



**KUALITAS, KUANTITAS DAN USIA
PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU
IBU (MP-ASI) KAITANNYA DENGAN STATUS GIZI
BALITA**

TESIS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

A'IDAH NUR SYARIFAH

0613515037

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2019**

PENGESAHAN UJIAN TESIS

Tesis dengan judul “Kualitas, Kuantitas dan Usia Pemberian MP-ASI kaitannya dengan status gizi bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto” karya,

Nama : A'idah Nur Syarifah

NIM : 0613515037

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

telah dipertahankan dalam Sidang Panitia Ujian Tesis Program Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang pada hari Jum'at, tanggal 16 Agustus 2019.

Semarang, 26 September 2019.

Panitia Ujian

Ketua,



Prof. Dr. H. Achmad Slamet, M. Si
NIP. 196105241986011001

Sekretaris,



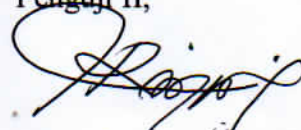
dr. RR. Sri Ratna Rahayu, M.Kes, Ph. D
NIP. 197205182008012011

Penguji I,



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H, M.Kes
NIP. 195910011987032001

Penguji II,



Dr. Ari Yuniastuti, SPt, M.Kes
NIP. 196806021998032002

Penguji III,



Dr. Ir. Dyah Rini Indriyanti. M.P
NIP. 196304071990

PERNYATAAN KEASLIAN

dengan ini saya

Nama : A'idah Nur Syarifah

Nim : 0613515037

Program studi : Kesehatan Masyarakat

menyatakan bahwa yang tertulis dalam tesis yang berjudul “Kualitas Kuantitas dan Usia Pemberian MP-ASI kaitannya dengan Status Gizi pada Balita” ini benar-benar karya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya secara pribadi siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan karya ini.

Semarang, 26 Juli 2019
Yang membuat pernyataan,

A'idah Nur Syarifah

MOTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

1. Kualitas dan kuantitas MP-ASI menentukan status gizi balita.
2. MP-ASI sebaiknya diberikan pada usia 6 bulan.
3. Kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI berpengaruh terhadap status gizi balita.

Persembahan

Tesis ini kupersembahkan untuk :

Almamater tercinta Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang (UNNES) .

ABSTRAK

Latar Belakang kekurangan gizi yang menjadi masalah kesehatan umumnya terjadi pada anak balita karena merupakan kelompok rentan gizi. Status gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tingkat kecukupan zat gizi dan ketahanan pangan. Tujuan penelitian ini untuk menganalisa pengaruh kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI kaitannya terhadap status gizi balita. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan penelitian cross sectional. Populasi balita usia 7-24 bulan sejumlah 344 balita. Sampel sebanyak 77 balita. Pengambilan data menggunakan teknik simple random sampling dengan menggunakan rumus Slovin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga variabel independen berpengaruh terhadap status gizi balita. Didapatkan nilai p-value (0,001) kualitas MP-ASI, kuantitas MP-ASI (0,000) dan usia pemberian MP-ASI (0,000). Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara kualitas MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,001 ($p < 0,05$), ada hubungan antara kuantitas MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,000, dan ada hubungan antara Usia pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,000. Saran penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat. Diharapkan dapat memberikan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Pekalongan mengenai kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI kaitannya dengan status gizi balita, sehingga dapat dijadikan referensi program perbaikan gizi balita di Kota Pekalongan

Kata Kunci: MP-ASI, AKG, Balita

ABSTRACT

Introduction malnutrition is one of the main causes of malnutrition. Globally, poor nutritional status is one of the causes of under-five mortality. The purpose of this study was to analyze the effect of the quality, quantity and age of providing complementary food for breast milk in relation to the nutritional status of children. Metode: This study was an observational study with a cross sectional study design. The population of toddlers aged 7-24 months is 344 toddlers. A sample of 77 toddlers. Data retrieval using simple random sampling technique using Slovin formula. Research : The results showed that the three independent variables affected the nutritional status of children. Obtained p-value (0.001) quality, (0,000) quantity and age (0,000). Conclusion: Based on the results of the study, it can be concluded that there is a relationship between the quality of complementary food for breast milk to the nutritional status of children with a p value of 0.001 ($p < 0.05$), there is a relationship between the quantity of complementary food for the nutritional status of children with p value amounting to 0,000, and there is a relationship between the age of providing complementary food for breast milk to the nutritional status of children with a p value of 0,000. This research is expected to benefit the community. It is hoped that it can provide input for Pekalongan City Health Office regarding the quality, quantity and age of MP-ASI giving in relation to the nutritional status of children, so that it can be used as a reference for toddler nutrition improvement programs in Pekalongan City.

Keywords: Breastfeeding, Nutritional Adequacy Rate, Toddlers.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT dan mengharapkan ridho yang telah melimpahkan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Kualitas Kuantitas dan Usia Pemberian MP-ASI kaitannya dengan Status Gizi Balita. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari sepenuhnya, bahwa dalam penyelesaian tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. H. Achmad Slamet, M.Si, selaku Direktur Program Pascasarjana UNNES
2. dr. Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D selaku Penguji tesis saya yang dengan sabar selalu memberikan motivasi mulai dari awal sampai akhir.
3. Dr. Ari Yuniastuti SPT, M.Kes, selaku pembimbing I dalam penulisan tesis ini dan dosen yang dengan sabar memberikan bimbingan dan arahnya.
4. Dr. Ir. Dyah Rini Indriyanti, M.P selaku Pembimbing II dalam penulisan tesis dan dosen yang ditengah-tengah kesibukannya telah memberikan bimbingan yang mendalam dengan sabar dan kritis terhadap permasalahan.

5. Bapak dan Ibu dosen Pascasarjana UNNES, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada penulis selama menempuh pendidikan.
6. Teman-teman mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana UNNES
7. Orang Tua dan Suami atas dorongan, do'a, pengertian, dan kesabarannya dalam mendampingi dan menunggu sejak mulai studi hingga selesainya tesis ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari akan segala keterbatasan dan kekurangan dari isi maupun tulisan tesis ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak masih dapat diterima dengan senang hati. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat di masa depan.

Semarang, 16 Agustus 2019

A'idah Nur Syarifah

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	i
PENGESAHAN UJIAN TESIS.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
LEMBAR MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB	
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Cakupan Masalah.....	6
1.4 Rumusan Masalah	7
1.5 Tujuan Penelitian	7
1.6 Manfaat Penelitian	7
II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, DAN KERANGKA BERFIKIR	
2.1 Kajian Pustaka.....	9
1. Status Gizi	9
2. MP-ASI	18
3. Usia Pemberian MP-ASI	24
2.2 Kerangka Teoretis.....	25
2.3 Kerangka Berpikir	26

III. METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	27
3.2 Populasi dan Sampel.....	27
3.3 Variabel Penelitian.....	28
3.4 Hipotesis	29
3.5 Instrument Penelitian	30
3.6 Metode pengumpulan data	31
3.7 Metode Analisis Data	32
3.8 Gambaran Penelitian	35
IV. HASIL DAN BAHASAN	
4.1 Pengaruh Kualitas MP-ASI dengan Status Gizi Balita	35
4.2 Pengaruh Kuantitas MP-ASI dengan Status Gizi Balita	35
4.3 Pengaruh Usia Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Balita	35
4.4 Pengaruh Kualitas, Kuantitas dan Usia Pemberian MP-ASI kaitannya dengan Status Gizi Balita	35
BAB V PENUTUP	
5.1 Simpulan	54
5.2 Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.1 Kerangka Teori	27
3.1 Kerangka Berpikir	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Izin Observasi.....	58
2. Kuesioner Penelitian.....	59
3. Hasil Analisis Data.....	62
4. Dokumentasi Penelitian.....	72

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya dilakukan sedini mungkin sejak dalam kandungan. Upaya kesehatan yang dilakukan sejak janin sampai lima tahun pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal (Kemenkes, 2010).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang mempunyai masalah gizi yaitu masalah gizi kurang (Almatsier, 2004). Berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB, Z-score) jumlah prevalensi balita sangat kurus dan kurus tahun 2018 di Indonesia sebesar 10,2%,. Menurut World Health Organization (WHO) hal ini sudah termasuk masalah kesehatan masyarakat yang serius (Depkes, 2018).

