

ANALISIS PEMBERIAN MP-ASI DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK USIA 12-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LESUNG BATU, EMPAT LAWANG

Widyawati, Fatmalina Febry, Suci Destriatania
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

ANALYSIS COMPLEMENTARY FEEDING AND NUTRITIONAL STATUS AMONG CHILDREN AGED 12-24 MONTHS IN PUSKESMAS LESUNG BATU, EMPAT LAWANG

ABSTRACT

Background: Complementary feeding is a supplementary food given to babies after age 6 months to 24 months of age in order to meet the nutritional needs in addition to breast milk. However, complementary feeding which is not under WHO standard become one of the causes of the increasing prevalence of malnutrition in children aged 12-24 months in the world and in Indonesia. The incidence of malnutrition at Lesung Batu Puskesmas, Empat Lawang is still quite high at 18%. The purpose of this study was to analyze the relationship giving complementary feeding with the incidence of nutritional status in the region.

Method: This study used case control design. Sampling based on inclusion and exclusion criteria to the number of samples was 80 consisting of 40 cases and 40 controls. Data was taken from data register cases of malnutrition primer using questionnaires and anthropometric measurements of children nutritional status and using neighborhood controls. The data was analyzed by univariate, bivariate chi square.

Result: Hypothesis test results indicated that the nutritional status of children associated with the frequency of complementary feeding (p value <0.0001 ; OR 6.6), and history of infectious disease (p value 0,04; OR 3). Meanwhile, the age of first administration of complementary feeding, the texture of foods, the variation of foods and a portion of complementary feeding were not associated with nutritional status children aged 12-24 months.

Conclusion: Advice can be given that mothers who have children 6-24 months should give more attention to the provision of complementary feeding in accordance with the recommended WHO through counseling, information, education and communication related nutrition and complementary feeding practices of infants and children.

Keywords: complementary feeding, nutritional status, children aged 12-24 month

ABSTRAK

Latar Belakang: Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai usia 24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi. Namun, pemberian MP-ASI yang tidak sesuai standar WHO menjadi salah satu penyebab meningkatnya prevalensi kekurangan gizi pada anak usia 12-24 bulan baik di dunia maupun di Indonesia. Kejadian gizi kurang di Puskesmas Lesung Batu Kabupaten Empat Lawang masih cukup tinggi yakni 18%. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak di wilayah Puskesmas Lesung Batu.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kasus kontrol. Pengambilan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dengan jumlah sampel 80 yang terdiri dari 40 kasus dan 40 kontrol. Pengumpulan data dilakukan menggunakan data register kasus, primer dengan menggunakan kuesioner dan pengukuran antropometri status gizi anak dan menggunakan kontrol terdekat dengan kasus. Data dianalisis secara univariat, bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil Penelitian: Hasil uji hipotesa menunjukkan status gizi anak berhubungan dengan frekuensi MP-ASI (p value <0.0001 ; OR 6,6), riwayat penyakit infeksi (p value 0,04; OR 3). Sedangkan, usia pemberian MP-ASI pertama, tekstur makanan, variasi makanan dan porsi MP-ASI tidak berhubungan dengan status gizi anak usia 12-24 bulan.

Kesimpulan: Saran yang dapat diberikan yakni ibu yang mempunyai anak 6-24 bulan harus memberikan perhatian dalam memberikan MP-ASI sesuai dengan yang direkomendasikan WHO melalui kegiatan konseling, informasi, dan edukasi gizi dan praktik pemberian makanan bayi dan anak.

Kata kunci: makanan pendamping ASI, status gizi, anak usia 12-24 bulan

PENDAHULUAN

Dua tahun pertama kehidupan anak atau periode emas anak dapat tercapai secara optimal apabila ditunjang dengan asupan nutrisi yang tepat sejak lahir.¹ Air susu ibu (ASI) sebagai satu-satunya nutrisi bayi sampai usia enam bulan dianggap sangat berperan penting untuk tumbuh kembang anak. WHO dan UNICEF menganjurkan agar para ibu memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping lainnya hingga bayi berusia enam bulan. Karena produksi ASI setelah 6 bulan semakin menurun sedangkan bayi terus mengalami pertumbuhan. Sehingga, kebutuhan gizi pada bayi tidak mencukupi hanya dari ASI saja. Oleh karena itu diberikan makanan pendamping ASI.²

Makanan pendamping ASI (MP ASI) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai usia 24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. ASI pun harus tetap diberikan kepada bayi, paling tidak sampai usia 24 bulan.¹ Peranan makanan tambahan bukan sebagai pengganti ASI tetapi untuk melengkapi atau mendampingi ASI.³

