (2015), pendidikan seseorang berpengaruh pula pada sikap seseorang. Dalam hal ini pendidikan ibu dapat mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan MP-ASI dengan frekuensi yang sesuai kepada bayi. Tingkat pendidikan turut mempengaruhi mudah tidaknya seseorang menyerap informasi, khususnya informasi tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

### **6.5 Status Gizi Bayi**

Berdasarkan penelitian status gizi bayi usia 7-23 yang telah dilakukan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang digolongkan menjadi gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih. Indikator yang digunakan adalah Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB). Indikator BB/PB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu singkat (Risikesdas, 2013). Hasil distribusi status gizi bayi diperoleh bahwa bayi yang memiliki status gizi kurang sebesar 22,2%, bayi dengan status gizi baik sebesar 75,9% dan bayi dengan status gizi lebih sebesar 1,9%.

Data status gizi bayi dilakukan dengan pengukuran antropometri yaitu berat badan dan panjang badan bayi. Alat pengukur berat badan yang digunakan adalah timbangan bayi atau timbangan berdiri bagi bayi yang sudah bisa berdiri, sedangkan untuk pengukuran panjang badan menggunakan infatometer atau

*microtoise* bagi bayi yang lebih suka diukur dengan berdiri. Pengukuran antropometri tersebut merupakan salah satu indikator yang paling umum digunakan untuk mengetahui status gizi. Menurut Fikawati *et al.*, (2016), pemantauan berat badan dan panjang badan dapat mengidentifikasi ada tidaknya masalah kesehatan pada bayi.

### **6.6 Hubungan Usia Awal Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi**

Berdasarkan tabel 5.5 mengenai hasil analisa hubungan usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, menunjukkan bahwa antara usia awal pemberian MP-ASI dan status gizi bayi memiliki hubungan yang bermakna dengan nilai  $p$  0,001 ( $p < 0,05$ ). Ibu yang memberikan MP-ASI kepada bayi di usia awal pemberian yang tidak tepat memiliki anak dengan status gizi baik (27,8%), status gizi kurang (20,4%) dan satu orang bayi dengan status gizi lebih (1,9%). Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI di usia yang tepat cenderung memiliki bayi dengan status gizi baik (48,1%) dan satu orang bayi dengan status gizi kurang (1,9%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Subandary (2014) yang mengemukakan bahwa pemberian MP-ASI berhubungan secara signifikan dengan kejadian status gizi kurang pada anak usia 6-24 bulan, dimana anak yang mendapat MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan memiliki risiko 3,509 kali mengalami kejadian status gizi kurang. Pada studi tersebut disebutkan banyak faktor yang menyebabkan ibu memberikan MP-ASI dini kepada anak yaitu karena ibu bekerja, ASI ibu tidak keluar dan juga pendapat bahwa anak menangis apabila tidak diberikan makanan.

Sama halnya dengan penelitian oleh Nurfaizah (2016) yang menyatakan bahwa usia pertama pemberian MP-ASI memiliki hubungan dengan status gizi pada anak usia 12-24 bulan. Dari 38 responden pada studi tersebut, anak yang diberikan MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan memiliki status gizi kurus sebanyak 3 anak dan 2 anak dengan status gizi sangat kurus. Status gizi kurus juga didapat pada anak yang diberi makanan pendamping setelah usia 6 bulan yaitu sebanyak 1 anak.

Bayi dengan usia kurang dari 6 bulan memiliki pencernaan yang belum sempurna sehingga apabila diberikan MP-ASI pada usia tersebut menyebabkan gangguan penyakit pencernaan seperti diare. Gangguan tersebut lebih parah apabila penyajian makanan tidak higienis (Hidayati, 2014). Pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat menggantikan peran ASI untuk memenuhi zat gizi pada anak sehingga anak tidak memperoleh gizi yang optimal dan hal tersebut meningkatkan risiko alergi karena belum dapat mencerna dan menyerap makanan dengan baik (Anggraini *et al.*, 2014). Sedangkan pemberian makanan pendamping air susu ibu yang terlambat juga berdampak pada kondisi status gizi anak. Hal ini disebabkan saat bayi menginjak 6 bulan, ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi anak karena hanya memberikan sumbangan gizi sebesar 40-50%. Terlambat dalam memberikan MP-ASI mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak menjadi lebih lambat. Kebutuhan akan zat besi, vitamin A, vitamin C, kalsium, fluor dan protein juga meningkat saat bayi berusia enam bulan sehingga bayi memerlukan makanan pendamping air susu ibu (Febry *et al.*, 2013). Sehingga apabila MP-ASI diberikan pada usia lebih 6 bulan, anak tidak mendapatkan zat-zat gizi yang cukup untuk mencegah kekurangan gizi lain misalnya anemia karena tidak cukup zat gizi besi (Anggraini *et al.*, 2014).