Gizi yang baik akan menghasilkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas yaitu sehat, cerdas dan memiliki fisik yang tangguh serta produktif. Perbaikan gizi diperlukan pada seluruh siklus kehidupan, mulai sejak masa kehamilan, bayi, anak balita, pra sekolah, anak SD dan MI, remaja dan dewasa sampai usia lanjut (Heath *et al.*, 2005).

Malnutrisi adalah salah satu penyebab utama penyakit kurang gizi. Secara global, status gizi yang buruk merupakan salah satu penyebab kematian balita. Hal ini membuat pencegahan gizi pada anak-anak menjadi salah satu prioritas utama dalam upaya untuk mengurangi angka kematian balita (Adel *et al.*, 2007). Anak-anak yang kekurangan gizi cenderung

memiliki peningkatan risiko morbiditas, mortalitas dan sering menderita keterbelakangan perkembangan mental (Eunice, 2011).

Penyebab utama kekurangan gizi pada balita adalah rendahnya kualitas dan kuantitas pemberian makanan serta penyakit infeksi yang diderita, penyebab lainnya adalah pola pengasuhan, pelayanan kesehatan yang kurang baik, buruknya sanitasi lingkungan serta faktor ekonomi keluarga yang akan berdampak pada pola makan dan kecukupan gizi bayi (Devi, 2010). Faktor lain yang mempengaruhi status gizi balita diantaranya adalah penyakit penyerta, pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) dini, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan kelengkapan imunisasi (Novitasari, 2012).

Gizi buruk merupakan masalah yang perlu penanganan serius. Pemerintah telah melakukan beberapa upaya, antara lain melalui revitalisasi posyandu, pemberian MP-ASI, penyuluhan dan pendampingan, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) (Krisnansari, 2011). Gizi buruk atau malnutrisi mempengaruhi 11% dari anak-anak balita di seluruh dunia dan meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Risiko mortalitas 3 kali lebih besar dari anak status gizi baik dan mengalami morbiditas seperti terkena penyakit menular dan tertunda fisik serta perkembangan kognitif anak (Chang, *et al.* 2013; Nurwitasari, 2015).

Fenomena yang ditemukan, ibu yang memiliki balita Bawah Garis Merah (BGM) tidak secara rutin mengambil makanan tambahan pemulihan yang sudah dijadwalkan oleh puskesmas. Hal ini menunjukkan perilaku ibu yang kurang tepat, sehingga pada Kartu Menuju Sehat (KMS) masih sering didapatkan adanya timbangan Balita yang mengalami BGM, ini menandakan

bahwa masih ada status gizi Balita yang kurang (Anggraini & Poernomo, 2011).

MP-ASI merupakan makanan tambahan bagi bayi. MP-ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Masalah gizi pada bayi dan balita sering berkaitan dengan pola konsumsinya. Manfaat MP-ASI yaitu untuk memberikan tambahan asupan gizi bagi balita sehingga pertumbuhannya membaik dan berat badannya dapat meningkat (Sitompul, 2014).

MP-ASI yang baik mengandung padat energi, protein, dan zat gizi mikro (zat besi, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit.C, dan Folat), tidak berbumbu tajam, tidak menggunakan gula, penyedap rasa, pewarna dan pengawet. ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun (Kemenkes, 2015).

Jenis dan bentuk MP-ASI yang diberikan berupa makanan lumat dan makanan cincang sesuai dengan usia bayi. MP-ASI yang diberikan pada bayi usia 9-12 bulan bentuknya lebih padat, seperti bubur beras, nasi tim dan nasi lembek (Kemenkes, 2015). Frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi usia 6-8 bulan yaitu 2-3 kali sehari sedangkan pada bayi usia 9-12 bulan yaitu 3-4 kali sehari (Hayati, 2009).

Hasil survei Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta (2008) menunjukkan bahwa beberapa faktor penyebab gangguan tumbuh kembang bayi dan balita usia 6-24 bulan adalah mutu MP-ASI yang rendah dan pola asuh pemberian makan yang tidak tepat, sehingga kebutuhan zat gizi tidak terpenuhi.

Pemberian MP-ASI dini pada bayi usia kurang dari 6 bulan seharusnya tidak dilakukan. Bila MP-ASI diberikan pada waktu yang kurang tepat, maka makanan tersebut tidak dapat dicerna dengan baik. Hal tersebut dapat menyebabkan gangguan pencernaan, timbulnya gas, dan konstipasi (Genting *et al.*, 2010).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia mencapai 34/1.000 kelahiran hidup. Masalah kesehatan anak Indonesia adalah masih tingginya morbiditas dan mortalitas bayi. AKB di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 10/1000 kelahiran hidup. AKB di Kota Pekalongan pada tahun 2016 sebanyak 12,36/1000 kelahiran hidup.

Data Riskesdas 2013, prevalensi balita gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia mencapai 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Angka tersebut meningkat dibandingkan dengan data Riskesdas 2010 yaitu sebesar 17,9% dan Riskesdas 2007 sebesar 18,4%. Balita gizi buruk di Provinsi Jawa tengah pada tahun 2015 sebanyak 922 kasus.

Dinas Kesehatan Kota Pekalongan mencatat pada Bulan Oktober 2016, jumlah balita yang ada 21.972 anak. Jumlah bayi dan balita yang ditimbang 17.876 anak (81,36%), termasuk kategori gizi lebih sebanyak 545 anak (3,0%), gizi baik 14.546 anak (81,4%), gizi kurang 2.408 anak (13,5%) dan gizi buruk sebanyak 377 anak (2,1%). Wilayah Kerja Puskesmas Tirto menduduki peringkat tertinggi untuk kasus gizi buruk yaitu sebanyak 57 anak.

Penyebab kematian bayi meliputi asfiksi, infeksi, hipotermi, BBLR, trauma persalinan, pemberian MP-ASI dini, dan pengetahuan yang kurang

tentang perawatan bayi. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kematian bayi yaitu dengan peningkatan ASI eksklusif, pemantauan tumbuh kembang, pemberian MP-ASI tepat waktu dan pemantauan status gizi (Ambarwati & Rismintari, 2011).

Penyimpangan status gizi bayi di tandai dengan adanya gizi kurang dapat dicegah. Berat badan bayi harus selalu dipantau secara berkesinambungan dengan menggunakan KMS. Apabila terdapat penyimpangan pada grafik berat badan, maka perlu dievaluasi asupan energi, aktivitas anak, atau penyakit yang diderita (Soetjiningsih, 2008).

Penelitian (Susanti, 2017) menyatakan beberapa kegiatan penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada kasus gizi buruk, antara lain: sosialisasi gizi buruk, penimbangan rutin, penilaian status gizi secara antropometri, penjarangan kasus, pelacakan dan pelaporan kasus, penentuan rawat jalan/inap, konseling, pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi, kunjungan rumah dan rujukan.

Fenomena yang terjadi pada saat survei lapangan, 6 dari 10 ibu yang mempunyai balita usia 7-24 bulan memberikan makanan tambahan atau MP-ASI pada bayi sebelum waktu yang telah ditentukan yaitu usia bayi kurang dari enam bulan. Hasil survei awal pada bulan Oktober 2016 yang telah dilakukan dari 10 ibu yang mempunyai bayi usia 7-24 bulan terdapat 3 bayi dengan status gizi buruk dengan kuantitas pemberian MP-ASI yang kurang baik, dimana ibu hanya memberikan MP-ASI pada bayi saat bayi menginginkan saja dan jenis makanan yang diberikan juga tidak sesuai dengan kebutuhan bayi. Berdasarkan hasil survei tersebut maka perlu

dilakukan penelitian tentang kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI kaitannya dengan status gizi balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto.

1.2 Identifikasi Masalah

Masih tingginya angka kejadian gizi buruk di Indonesia yaitu sebanyak 19,6%, di provinsi Jawa tengah sebanyak 922 kasus pada tahun 2015 dan mengalami peningkatan menjadi 1074 pada tahun 2016 triwulan ke-2.

Angka kejadian gizi buruk di Kota Pekalongan dengan indikator BB/U pada tahun 2015 mengalami peningkatan dibandingkan dari tahun sebelumnya yaitu 355 (1,60%) pada tahun 2015 dan 377 (1,72%) pada tahun 2016.

