

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi adalah faktor terpenting dalam proses pertumbuhan, dan perkembangan otak untuk membangun sistem kekebalan tubuh yang kuat. Golongan anak yang rentan mengalami kekurangan gizi yaitu anak yang berusia dibawah 5 tahun. Anak yang mengalami kekurangan gizi memiliki dampak yang tidak hanya pada sektor kesehatan (*morbidity, mortalitas dan disabilitas*) tetapi juga dapat menurunkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) bangsa (Kopa, Togubu, and Syahrudin 2021).

Berdasarkan data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan oleh *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2020 sebanyak 22% atau sekitar 149,2 juta balita di dunia mengalami kejadian stunting (Ruswati et al. 2021). Menurut WHO, salah satu hambatan pembangunan manusia yaitu stunting pada masa kanak-kanak yang mempengaruhi sekitar 162 juta anak dibawah 5 tahun. Diperkirakan sekitar 127 juta anak di bawah usia 5 tahun akan mengalami stunting pada tahun 2025 jika kondisi stunting saat ini terus berlanjut (WHO 2014). Data WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa masalah gizi balita yang belum terselesaikan di seluruh dunia mencakup stunting sebanyak 150,8 juta jiwa, balita kurus (*wasting*) sebanyak 50,5 juta jiwa, dan berat badan berlebih (*overweight*) sebanyak 38,3 juta jiwa. (Sari, Jaladri, and Martinus 2024).

Berdasarkan data Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) yang dilakukan pada tahun 2019, Kementerian Kesehatan RI akan melaporkan masalah gizi balita di Indonesia pada tahun 2021. Data menunjukkan bahwa balita dengan status gizi stunting adalah 27,7%, balita dengan status gizi kurus (*wasted*) adalah 7,4%, dan balita dengan status gizi berat badan kurang (*underweight*) adalah 16,3%. Berdasarkan data hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) pada tahun 2021 diketahui bahwa balita dengan status gizi stunting sebanyak 24,4%, balita dengan status gizi *wasted* sebanyak 7,1%, dan balita dengan status gizi *underweight* sebanyak 17% (Sari et al. 2024). Di Indonesia terdapat 19 provinsi yang memiliki

prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional yaitu perkiraan antara 21,2% sampai 33,1% (Sofiyati 2022). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa 17,7% anak usia Bawah Lima Tahun (balita) masih mengalami masalah gizi, dengan 3,9% mengalami gizi buruk dan 13,8% mengalami gizi kurang (Kopa et al. 2021). Data Riskesdas pada tahun 2010, menunjukkan bahwa sebanyak 17,9% balita di Indonesia menderita gizi kurang dan gizi buruk. Pada data tahun 1990 yaitu sebesar 31,0% balita di Indonesia menderita gizi kurang dan gizi buruk, telah terjadi penurunan pada data di tahun 2010. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 menunjukkan bahwa jumlah balita yang tergolong sangat kurus sebesar 3,7% dan balita tergolong kurus sebesar 8,9% (Harjatmo, Par'i, and Wiyono 2017).

Pemberian ASI saja pada usia pasca enam bulan hanya akan memenuhi sekitar 60-70% kebutuhan bayi. Sedangkan yang 30-40% harus dipenuhi dari makanan pendamping atau makanan tambahan. Pemberian MPASI yang tidak tepat menyebabkan bayi menderita gizi kurang (Sofiyati 2022).

Asupan zat gizi yang baik dapat diberikan dengan memberikan ASI Eksklusif sampai umur 6 bulan. Masa transisi bayi pada umur 6 bulan, bayi terus minum ASI dan mulai diperkenalkan dengan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI). MPASI adalah makanan yang mudah dikonsumsi dan dicerna oleh bayi yang diberikan harus dengan nutrisi tambahan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang tumbuh. MPASI diberikan tepat waktu pada usia 6-12 bulan, karena pada usia tersebut merupakan usia yang sering terjadi malnutrisi. Nutrisi anak yang didapatkan tidak boleh diberikan terlalu dini melalui MPASI dan tidak boleh juga diberikan terlambat dari usia yang seharusnya, karena dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak. Pengenalan dan pemberian MPASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlah kecukupan gizi anak (Rahmawati et al. 2022).

