

PERBEDAAN PERUBAHAN STATUS GIZI ANTARA ANAK USIA 7-24 BULAN YANG DIBERI MAKANAN PENDAMPING ASI LOKAL BUATAN PEDAKANG KAKI LIMA DAN BUATAN RUMAH DI KOTA SEMARANG

Asti Hayuningtyas¹, Laksmi Widajanti², Suyatno²

1) Mahasiswa Peminatan Gizi FKM UNDIP

2) Dosen Departemen Gizi FKM UNDIP

e-mail: astihayuningtyas@gmail.com

ABSTRAK

Pada tahun 2017-2018 terjadi peningkatan kasus gizi buruk dan gizi kurang pada balita di Kota Semarang. Salah satu penyebab utamanya adalah kurangnya pemenuhan asupan gizi dari Makanan Pendamping ASI (MP ASI). Di Kota Semarang muncul MP-ASI lokal buatan Pedagang Kaki Lima (PKL). Penelitian ini bertujuan menganalisis perbedaan perubahan status gizi pada anak usia 7-24 bulan antara yang diberi MP-ASI buatan PKL dan buatan rumah. Penelitian analitik ini dilakukan dengan disain kohort selama 1 bulan. Total sampling diterapkan pada anak yang diberi MP-ASI buatan PKL (17 anak) dan sebagai pembanding dipilih 17 anak yang diberi MP-ASI buatan rumah. Data dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur, recall konsumsi 2x24, penimbangan berat badan menggunakan timbangan digital. Analisis data dengan uji Wilcoxon dan Mann-Whitney. Setelah drop out, data dari 13 anak dari tiap kelompok dianalisis. Tidak ada perbedaan Skor Z BB/U awal ($p=0,555$), akhir ($p=0,521$) dan perubahan skor Z BB/U ($p=0,396$) antara kedua kelompok. Rerata asupan energi/hari dari MP ASI PKL adalah 53 kkal (usia 7-11 bulan) dan 63 kkal (usia 12-24 bulan), sedangkan dari MP ASI buatan rumah 277 kkal (usia 7-11 bulan) dan 385 kkal (usia 12-24 bulan). Hasil uji beda antara status gizi awal dan akhir menunjukkan bahwa pada kelompok MP-ASI buatan PKL terjadi penurunan ($p=0,023$) skor Z BB/U dari $-0,5724 \pm 0,5539$ menjadi $-0,6814 \pm 0,5840$, sedangkan pada kelompok MP-ASI buatan rumah tidak berubah ($p=0,507$) dari $-0,5933 \pm 1,5499$ menjadi $-0,6936 \pm 1,7876$. Disimpulkan bahwa MP-ASI buatan rumah memberikan sumbangan energi dan berdampak pada skor Z BB/U lebih baik daripada MP ASI buatan PKL setelah 1 bulan pengamatan.

Kata kunci: MP-ASI, buatan rumah, buatan PKL, anak usia 7-24 bulan, status gizi

PENDAHULUAN

Gizi buruk dan gizi kurang masih menjadi permasalahan di Indonesia. Jumlah gizi buruk tahun 2018 di Indonesia sebanyak 3,9% dan gizi kurangnya sebanyak 13,8%. Jika ditotal menjadi 17,7%, hal ini belum memenuhi target RPJMN 2019 yaitu 17%.¹ Gizi buruk dan gizi kurang merupakan kategori status gizi dari indeks BB/U.² Kesakitan dan kematian pada anak balita sebagian besar dipengaruhi oleh status gizi anak.³ Gizi buruk juga dapat menyebabkan pertumbuhan badan dan perkembangan mental anak sampai dewasa terhambat, menurut penelitian yang dilakukan Hamdini menyebutkan bahwa anak yang kekurangan gizi akan lebih mudah terganggu perkembangan psikomotoriknya.⁴ Selanjutnya gizi buruk adalah salah satu faktor risiko penyakit infeksi salah satunya ISPA, berdasarkan penelitian Suman disebutkan ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan kejadian ISPA.⁵

Penyebab langsung masalah gizi adalah asupan makanan dan penyakit infeksi.⁶ Setiap makanan mengandung zat gizi yang berpengaruh kepada tubuh manusia. Tingkat konsumsi zat gizi makro dapat berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal tersebut didukung oleh penelitian Evi bahwa balita dengan tingkat konsumsi energi dan protein yang mencukupi kebutuhan tubuh akan berbanding lurus dengan status gizi baik.⁷