Berdasarkan hasil survei awal, 6 dari 10 ibu yang mempunyai bayi usia 7-24 bulan memberikan MP-ASI pada bayi sebelum waktu yang telah ditentukan dan 3 dari 10 bayi usia 7-24 bulan mengalami status gizi buruk dengan kuantitas pemberian MP-ASI yang kurang baik.

1.3 Cakupan Masalah

Pada penelitian ini cakupan masalah yang akan diteliti mengenai kualitas MP-ASI yang meliputi jenis makanan, kuantitas MP-ASI meliputi berapa kali dalam sehari dan berapa banyak setiap kali makan, dan usia bayi yang akan diteliti yaitu usia 7-24 bulan, status gizi diukur dengan berat badan per umur (BB/U) dalam kategori buruk, kurang, baik, lebih menggunakan pedoman tabel *Z score*.

1.4 Rumusan Masalah

- 1.4.1 Bagaimana pengaruh kualitas pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto?
- 1.4.2 Bagaimana pengaruh kuantitas pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto?
- 1.4.3 Bagaimana pengaruh usia pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto?
- 1.4.4 Bagaimana pengaruh kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto?

1.5 Tujuan Penelitian

- 1.5.1 Menganalisis pengaruh kualitas pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto
- 1.5.2 Menganalisis pengaruh kuantitas pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto
- 1.5.3 Menganalisis pengaruh usia awal pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto
- 1.5.4 Menganalisis pengaruh kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto.

1.6 Manfaat Penelitian

- 1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan akan menghasilkan tesis mengenai kualitas, kuantitas, dan usia pemberian MP-ASI kaitannya dengan status gizi balita usia 7-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tirto Pekalongan.

1.6.2 Manfaat Praktis

1.6.2.1 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat sebagai informasi program penyebarluasan dan penyuluhan tentang kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik dalam keluarga dan dampak yang diakibatkan karena masalah gizi pada balita.

1.6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Pekalongan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Pekalongan mengenai kualitas, kuantitas dan usia pemberian MP-ASI kaitannya dengan status gizi balita di Kota Pekalongan, sehingga dapat dijadikan referensi program perbaikan gizi balita di Kota Pekalongan.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, DAN KERANGKA BERFIKIR.

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1. Status Gizi

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia. Masalah gizi memiliki dimensi luas, tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan (Hamal, 2011).

Penilaian status gizi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu penilaian secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung, dibagi menjadi empat yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Antropometri banyak digunakan untuk mengukur status gizi anak. Hal ini karena prosedur yang digunakan sangat sederhana dan aman, relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, menghasilkan data yang tepat dan akurat serta dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi dimasa lampau. Parameter yang sering digunakan yaitu umur, berat badan, dan tinggi badan (Fidiantoro & Setiadi, 2013).

Menilai status gizi balita diperlukan standar antropometri yang mengacu pada Standar World Health Organization (WHO). Gizi kurang dan gizi buruk adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U). Umur dihitung dalam bulan penuh, contohnya umur 2 bulan 29 hari dihitung sebagai umur 2 bulan (Kemenkes, 2011).

Status gizi dapat ditentukan menggunakan beberapa indikator seperti Berat Badan per Umur (BB/U), Tinggi Badan per Umur (TB/U), dan Berat badan

per Tinggi Badan (BB/TB). Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang, dan otot. Indeks TB/U adalah pengukuran pertumbuhan linier. Indeks BB/TB adalah indeks untuk membedakan apakah kekurangan gizi berlangsung kronis atau akut (Supariasa, 2009).

Kategori dan ambang batas status gizi anak adalah sebagaimana terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas status Gizi Balita

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	- 3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	> 2 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak umur 0-60 bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Masa 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 2 SD
	Gemuk	> 2 SD

Sumber : Kemenkes, 2011.

SD: Standar Deviasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Pembangunan bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan bagi setiap warga Negara. Keberhasilan pembangunan bangsa akan ditentukan oleh ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu sumber daya manusia yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik, dan status gizi yang baik

tersebut ditentukan oleh jumlah dan mutu asupan pangan yang dikonsumsi (UNICEF, 1990 dalam Kasmini. H, 2010).

Status gizi anak ditentukan oleh umur, gender, karakteristik rumah tangga, asupan makanan dan status kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh determinan bawahan seperti ketahanan pangan dan infrastruktur dalam masyarakat termasuk sanitasi, air bersih dan kondisi pasar lokal. Faktor lainnya termasuk harga input kesehatan terkait dan sumber daya rumah tangga yang tersedia (Nungo, 2012).

Faktor yang mempengaruhi status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Faktor penyebab langsung yaitu konsumsi makanan dan penyakit infeksi, sedangkan faktor penyebab tidak langsung diantaranya adalah keadaan sosial ekonomi, psikologi, genetik, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (Istiono *et al.*, 2009).

1) Konsumsi Makanan

Keadaan kesehatan gizi masyarakat tergantung pada tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh dalam susunan hidangan dan perbandingannya. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Susunan hidangan baik dari segi kualitas dan kuantitas akan memenuhi kebutuhan tubuh, sehingga tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan yang baik. Sebaliknya konsumsi makanan yang kurang baik dari segi kualitas maupun kuantitas akan memberikan kondisi kesehatan kurang atau defisiensi (Soegeng *et al.*, 2009).

Pertumbuhan fisik sering dijadikan indikator untuk mengukur status gizi baik individu maupun populasi. Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya (Bryan *et al.*, 2004). Tetapi pertumbuhan ini juga akan dipengaruhi oleh asupan zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan. Kekurangan atau kelebihan zat gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar.

Konsumsi makanan secara tidak langsung dipengaruhi oleh: daya beli keluarga atau kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung besar kecilnya keluarga, latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi serta jumlah anggota keluarga.

Konsumsi nutrisi yang memadai sesuai dengan kebutuhan gizi balita akan memiliki dampak gizi yang baik, sedangkan konsumsi nutrisi yang berlebihan atau kurang akan memberikan masalah gizi pada balita (Ariati N.N *et al.*, 2018). Anak yang mendapatkan konsumsi makanan dalam jumlah cukup, nilai status gizinya akan baik dan seimbang sehingga dapat mempengaruhi tumbuh dan kembang anak (Rahayu, 2014).

2) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan karena masuknya bibit penyakit (virus, bakteri, parasit). Ada hubungan yang erat antara infeksi (virus, bakteri, parasit) dengan malnutrisi. Ada interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi

akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi (Supariasa, 2002). Infeksi dapat berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare atau muntah serta mempengaruhi metabolisme makanan (Soegeng, 2004).

Menurut penelitian (Wahyu *et al.*, 2012) menyatakan bahwa penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan karena jumlah makanan yang tidak sesuai, tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat asupan makanan cukup tetapi sering menderita sakit dapat mengalami kekurangan gizi.

Penyakit yang diderita anak merupakan salah satu penyebab langsung timbulnya gizi kurang terutama diare dan ISPA. Penyakit infeksi merupakan penyakit yang banyak berhubungan dengan status gizi di negara berkembang. Infeksi yang sering terjadi pada balita adalah Infeksi saluran Pernafasan Atas (ISPA), diare dan kulit. Adanya Penyakit infeksi tersebut merupakan faktor penyebab tingginya angka kematian bayi dan balita di Indonesia.

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan karena masuknya bibit penyakit (virus, bakteri, parasit). Ada hubungan yang erat antara infeksi (virus, bakteri, parasit) dengan malnutrisi. Ada interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi yang akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi (Supariasa *et al.*, 2012).

3) Daya beli dan Sosial ekonomi

Daya beli keluarga sangat ditentukan oleh tingkat pendapatan keluarga. Orang miskin biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang dibutuhkan. Ada pula keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus kurang gizi. (Sayogo, 2006)

Status gizi anak balita salah satunya dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, antara lain pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, pengetahuan dan pola asuh ibu serta kondisi ekonomi orang tua secara keseluruhan (Putri R.F *et al.*, 2015) sejalan dengan penelitian (Kanjilal *et al.*, 2010; Beydoun, 2011) menyatakan bahwa, status gizi dapat disebabkan oleh kondisi medis, status sosial ekonomi yang meliputi pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, dan lingkungan sosial budaya atau sosio-kultural.

Menurut Penelitian (Chakrabarty *et al.*, 2010) salah satu upaya mengurangi prevalensi tingkat kekurangan gizi yaitu dengan cara meningkatkan kondisi perekonomian keluarga. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rentan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Jumlah keluarga juga mempengaruhi keadaan gizi (Suhardjo, 2008).