Secara umum, MPASI dibagi menjadi MPASI yang diolah pabrik atau disebut dengan MPASI pabrikan dan MPASI yang diolah di rumah tangga atau disebut MPASI lokal. Hasil penelitian Olivia menunjukkan bahwa jenis MPASI lokal yang paling sering diberikan kepada anak-anak berusia 6-24 bulan adalah nasi (25,9%),

buah (17,2%), telur (15,5%), ikan (13,8%), sayur (10,3%), tempe (8,6%), bubur beras (5,2%), dan daging (2%). Dalam beberapa penelitian, sebagian anak mendapatkan MPASI yang tidak tepat waktu atau tidak cukup (Apriliana et al. 2023).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kopa et al., ditemukan bahwa usia pemberian MPASI pada baduta usia bawah dua tahun (baduta) tidak memiliki korelasi dengan status gizi baduta usia enam hingga dua puluh empat bulan. Sebaliknya, terdapat korelasi dengan tekstur MPASI dengan status gizi baduta usia enam hingga dua puluh empat bulan, dengan nilai $p=0.348$ (Kopa et al. 2021).

Berdasarkan studi pendahuluan data bidan desa Pegajahan pada bulan Mei 2024 terdapat 113 anak usia 6-24 bulan. Bidan desa setiap bulannya melakukan posyandu pada anak usia 1-24 bulan. Pada kegiatan posyandu didapatkan anak usia 6-24 bulan dengan status gizi kurang sebanyak 18 anak, gizi lebih sebanyak 2 anak dan terdapat 3 anak yang tersangka stunting.

Berdasarkan uraian diatas, maka hal tersebut mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang “hubungan pola pemberian mpasi dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di desa Pegajahan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat dirumuskan suatu masalah, apakah terdapat hubungan pola pemberian MPASI dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di desa Pegajahan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Pola Pemberian MPASI dengan Status Gizi Anak Usia 6-24bulan di Desa Pegajahan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pemberian MPASI anak usia 6-24 bulan.
2. Mengidentifikasi status gizi anak usia 6-24 bulan.
3. Menganalisis hubungan pemberian MPASI terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat memberikan informasi tentang bagaimana pola pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) dan status gizi anak-anak di desa Pegajahan yang berusia antara 6 dan 24 bulan berkorelasi satu sama lain.

2. bagi peneliti

Hasil dari penelitian ini bisa memberi manfaat untuk peneliti sebagai penambah ilmu dan pengalaman dalam bidang penelitian.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti lainnya dalam melaksanakan penelitian yang sama dengan variabel yang berbeda.

4. Bagi Ibu Responden

Penelitian ini menunjukkan bahwa status gizi anak-anak di Desa Pegajahan yang berusia antara 6 dan 24 bulan berkorelasi dengan pola pemberian makanan pendamping air susu ibu (MPASI).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.MPASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu)

2.1.1. Definisi MPASI

Makanan bayi (MPASI) diberikan setelah bayi berusia enam bulan dan dilanjutkan dengan ASI karena ASI tidak memenuhi kebutuhan gizi bayi. MPASI terdiri dari makanan yang dibuat di rumah tangga atau pabrik dan makanan yang biasa dimakan keluarga, tetapi diubah sehingga mudah dimakan. Makanan memiliki tekstur yang halus atau saring encer, disebut makanan lumat, dan kemudian menjadi lebih kasar, disebut makanan lembek (Hardinsyah and Supariasa 2017).

Pemberian makanan pendamping diartikan sebagai waktu sejak pengenalan awal makanan selain susu hingga berakhirnya pemberian ASI atau susu formula. Semua makanan yang memberikan energi dan menggantikan ASI dianggap sebagai makanan pendamping ASI. Pengenalan MPASI lebih awal dapat mempengaruhi fungsi imun dan imunotoleransi, perkembangan penyakit kronis, dan risiko atopi (Sharlin and Edelstein 2015).

2.1.2. Pedoman Pemberian MPASI

Pedoman pemberian makan menurut WHO yaitu ditujukan pada bayi sehat secara umum yang mendapatkan ASI. Negara dengan pendapatan rendah yang sebagian besar anak-anaknya mendapatkan ASI, tetapi tidak tersedia alternatif lain pengganti ASI yang cukup murah merupakan sasaran utama pedoman pemberian makan. *American Academy of Pediatrics (AAP) section on breastfeeding* tahun 2005 merekomendasikan makanan pendamping ASI yang banyak mengandung zat besi di perkenalkan pada usia 6 bulan, tetapi karena setiap bayi berbeda-beda, kebutuhan untuk memperkenalkan makanan pendamping dapat dilakukan paling awal usia 4 bulan atau paling lama usia 8 bulan. WHO menyarankan agar ASI terus diberikan sampai usia dua tahun. Pada masa bayi akhir, ASI memberikan sejumlah besar energi dan lemak mikronutrien yang merupakan sumber utama asam lemak tak jenuh ganda yaitu Polyunsaturated Fatty Acid (PUFA) yang berfungsi untuk

perkembangan otak dan fungsi neurologis. Menurut para ahli menyadari pedoman pemberian makanan diperlukan untuk membantu orangtua melalui masa transisi dari pengurangan susu ke pengenalan pertama makanan padat dengan berbagai jenis dan tekstur makanan selama proses penyapihan dan untuk membentuk pola makan yang sehat (Sharlin and Edelstein 2015).