Masa anak-anak usia 0-5 tahun merupakan masa pesat untuk pertumbuhan dan perkembangan. Terkhusus usia 0-2 tahun yang disebut juga masa emas karena pada masa itu otak mengalami pertumbuhan cepat. Usaha untuk mencapai pertumbuhan yang optimal pada anak, menurut rekomendasi WHO dan UNICEF dapat dilakukan empat cara. Cara tersebut adalah pemberian ASI pasca 30 menit bayi dilahirkan, ASI eksklusif, MP-ASI pada usia 6-24 bulan, dan pemberian ASI sampai usia 24 bulan.⁸ Berdasarkan Permenkes No. 75 tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi dikategorikan AKG berdasarkan kelompok usia dimulai dari umur 7 bulan. Sehingga cakupan usia pada penelitian ini adalah 7-24 bulan.⁹

Kebutuhan gizi anak usia 7-24 bulan selain diperoleh dari ASI juga membutuhkan tambahan makanan lain yang biasa disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) karena ASI tidak bisa mencukupi kebutuhan gizi

anak yang semakin lama juga semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur.¹⁰

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan pada anak perlu memperhatikan frekuensi pemberian, jumlah, tekstur, jenis makanan, dan kebersihan.¹¹ Hasil penelitian Meipita, menunjukkan terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI, kontribusi energi MP-ASI, kontribusi protein MP-ASI dengan status gizi.¹² Ketidaktepatan dalam pemberian MP-ASI dapat menyebabkan persoalan gizi. Pernyataan tersebut selaras dengan hasil penelitian Hermina dan Prihatini bahwa masalah gizi pada anak sering disebabkan oleh ketidaktepatan orang tua dalam kebiasaannya terhadap pemberian ASI dan MP-ASI. Kurangnya kesadaran ibu-ibu tentang pemberian MP-ASI dalam jumlah dan mutu yang baik juga merupakan penyebab yang lain.¹³

Makanan Pendamping Air Susu Ibu yang diperbolehkan sudah diatur oleh Peraturan Kemenkes no. 41 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Yaitu pertama harus dapat memenuhi kebutuhan gizi anak yang dapat menunjang pertumbuhan. Kedua, bentuk MP-ASI sesuai dengan usia anak mulai dari lumat, lembik, sampai dapat menyesuaikan makanan keluarga.¹⁴ Berdasarkan observasi lapangan, saat ini muncul di masyarakat MP-ASI jenis bubur bayi sehat yang dijual oleh Pedagang Kaki Lima (PKL). Rata-rata terdapat satu penjual bubur di satu kelurahan. Setelah dilakukan wawancara dengan pedagang, didapatkan fakta bahwa mereka tidak memiliki latar belakang di bidang gizi. Sedangkan mereka mengklaim bahwa bubur jualannya mengandung gizi yang dapat memenuhi kecukupan gizi anak. Pernyataan pedagang terkait hal tersebut tidak dapat dibuktikan karena tidak adanya label gizi pada produk bubur bayi sehat.

Macam MP-ASI ada dua yaitu MP-ASI instan hasil fortifikasi dan MP-ASI bahan makanan lokal yang dibuat sendiri.¹⁴ Bubur ini termasuk di dalam MP ASI bahan makanan lokal. Menurut penelitian Restu Maharany, bayi usia 6-12 bulan lebih banyak mengonsumsi MP-ASI instan sedangkan bayi usia 13-24 bulan lebih banyak mengonsumsi MP-ASI bahan makanan lokal. Hal ini dikarenakan tekstur MP-ASI instan lebih cocok untuk usia 6-12 bulan.¹⁵

Terdapat tiga macam MP-ASI berdasarkan bentuknya yaitu lumat, lembik dan makanan keluarga.¹⁴ MP-ASI yang dijual oleh pedagang kaki lima berbentuk lumat dan lembik. Lumat dalam wujud bubur beras dan lembik dalam wujud tim. Bentuk MP-ASI yang diberikan kepada anak disesuaikan dengan usianya. Usia 6-9 bulan dianjurkan diberi makanan lumat, usia 9-12 bulan makanan lembik, dan usia 12-24 bulan diberi makanan keluarga.