4) Budaya

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan sosial kultural dan praktek pemberian makanan sudah banyak dilakukan. Penelitian yang dilakukan Muller (1999), di Rawanda, Afrika dalam Handayani (2012), mengenai komposisi produksi petani mempengaruhi perilaku (budaya) makan atau pola asuh gizi.

(Salehi *et al.*, 2004) dalam (Handayani, 2012) menyimpulkan bahwa budaya berpengaruh terhadap bagaimana seorang ibu memberikan makan/zat gizi atau melakukan pola asuh gizi bagi bayinya seperti menyusui, memberi asupan makanan dan perawatan.

5) Ketahanan pangan

Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya (Waryono, 2010). Pendapatan keluarga mempengaruhi ketahanan pangan keluarga. Ketahanan pangan yang tidak memadai pada keluarga dapat mengakibatkan gizi kurang. Oleh karena itu, setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya.

Ketidakamanan pangan keluarga akan menyebabkan kelaparan. Kelaparan adalah kondisi di mana tubuh masih membutuhkan makanan, biasanya saat perut kosong entah sengaja atau tidak sengaja untuk waktu yang lama. Kelaparan itu tidak dialamatkan dan dibiarkan terus terjadi maka hal tersebut dapat berdampak negatif pada masyarakat yaitu status gizi, gangguan pertumbuhan, kecerdasan anak-anak, rentan

terhadap penyakit, tingkat kematian bayi yang tinggi, sehingga mengarah ke belanja publik yang tinggi untuk kesehatan. Salah satu studi menarik yang bisa dijadikan dasar untuk merumuskan balita peningkatan gizi berdasarkan potensi sumber daya keluarga adalah belajar dari yang positif, penyimpangan dalam hal perbaikan gizi masyarakat, perbaikan dalam ketahanan pangan dan diet rumah tangga yang beragam (Purba *et al.*, 2017).

6) Pola pengasuh anak

Pola pengasuh anak adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental dan sosial (Waryono, 2010). Pola pengasuh merupakan cara orang tua dalam mendidik anak dan membesarkan anak dipengaruhi oleh banyak faktor budaya, agama, kebiasaan dan kepercayaan, serta kepribadian orang tua (orang tua sendiri atau orang yang mengasuh anak) (Nadesul, 1995).

Pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Masa anak usia 1-5 tahun (balita) adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang memadai. Pada masa ini juga, anak-anak masih sangat tergantung pada perawatan dan pengasuhan ibunya. Oleh karena itu pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun pertama kehidupan sangat penting untuk perkembangan anak (Santoso, 2005).

Seorang ibu memegang peranan penting dalam pengasuhan anaknya. Pola pengasuhan pada tiap ibu berbeda karena dipengaruhi oleh faktor yang mendukungnya, antara lain : latar belakang pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan sebagainya. Banyak penyelidik berpendapat bahwa status pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap kualitas pengasuhannya. Pendidikan ibu yang rendah masih sering ditemui, semua hal tersebut sering menyebabkan penyimpangan terhadap keadaan tumbuh kembang dan status gizi anak terutama pada anak usia balita (Sudiyanto & Sekartini, 2005).

7) Pelayanan kesehatan

Akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan menjadi penyebab tidak langsung kurang gizi pada anak (Soekirman, 2008). Pelayanan kesehatan yang kurang baik ini meliputi buruknya sanitasi lingkungan serta faktor ekonomi keluarga yang akan berdampak pada pola makan dan kecukupan gizi bayi (Devi, 2010). Faktor pelayanan kesehatan lain yang mempengaruhi status gizi balita diantaranya adalah kelengkapan imunisasi (Novitasari, 2012).

8) Kesehatan lingkungan

Kesehatan lingkungan pada hakekatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang baik. Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain : perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah,

pembuangan air kotor (air limbah), rumah hewan ternak (kandang), dan sebagainya (Notoatmojo, 2005).

Menurut Almatsier (2004), masalah gizi disebabkan oleh adanya kemiskinan, rendahnya ketersediaan pangan, dan sanitasi lingkungan yang buruk. Keadaan lingkungan yang kurang baik memungkinkan terjadinya berbagai penyakit antara lain diare dan infeksi saluran pernafasan. Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Makin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, makin kecil resiko anak terkena penyakit kurang gizi (Suyono, 2005). Penelitian (Hartono, 2017) menyatakan Ada hubungan signifikan antara Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) dengan status gizi.

2.1.2. MP-ASI

MP-ASI merupakan makanan dan minuman tambahan bergizi tinggi selain ASI yang diberikan kepada bayi untuk memenuhi kebutuhannya. Jadi selain MP-ASI, ASI pun harus tetap diberikan kepada bayi, paling tidak sampai usia 24 bulan (Sitompul, 2014).

MP-ASI berguna untuk menutupi kekurangan zat-zat gizi yang terkandung dalam ASI. Dengan demikian, jelas bahwa peranan MP-ASI bukan sebagai bahan makanan pengganti ASI, akan tetapi untuk mendampingi dan melengkapi ASI (Krisnatuti *et al.*, 2007).

MP-ASI merupakan suatu tahapan awal untuk memperkenalkan menu makanan bayi selain ASI. Pada tahapan ini bayi mulai dikenalkan makanan yang teksturnya sedikit padat. Hal ini dilakukan untuk mulai melatih

ketrampilan motorik oral pada bayi. Ketrampilan motorik oral ini dilatih agar berkembang dari reflek menghisap menjadi menelan dengan memindahkan makanan dari lidah bagian depan ke belakang.

MP-ASI diberikan kepada bayi berusia 6 bulan, karena menurut penelitian bayi pada usia ini sudah memiliki sistem imun cukup kuat dan sistem pencernaan yang lebih sempurna sehingga siap untuk melindungi bayi dari penyakit, sehingga mampu mengurangi resiko alergi (Prasetyono, 2012).

Kualitas dan kuantitas pemberian MP-ASI juga perlu diperhatikan. MP-ASI yang baik adalah kaya energi, protein dan mikronutrien (terutama zat besi, zink, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat), bersih dan aman, tidak terlalu asin, mudah dimakan oleh anak, harga terjangkau, dan mudah disiapkan (Hermina & Prihatini, 2010).

Energi merupakan kemampuan atau tenaga untuk melakukan kerja yang diperoleh dari zat-zat gizi penghasil energi. Energi diperlukan untuk berlangsungnya proses-proses yang mendasari kehidupan. Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2013 angka kecukupan energi untuk anak berusia 0-6 bulan adalah sebesar 550 kkal/orang/hari, 7-11 bulan 725 kkal/orang/hari, 1-3 tahun 1125 kkal/orang/hari. Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi manusia. Satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kkal. Untuk mencukupi kebutuhan energi dianjurkan sekitar 60-70% dari energi total berasal dari karbohidrat.

Protein berperan untuk pertumbuhan jaringan dan organ, berat dan tinggi badan serta lingkaran kepala. Kebutuhan protein berdasarkan Permenkes

2013 adalah (1) 10 g/org/hari pada usia <6 bulan, (2) 18 g/org/hari pada usia 6-12 bulan, (3) 26 g/org/hari pada usia 13-24 bulan (Permenkes, 2013).

Lemak merupakan sumber energi dengan konsentrasi yang cukup tinggi. Satu gram lemak dapat menghasilkan energi sebanyak 9 kkal. Lemak memiliki fungsi sebagai sumber asam lemak esensial, pelarut vitamin A, D, E, dan K, serta pemberi rasa gurih dan sedap pada makanan (Krisnatuti *et al.*, 2008).

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Bayi

Umur (bulan)	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
6-12	725 kkal	18	36	82
13-24	1125 kkal	26	44	155

Sumber: Permenkes, 2013

Anak mulai dikenalkan dan diberi MP-ASI sejak usia 6 bulan. MP-ASI yang baik mengandung padat energi, protein, dan zat gizi mikro (zat besi, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit.C, dan Folat), tidak berbumbu tajam, tidak menggunakan gula, penyedap rasa, pewarna dan pengawet. ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. MP-ASI yang diberikan pada bayi usia 9-12 bulan bentuknya lebih padat, seperti bubur beras, nasi tim dan nasi lembek (Kemenkes, 2015).