Tabel 2.1 Pedoman Pemberian Makan Bayi Usia 6-24 Bulan yang mendapatkan ASI (Hardinsyah and Supariasa 2017)

Umur	Tekstur	Frekuensi	Jumlah Rata-Rata/Kali Makan	Jenis Makanan
6-8 bulan	Mulai dengan bubur halus, lembut, cukup kental, dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar	2-3x/hari, ASI tetap sering diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan	Mulai dengan 2-3 sdm/kali, ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkuk atau ½ gelas air mineral kemasan (125 ml)	Makanan utama : MPASI saring/lumat Makanan selingan : buah, bubur sumsum biskuit
9-11 bulan	Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan dapat dipegang/diambil dengan tangan	3-4x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan	½ sampai ¾ mangkuk (125-175 ml) dan waktu makan tidak lebih dari 30 menit	Makanan utama : MPASI kasar/makanan keluarga yang dimodifikasi (lembek, berbumbu ringan, tetapi tidak pedas)

				Makanan selingan : biskuit, buah, puding, bubur sum sum
12-24 bulan	Makanan keluarga : jika perlu dicincang atau disaring kasar	3-4x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk (175-250) dan waktu makan tidak lebih dari 30 menit	Makanan utama : makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, sedikit lembek/lunak Makanan selingan : buah dan kue, biskuit, puding, kolak, bubur kacang hijau

2.1.3. Asupan Gizi dan Pola Makan MPASI

Pola makan seumur hidup terbentuk dari pengaruh kebiasaan makan di masa mendatang. Karena anak-anak melakukan transisi dari mengurangi susu ke makanan yang didapatkan dari menu keluarga, yang menyebabkan pelaksanaan pedoman gizi menjadi lebih sulit untuk diterapkan. Namun, keluarga dapat berusaha mengikuti rekomendasi gizi untuk memberikan yang terbaik bagi bayi, khususnya pada tahun setelah kelahiran bayi terutama pada saat memakan makanan kemasan bayi. Ketika bayi semakin berkembang dan lebih banyak memakan makanan keluarga, gizi yang kurang optimal semakin terlihat jelas. Transisi dari

makanan bayi ke makanan keluarga dapat menjadi penyebab berkurangnya asupan vitamin A, zat besi, dan asam folat, karena buah dan sayuran yang tidak digantikan makanan keluarga yang sesuai. Anak-anak mengikuti segala yang dimakan oleh keluarganya, dan jika tidak ada yang memakan buah dan sayuran anak-anak akan cepat menolak makanan tersebut (Sharlin and Edelstein 2015).

Tabel 2.2 Kebutuhan Zat Gizi (Hardinsyah and Supariasa 2017)

Makronutrien								
Usia	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karboh idrat (g)	Air (ml)	
			Total	n-6	n-3			
0-6 bulan	550	12	34	4,4	0,5	58	-	
7-11 bulan	725	18	36	4,4	0,5	82	800	
1-3 tahun	1125	26	44	7,0	0,7	155	1200	
4-6 tahun	1600	35	62	10,0	0,9	220	1500	
Mikronutrien (Vitamin)								
Usia	Vit. A (mcg)	Vit. D (mcg)	Vit. E (mg)	Vit. K (mcg)	Vit. B1 (mg)	Folat (mcg)	Vit. B12 (mcg)	Vit.
								C (mg)
0-6 bulan	375	5	4	5	0,3	65	0,4	40
7-11 bulan	400	5	5	10	0,4	80	0,5	50
1-3 tahun	400	15	6	15	0,6	160	0,9	40
4-6 tahun	450	15	7	20	0,8	200	1,2	45
Mikronutrien (Mineral)								
Usia	Ca (mg)	P (mg)	Mg (mg)	Na (mg)	K (mg)	Fe (mg)	I (mcg)	Zn
								(mg)
0-6 bulan	200	100	30	120	500	-	90	-
7-11 bulan	250	250	55	200	700	7	120	3
1-3 tahun	650	500	60	1000	3000	8	120	4
4-6 tahun	1000	500	95	1200	3800	9	120	5