Dari hasil penelitian dan beberapa uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa pemberian usia pemberian MP-ASI yang tidak tepat, yaitu apabila terlalu dini atau terlambat dapat berpengaruh terhadap status gizi bayi. Oleh karena itu, Makanan Pendamping ASI harus diberikan tepat saat bayi berusia 6 bulan karena pada saat tersebut pencernaan bayi sudah matang dan siap untuk mendapatkan asupan makanan selain ASI.

### **6.7 Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi**

Berdasarkan tabel 5.5 mengenai analisa hubungan konsistensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara konsistensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan dengan *p value* 0,001 ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memberikan MP-ASI dengan konsistensi yang tidak sesuai kepada bayi, memiliki bayi dengan status gizi baik (20,4%) dan status gizi kurang (18,5%). Sedangkan ibu yang memberikan makanan pendamping ASI dengan konsistensi yang sesuai, cenderung memiliki bayi dengan status gizi baik (55,6%), beberapa bayi dengan status gizi kurang (3,7%) dan satu orang bayi dengan status gizi lebih (1,9%).

Larasati (2011) dalam penelitiannya mendukung bahwa ada hubungan dengan kategori cukup kuat pada variabel konsistensi makanan pendamping dan status gizi anak umur 6 hingga 23 bulan (nilai koefisien kontingen sebesar 0,446). Hal ini menunjukkan bahwa dari 26 responden yang diberikan MP-ASI dengan konsistensi tidak tepat, sebanyak 50% responden memiliki status gizi kurang.

Saat pertama kali MP-ASI diperkenalkan, bayi memerlukan adaptasi dengan makanan yang baru karena sebelumnya hanya mengonsumsi ASI saja. Oleh sebab itu, konsistensi MP-ASI yang diberikan kepada bayi perlu tahapan yang sesuai dengan perkembangan organ pencernaan bayi. Pada tahap awal, bayi dapat diberikan MP-ASI dengan konsistensi lebih cair yang kemudian dikentalkan secara bertahap (Fikawati *et al.*, 2016). Kekentalan MP-ASI yang diberikan akan menentukan kebutuhan gizi bayi terpenuhi atau tidak. Pemberian MP-ASI yang cukup kental dapat memberikan energi lebih banyak dibanding bubur MP-ASI yang terlalu encer (Anggraini *et al.*, 2014).

Pengenalan MP-ASI yang sesuai dengan tahapan usia bayi bertujuan untuk mengajarkan keterampilan mengunyah terutama pada fase kritis yaitu saat usia 6-9 bulan. Setelah usia tersebut akan susah untuk mengajarkan karena anak akan lebih bereksplorasi dengan kegiatan fisik lainnya. Apabila bayi diberikan MP-ASI dengan tahapan yang tidak sesuai, misalnya diberikan MP-ASI dengan konsistensi agak kasar maka akan menyebabkan bayi mudah sakit perut karena perkembangan otot lambung kurang sempurna dan berpengaruh pada status gizi bayi (Febry *et al.*, 2013).

Pada saat bayi berusia 9 bulan, ibu dapat membiasakan bayi untuk mengonsumsi makanan pendamping ASI dengan konsistensi yang lebih padat yaitu makanan yang dicincang. Usia ini diharapkan dapat menjadi masa transisi bagi bayi untuk mulai belajar mengunyah sendiri sehingga saat usia 1 tahun bayi telah mampu mengonsumsi makanan keluarga (Fikawati *et al.*, 2016).

*Critical window* untuk memperkenalkan makanan kental adalah umur 10 bulan. Apabila pada umur 10 bulan bayi terlambat diperkenalkan makanan kental maka akan meningkatkan kesulitan makan di kemudian hari. Meskipun masih

terdapat batasan waktu untuk pengenalan makanan kental tersebut, sangat penting untuk memberikan kepadatan makanan secara bertahap sesuai dengan usia anak tersebut. Dengan demikian, anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (WHO, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian dan beberapa uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa konsistensi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan kepada bayi harus disesuaikan dengan tahapan usianya karena berhubungan dengan perkembangan organ pencernaan bayi. Pemberian MP-ASI yang tidak sesuai dapat mempengaruhi status gizi dari bayi.