ASI tetap diberikan kemudian MP-ASI. Berikan aneka makanan yang terdiri dari makanan pokok seperti (nasi, ubi, sagu), protein hewani (ikan, telur, hati ayam, daging), protein nabati (tempe tahu, kacang-kacangan), sayur dan buah-buahan. Bayi juga sebaiknya diberikan makanan selingan 2 kali sehari seperti bubur kacang hijau, pisang, kue, dan biskuit (Kemenkes, 2015).

Tabel 2.3 Jadwal Pemberian MP-ASI menurut Usia, Jenis Makanan dan Frekuensi.

Umur (bulan)	Jenis makanan	Frekuensi
6-8	ASI	Kapan diminta
	Makanan lumat: Makanan berkarbohidrat, Susu/yogurt/keju, Sayuran, Buah-buahan, Tempe, Ayam/daging/ikan/hati, ayam/kuning telur, Polong-polongan, Tahu	- 2-3 kali sehari - 2-3 sendok makan secara bertahap hingga mencapai ½ gelas atau 125 ml setiap kali makan
	Makanan genggam Sari buah	- 1-2 kali sebagai makanan selingan
9-12	ASI	Kapan diminta
	Makanan tim cincang: Makanan berkarbohidrat, Susu/yogurt/keju Sayuran, Buah-buahan, Tempe, Ayam/daging/ikan/kuning telur, Kacangpolong, Tahu	- 3-4 kali sebagai makanan utama - 2-3 sendok makan secara bertahap hingga mencapai ½ gelas atau 125 ml setiap kali makan
	Makanan genggam Jus buah	- 1-2 kali sebagai makanan selingan

Sumber: Hayati, 2009 & Kemenkes, 2015

1. Bahan makanan harus dihindari hingga bayi berumur 1 tahun, diantaranya adalah: (Nazarina, 2008).

Gula dan pemanis buatan, seperti sakarin dan aspartam. Bahan pemanis bisa berakibat buruk bagi kesehatan bayi, terutama gigi.

Madu. Karena mengandung bakteri *Clostridium botulinum* yang dapat menyebabkan keracunan makanan yang dapat memunculkan gejala seperti susah BAB, lemas, dan nafsu makan berkurang, bisa terjadi 8-36 jam setelah mengonsumsi madu. Madu dapat diberikan setelah bayi berumur 1 tahun karena pencernaan bayi telah berkembang baik dan menghambat pertumbuhan bakteri.

Garam dan bahan makanan dengan kadar garam tinggi. Misalnya kecap manis, kecap asin, terasi, tauco, saus kemas, dan bumbu masak,

termasuk vetsin. Ginjal bayi belum mampu untuk menerima dan mengolah garam tersebut.

Produk makanan olahan, kecuali produk tersebut memang diperuntukkan untuk bayi. Namun, biasanya memiliki kandungan pengawet, gula dan garam tinggi. Untuk itu, perhatikan kandungan yang tertera dalam label kemasan setiap produk makanan yang akan diberikan kepada bayi.

Teh, kopi, dan minuman lainnya. Teh dan kopi dapat menghambat penyerapan zat besi yang sangat dibutuhkan oleh bayi untuk pembentukan hemoglobin, yang akan dibawa ke otak oleh oksigen untuk perkembangan otak bayi.

Putih telur, karena mengandung senyawa yang sulit dicerna oleh bayi.

Makanan jajanan. Jangan pernah memberikan makanan jajanan pada bayi, karena kualitas, kesehatan, dan keamanannya tidak terjamin.

Jika keluarga memiliki riwayat alergi terhadap makanan, asma, eksim, atau demam tinggi akibat makanan tertentu. Sebaiknya hati-hati dalam mengenalkan bahan makanan tersebut seperti (kuning telur, gandum, kacang tanah, biji-bijian, ikan dan jenis makanan laut, seperti udang, kerang, dan kepiting).

2. Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI

Berikut ini hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan makanan pendamping ASI: (Prasetyono, 2012).

Makanan padat pertama harus bertekstur sangat halus dan licin. Diberikan secara hati-hati, sedikit-demi sedikit dari bentuk encer secara berangsur-angsur ke bentuk yang lebih kental. Bayi perlahan-lahan akan siap menerima tekstur yang lebih kasar.

Bubur saring baru boleh diberikan jika bayi telah tumbuh gigi, dan makanan cincang setelah bayi pandai mengunyah. Makanan yang menimbulkan alergi yaitu sumber protein hewani yang diberikan terakhir.

Makanan padat jangan dimasukkan ke dalam botol susu, atau membuat lubang dot lebih besar yang mengesankan seolah bayi "meminum" makanan padat. Makanan padat sebaiknya disuapkan sebelum susu diberikan.

Panduan pemberian makanan pada bayi berdasarkan tingkatan umur tertera pada

Tabel 4.

Tabel 4. Makanan Bayi usia 6-12 Bulan dalam 24 jam

Usia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BB	3.3	4.1	5.0	5.7	6.4	7.0	7.5	8.0	8.5	8.9	9.2	9.6	9.9
Kkal	115 kkal/kg (95-145 kkal/kg)						105 kkal (80-135 kkal/kg)						
Cairan	125-145 ml/kg												
Susu	8/>>	7/8	6/7	4 atau 5			3 atau 4					3	
Formula(30cc)	2.5-4	3.5-5	4-6	5-7	6-8							6-7	
Padat							bubur saring						
							Makanan lembek (bubur biasa)						
							Makanan dewasa						
Roti dan sereal							Beras, biskuit sereal kunyah (<i>fort besi</i>)						
Sayuran							Wortel, kacang, kacang polong						
Buah							Buah pir, pisang						
Daging							Daging giling, keju, yogurt, kacang tumbuk, kuning telur						
Usia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Sumber: Arisman, 2004

2.1.3. Usia Pemberian MP-ASI

Bayi dapat diberikan MP-ASI yaitu pada usia 6 bulan. Pada usia tersebut, prioritas bayi tetap diberikan Air Susu Ibu (ASI) namun frekuensinya mengalami penurunan sehingga pemberian MP-ASI mulai usia 6 bulan (*World Health Organization WHO*, 2014).

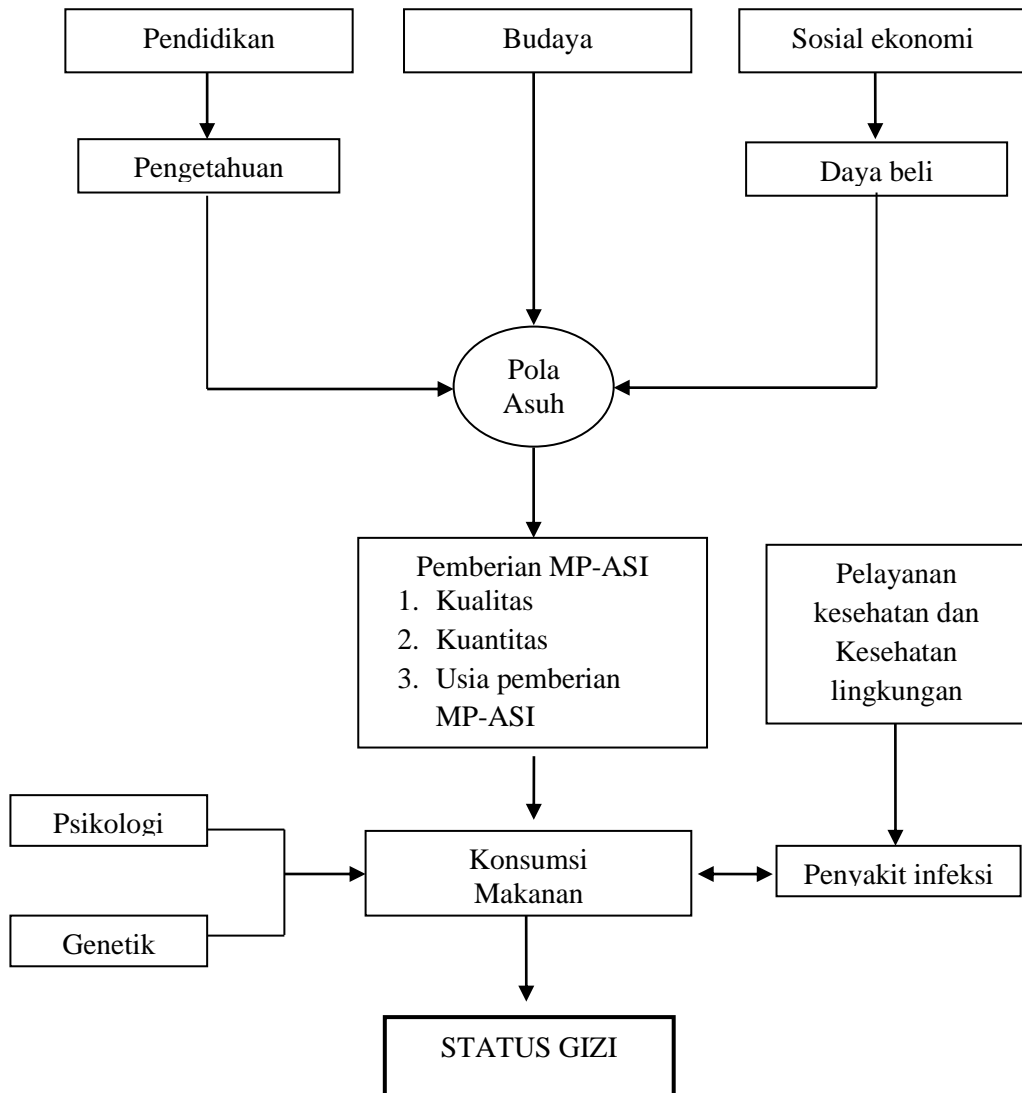
Bayi usia 6-23 bulan dapat diberikan MP-ASI, karena pada usia itu bayi sudah mempunyai refleks mengunyah dengan pencernaan yang lebih kuat. Pemberian makanan bayi perlu diperhatikan ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jenis, jumlah bahan makanan, dan cara pembuatannya (*Gibson et al.*, 2008).