Upaya peningkatan status kesehatan dan gizi bayi/anak umur 0-24 bulan melalui perbaikan perilaku masyarakat dalam pemberian makanan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari upaya perbaikan gizi secara menyeluruh. Ketidaktahuan tentang cara pemberian makanan bayi dan anak, adanya kebiasaan yang merugikan kesehatan, secara langsung dan tidak langsung menjadi penyebab utama terjadinya masalah kurang gizi pada anak, khususnya pada umur di bawah 2 tahun (baduta).⁴

Gizi kurang sebagai masalah kesehatan masyarakat di suatu wilayah apabila prevalensi gizi kurang diatas 10% dengan membandingkan jenis besaran masalah gizi

dengan ambang batas (*cut off*) yang telah disepakati secara *universal*. Laporan resmi pemerintah Indonesia ke badan dunia pada tahun 2015 diharapkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 15,5% yang dituangkan di dalam MDGs 2015.⁵ Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tingkat nasional menunjukkan prevalensi balita gizi kurang 17,9% tahun 2010 dan kecenderungan meningkat pada tahun 2013 menjadi 19,6%, sedangkan provinsi Sumatera Selatan prevalensi gizi kurang pada tahun 2013 adalah 18,3 %.⁶

Data dinas kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2014 menyebutkan bahwa prevalensi balita gizi kurang di Sumatera Selatan sebesar 6,3%, sedangkan prevalensi gizi kurang di Kabupaten Empat Lawang tahun 2014 sebesar 7,1%.⁷ Berdasarkan hasil survey Penilaian Status Gizi (PSG) prevalensi balita gizi kurang tertinggi adalah wilayah kerja Puskesmas Lesung Batu Kecamatan Lintang Kanan dengan prevalensi gizi kurang sebesar 18% dan cakupan penderita gizi kurang terbesar pada balita usia 12-24 bulan yaitu 11%.⁸ Penelitian Kalanda dkk, dengan desain kohort menyatakan bahwa bayi yang diberi MP-ASI dini memiliki berat badan sekitar 200 gr lebih rendah dari bayi yang normal (OR=2,1, 95 % CI 1,3,3,2).⁹ Menurut penelitian Lestari, dkk, status gizi kurang pada anak usia 1-3 tahun lebih banyak didapatkan pada anak yang diberi MP-ASI dini (33%).¹⁰ Dari penelitian tersebut terdapat hubungan antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi $p=0,001$. Ciptaningtyas, dkk, juga mendukung hasil-hasil penelitian ini, hasil penelitiannya menyimpulkan ada hubungan signifikan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 4-24 Bulan ($p\text{-value}=0,044$).¹¹

Pada penelitian Mukhopadhyay¹² menyatakan bahwa praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat banyak terjadi pada anak

yang kurang gizi. Pada penelitian ini praktik makan anak diukur berdasarkan anjuran pemberian MP-ASI WHO UNICEF. Selain itu pada penelitian yang sama juga ditunjukkan bahwa ada hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi.¹³

Melihat dampak dan risiko yang ditimbulkan dari pemberian MP-ASI tidak tepat terutama terhadap kesehatan dan tumbuh kembang bayi dan masih tingginya prevalensi gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Lesung Batu Kabupaten Empat Lawang maka penulis tertarik untuk meneliti hubungan pemberian makanan pendamping air susu ibu dengan status gizi pada anak usia 12-24 bulan di wilayah Puskesmas Lesung Batu Kabupaten Empat Lawang.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan desain kuantitatif dan pendekatan kasus kontrol (*case control*). Populasi dalam penelitian ini adalah anak usia 12-24 bulan, sedangkan sampel penelitian ini adalah responden yang masuk dalam kriteria kasus dan kontrol yang memenuhi syarat

dengan definisi kasus dan kontrol serta kriteria inklusi dan eksklusi yang digunakan peneliti. Kasus diambil dari seluruh anak usia 12-24 bulan penderita gizi kurang berdasarkan indeks BB/TB yang tercatat dalam register Puskesmas, sedangkan kontrol merupakan seluruh anak usia 12-24 bulan yang berstatus gizi baik, yang tinggal berdekatan dengan kasus (*Neighbourhood controls*). Jumlah sampel adalah 40 untuk sampel kasus dan 40 untuk kontrol dengan jumlah perbandingan yang digunakan adalah 1: 1, sehingga jumlah sampel keseluruhan adalah 80 orang. Data identitas responden dan sampel, pemberian MP ASI, penyakit infeksi diperoleh dengan wawancara langsung terhadap responden menggunakan kuesioner, sedangkan status gizi dari register puskesmas serta dilakukan dengan cara pengukuran antropometri. Data Sekunder dari laporan gizi, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang, register Puskesmas serta data pendukung lainnya. Analisis data univariat dan bivariat dengan uji *chi square* dimana variabel independen (usia awal pemberian MP ASI, variasi MP ASI, frekuensi MP ASI, riwayat penyakit infeksi dan variabel dependen (status gizi kurang).