2.2. Status Gizi

2.2.1. Definisi Status Gizi

Istilah gizi atau *nutrition*, berasal dari bahasa latin “*nutr*” yang berarti “*to nurture*” yaitu memberi makan dengan baik. Di Indonesia, istilah gizi diambil dari bahasa Arab, yaitu “*ghiza*” yang dalam bahasa Mesir dibaca *ghizi*, artinya makanan yang menyehatkan. Dalam bahasa awam, istilah gizi (*nutrition*) terdapat 2 makna, yaitu zat gizi (*nutrient*) dan status gizi (*nutritional status*). Zat gizi adalah segala sesuatu dalam pangan yang bermanfaat bagi kesehatan. Zat gizi tidak hanya untuk hidup sehat, tetapi untuk hidup sehat dan berprestasi. Zat gizi kini dibutuhkan untuk kenormalan fungsi tubuh, serta hidup sehat, cerdas dan produktif. Zat gizi hanya diartikan sebatas karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air (Hardinsyah and Supariasa 2017).

Gizi adalah proses makhluk hidup menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan tubuh, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi (Supariasa, Bakri, and Fajar 2008)..

Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi (Kemenkes 2022). Status gizi adalah ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang didapatkan pada asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh (Hardinsyah and Supariasa 2017). Status gizi adalah ciri-ciri penampilan seseorang akibat keseimbangan antara masuk dan keluar nya zat gizi yang berasal dari zat gizi yang dikonsumsi berdasarkan kategori dan indikator yang digunakan. Salah satu faktor penting dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal yaitu keadaan gizi yang tepat. Status gizi yang rendah berdampak pada kualitas SDM. Oleh karena itu, status gizi mempengaruhi kecerdasan, daya tahan tubuh terhadap penyakit, kematian bayi dan ibu dan produktivitas kerja (Kemenkes 2017).

Berdasarkan baku *World Health Organization Nasional Center of Health Statistics* (WHO-NCHS) status gizi dibagi menjadi empat, yaitu : 1) Gizi lebih untuk *overweight* (kegemukan dan obesitas), 2) Gizi baik untuk *well nourished*, 3) Gizi kurang untuk *underweight* yaitu *Protein Calori Malnutrition* (PCM), 4) Gizi

buruk untuk *Severe Protein Calori Malnutrition* (marasmus, marasmik-kwashiorkor dan kwashiorkor) (Kemenkes 2017).

2.2.2. Klasifikasi Penentuan Status Gizi

Berdasarkan buku Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi (Hardinsyah and Supariasa 2017) menyatakan klasifikasi penentuan status gizi terbagi menjadi 3, yaitu:

1. Menggunakan Parameter LiLA

Kemenkes RI tahun 2014 membuat klasifikasi status gizi dengan ambang batas menggunakan LiLA seperti pada Tabel. 2.3.

LiLA digunakan jika:

- a. Data berat badan dan tinggi badan tidak tersedia;
- b. Berat badan dan tinggi badan tidak dapat diukur dengan benar, seperti pada pasien dengan organomegali, edema, atau hidrosefalus..

Tabel 2.3 Klasifikasi Status Gizi Anak Balita berdasarkan LiLA

Klasifikasi	Ambang Batas
Normal	>12,5 cm
Gizi Kurang	≤11,5 cm-12,5 cm
Gizi Buruk	<11,5 cm

2. Menggunakan Kombinasi Tanda Klinis dan Indeks BB/TB-PB

Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 2.4, Kementerian Kesehatan RI tahun 2013 membuat klasifikasi berdasarkan tanda klinis dan antropometri.

Tabel 2.4 Penentuan Klaifikasi Status Gizi Anak

Klasifikasi Status Gizi	Klinis	Antropometri (BB/TB-PB)
Gizi buruk	Tampak sangat kurus dan/atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh	<-3 SD

Gizi kurang	Tampak kurus	-3 SD sampai <-2 SD
Gizi baik	Tampak sehat	-2 SD sampai 2 SD
Gizi lebih	Tampak gemuk	>2 SD

3. Standar Antropometri untuk Penilaian Status Gizi Anak, yang ditetapkan oleh SK Menkes Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, status gizi diklasifikasikan dengan menggunakan berbagai macam indeks, berbagai kategori status gizi, dan skor z ambang batas. Klasifikasi ini terdapat pada tabel 2.5.