### **6.8 Hubungan Jumlah Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi**

Dari tabel 5.5 mengenai analisa hubungan antara jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi pada bayi usia 7-23 bulan dengan nilai  $p$  0,000 ( $p < 0,05$ ). Ibu yang memberikan makanan pendamping ASI dengan jumlah yang tidak sesuai, memiliki bayi dengan status gizi kurang (18,5%), bayi dengan status gizi baik (18,5%) dan satu orang bayi dengan status gizi lebih (1,9%). Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI kepada bayi dengan jumlah yang sesuai, cenderung memiliki bayi dengan status gizi baik (57,4%) dan beberapa bayi dengan status gizi kurang (3,7%).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Subandary (2014) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara porsi pemberian MP-ASI dengan kejadian status gizi kurang pada anak usia 6 sampai dengan 24 bulan. Anak dengan porsi pemberian MP-ASI yang tidak sesuai memiliki risiko 3,902 kali

untuk mengalami keadaan status gizi kurang dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI dengan porsi yang sesuai. Dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa anak dengan pemberian porsi MP-ASI yang tidak sesuai dikarenakan anak susah makan, dan kadang anak tidak mau membuka mulutnya. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Waliyo *et al.*, (2017) menyatakan bahwa jumlah pemberian MP-ASI berhubungan dengan status gizi anak usia 6 hingga 59 bulan. Anak yang mendapatkan jumlah MP-ASI yang kurang, sebesar 95,6% memiliki status gizi kurus.

Menurut WHO (2009), periode pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan masa rawan pertumbuhan anak sehingga anak memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami malnutrisi. Hal tersebut terjadi karena MP-ASI yang diberikan memiliki jumlah yang terlalu sedikit dan kualitas nutrisi yang tidak adekuat. Jumlah MP-ASI yang diberikan kepada bayi ditingkatkan secara bertahap sesuai usia anak, pertumbuhan dan perkembangan anak. Porsi makanan yang dibutuhkan tergantung pada densitas energi yang terkandung dalam makanan. Kandungan energi dari MP-ASI berkisar antara 0,6 - 1,0 kkal per gram. Apabila MP-ASI yang diberikan tersebut memiliki densitas energi yang lebih, maka jumlah MP-ASI yang sedikit sudah dapat menutup kesenjangan energi, namun apabila MP-ASI yang memiliki energi lebih dilarutkan dalam air, maka diperlukan jumlah MP-ASI dengan volume yang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan energi pada bayi.

Berdasarkan hasil penelitian dan beberapa uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa jumlah atau porsi Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) berhubungan dengan status gizi bayi. Periode usia pemberian MP-ASI merupakan masa yang rawan terjadinya malnutrisi pada bayi sehingga



diperlukan asupan dengan nutrisi yang adekuat dengan jumlah yang sesuai. Bayi yang diberikan makanan pendamping ASI dengan jumlah tidak sesuai, cenderung memiliki status gizi kurang dan gizi lebih.

### 6.9 Hubungan Frekuensi Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Berdasarkan tabel 5.5 tentang analisa hubungan frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna dengan *p value* 0,011 ( $p < 0,05$ ) antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memberikan MP-ASI kepada bayi dengan frekuensi pemberian MP-ASI yang tidak sesuai, memiliki bayi dengan status gizi baik (24,1%), status gizi kurang (16,7%) dan satu orang bayi dengan status gizi lebih (1,9%). Sedangkan ibu yang memberikan MP-ASI dengan frekuensi sesuai kepada bayi, cenderung memiliki bayi dengan status gizi baik (51,9%) dan beberapa bayi dengan status gizi kurang (5,6%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Widyawati *et al.*, (2016), frekuensi pemberian MP-ASI memiliki hubungan secara signifikan dengan status gizi anak usia 12 hingga 24 bulan. Sebanyak 62,5% anak dengan status gizi kurus diberikan MP-ASI kurang dari 3 kali sehari. Pada penelitian tersebut, menyatakan bahwa risiko terjadi anak kurus meningkat sejumlah 6,6 kali lipat jika diberi makanan pendamping air susu ibu dengan frekuensi kurang (3 kali dalam satu hari) dibandingkan dengan frekuensi sama atau lebih.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Sakti *et al.*, (2013) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan

status gizi anak dengan. Sebanyak 26 anak (38,2%) yang berstatus gizi kurang atau gizi buruk mendapatkan MP-ASI dengan frekuensi yang kurang. Penelitian oleh Waliyo *et al.*, (2017) juga mengatakan bahwa frekuensi pemberian MP-ASI memiliki hubungan dengan status gizi anak usia 6 hingga 59 bulan. Dari 45 anak yang mendapatkan frekuensi MP-ASI tidak baik yaitu kurang dari 2 kali sehari, sebagian besar memiliki status gizi kurus (80%).

Menurut Nasar (2010), pemberian MP-ASI pada bayi dengan frekuensi yang tidak sesuai berisiko tinggi untuk jatuh dalam keadaan malnutrisi yang berkelanjutan dan berkontribusi terhadap tingginya prevalensi malnutrisi balita. Karena kapasitas lambung bayi masih terbatas (kira-kira 30 gram/kg berat badan) atau sekitar 200 ml, maka untuk makanan sebaiknya diberikan dengan frekuensi yang terbagi atas makanan utama (pagi, siang dan malam) serta makanan selingan di antara makanan utama, disertai dengan pemberian ASI atau susu 2-3 kali sehari.

Berdasarkan hasil penelitian dan beberapa uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi dapat berpengaruh terhadap status gizi bayi. Bayi yang mendapatkan makanan pendamping ASI dengan frekuensi yang tidak sesuai cenderung memiliki status gizi kurang maupun gizi lebih. Oleh karena itu, untuk pemberian frekuensi makanan pendamping ASI harus sesuai dengan tingkatan usia bayi.

#### **6.10 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* sehingga sulit menginterpretasikan hubungan sebab-akibat dengan jelas antara kedua variabel yaitu variabel praktik pemberian MP-ASI (usia awal pemberian,

konsistensi, jumlah dan frekuensi) dengan variabel status gizi bayi. Selain itu mungkin ada faktor lain yang dapat mempengaruhi status gizi pada bayi seperti pengetahuan ibu tentang gizi bayi, pola pengasuhan dan kondisi sakit pada bayi yang tidak diteliti pada penelitian ini.



## BAB 7

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Bayi yang mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) pada usia yang tepat (6 bulan) memiliki persentase yang sama dengan bayi yang diberikan MP-ASI pada usia tidak tepat (<6 bulan atau >6 bulan) yaitu masing-masing sebesar 50% (27 orang)
- 7.1.2 Sebagian besar bayi yaitu sebanyak 61,1% (33 orang) telah mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan konsistensi yang sesuai dengan usianya.
- 7.1.3 Sebagian besar bayi yaitu sebanyak 61,1% (33 orang) telah mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan jumlah yang sesuai dengan usianya.
- 7.1.4 Sebagian besar bayi yaitu sebanyak 57,4% (31 orang) telah mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan frekuensi yang sesuai dengan usianya.
- 7.1.5 Sebagian besar bayi usia 7-23 bulan memiliki status gizi baik berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) yaitu sebanyak 75,9% (41 orang).
- 7.1.6 Terdapat hubungan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang tahun 2017 dengan  $p\text{ value}=0,001$ .

7.1.7 Terdapat hubungan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang tahun 2017 dengan  $p\ value=0,001$ .

7.1.8 Terdapat hubungan antara jumlah pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang tahun 2017 dengan  $p\ value=0,000$ .

7.1.9 Terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi usia 7-23 bulan di Desa Tajinan Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang tahun 2017 dengan  $p\ value=0,011$ .

## 7.2 Saran

### 7.2.1 Masyarakat

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, bahwa bayi yang diberikan MP-ASI yang tidak sesuai cenderung memiliki status gizi tidak normal (gizi kurang atau lebih) sehingga diharapkan orangtua khususnya ibu dapat memberikan MP-ASI meliputi usia awal pemberian, konsistensi, jumlah serta frekuensi pemberian MP-ASI yang sesuai kepada anak mereka.