HASIL PENELITIAN

Analisis Univariat

Tabel 1.
Karakteristik Ibu dan Anak pada Kelompok Kasus dan Kontrol

Variabel	Kasus		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Pendidikan ibu						
Tidak sekolah	4	10	5	12,5	9	11,2
Tamat SD	7	17,5	10	25	17	21,2
Tamat SLTP	11	27,5	10	25	21	26,2
Tamat SMA	17	42,5	13	32,5	30	37,5
Perguruan Tinggi/Akademi	1	2,5	2	5	3	3,8
Pekerjaan Ibu						
Ibu Rumah Tangga	12	30	13	32,5	25	31,5
Petani	18	52,9	16	47,1	34	42,5
Buruh	2	5	0	0	2	2,5
Pedagang/Wirawasta	7	17,5	10	25	17	21,2
PNS	1	2,5	1	2,5	2	2,5
Jenis Kelamin Anak						
Laki-laki	20	50	21	47,5	41	51,2
Perempuan	20	50	19	52,5	39	48,8
Status Masih ASI						
Ya	23	57,5	33	82,5	56	70

Pendidikan Ibu yang mempunyai anak berstatus gizi kurus (kasus) maupun berstatus gizi normal (kontrol) mayoritas dengan pendidikan tamat SMA yaitu sebanyak 42,5% pada kelompok kasus dan sebanyak 32,5% pada kelompok kontrol. Sedangkan sangat sedikit ditemui ibu yang berpendidikan dari perguruan tinggi/akademi.

Berdasarkan pekerjaan ibu, pada kedua kelompok kasus (gizi kurus) dan kontrol (gizi normal), mempunyai persentase yang hampir sama yaitu sebagian besar pekerjaan ibu adalah sebagai petani yaitu 52,9% pada kelompok kasus dan 47,1% pada kelompok kontrol. Sedangkan pekerjaan ibu sebagai PNS dari kedua kelompok hanya 1 orang (2,5%).

Jenis kelamin anak yang berstatus gizi kurus (kelompok kasus) mempunyai persentase yang sama antara laki-laki dan perempuan, sedangkan pada kelompok anak yang berstatus gizi normal (kelompok

kontrol), hanya beda 5% antara laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan data status masih ASI yaitu anak tersebut masih disusui atau masih mendapatkan ASI satu bulan terakhir, diketahui bahwa anak dengan status gizi normal (kontrol) mayoritas masih disusui atau masih mendapatkan ASI dari ibunya yakni 33 orang (82,5%) dibandingkan dengan anak berstatus gizi kurus (kasus) yaitu 23 orang (57,5%).

Gambaran Pemberian MP-ASI

Berdasarkan Tabel 2, usia pemberian MP-ASI pertama pada kelompok anak dengan status gizi kurus (kasus) mayoritas diberikan pada usia yang tidak tepat atau sebelum usia 6 bulan sebanyak 28 orang (70%), begitu juga pada anak status gizi normal (kontrol) lebih banyak anak diberikan MP-ASI dengan usia yang tidak tepat yaitu sebanyak 26 orang (65%).

Tabel 2.
Gambaran Pemberian MP ASI

Variabel	Kasus		Kontrol		N	%
	n	%	n	%		
Usia pertama MP ASI						
Tidak tepat	28	70	26	65	54	67,5
Tepat	12	30	14	35	26	32,5
Frekuensi MP ASI						
< 3 kali	25	62,5	8	20	33	41,2
>=3 kali	15	37,5	32	80	47	58,8
Porsi MP ASI						
Tidak Sesuai usia	21	52,5	18	45	30	48,8
Sesuai usia	19	47,5	22	55	41	51,2
Tekstur MP ASI						
Tidak Sesuai	11	27,5	12	30	57	71,2
Sesuai	29	72,5	28	70	23	28,8
Variasi MP ASI						
Tidak Bervariasi	40	100	39	97,5	79	98,8
Bervariasi	0	0	1	2,5	1	1,2
Riwayat Penyakit ISPA/Diare						
Ya	20	50	10	25	30	37,5
Tidak	20	50	30	75	50	62,5

Pada variabel frekuensi MP-ASI (Tabel 2), 62,5 % anak dengan status gizi kurus (kasus) diberikan MP-ASI kurang dari 3 kali sehari. Sedangkan mayoritas anak dengan status gizi normal (kontrol) lebih banyak

diberikan MP-ASI 3 kali atau lebih setiap harinya (80%). Kesesuaian porsi berdasarkan umur pada kelompok anak gizi kurus (kasus) porsi MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan usia sebanyak 21 orang (52,5%) dan

sesuai dengan usia sebanyak 19 orang (47,5%) sedangkan dan gizi normal (kontrol) yaitu sebanyak 18 orang (45%) dan porsi sesuai dengan usia anak sebanyak 22 orang (55%). Namun proporsi kesesuaian porsi MP-ASI menurut usia hampir tidak jauh berbeda antara kelompok kasus dan kontrol.