Pemberian MP-ASI yang kurang tepat dapat digolongkan pada pemberian MP-ASI <6 bulan dan pemberian MP-ASI yang tepat digolongkan pada anak yang diberikan MP-ASI \geq 6 bulan (*Bogue*, 2007).

Ibu yang memberikan ASI Eksklusif, cenderung memiliki bayi dan balita dengan status gizi baik dari pada ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif (*Wahyuni et al.*, 2013).

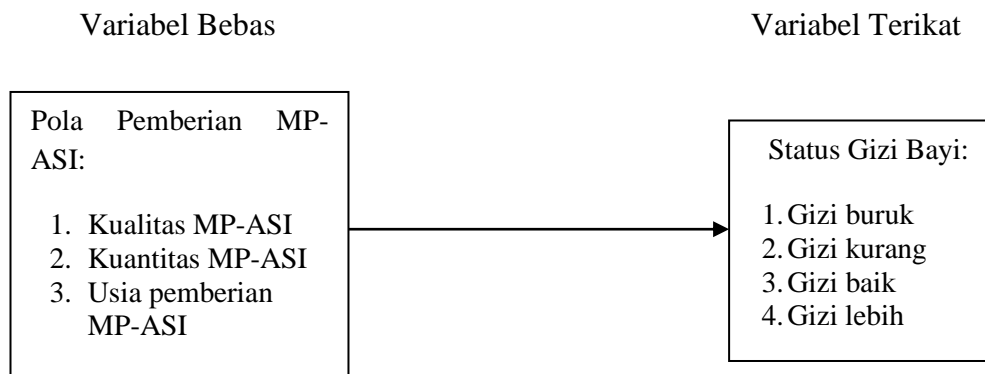
Praktek pemberian MP-ASI dini masih banyak dijumpai didaerah pedesaan maupun perkotaan dengan banyak faktor yang menyebabkan pemberian MP-ASI dini (*Wardojo et al.*, 2016).

2.2 Kerangka Teoretis



Gambar 1. Kerangka Teoritis
(Sumber: Modifikasi dari bagan UNICEF 1998)

2.3 Kerangka Berfikir



Gambar 2. Kerangka Berfikir

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara kualitas MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,001 ($p < 0,05$). Ada hubungan antara kuantitas MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,000. Ada hubungan antara Usia pemberian MP-ASI terhadap status gizi balita dengan nilai p value sebesar 0,000. Ada pengaruh antara Kualitas, Kuantitas dan Usia pemberian MP-ASI kaitannya dengan Status Gizi Balita usia 7-24 bulan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Masyarakat khususnya Orang Tua Balita

Saran yang dapat diberikan yaitu ibu yang mempunyai balita usia 7-24 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.

Ibu diharapkan dapat memperhatikan MP-ASI yang diberikan dengan kualitas dan kuantitas yang baik. MP-ASI yang baik mengandung energi, protein dan lemak yang sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Frekuensi pemberian 3-4 kali dalam sehari.

5.2.2 Bagi Dinas dan Instansi Kesehatan

Dinas kesehatan disarankan meningkatkan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas melalui kerja sama dengan kader untuk melakukan penyuluhan mengenai pola pemberian MP-ASI yang baik.

Puskesmas disarankan untuk membentuk kader MP-ASI yang bertugas untuk melakukan pendekatan persuasif kepada ibu balita. Tujuannya agar ibu lebih memperhatikan asupan makanan yang diberikan kepada balita usia 7-24 bulan.

Kader memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu yang memiliki balita tentang pentingnya peran orang tua dalam pemberian MP ASI secara tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adani V, Pangestuti D.R, Rahfiludin Z.M. 2016. Hubungan Asupan Makanan (Karbohidrat, Protein dan Lemak) dengan Status Gizi Bayi dan Balita (Studi pada Taman Penitipan Anak Lusendra Kota Semarang Tahun 2016). *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 4(3): 261-271.
- Adel & Francoise. 2007. Nutritional Status Of Under-Five Children. In Libya; A National Population-Based Survey. *Libya Journal of Medicine*. 3(1): 13-19
- Almatsier, Sunita. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Almatsier S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ambarwati, ER dan Rismintari, Y. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta; Nuha Medika.
- Anindita P. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc Dengan Stunting (Pendek) Pada Balita Usia 6-35 Bulan Di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 1(2); 617-626.
- Anggraini S dan Poernomo. 2011. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Pertumbuhan Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Puskesmas Kota Wilayah Selatan Kediri. *Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri*, 4(01): 1-7.
- Anggraini R, Ilmiasih R, Wardojo. 2016. Efektifitas Grup Discussion Menggunakan Media Mind Mapping Tntang Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Terhadap Perilaku Ibu. Universitas Muhammadiyah Malang. Malang
- Anzarkusuma, I.S., Mulyani, E.Y.,Jus'at, I., Angkasa, D. 2014. Status Gizi Berdasarkan Pola Makan Anak Sekolah Dasar di Kecamatan Rajeg Tangerang. *Indonesian Journal of Human Nutrition*. 1(2); 135-148.
- Ariati N.N, Fetria A, Padmiari I, Purnamawati A.A, Sugiani P.P.S, Suarni N.N. 2018. Description of Nutritional Status and The Incidence of Stunting Children In Early Childhood Education Programs In Bali-Indonesia. *Bali Medical Journal (Bali Med J)*. 7(3): 723-726.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA

- Arisman. 2004. *Gizi Dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Jakarta: EGC
- Bogue, J. 2007. Parental Perceptions Of Feeding Practices In Five European Countries: An Exploratory Study. *European Jurnal Of Clinical Nutrition*. Volume 61; 946–956.
- Boma GO, Anthony IP, Mukoro DG, Abaiola E, Andrew F, Daniel MD, et al. 2014. Nutritional Status of Children in Rural setting . *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*. Volume 13(1):41–7.
- Bryan, J., Osendarp, S., Hughes, D., Calvaresi, E., Baghurst, K. and Klinken, J.W.V. 2004. Nutrients for Cognitive Development in School-Aged Children. *Nutrition Reviews*, 62 (8): 295–306
- Beydoun, May A. 2011. Food Prices Are Associated with Dietary Quality, Fast Food Consumption, and Body Mass Index among U.S. Children and Adolescents. *The Journal of Nutrition*. 141 (2): 304-311.
- Chakrabarty S, Bharati P. 2010. Nutritional Status Among The Shabar Tribal Children Living In Urban, Rural and Forest Habitats of Orissa, India. *Italian Journal of public Health*. 7(3): 303-310.
- Chang, C., Trehan, I., Wang, R., Thakwalakwa, C., Maleta., Deitchler, M., & Manary, M.. 2013. Children successfully treated for moderate acute malnutrition remain at risk for malnutrition and death in the subsequent year after recovery^{1–4}. *The Journal Of Nutrition*. 112: 215- 220.
- Ciptaningtyas and Ratri. 2012. Evaluation on Failure Weight Gain among Toddlers of Low Economy Family After Complimentary Biscuits Feeding. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 7(5): 88-97.
- Depkes RI. 2010. *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Dirjen Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan: Jakarta.*
- Departemen Kesehatan RI. *Prosedur Mutu Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) bagi Bayi 6-11 Bulan dan Anak 12-23 Bulan BGM Gakin Tahun 2008*. Jakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta; 2008.
- Departemen Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI.
- Depkes RI. 2010. *Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat
- Devi M. 2010. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. Universitas Negeri Malang. Malang.