Tabel 2.5 Klasifikasi Status Gizi berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak umur 0-60 Bulan	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sampai <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai 2 SD
	Gizi lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD

	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5-18 Bulan	Sangat kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Gemuk	>1 SD sampai 2 SD
	Obesitas	>2 SD

2.2.3. Penilaian Status Gizi dengan Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropos* yang artinya tubuh dan *metros* yang artinya ukuran. Dari pengertian diatas, antropometri memiliki arti sebagai ukuran tubuh manusia. Dalam ilmu gizi, antropometri berguna untuk menilai status gizi. Ukuran yang sering digunakan yaitu berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, tinggi duduk, lingkar perut, lingkar pinggul dan lapisan lemak bawah kulit (Hardinsyah and Supariasa 2017).

Standart antropometri anak di Indonesia merujuk pada WHO *Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *The WHO Reference 2007* untuk anak 5 sampai 18 tahun. Indonesia memutuskan untuk mengadopsi standar ini menjadi standar yang resmi untuk digunakan sebagai standar antropometri penilaian status gizi anak melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak (Kemenkes 2020).

Indeks antropometri yang biasa digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indeks berat dan badan menurut umur adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot. Indeks tinggi badan menurut umur adalah pertumbuhan linier dan Lingkar Lengan Atas (LLA) adalah pengukuran terhadap otot, lemak, dan tulang pada daerah yang diukur (Supariasa et al. 2008).

Pengukuran status gizi mempunyai beberapa keunggulan dan kelemahan, yaitu (Hardinsyah and Supariasa 2017):

Keunggulan:

1. Tatalaksana pelaksanaan sederhana, aman, dan dapat dilakukan pada jumlah sampel yang besar.
2. Tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat agar dapat melakukan pengukuran antropometri.
3. Alat yang digunakan murah, mudah dibawa, tahan lama, dan dapat dipesan dan dibuat oleh orang-orang di daerah tersebut. Namun, ada juga alat antropometri yang mahal dan harus diimpor dari luar negeri yang hanya dapat digunakan untuk pengukuran tertentu, seperti mengukur ketebalan lemak di bawah kulit dengan kaliper lipatan kulit.
4. Karena dapat dibakukan, metode ini tepat dan akurat.
5. Dapat menemukan atau menceritakan riwayat gizi sebelumnya.
6. Menentukan status gizi rendah dan gizi buruk karena ada batas yang jelas.
7. Metode antropometri memiliki kemampuan untuk menilai perubahan status gizi selama jangka waktu tertentu atau dari generasi ke generasi sebelumnya.
8. Kelompok yang rentan terhadap kekurangan nutrisi dapat diidentifikasi dengan menggunakan pendekatan antropometri gizi.

Kelemahan:

1. Tidak dapat mendekteksi status gizi dalam waktu singkat. Selain itu, metode ini juga tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu.
2. Sensitivitas dan spesifisitas pengukuran antropometri dapat berkurang karena faktor non-gizi seperti penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi.
3. Kesalahan dalam pengukuran antropometri gizi dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran tersebut.
4. Kesalahan yang terjadi diakibatkan oleh: pengukuran, perubahan hasil baik fisik maupun komposisi jaringan dan analisis dan asumsi yang keliru.
5. Sumber kesalahan umumnya terkait dengan latihan petugas yang buruk, kesalahan alat atau alat yang tidak tertera, dan masalah pengukuran.

Tabel 2.6 Jenis, keunggulan, dan kelemahan masing-masing indeks
(Hardinsyah and Supariasa 2017)

Indeks	Keunggulan	Kelemahan
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	<ul style="list-style-type: none"> • Baik untuk mengukur status gizi akut/kronik • Berat badan dapat berfluktuasi • Sensitif terhadap perubahan • Dapat mendekteksi kegemukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil keliru jika terdapat edema/acites • Memerlukan data umur yang akurat • Sering terjadi kesalahan saat pengukuran seperti pengaruh pakaian dan gerakan anak • Masalah sosial budaya
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	<ul style="list-style-type: none"> • Bagus untuk menilai status gizi dimasa lampau • Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah, dan mudah dibawa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi badan tidak cepat naik • Pengukuran relatif sulit, karena membutuhkan 2 orang untuk melakukannya • Ketepatan umur sulit didapat, terutama di daerah terpencil
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak memerlukan data umur • Dapat membedakan proporsi tubuh (gemuk, normal dan kurus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat menggambarkan apakah anak tersebut pendek • Membutuhkan 2 macam alat ukur • Pengukuran relatif lama • Membutuhkan 2 orang untuk melakukannya • Sering terjadi kesalahan pada saat pembacaan hasil pengukuran
Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LiLA/U)	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator yang baik untuk menilai KEP berat • Alat ukur murah, ringan, dan dapat dibuat sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya dapat mengidentifikasi KEP berat • Sulit menentukan ambang batas • Sulit digunakan untuk melihat pertumbuhan anak karena perubahan tidak tampak nyata