Tekstur/ konsistensi MP-ASI pada anak yang berstatus gizi kurus (kasus) dan anak berstatus gizi normal (kontrol) mayoritas diberikan MP-ASI dengan tekstur (kekentalan/konsistensi) yang sesuai dengan usia anak dengan proporsi yang tidak jauh berbeda yaitu 70%. Kedua kelompok anak gizi kurus (kasus) dan gizi normal (kontrol) lebih banyak diberikan MP-ASI yang tidak bervariasi. Pada kelompok kasus tidak ada anak yang diberikan makanan yang bervariasi tiap waktu makan dalam sehari dengan menu seimbang. Anak yang berstatus gizi kurus (kasus) menderita sakit dan tidak sakit berjumlah sama dengan persentase 50%, sedangkan pada anak yang berstatus gizi

normal (kontrol) mayoritas anak tidak menderita sakit ISPA/Diare sebanyak 75% dalam satu bulan terakhir sebelum data penelitian diambil.

Analisis Bivariat

Berdasarkan usia pertama pemberian MP ASI, pada nilai OR=1,2 yang artinya usia pertama pemberian MP-ASI yang tidak tepat meningkatkan faktor risiko 1,2 kali lebih tinggi terjadinya gizi kurus dibandingkan dengan usia yang tepat. Pada populasi, dengan derajat kepercayaan 95%, anak yang diberi MP-ASI sebelum 6 bulan (tidak tepat) menurunkan risiko gizi kurus sebesar 0.4 kali (60 % menurunkan risiko) dan meningkatkan risiko gizi kurus sebesar 3,2 kali. Sehingga, dari hasil uji Chi-square diperoleh *p value* ($0,8 > \alpha 0,05$) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia pertama pemberian MP-ASI dengan kejadian gizi kurus.

Tabel 3.
Hasil Analisis Bivariat Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Pada Anak Usia 12-24 Bulan

Variabel	OR	IK 95%		p value
		Min	Maks	
Usia pertama MP ASI				
Tidak Tepat	Ref	0,4	3,2	0,8
Tepat	1,2			
Frekuensi MP ASI				
< 3 kali	Ref	2,4	18,2	< 0.0001
>=3 kali	6,6			
Porsi MP ASI				
Tidak sesuai	Ref	0,56	3,2	0.65
Sesuai	1,3			
Tekstur MP ASI				
Tidak sesuai	Ref	0,3	2,3	1.00
Sesuai	0,8			
Variasi MP ASI				
Tidak variasi	Ref	-	-	1.00
Variasi				
Riwayat Penyakit ISPA/Diare				
Sakit	Ref	1,2	7,7	0.04
Tidak sakit	3			

Berdasarkan frekuensi pemberian MP ASI, pada nilai OR=6,6 yang artinya frekuensi pemberian MP-ASI kurang dari 3 kali meningkatkan risiko kejadian gizi kurus

sebesar 6,6 kali dibandingkan dengan anak dengan frekuensi pemberian MP-ASI lebih atau sama dengan 3 kali dalam sehari. Pada populasi dengan derajat kepercayaan 95%,

anak dengan frekuensi pemberian MP-ASI kurang 3 kali dalam 1 hari meningkatkan risiko kejadian gizi kurus berkisar 2,4 hingga 18,2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak usia 12-24 bulan dengan frekuensi pemberian MP-ASI 3 kali atau lebih dalam sehari. Dari uji *Chi-square* diperoleh nilai *p value* <0.0001 ($p < 0,05$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian gizi kurus.

Berdasarkan porsi pemberian MP ASI, pada nilai $OR=1,3$ yang artinya porsi pemberian MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia anak meningkatkan risiko kejadian gizi kurus sebesar 1,3 kali dibandingkan dengan anak dengan porsi MP-ASI sesuai dengan umur anak. Pada populasi, dengan derajat kepercayaan 95%, anak dengan porsi pemberian MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia bisa menurunkan risiko gizi kurus sebesar 0,56 kali (44% menurunkan risiko) dan meningkatkan risiko kejadian gizi kurus sebesar 3,25 kali. Sehingga, dari uji *chi-square* diperoleh *p value* ($0,65 > \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara porsi pemberian MP-ASI dengan kejadian gizi kurus.