Jumlah gizi buruk dengan indeks BB/U di Semarang tahun 2017 sebanyak 0,28% meningkat menjadi 0,38% pada tahun 2018. Gizi kurang dari 2,19% tahun 2017 menjadi 2.43% di tahun 2018.^{16,17} Status gizi anak dinilai berdasarkan ukuran antropometri dan *trend* perubahan status gizi. Dalam profil kesehatan tahun 2018, penyebab gizi buruk adalah konsumsi gizi dan infeksi atau penyakit. Kurang konsumsi gizi disebabkan karena sosial ekonomi yang kurang dan pengetahuan tentang gizi yang masih minim.¹⁷ Karena penyebab langsung gizi buruk salah satunya adalah asupan makanan, sedangkan di masyarakat muncul MP-ASI yang dibuat oleh PKL maka dari itu dilakukan penelitian ini yang bertujuan menganalisis perbedaan perubahan status gizi antara anak usia 7-24 bulan yang diberi MP-ASI lokal buatan pedagang kaki lima dan buatan rumah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan jenis penelitian kohort. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober-Maret 2020 di Kota Semarang dengan wilayah kerja menyesuaikan lokasi Pedagang Kaki Lima MP-ASI Lokal yaitu di Kecamatan Tembalang dan Banyumanik. Penentuan sampel ditentukan dengan cara *total sampling*. Ada dua kelompok yaitu kelompok kontrol berjumlah 13 orang yang diberi MP-ASI lokal buatan rumah dan kelompok perlakuan berjumlah 13 orang yang diberi MP-ASI lokal buatan PKL.

Data primer penelitian diperoleh melalui wawancara menggunakan instrumen secara langsung berupa kuesioner dan *recall* 24 jam selama 6 kali, serta pengukuran antropometri yang dilakukan dengan menggunakan timbangan digital. Data sekunder penelitian diperoleh melalui Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2017 dan 2018, serta data balita di wilayah kerja Puskesmas Padangsari.

Analisis data menggunakan uji normalitas, uji Wilcoxon, dan uji Mann-Whitney untuk menguji perbedaan status gizi pre, post, dan delta status gizi antara kelompok, serta perbedaan status gizi awal dan akhir di masing-masing kelompok. Uji regresi log digunakan untuk menguji hubungan variabel terikat yaitu status gizi pre, post, dan delta status gizi dengan variabel perancu yaitu pendidikan formal, pekerjaan, dan kompetensi gizi ibu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Anak	MP-ASI PKL		MP-ASI Rumah		Total	
	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)
Jenis Kelamin						
Perempuan	2	15,38%	10	76,92%	12	46,15%
Laki-laki	11	84,62%	3	23,08%	14	53,85%
Usia						
7-11 bulan						
Laki-laki	9	69,23%	2	15,39%	11	42,31%
Perempuan	1	7,69%	2	15,39%	3	11,54%
12-24 bulan						
Laki-laki	2	15,39%	1	7,69%	3	11,54%
Perempuan	1	7,69%	8	61,53%	9	34,61%
Berat Lahir						
Rendah (<2500 gram)	0	0%	0	0%	0	0%

Normal (≥ 2500 gram)	13	100%	13	100%	26	100%
----------------------------	----	------	----	------	----	------

Tabel 1. Karakteristik Anak Usia 7-24 Bulan

Berdasarkan tabel 1. MP-ASI PKL didominasi oleh anak laki-laki dan MP-ASI Rumah didominasi anak perempuan. Jenis kelamin digunakan untuk menentukan status gizi, karena acuan Z score berbeda antara perempuan dan laki-laki berdasarkan Permenkes No.2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.¹⁸ MP-ASI PKL lebih banyak dikonsumsi oleh anak usia 7-11 bulan, dan MP-ASI Rumah banyak dikonsumsi oleh anak usia 12-

24 bulan. Fakta ini sesuai dengan aturan Permenkes no.41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang dimana anak usia 7-11 tahun dianjurkan diberi makanan lumat dan lembik. Anak usia 12-24 bulan dianjurkan diberi makanan keluarga.¹⁴ Semua responden berat badan lahir normal. BBLR masuk ke dalam kriteria eksklusi dikarenakan anak dengan riwayat BBLR beresiko untuk mengalami pertumbuhan yang tidak normal.¹⁹

Tabel 2. Karakteristik Ibu

Karakteristik Ibu	MP-ASI PKL		MP-ASI Rumah		Total	
	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)
Usia						
26 – 35	8	61,54%	7	53,85%	15	57,69%
36 – 45	5	38,46%	6	46,15%	11	42,31%
Pendidikan						
Dasar	0	0%	1	7,70%	1	3,85%
Menengah	7	53,85%	6	46,15%	13	50%
Atas						
Tinggi	6	46,15%	6	46,15%	12	46,15%
Pekerjaan						
Bekerja	7	53,85%	6	46,15%	15	50%
Tidak Bekerja	6	46,15%	7	53,85%	15	50%
Kompetensi						
Buruk	0	0%	0	0%	0	0%
Cukup	4	30,76%	8	61,54%	12	46,15%
Baik	9	69,23%	5	38,46%	14	53,85%