- Eunice S. 2011. Prevalence and Determinants of Malnutrition among Under-five Children of Farming Households in Kwara State, Nigeria. *Journal of Agricultural Science*. 3(3): 173
- Ed, N. Diarrhoea and malnutrition. 2010. *South Africa Journal Clinical Nutrition*. 23:15–18.
- Fatimah S, Nurhidayah I, Rakhmawati W. 2008. Faktor-Faktor yang Berkontribusi Terhadap Status Gizi Pada Balita Di Kecamatan Ciawi Kabupaten Tasikmalaya. Universitas Padjajaran. Bandung. 10(18): 46-49.
- Febry, Ayu B dan Zulfito M. 2007. *Buku Pintar Menu Bayi*. Jakarta: Wahyu Media
- Fidiantoro dan Setiadi. 2013. *Model Penentuan Status Gizi Balita*. Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta.
- Gibson R.S, Ferguson EL, Lehrfeld J. 2008. Complementary Food For Infant Feeding In Developing Countries: Their Nutrient Adequacy and Improvement. *European Journal of Clinical Nutrition*.
- Ginting D, Sekarwarna N, Sukandar H. 2010. Pengaruh Karakteristik, Faktor Internal dan Eksternal Ibu Terhadap Pemberian MP-ASI Dini pada Bayi Usia <6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barusjahe Kabupaten Karo Provinsi Sumatera Utara. Universitas Padjadjaran (UNPAD). Bandung
- Hamal. 2011. Hubungan Pendidikan Dan Pekerjaan Orangtua Serta Pola Asuh Dengan Status Gizi Balita Di Kota Dan Kabupaten Tangerang, Banten. Fikes UHAMKA. Banten
- Handayani, O. W. K. 2011. Nilai Anak dan Jajanan dalam Konteks Sosiokultural : Studi Tentang Status Gizi Balita Pada Lingkungan Rentan Gizi di Desa Pecuk Kecamatan Mijen Kabupaten Demak Jawa Tengah. ISBN, 294. Retrieved from <http://repository.uksw.edu/handle/123456789/723>
- Hartono, Widjanarko B, Setiawati M. 2017. Hubungan perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PBHS) pada Tatanan Rumah Tangga dengan Status Gizi Balita Usia 24-59 Bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*. 5 (2): 88-97
- Hayati, Aslis Winda. 2011. *Buku Saku Gizi Bayi*. Jakarta: EGC
- Heath., Deanne, L. and Panaretto, S.K. 2005. Original Article Nutrition Status of Primary School Children in Townsville. *Aust. J. Rural Health*, 13: 282-289

- Hermina dan Prihatini S. 2011. Gambaran Keragaman Makanan Dan Sumbangannya Terhadap Konsumsi Energi Protein Pada Anak Balita Pendek Di Indonesia. *Jurnal Buletin Penelitian Kesehatan*. 39(02): 62-73.
- Hui Chuan J. Lai SMS, Philip M, Farrel M, Recovery of Birth Weight/z/Score Within 2 years of Diagnosis Is Positively Associated With Pulmonary *Status* at 6 Years Age in Children With Cystic Fibrosis. *American Academy of Pediatrics*.123(2):714-722.
- Indiarti. 2008. ASI, Susu Formula & Makanan Bayi. Yogyakarta: Khazanah Ilmu
- Istiany dan Rusilanti. 2014. Gizi Terapan. Remaja Rosdakarya. Bandung
- Istiono W, Suryadi H, Haris M, Irnizarifka, Tahitoe A, Hasdianda M, Fitria T, Sidabutar R. 2009. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.Universitas Gajah Mada. Yogyakarta. 23(03): 150-155.
- Jumirah, Siagian A, Lubis Z, Sibuea P. 2018. Pengaruh Pemberian MP-ASI Campuran Tepung Pisang Awak dan Beras Serta Kecambah Kedelai Terhadap Asupan Zat Gizi Bayi. *TM Conference Series*. Volume 1(01): 189-196.
- Kalanda BF & Verhoeff FH. 2006. Breast and Complementary Feeding Practices in Relation to Morbidity and Growth in Malawian Infants. *European Journal of Clinical Nutrition*. 7(60): 401-407
- Kalies H, Heinrich J, Borte M, Schaaf B, Von Berg A, Von Kries R. 2005. The Effect Of Breastfeeding On Weight Gain In Infants:Results Of A Birth Cohort Study. *European Journal of Medical Research*. 10 (1): 36-42.
- Kanjilal, B., Mazumdar, P.G., Mukherjee, M. and Rahman, M.H. 2010. Nutritional Status of Children in India: Household Socio-Economic Condition as The Contextual Determinant. *International Journal for Equity in Health*, 9 (19): 1-13.
- Kemenkes. 2011. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta
- Kemenkes. 2016. Pemantauan Status Gizi (PSG). Jakarta
- Kandowanko H, Mayulu N, I Punuh M. 2019. Hubungan Antara Pemberian Makanan Pendamping Asi (Mp-Asi) dengan Status Gizi Anak Usia 12-24 Bulan di 5 Puskesmas Kota Manado. *Jurnal KESMAS ejournalhealth*. 7(4): 103-112.
- Khomsan dan Ali. 2003. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*. Rajagrafindo Persada. Jakarta

- Krisnansari. 2010. Nutrisi dan Gizi Buruk. *Jurnal Kesehatan Mandala of Health*. 4(01): 60-68.
- Krisnatuti, Dyah, Dwi P. 2008. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara, Anggota IKAPI
- Kusumaningsih TP, 2010. Hubungan Antara Pemberian Makanan Pendamping Asi dengan Status Gizi pada Bayi Usia 6 – 12 Bulan di Desa Gogik Kecamatan Ungaran Barat.
- Listiowati E dan Agustina W. 2012. Hubungan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan Berat Badan Anak Usia di Bawah Dua Tahun. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. *Mutiara medika*. 12(02): 102-108
- Mahaputri UL, Gustina L, Dian P. 2014. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 3(2): 188-190.
- Maharani, 2016. Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini Berhubungan Dengan Kejadian Diare pada Bayi umur 0 – 12 bulan di Kecamatan Dampal Utara, Tolitoli, Sulawesi Tengah. Universitas Alma Ata Yogyakarta. Yogyakarta
- Manary JM, Noel WS. 2008. *Aspek Kesehatan Masyarakat pada Gizi Kurang*. Gizi Kesehatan Masyarakat. Jakarta. EGC
- Mangkat O., Mayulu N., dan Kawengian S.E.S. (2016). Gambaran pemberian makanan pendamping ASI anak usia 6-24 bulan di Desa Mopusi Kecamatan Lolayan Kabupaten Bolaang Mongondow Induk. *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, 4(2): 1-7.
- Margawati A, Astuti A.M. 2018. Pengetahuan Ibu, Pola Makan dan Status Gizi pada Anak Stunting Usia 1-5 Tahun di Kelurahan Bangetayu, Kecamatan Genuk, Semarang. *Jurnal Gizi Indonesia*. 6(2); 82-88
- Mirip E, Punuh M.I, Malonda N.SH. 2017. Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi dengan Status Gizi pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara. *Ejournalhealth KESMAS*. 6(3): 1-9.
- Mukhopadhyay, Dipta K, and Apurba S. 2013. Association of Child Feeding Practices with Nutritional Status of Under-two Slum Dwelling Children: Acommunity-based Study from West Bengal India. *Indian Journal of Public Health*.57(3): 169-173.