Berdasarkan tekstur (kekentalan/konsistensi) MP ASI, pada nilai $OR=0,8$ yang artinya tekstur MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia anak menurunkan risiko kejadian gizi kurus sebesar 0.88 kali (12% menurunkan risiko) dibandingkan dengan anak dengan tekstur MP-ASI sesuai dengan umur anak. Di populasi dengan derajat kepercayaan 95%, anak yang diberi tekstur MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia bisa menurunkan 0,3 kali (70% menurunkan risiko) dan juga meningkatkan risiko kejadian gizi kurus sebesar 2,3 kali. Sehingga, dari uji *chi-square* diperoleh *p value* ($1 > \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tekstur MP-ASI dengan kejadian gizi kurus.

Berdasarkan variasi MP ASI, dengan uji *fisher's Exact* diketahui nilai signifikan

1.00 (*p value* $>0,05$). Jika *p value* $>0,05$, maka H_0 (tidak ada perbedaan antar kelompok/tidak ada hubungan antara variabel) diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara variasi MP-ASI dengan kejadian gizi kurus pada anak usia 12-24 bulan di wilayah Puskesmas Lesung Batu Kabupaten Empat Lawang.

Berdasarkan riwayat penyakit ISPA/Diare, pada nilai $OR=3$ yang artinya anak usia 12-24 bulan yang mengalami sakit ISPA/Diare meningkatkan risiko kejadian gizi kurus sebesar 3 kali dibandingkan dengan anak yang tidak sakit ISPA/Diare. Pada populasi, dengan derajat kepercayaan 95%, anak yang mengalami sakit ISPA/Diare meningkatkan risiko kejadian gizi kurus berkisar 1,2 hingga 7,7 kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak tidak sakit ISPA/Diare. Sehingga, dari hasil uji *chi-square* diperoleh nilai signifikan 0,04 (*p value* $<0,05$) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara riwayat penyakit ISPA/Diare dengan kejadian gizi kurus pada anak usia 12-24 bulan.

PEMBAHASAN

Hubungan antara Usia Pertama Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Anak

Status gizi sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita. Secara fisik anak yang menderita gizi kurang akan mengalami gangguan pertumbuhan dan mudah terkena penyakit infeksi. Penyebab gangguan pertumbuhan diantaranya disebabkan karena pola konsumsi makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang kurang benar dan kurang tepat. Pemberian MP-ASI sebelum usia 6 bulan ditinjau dari perkembangan sistem pencernaan belum siap menerima makanan semi padat dan berisiko terkena diare. MP-ASI yang tidak diberikan pada waktu dan jumlah yang tepat maka dapat menurunkan status gizi.¹⁴

Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak ada hubungan antara usia pertama pemberian

MP-ASI dengan status gizi pada anak usia 12-24 bulan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriandkk¹⁵ yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia awal pemberian MP-ASI dengan status gizi (OR 1,42) dengan 95% CI antara 0,8 dan 2,4. Pada penelitian ini usia pertama pemberian MP-ASI pada kelompok anak dengan status gizi kurus (kasus) dan anak status gizi normal (kontrol) lebih banyak diberikan MP-ASI dengan usia yang tidak tepat dengan proporsi yang tidak jauh berbeda yaitu 70 % pada kasus dan 65% pada kontrol. Selain usia pertama pemberian MP-ASI banyak faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu pemberian MP-ASI harus memadai, yang berarti bahwa makanan pendamping harus diberikan dalam jumlah, frekuensi, responsif, *hygiene*, konsistensi dan menggunakan berbagai makanan untuk menutupi kebutuhan gizi anak tumbuh dengan tetap menyusui.¹⁶

Hubungan antara Frekuensi Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Anak

Depkes RI, menjelaskan bahwa pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) baik tekstur, frekuensi dan porsi harus disesuaikan dengan tahap perkembangan dan pertumbuhan bayi anak usia 6-24 bulan.¹ Frekuensi dalam pemberian Makanan Pendamping ASI yang tepat biasanya diberikan tiga kali sehari. Kebiasaan makan yang baik adalah tiga kali sehari, kalau hanya satu kali sehari, maka konsumsi pangan terutama bagi anak-anak mungkin sekali kurang dan kebutuhan zat gizinya tidak terpenuhi.¹⁷