### 7.2.2 Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi terkait pemberian MP-ASI yang sesuai kepada masyarakat khususnya ibu yang memiliki anak di usia pemberian MP-ASI (6 sampai 23 bulan) melalui kegiatan berupa penyuluhan atau kegiatan lainnya untuk meningkatkan pengetahuan sehingga keluarga bisa memberikan MP-ASI yang sesuai. Penyuluhan atau edukasi tentang MP-ASI dapat diberikan kepada orang tua (ibu) bersamaan dengan bayi mendapatkan imunisasi di tenaga kesehatan.

### 7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian yang sama namun dengan variabel lain atau menambahkan variabel yang dapat mempengaruhi status gizi bayi seperti pengetahuan ibu, kondisi sakit pada bayi atau pola pengasuhan anak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Achadi E.L., 2014. *Periode Kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan dan Dampak Jangka Panjang terhadap Kesehatan dan Fungsinya*. Makalah disajikan dalam Kursus Penyegar Ilmu Gizi, PERSAGI, Yogyakarta, 25 November.
- Adriani M. dan Wirjatmadi B., 2012a. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*, Kencana, Jakarta.
- Adriani M. dan Wirjatmadi B., 2012b. *Pengantar Gizi Masyarakat*, Kencana, Jakarta.
- Alhamda S. dan Sriani Y., 2015. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)*, Deepublish, Yogyakarta.
- Almatsier S., 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Amenta P.S., 2009. *Pediatric Chiasmatic/Hypothalamic Gliomas: Understanding the Management Dilemma*, Department of Neurosurgery Jefferson University Hospital, Philadelphia.
- Angelina Z., 2012. *Carbohydrate Metabolism Disorder Galactosemia*. Tidak diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang.
- Anggraini A.D., Markum M., Masoara S., Durjati S., 2014. *Manajemen Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)*, Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA), Jakarta
- Arikpo D., Edet E.S., Chibuzor M.T., Odey F., Caldwell D.M., Educational Interventions for Improving Complementary Feeding Practices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, Issue 6. Art. No.: CD011768.
- Arisman M.B., 2010. "Penilaian Status Gizi". Dalam: Suryani, penyunting. *Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi Edisi 2*, EGC, Jakarta
- Cusick S, Georgieff M.K., 2017. *The First 1000 Days of Life: The Brain's Window of Opportunity*, (Online), ([www.unicef-irc.org/article/958/](http://www.unicef-irc.org/article/958/)), diakses 27 April 2017)
- Dewi R.K., Pantiawati I., Happinasari O.. Hubungan Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Balita Usia 6-12 Bulan di Desa Kaliori Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas, *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, Vol. 1, No. 1, Edisi Desember 2010.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. 2017. *Studi Pendahuluan*, Kepanjen
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014*, Surabaya, hal. 27.

- FAO. 2011. *Complementary Feeding for Children Aged 6-23 Months: A Recipe Book for Mother and Caregivers*, FAO European Union Food Facility Project, Italia.
- Febry A.B., Pujiastuti N., Fajar I., 2013. *Ilmu Gizi untuk Praktisi Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Fikawati S., Syafiq A., Karima K., 2016. *Gizi Ibu dan Bayi*, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Fitriana E.I., Anzar J., Nazir H.M., Theodorus. Dampak Usia Pertama Pemberian Makanan Pendamping ASI terhadap Status Gizi Bayi Usia 8-12 Bulan di Kecamatan Seberang Ulu 1 Palembang, *Sari Pediatri*, Vol. 15, No. 4, Desember 2013.
- Hamdi A.S. dan Bahrudin E., 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Aplikasi dalam Pendidikan*, Deepublish, Yogyakarta.
- Hidayat A.A., 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data: Contoh Aplikasi Studi Kasus*, Salemba Medika, Jakarta.
- Hidayati N.L., 2014. *1000 Hari Emas Pertama dan Persiapan Kehamilan sampai Batita*, Rapha Publishing, Yogyakarta.
- Kemenkes RI. 2011. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*, Direktorat Bina Gizi, Jakarta.
- Kemenkes RI. 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Kementerian Kesehatan dan JICA, Jakarta.
- Kumala E.E.I., 2012. *Perbedaan Status Gizi pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan Sianotik dan Asianotik*. Karya Tulis Ilmiah, Tidak diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang.
- Larasati W., 2011. *Hubungan Antara Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Penyakit Infeksi Kaitannya dengan Status Gizi pada Bayi Umur 6-12 Bulan*. Skripsi, Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Lestari M.U., Lubis G., Pertiwi D., Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2014; 3 (2)
- Maharsiwi A., 2014. *Hubungan Antara Pemberian MP-ASI Dini dengan Kejadian Gizi Lebih pada Bayi Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura, Sukoharjo*. Skripsi, Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mariani N.M., Hendarman H., Nita G.S., Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian MP-ASI Dini di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Sindanglaut