Berdasarkan tabel 2. usia, pendidikan, dan pekerjaan ibu pada kelompok MP-ASI PKL dan MP-ASI Rumah memiliki persentase hampir rata. Responden paling banyak berusia 26-35 tahun yaitu 57,69%. Pendidikan sebagian besar berpendidikan menengah atas yaitu sebanyak 50,00%.

Pekerjaan ibu antara bekerja dan tidak bekerja memiliki persentase sama. Kompetensi gizi ibu kelompok MP-ASI PKL lebih banyak berkompotensi baik dan untuk MP-ASI Rumah lebih banyak berkompotensi cukup.

Tabel 3. Konsumsi Anak Usia 7-24 Bulan

Konsumsi Anak	MP-ASI PKL		MP-ASI Rumah		Total	
	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)	N (anak)	Persentase (%)
ASI						
Ya	13	100%	13	100%	26	100%
Tidak	0	0,00%	0	0,00%	0	0%
Susu Formula						
Ya	6	46,15%	4	30,77%	10	38,46%
Tidak	7	53,85%	9	69,23%	16	61,54%

Berdasarkan tabel 3. semua responden mengkonsumsi ASI. ASI merupakan kriteria inklusi dikarenakan lama pemberian ASI dapat mempengaruhi status

gizi anak.²⁰ Anak yang mengkonsumsi susu formula pada kelompok MP-ASI PKL lebih banyak persentasenya dibanding dengan anak pada kelompok MP-ASI Rumah.

Tabel 4. Asupan Gizi Tiap Kelompok Berdasar Usia

Zat Gizi	MP-ASI PKL		MP-ASI Rumah	
	7-11 bulan	12-24 bulan	7-11 bulan	12-24 bulan
Energi (kkal)				
\bar{x} asupan dari MP-ASI	53	63	277	385
\bar{x} asupan dari ASI	394	346	396	346
\bar{x} asupan dari sufor	221	276	207	92
\bar{x} total asupan	685	705	880	823
AKE	800	1350	800	1350
Protein (gram)				
\bar{x} asupan dari MP-ASI	1,49	1,78	18,23	25,84
\bar{x} asupan dari ASI	5,06	4,44	5,08	4,43
\bar{x} asupan dari sufor	10,56	13	9,9	4,4
\bar{x} total asupan	17,10	19,42	33,21	34,68
AKP	15	20	15	20

Berdasarkan tabel 4. Pada kelompok MP-ASI PKL asupan energi berdasarkan AKE tidak terpenuhi sedangkan asupan protein terpenuhi. Untuk kelompok MP-ASI Rumah, asupan energi

berdasarkan AKE terpenuhi pada kelompok usia 7-11 bulan sedangkan asupan protein berdasarkan AKP terpenuhi pada semua kelompok usia.

Tabel 5. Hasil perbedaan perubahan status gizi dengan skor Z BB/U

Perubahan Status Gizi	MP-ASI PKL			MP-ASI Rumah			Nilai p
	Mean	N	%	Mean	N	%	
Skor Z BB/U Awal	-0,5724			-0,5933			0,555
Gizi Kurang		0	0%		1	7,69%	
Gizi Normal		13	100%		11	84,63%	
Risiko gizi lebih		0	0%		1	7,69%	
Skor Z BB/U Akhir	-0,6814			-0,6936			0,521
Gizi Kurang		0	0%		1	7,69%	
Gizi Normal		13	100%		11	84,63%	
Risiko gizi lebih		0	0%		1	7,69%	
Delta Skor Z BB/U	-0,1090			-0,1003			0,396

Dari tabel 5. didapatkan bahwa status gizi awal tidak terdapat perbedaan dengan nilai $p=0,555$ artinya kondisi awal antar kelompok MP-ASI PKL dan MP-ASI Rumah adalah homogen. Kemudian setelah satu bulan dilakukan pengukuran status gizi akhir, hasilnya juga tidak ada perbedaan

dengan nilai $p=0,521$. Uji peredaan delta status gizi memiliki nilai $p=0,396$, artinya H_0 diterima dan hipotesis ditolak yaitu tidak terdapat perbedaan perubahan antara anak usia 7-24 bulan yang diberi MP-ASI PKL dan Rumah.