WHO merekomendasikan pemberian makanan pendamping ASI di usia 6 bulan, dengan frekuensi makan 2-3 kali sehari usia 6-8 bulan, meningkat menjadi 3-4 kali sehari antara 9-12 bulan dan 12-24 bulan dengan tambahan makanan selingan atau tambahan makanan ringan (*snacks*) bergizi (seperti sepotong buah atau roti) yang ditawarkan 1-2

kali per hari, sesuai yang diinginkan, sedangkan untuk anak yang tidak lagi menyusui diperlukan frekuensi makan yang lebih sering. Frekuensi MP-ASI makan anak harus sesering mungkin karena anak dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit sedangkan kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya harus terpenuhi.¹⁶

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi anak. Di wilayah Puskesmas Lesung Batu lebih dari 60% anak dengan status gizi kurang diberikan MP-ASI kurang dari 3 kali dengan hanya sepertiga dari mereka diberikan makanan selingan setiap harinya. Sedangkan mayoritas anak dengan status gizi normal lebih banyak diberikan MP-ASI 3 kali dan lebih dari setengahnya diberikan makanan selingan. Frekuensi MP ASI/ makanan utama yang cukup yaitu 3 kali atau lebih dapat memenuhi konsumsi pangan dan zat-zat gizi yang dibutuhkan anak sesuai dengan usianya.¹⁶

Hubungan antara Porsi Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Anak

Setelah usia 6 bulan, ASI hanya memenuhi sekitar 60-70% kebutuhan gizi bayi. Sehingga bayi mulai membutuhkan Makanan Pendamping ASI (MP ASI). Jumlah/porsi MP-ASI hendaknya diberikan secara bertahap, berangsur mulai dari satu sendok hingga bertambah sesuai porsi kebutuhan bayi sesuai dengan usianya.¹⁸ Kebutuhan energi dari makanan pada anak di negara berkembang adalah sekitar 200 kkal per hari untuk bayi usia 6-8 bulan, 300 kkal per hari untuk bayi usia 9-11 bulan dan 550 kkal per hari untuk usia 12-23 bulan.¹

Rekomendasi WHO dalam praktik pemberian Makanan Pendamping ASI menyebutkan bahwa jumlah/porsi makanan anak disesuaikan dengan usia. Ketika anak berusia 6 bulan diberikan makanan tambahan mulai dengan dua sampai tiga sendok makan

dengan pengenalan rasa dan secara perlahan ditingkatkan jumlahnya, dari usia 6-9 bulan ditingkatkan secara perlahan sampai setengah mangkuk berukuran 250 ml. Usia 9-12 bulan diberikan setengah sampai tiga perempat mangkuk berukuran 250 ml, kemudian dari usia 12-24 bulan diberikan tiga perempat sampai satu mangkuk ukuran 250 ml.¹⁶ Berdasarkan hasil penelitian ini dengan teori yang telah dijelaskan serta penelitian sebelumnya dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara porsi MP-ASI yang sesuai dengan usia anak dengan status gizi anak. Tidak adanya hubungan ini disebabkan karena pada penelitian ini proporsi kesesuaian porsi MP-ASI menurut usia hampir tidak jauh berbeda antara kelompok kasus dan kontrol.

Hubungan antara Tekstur Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Anak

WHO menyatakan bahwa tekstur (kekentalan/konsistensi) makanan MP-ASI diberikan sesuai dengan usia anak dan secara bertahap untuk perkembangan anak yang optimal. Jika konsistensi makanan yang diberikan tidak sesuai dengan usia anak, kemungkinan mengkonsumsi makanan membutuhkan lebih banyak waktu untuk mengunyah menjadi partikel yang lebih kecil untuk ditelan, akibatnya anak akan makan dalam jumlah yang lebih sedikit (lama mengunyah) sehingga asupan makanannya akan kurang. Pada usia 12 bulan anak sudah dapat mengkonsumsi makanan padat atau makanan keluarga, meskipun masih banyak ditawarkan makanan semi padat (memudahkan untuk menelan). Menunda memperkenalkan makanan padat pada anak pada usia lebih dari 10 bulan meningkatkan risiko kesulitan makan nantinya.¹⁹

Makanan Pendamping ASI anak usia 6 bulan berupa bubur kental sebagai tahap pengenalan awal MP-ASI kurang lebih selama 2 minggu, kemudian dari usia 6 sampai 9 bulan diberikan bubur kental/makanan keluarga yang dilumatkan, selanjutnya dari

usia 9 sampai 12 bulan diberikan makanan keluarga yang dicincang atau makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang/di iris-iris dan dari usia 12-24 bulan diberikan makanan yang diiris-iris atau makanan keluarga.¹⁶

Pada penelitian ini kedua kelompok anak kasus dan kontrol diberikan MP-ASI dengan tekstur (kekentalan/konsistensi) yang sesuai dengan usia, mayoritas tekstur MP-ASI yang diberikan adalah makanan keluarga atau makanan yang di iris-iris dengan persentase lebih dari 70%.