Kecamatan Lemahabang Kabupaten Cirebon, *Jurnal Kesehatan*, 2016; Vol. 7, No 3, 420-426

Menkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta

Motee A., and Jeewon R., Importance of Exclusive Breast Feeding and Complementary Feeding Among Infants. *Current Research in Nutrition and Food Science*, 2014; Vol. 2 (2), 56-72

Mutalib M. 2014. *Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Bayi Usia 6-24 Bulan Berdasarkan Indeks BB/U di Desa Ban Kecamatan Kubu Tahun 2014*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Nasar S.S., 2010. "Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)". Dalam: Suradi R., Hegar B., Partiwati I.G.A.N., Marzuki A.N.S., Ananta Y., penyunting. *Indonesia Menyusui*, Badan Penerbit IDAI, Jakarta.

Notoatmodjo S., 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta

Nurfaizah S., 2016. *Hubungan Lama Pemberian ASI dan Usia Pertama Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi pada Anak Usia 12-24 Bulan di Desa Surodadi Kecamatan Gajah Kabupaten Demak*. Artikel Ilmiah. Tidak diterbitkan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran.

Prabantini D., 2010. *A to Z Makanan Pendamping ASI*. ANDI, Yogyakarta.

Pudjiadi A.H., Hegar B., Handryastuti S., Idris N.S., Gandaputra E.P., Harmoniati E.D., 2009. *Pedoman Pelayanan Medis*. Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.

Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

Sakti R.E., Hadju V., Rochimiwati S.N., 2013. *Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak usia 6-23 Bulan di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar.

Shloin N., Edelson L.R., Martin N., Hetgerington M., Parenting Style, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers In Phychology*. 2015: 6 (0189)

Sitompul E.W. dan Persie A.V., 2014. *Buku Pintar MPASI: Bayi 6 Bulan sampai dengan 1 Tahun*. Lembar Langit Indonesia, Jakarta.

Siyoto S. dan Supriyanto S., 2015. *Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*. ANDI, Yogyakarta

- Soetjiningsih. 2013. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC, Jakarta.
- Subandary BW., 2014. *Hubungan Pola Pemberian ASI dan MP-ASI dengan Kejadian Status Gizi Kurang pada Anak Usia 6-24 Bulan di Desa Ubung Kecamatan Jonggat Kabupaten Lombok Tengah Nusa Tenggara Barat*. Artikel Ilmiah. Tidak diterbitkan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran.
- Sulistyaningsih. 2011. *Metodologi Penelitian Kebidanan: Kuantitatif-Kualitatif*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Supariasa I.D.N., Bakri B., Fajar I.. 2013. *Penilaian Status Gizi*. EGC, Jakarta.
- Waliyo E., Marlenywati., Nurseha., Hubungan Pengetahuan Gizi dan Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI terhadap Status Gizi pada Umur 6-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Selalong Kecamatan Sekadau Hilir Kabupaten Sekadau. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*; 2017, Vol. 13, No. 1, 61-70
- WHO, UNICEF. 2008. *Strengthening Action to Improve Feeding of Infants and Young Children 6-23 Months of Age in Nutrition and Child Health Programmes*, 6-9 October, Report of Proceeding, Geneva
- WHO. 2003. *Guiding Principles for Complementary Feeding of The Breastfed Child*, Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), Geneva.
- WHO. 2005. *Guiding Principles For Feeding Non-Breastfed Children 6-24 Months of Age*, Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), Geneva.
- WHO. 2009. *Infant and Young Child Feeding*, Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, WHO Press, Geneva.
- WHO. 2010. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators Interpretation Guide*, WHO Press, Geneva.
- Widyawati., Febry F., Destriatania S., *Analisis Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi pada Anak Usia 12-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Lesung Batu, Empat Lawang*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, 2016, Vol. 7, No. 2
- Yuliarti N., 2010. *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil*. ANDI, Yogyakarta.