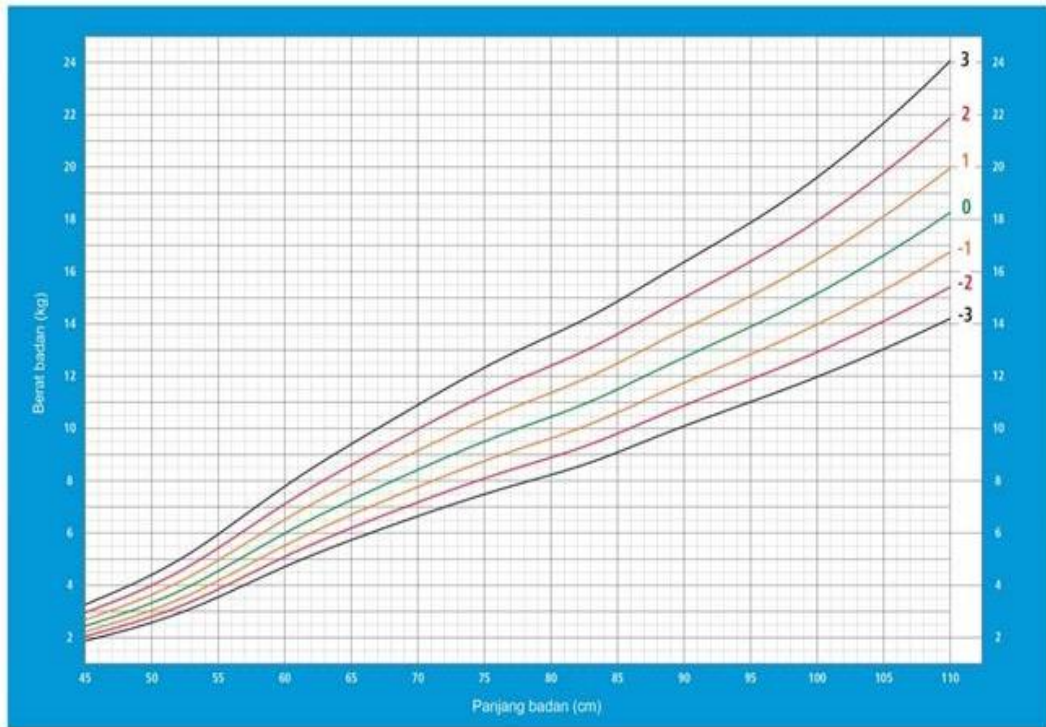
2.2.4. Indikator yang Digunakan

Penilaian status gizi anak dilakukan membandingkan hasil pengukuran berat badan dengan Standar Antropometri Anak menggunakan Indeks Berat Badan menurut panjang badan (BB/PB) anak usia 0-60 bulan atau dapat di lihat pada tabel 2.7 (Hardinsyah and Supriasa 2017).