Hubungan antara Variasi Pemberian MP-ASI dan Status Gizi Anak

Yetti, menyebutkan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya.²⁰ Gizi seimbang adalah makanan yang dikonsumsi oleh individu sehari-hari yang beraneka ragam dan memenuhi 5 kelompok zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral) dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan tidak kekurangan.¹

Menurut petunjuk WHO pada usia 6 bulan sistem pencernaan bayi termasuk pankreas telah berkembang dengan baik sehingga bayi telah mampu mengolah, mencerna dan menyerap berbagai jenis/varietas bahan makanan seperti protein, lemak dan karbohidrat. Di Negara berkembang, Makanan Pendamping ASI tidak memberikan zat besi yang cukup, seng dan vitamin B6, oleh sebab itu WHO juga menganjurkan Makanan Pendamping ASI dari makanan hewani seperti daging, unggas, ikan atau telur di konsumsi sesering mungkin, diet vegetarian tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi anak.¹⁶

Berdasarkan penelitian diatas

menunjukkan tidak ada hubungan antara MP-ASI bervariasi atau memenuhi susunan menu seimbang (makanan pokok, makanan hewani, makanan nabati, sayuran/buah-buahan) dengan status gizi anak usia 12-24 bulan. Hal ini disebabkan karena sedikitnya jumlah anak dengan MP-ASI bervariasi pada sampel penelitian kontrol dan kasus sehingga tidak terlalu signifikan dalam menunjukkan hubungan faktor tersebut dengan kejadian gizi kurang.

Hubungan antara Riwayat Penyakit ISPA/Diare dan Status Gizi Anak

Terjadi hubungan timbal balik antara kejadian infeksi penyakit dengan gizi kurang/buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi. Di sisi lain, anak yang menderita sakit infeksi akan cenderung menderita gizi buruk. Cakupan pelayanan kesehatan dasar terutama imunisasi, penanganan diare, pendidikan, penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan pelayanan di posyandu, penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan akan menentukan tingkat kejadian penyakit infeksi.¹⁴

Adanya penyakit infeksi (ISPA/diare) dalam tubuh anak mengakibatkan kehilangan nafsu makan, sehingga anak sering menolak makanan yang diberikan ibunya. Penolakan terhadap makanan berarti berkurangnya pemasukan zat gizi ke dalam tubuh anak.²¹ Penyakit infeksi juga menyebabkan penghancuran jaringan tubuh, baik oleh bibit penyakit maupun oleh tubuh sendiri untuk memperoleh protein sebagai daya tahan tubuh. Oleh sebab itu jika anak menderita penyakit infeksi dalam bentuk apapun akan memperburuk status gizi anak ke arah gizi buruk. Keadaan gizi buruk tadi melemahkan kemampuan anak untuk melawan infeksi, kuman-kuman yang tidak berbahaya pun menyerang anak akan menimbulkan penyakit yang berbahaya bahkan kematian pada anak yang menderita gizi buruk.²¹

Berdasarkan hasil penelitian dengan teori yang telah dijelaskan serta penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara penyakit ISPA/Diare dengan status gizi anak. Terdapat interaksi sinergis antara gizi kurang dan infeksi. Infeksi dalam bentuk apapun dapat memperburuk status gizi anak. Gizi kurang disertai infeksi pada umumnya dapat memperburuk keadaan gizi.²⁰

KESIMPULAN DAN SARAN

Ibu dengan anak status gizi kurang dan status gizi baik mayoritas tamat SMA. Pada kedua kelompok mayoritas pekerjaan ibu adalah sebagai petani. Jenis kelamin anak dari kelompok kasus dan kontrol mempunyai persentase yang sama antara laki-laki dan perempuan. Anak yang dengan status gizi baik lebih banyak masih disusui.

Pada kedua kelompok kasus dan kontrol diberikan MP-ASI pertama kali pada usia yang tidak tepat, mayoritas anak dengan status gizi normal (kontrol) lebih banyak diberikan MP-ASI 3 kali atau lebih setiap harinya, proporsi kesesuaian porsi MP-ASI menurut usia hampir tidak jauh berbeda antara kelompok kasus dan kontrol, Tekstur/konsistensi MP-ASI pada kedua kelompok kasus dan kontrol mayoritas diberikan MP-ASI dengan tekstur yang sesuai dengan usia anak, pada kedua kelompok kasus dan kontrol mayoritas diberikan MP-ASI yang tidak bervariasi, pada anak yang berstatus gizi normal mayoritas tidak menderita sakit ISPA/Diare dalam satu bulan terakhir ini.