Tabel 6. Hasil perubahan status gizi setiap kelompok

Perubahan Status Gizi	MP-ASI PKL			MP-ASI Rumah		
	N	%	p	N	%	p
Negatif	10	76,92%		6	46,15%	
Positif	2	15,39%		4	30,77%	
Tetap	1	7,69%		3	23,08%	
Jumlah	13	100%	0,023	13	100%	0,507

Dari tabel 6. didapatkan hasil uji beda perubahan status gizi pada kelompok MP-ASI PKL adalah nilai $p=0,023$ artinya ada perbedaan antara nilai Z score awal dan akhir. Perbedaan ini sebanyak 76,92% ke

Perbedaan Perubahan Status Gizi

Tidak adanya perbedaan perubahan status gizi dapat disebabkan karena rata-rata Z Score akhir antara kelompok PKL dan Rumah memiliki selisih yang sangat kecil pada tabel 6. Uji beda status gizi akhir tidak terdapat perbedaan. Nilai rata-rata delta Z Score antara kelompok juga memiliki selisih yang sangat kecil. Hal ini dapat terjadi dikarenakan perubahan BB anak sangat sedikit dalam waktu satu bulan. Namun jika diuji dengan lingkup yang lebih sempit yaitu uji beda pre-post di setiap kelompok, terlihat ada perbedaan pada kelompok MP-ASI PKL. Dijelaskan lebih lanjut pada poin berikutnya.

Hasil penelitian yang sama juga pernah didapatkan oleh Irma Chandra di wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta mengenai hubungan MP-ASI dominan dengan status gizi anak. Didapatkan hasil penelitian bahwa tidak ada hubungan yang bermakna.²¹

Perubahan Status Gizi Anak yang Mengonsumsi MP-ASI Lokal Buatan PKL Selama Satu Bulan

Pengukuran Z score menggunakan indikator BB/U. Status gizi anak secara langsung dipengaruhi oleh faktor penyakit infeksi dan asupan makanan.²² Faktor penyakit infeksi sudah dikondisikan dalam keadaan terkontrol. Maka hal ini dapat disebabkan karena jumlah asupan gizi tidak mencukupi.

Asupan gizi responden terdiri dari makanan pokok dan makanan selingan. Makanan pokok adalah bubur atau nasi tim, ASI, dan sebagian mengonsumsi susu formula. Makanan selingan rata-rata berupa buah. Karena ASI merupakan variabel yang dikondisikan sama untuk setiap anaknya yaitu semua diberikan ASI maka bukan merupakan sebab perbedaan. Buah tidak memberikan pengaruh terhadap status gizi, berdasarkan penelitian Irmawati Berutu mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara konsumsi buah dengan status gizi.²³ Mengenai susu formula, peneliti

arah negatif yang artinya Z score akhir lebih rendah dari awal. Sedangkan untuk kelompok MP-ASI Rumah tidak ada perbedaan Z score antara status gizi awal dan akhir dengan nilai $p=0,507$.

mengabaikannya dan ini merupakan keterbatasan dari penelitian ini. Karena kandungan energi dan protein susu formula cukup tinggi yaitu 69 kkal energi dan 3,3 gram protein per 100 ml. Sehingga asupan energi dan protein setiap individunya berbeda.

Asupan energi dan protein berpengaruh terhadap status gizi anak.²⁴ Kebutuhan energi anak usia 7-11 bulan adalah 800 kkal, anak 12-24 bulan adalah 1350 kkal.²⁵ MP-ASI lokal buatan PKL mengandung energi rata-rata 56,17 kkal. Untuk protein anak usia 7-11 bulan kecukupannya 15 gram dan anak 12-24 bulan 20 gram. Asupan dari MP-ASI PKL rata-rata 1,58 gram. Asupan dari MP-ASI PKL akan mempengaruhi asupan total dari anak. Kontribusi energi rata-rata dari MP-ASI lokal buatan PKL terhadap total asupan adalah 9,6% dan kontribusi protein rata-ratanya 15,68%. Angka ini bisa dikatakan sangat kecil. Hal ini dapat disebabkan karena berdasarkan wawancara dengan pedagang, bahan-bahan yang menjadi komposisi bubur dan tim jumlahnya sedikit dalam kilogram.