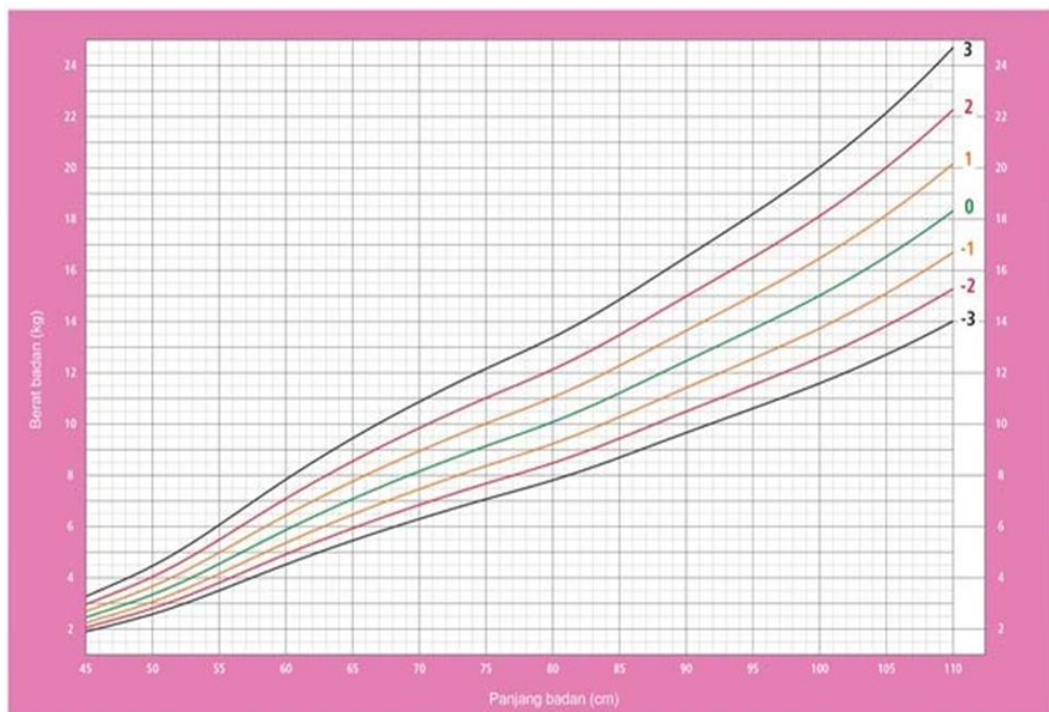
Tabel 2.7 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB-TB) berdasarkan klasifikasi Status Gizi berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Gemuk	>2 SD

Penentuan status gizi anak menggunakan grafik pertumbuhan berat badan indeks menurut panjang badan (BB/PB) pada gambar 2.1 dan gambar 2.2 (Kemenkes 2020).



Gambar 2.1 Grafik Berat Badan menurut Panjang Badan Anak Laki-laki 0-24 Bulan (z-scores)



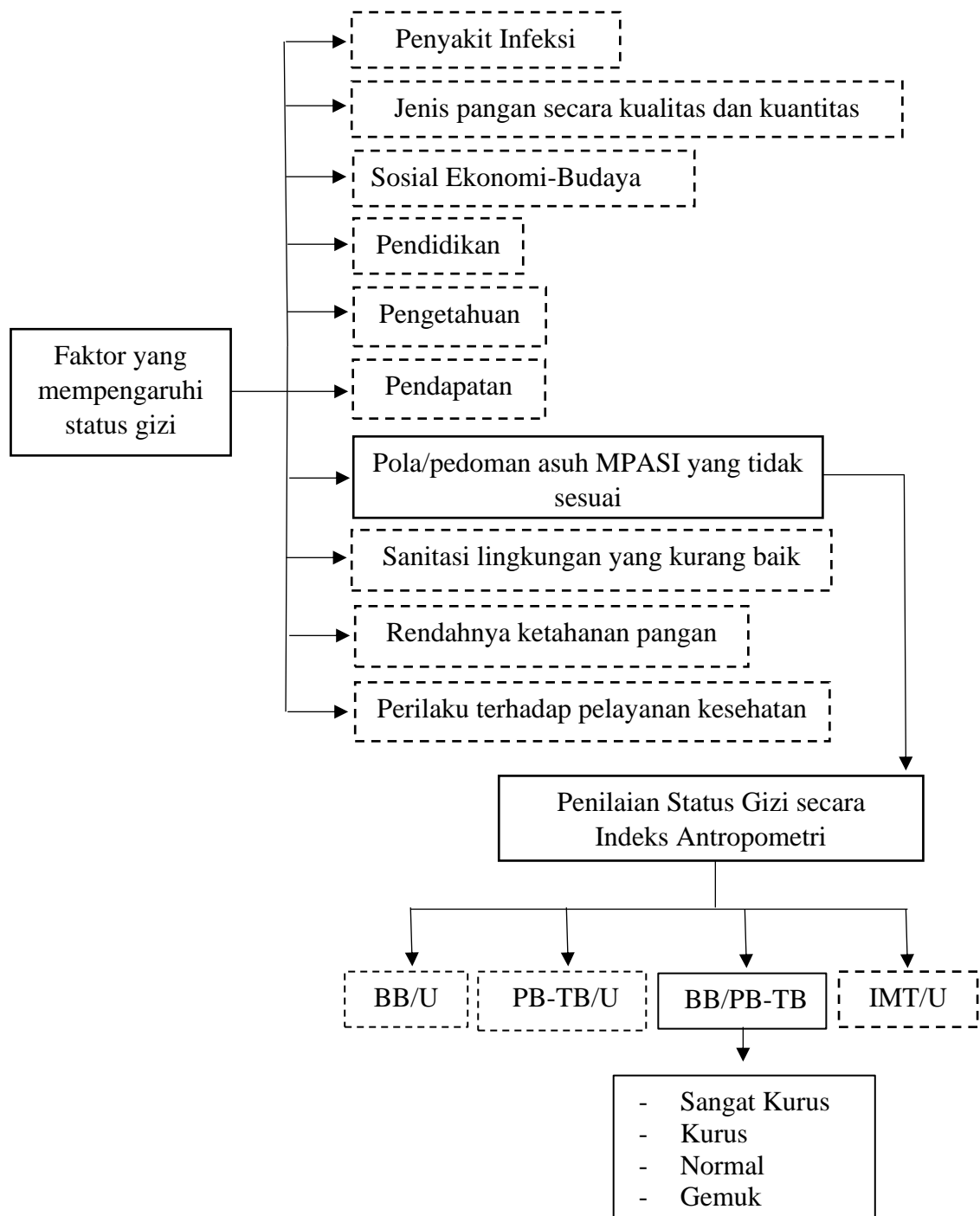
Gambar 2.2 Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan Anak Perempuan 0-24 Bulan (z-scores)