Menurut analisis yang dilakukan tidak ada hubungan antara usia pertama pemberian MP-ASI, porsi pemberian MP-ASI, tekstur, variasi MP-ASI terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan. Sedangkan frekuensi pemberian MP-ASI dan penyakit infeksi ISPA/diare mempunyai hubungan dengan status gizi anak usia 12-24 bulan di Puskesmas Lesung Batu Kabupaten Empat Lawang.

Saran dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan informasi dan edukasi kepada ibu balita mengenai Praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) melalui penyuluhan dan konseling pemberian Makanan Pendamping ASI, sehingga dapat meningkatkan wawasan ibu tentang Makanan Pendamping ASI (MP ASI) yang direkomendasikan untuk pemenuhan gizi anak.
2. Diharapkan di masa yang akan datang

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI). Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat : 2006.
2. Suririnah. Buku Pintar Merawat Bayi 0-12 bulan. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama : 2004.
3. Krisnatuti, Diah, Rina Yenrina. Menyiapkan Makanan Pendamping ASI. Bogor : Puspa Swara :2000
4. Sulistyoningih, Hariyani. Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak, Yogyakarta: Graha Ilmu:2012.
5. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Modul Konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA :2014.
6. Riskesdas. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI: 2013
7. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Palembang: Data Gizi Sumatera Selatan, Program Manajemen Kesehatan : 2014.
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang. Empat Lawang: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang Tahun 2013: 2014.
9. Kalanda, BF and Verhoeff, FH. Breast and complementary feeding practices in relation to morbidity and growth in Malawian infants, European Journal of Clinical Nutrition: 2006:[on line], No 60, pp 401-407. Diakses pada www.nature.com/ejcn. [2 Februari 2015]
10. Lestari, Mahaputri Ulva, Gustina Lubis, Dian Pertiwi. Hubungan Pemberian peneliti berikutnya dapat lebih banyak mengeksplorasi penelitian ini dengan menggunakan variabel yang belum diteliti seperti responsif hygiene dan sanitasi pemberian MP ASI.
3. Diharapkan peran serta dari pihak terkait lainnya seperti PKK, BKKBN, Dinas Pertanian untuk terlibat dalam kegiatan preventif dan promotif kewaspadaan terhadap gangguan status gizi oleh dinas kesehatan setempat.

Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012 .Jurnal Kesehatan Andalas : 2014. [on line], Tahun 2014 Volume 3 No 2, Diakses Pada <http://jurnal.fk.unand.ac.id>[3 Februari 2015]

11. Ciptaningtyas, Ratri dkk. Evaluation on Failure Weight Gain among Toddlers of Low Economy Family After Complimentary Biscuits Feeding. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2012. Vol.7, No 5:
12. Mukhopadhyay, Dipta K, and Apurba S. Association of Child Feeding Practices with Nutritional Status of Under-two Slum Dwelling Children: A Community-based Study from West Bengal India, Indian Journal of Public Health : 2013. [on line], Volume 57, Issue 3, July-September 2013. Diakses Pada www.ijph.com[28 Februari 2015]
13. Rohmani, Afiana. Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 1-2 tahun di Kelurahan Lamper Tengah Kecamatan Semarang Selatan Kota Semarang. Prosiding Seminar Nasional UNIMUS :2010.
14. Marimbi, Hanum. Tumbuh Kembang, Status gizi & Imunisasi dasar pada Balita. Yogyakarta : Nuha Medika: 2010.
15. Fitriana, Eka Intan, dkk. Dampak Usia Pertama Pemberian Makanan Pendamping Asi Terhadap Status Gizi Bayi Usia 8-12 Bulan di Kecamatan Seberang Ulu I Palembang. Sari Pediatri, 2013. Vol. 15, No. 4.
16. WHO. Infant and Young Child Feeding Counselling : An Integrated Course : 2006.
17. Suhardjo. Pendidikan Gizi. Direktorat

- Jenderal Pendidikan Tinggi. Pusat Antar Universitas. IPB : 1992.
18. Aminah, M.S., Seri Buku Pintar, Baby's Corner. Kamus Bayi 0-12 bulan. Luxima: Jakarta. 2011.
 19. Brown, KH, Dewey, K, Allen, L. Breast-feeding and Complimentary Feeding, Complimentary Feeding of Young Children in Developing Countries : A Review of Curent Scientific Knowledge. Geneva: World Health Organization : 2002.h.27-33
 20. Yetty, Nancy. Gizi Buruk, Ancaman Generasi yang Hilang. Inovasi.; 5; XVII: p61 21: 2005.
 21. Moehji, Sjahmein. Ilmu Gizi (Gizi Dalam Dauh Hidup). Jakarta: PT Bharatara Niaga: 2003.