- Mulyani Y.E dan Minarti P.I. 2013. Hubungan Usia Pemberian Mp-Asi dan Status Gizi dengan Kejadian Diare pada Balita Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Warna Kota Bekasi Tahun 2013. Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Gizi Universitas Esa Unggul. Jakarta. 6 (02): 140-167
- Mustapa Y, Sirajuddin S, Salam A. 2013. Analisis Faktor Determinan Kejadian Masalah Gizi Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Tilote Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin*.
- Nadesul H. (1995). *Cara Sehat Mengasuh Anak*. Jakarta: Puspa Swara.
- Nano Sunartyo. 2016. *Panduan Merawat Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Diva Press
- Natalia LD, P Rahayuning D, STP,M.Gizi. dr. Fatimah Siti M.Kes. 2013. Hubungan Ketahanan Pangan Tingkat Keluarga dan Tingkat Kecukupan Zat Gizi dengan Status Gizi Batita di Desa Gondangwinangun Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 2(2): 67-75
- Nazarina. 2008. *Menu Sehat dan Aman Untuk Bayi 6-12 Bulan*. HIKMAH: Jakarta
- Negash, C., Whiting, S. J., Henry, C. J., & Belachew, T. (2015). Association between Maternal and Child Nutritional Status in Hula , Rural Southern Ethiopia : A Cross Sectional Study, 1–8.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142301>
- Novitasari D. 2012. Faktor-Faktor Resiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita yang dirawat di RSUP Kariadi Semarang.Unoversitas Diponegoro Semarang
- Notoatmojo. 2005. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraheni S.D, Prabamurti P.N, Riyanti E. 2018. Pemberian MP-ASI Dini Sebagai Salah Satu Faktor Kegagalan ASI Eksklusif pada Ibu Primipara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 6(5); 804-813.
- Nurwitasari, A. dan Wahyuni, C.U., 2015 Pengaruh Status Gizi dan Riwayat Kontak Terhadap Kejadian Tuberkulosis Anak di Kabupaten Jember. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 3 (2): 158-169.
- Oktavia S, Widajanti L, Aruben R. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Buruk pada Balita di Kota Semarang Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 5(3): 186-192.

- Owino V. 2008. Complementary Feeding Practices and Nutrient Intake From Habitual Complementary Foods of Infants and Children Aged 6-18 Months Old in Lusaka, Zambia. *African Journal of Food Agriculture Nutrition and Development*. 8(1): 28-47
- Paath, Erna Francin. 2004. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC
- Pahlevi A.E. 2012. Determinan Status Gizi pada Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (KEMAS)*. 7(2):122-126
- Prabantini, Dwi. 2010. *A to Z Makanan Pendamping ASI*. Yogyakarta: CV ANDI
- Prasetyono D.S, 2012. *Buku Pintar ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Diva Press.
- Pratiwi A.D, Nurzafani S.Z, Bombang H, N Indriyani N. 2018. Hubungan Lama Pemberian Asi Dengan Status Gizi Dan Tumbuh Kembang Pada Bayi Usia 6-12 Bulan Di Puskesmas Wajo Kota Baubau. *Preventif Journal, Jurnal Ilmiah Praktisi Kesehatan Masyarakat Sulawesi Tenggara*. 3(1).
- Purba. N. S., Product, A., Faculty, A., Jl, M., & Balengkong, P. 2017. Nutrition Status of Under 5 Years Children Pre and Post Intervention Feeding Parenting In The Village Sangkima Kutai National Park East Kalimantan, 6(2): 60–65.
- Putri R.F, Sulastri D, Lestari Y. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 4(1): 254-261.
- Rahayu, S. 2014. Pertumbuhan dan Perkembangan Balita di Posyandu Surakarta. *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*. 3(1); 88–92.
- Ramakrishnan U, Nguyen P, and Martorell R. 2009. Effects of Micronutrients on Growth of Children under 5 Years of Age: Meta-analyses of Single and Multiple Nutrient Interventions, *American Journal of Clinical Nutrition*. 89(1); 191–203.
- Rini I, Pangestuti D.R, Rahfifudin M.Z. 2017. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (Pmt-P) Terhadap Perubahan Status Gizi Balita Gizi Buruk Tahun 2017 (Studi di Rumah Gizi Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 5(4): 698-705
- Roess AA, Jacquier EF, Catellier DJ, Carvalho R *et al*. 2018. Food Consumption Patterns of Infants and Toddlers: Findings from the Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016. *The Journal of Nutrition*. 148 (3): 1525-1535.

- Rohmani A. 2010. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 1-2 Tahun di Kelurahan Lamper Tengah Kecamatan Semarang Selatan, Kota Semarang. <http://Jurnal Unimus.ac.id>
- Satyanegara, Surya. 2004. *Panduan Lengkap Perawatan Untuk Bayi dan Balita*. ARCAN: Jakarta.
- Sayogo, S. 2006. Gizi dan Pertumbuhan Remaja. Fakultas Kedokteran Fakultas Indonesia. Jakarta
- Setiawati. 2016. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Asi (Mp Asi) Dini dengan Status Gizi pada Bayi Umur 7-12 Bulan. *Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare)*. 10 (2): 1-4.
- Sitompul EM. 2014. *Metode Makanan Pendamping ASI*. Niaga Swadaya. Jakarta
- Soeditama, Achmad D. 2006. *Ilmu Gizi 1*. Dian Rakyat. Jakarta.
- Soegeng Santoso. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Solihin R.D.M, Anwar F, Sukandar D. 2013. Kaitan Antara Status Gizi, Perkembangan Kognitif, dan Perkembangan Motorik pada Anak Pra Sekolah. *Penelitian Gizi dan Makanan*. 36(1); 62-72.
- Soekirman. 2008. Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga. Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.
- Soenarti, Tuti. 2010. Makanan Untuk Tumbuh Kembang Bayi. PT Gramedia. Jakarta
- Soetjningsih. 2008. Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Sagung Seto. Jakarta.
- Sudiyanto, Sekartini R. 2005. Manfaat Poster AKSI kalender Bulanan Bayi dan Balita untuk Pemantauan Status Gizi.
- Supariasa & Pratiwi. 2002. Penilaian Status Gizi. EGC. Jakarta.
- Suririnah.2009. Buku Pintar Merawat Bayi 0-12 Bulan. PT Gramedia. Jakarta.
- Susanti E. M, Handayani O.W.K, Raharjo B. B. 2017. Implementasi Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNNES*. 6(11). 47-52.
- Suyono, Slamet. 2005. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

- Utami H.M, Suyatno, Nugraheni .A. 2018. Hubungan Konsumsi Jenis MP-ASI dan Faktor Lain dengan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Pandanarum Kabupaten Banjarnegara). *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*. 6 (1): 467-476. (ISSN: 2356-3346)
- Wahyu D, Heryanto, Rodhi. 2012. Perbedaan Berat Badan pada Bayi Usia 6 Bulan yang Diberikan ASI dengan yang Diberikan MP-ASI Di Kecamatan Gunungpati. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Badan Litbang Kesehatan. Kementerian Kesehatan. 21(8): 433-439.
- Wahyuni D, Muliarta W, Widiastuti. 2013. Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Status GiziBalita Usia 6-24 Bulan Di Kampung Kajian, Buleleng Universitas Pendidikan Ganesha Bali. *Jurnal Sains dan Teknologi*. 2(01): 184-192.
- Waliyo E, Marlenywati, Nurseha. 2017. 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*. Universitas Muhammadiyah Pontianak. 13(01): 61-70.
- Waspadji, Sarwono dan Slamet Suyono. 2003. Pengkajian Status Gizi. Instalasi Gizi RSCM. Jakarta.
- Waryono. 2010. Gizi Reproduksi. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Wardojo S. I, Ilmiasih R, Anggraini R. Efektifitas Group Discussion Menggunakan Media Mind Mapping Tentang Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Terhadap Perilaku Ibu. Universitas Muhammdiyah Malang. Malang.
- Widyawati, Febry F, Destriatania S. 2016. Analisis Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi pada Anak Usia 12-24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lesung Batu, Empat Lawang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. 7(2): 139-149
- Yetty dan Nancy. 2015. Gizi Buruk, Ancaman Generasi yang Hilang. Inovasi

DOKUMENTASI PENELITIAN



Penimbangan Berat Badan balita di Puskesmas



Penimbangan Berat Badan balita di Posyandu



Balita sedang makan MP-ASI



Balita sedang makan MP-ASI