2.3. Faktor yang mempengaruhi Status Gizi

Status gizi dipengaruhi 2 faktor yaitu: 1) Faktor langsung yaitu penyakit infeksi dan jenis pangan secara kualitas dan kuantitasnya, 2) Faktor tidak langsung yaitu sosial ekonomi, pendidikan, pengetahuan, pendapatan, pola asuh yang tidak sesuai, sanitasi lingkungan yang kurang baik, rendahnya ketahanan pangan dan perilaku terhadap pelayanan kesehatan. Status gizi anak juga dipengaruhi oleh 2 hal, yaitu: asupan makanan yang kurang dan penyakit infeksi. Berat badan lebih rendah dari normal disebabkan oleh kurangnya asupan energi. Masalah gizi terjadi bukan hanya karena kemiskinan saja. Aspek sosial-budaya (kepercayaan, pendidikan, dan pekerjaan) yang terdapat di masyarakat, yang menyebabkan tindakan yang tidak menunjang terjadinya gizi yang memadai bagi balita. Tercukupi atau tidaknya kebutuhan primer, sekunder, serta perhatian dan kasih sayang diperoleh oleh anak bergantung pada keadaan sosial ekonomi suatu keluarga. Hal itu berkaitan dengan pendapatan keluarga, jumlah keluarga dan pendidikan orang tua. Faktor yang menentukan kuantitas dan kualitas makanan yaitu pendapatan suatu keluarga (Kemenkes 2017).

Kenaikan kelebihan berat badan diakibatkan dari peningkatan asupan makanan olahan dan pra-olahan yang banyak mengandung karbohidrat tinggi (termasuk gula, garam dan lemak). Efek dari malnutrisi tidak hanya dirasakan pada masyarakat. Namun, juga berdampak pada ekonomi. Malnutrisi dapat menyebabkan kemiskinan berkelanjutan. Meskipun kemiskinan berhubungan terhadap gizi buruk, kurangnya pengetahuan dan praktik pengasuhan anak dan pemberian makan anak yang tidak tercukupi juga menyebabkan kenaikan angka gizi buruk (UNICEF 2014).

2.4. Kerangka Teori

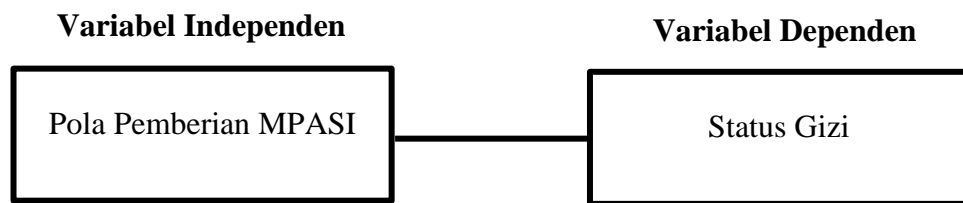


Keterangan :

: Diteliti

Gambar 2.3. Kerangka Teori

2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

2.6. Hipotesis

H_a: adanya hubungan pola pemberian MPASI dengan status gizi anak Usia 6-24 bulan

H_o: tidak adanya hubungan pola pemberian MPASI dengan status gizi anak Usia 6-24 bulan