Didukung dengan penelitian lain yang pernah dilakukan oleh Shafira Rosmita pada balita di Desa Suci, Gresik mengenai hubungan asupan energi dan protein dengan status gizi balita indikator BB/U. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara asupan energi serta protein dengan status gizi anak. Semakin baik asupan anak maka semakin baik status gizinya.²⁴

MP-ASI PKL adalah termasuk ke dalam MP-ASI lokal yaitu dibuat sendiri dengan bahan-bahan pangan lokal. Karena komposisi bahannya hanya terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, dan buah maka termasuk MP-ASI sederhana. Menurut Permenkes RI No.41 tentang Pedoman Gizi Seimbang, MP-ASI yang baik adalah MP-ASI yang padat energi, protein dan zat gizi mikro (antara lain Fe, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit. C dan Folat), tidak berbumbu tajam,

tidak menggunakan gula dan garam tambahan, penyedap rasa, pewarna dan pengawet, mudah ditelan dan disukai anak, serta diupayakan menggunakan bahan pangan lokal dengan harga terjangkau.¹⁴ Untuk kriteria MP-ASI yang baik sudah terpenuhi oleh MP-ASI PKL kecuali terkait kandungan zat gizinya. Dalam satu cup bubur mengandung 0,16 mg Fe, 2,90 mg Zn, 39,77 mg Ca, 684,41 mcg RE Vit A, 23,07 mg Vit C, dan 105,78 mcg folat. Kandungan gizi tersebut belum memenuhi angka kecukupan vitamin dan mineral perhari dari anak, kecuali Vit. C sudah memenuhi.²⁵

Perubahan Status Gizi Anak yang Mengonsumsi MP-ASI Lokal Buatan Rumah Selama Satu Bulan

Berdasarkan penelitian tidak ada perbedaan Z score antara status gizi awal dan akhir pada kelompok MP-ASI lokal buatan rumah. Pada awal penelitian responden dikondisikan dalam kondisi homogen yaitu tidak ada perbedaan status gizi, lalu setelah satu bulan tetap tidak ada perbedaan. Hal ini dapat diartikan setiap orang rata-rata mendapatkan asupan gizi yang sama dalam kurun waktu satu bulan. Namun asupan gizi yang sama ini bukan berarti memenuhi angka kecukupan gizi sehingga dapat menyebabkan status gizi naik. Hasil penelitian mendapatkan bahwa rata-rata total asupan energi adalah 841 kkal dan protein 34,23 gram. Sedangkan kebutuhan energi anak usia 7-11 bulan adalah 800 kkal dan anak 12-24 bulan adalah 1350 kkal. Lalu kebutuhan protein anak usia 7-11 bulan adalah 15 gram dan anak 12-24 bulan adalah 20 gram.²⁵

Asupan zat gizi anak berasal dari ASI, MP-ASI, dan susu formula. Terkait ASI semua responden diberikan ASI. Kemudian terkait MP-ASI karena merupakan buatan rumah, bahan yang digunakan berbeda-beda. Setelah melakukan recall 24 jam selama 6 kali didapatkan bahwa kontribusi energi rata-rata MP-ASI buatan rumah terhadap total asupan gizi adalah 42,85% dan kontribusi protein rata-ratanya 69,15%.

Penelitian pernah dilakukan oleh Novia Ritasari di Desa Ngimboh, Gresik mengenai hubungan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak. Didapatkan hasil bahwa yang mempengaruhi status gizi anak adalah frekuensi pemberian MP-ASI.²⁶

Berdasarkan penelitian frekuensi pemberian makan pada anak rata-rata sama yaitu 2-3 kali satu hari. Kemudian terkait dengan susu formula hanya 31% anak yang mengkonsumsi pada kelompok MP-ASI Rumah sehingga hanya kelompok minoritas.

Terdapat bias dalam penelitian ini yaitu terkait proporsi usia anak. Responden pada kelompok MP-ASI PKL didominasi oleh kelompok usia 7-11 bulan, sedangkan pada kelompok MP-ASI Rumah didominasi oleh kelompok usia 12-24 bulan. Karena faktor usia dapat mempengaruhi pola pertumbuhan dan status gizi anak.²⁷

Hubungan Antara Pendidikan Formal, Pekerjaan, dan Kompetensi Gizi Ibu dengan Perubahan Status Gizi Anak Usia 7-24 Bulan

Berdasarkan uji regresi log yang dilakukan pada variabel perancu terkait latar belakang karakteristik ibu yaitu pendidikan formal, pekerjaan, dan kompetensi gizi, tidak didapatkan adanya hubungan. Variabel perancu ada sebagai upaya untuk mengetahui apakah ada faktor lain yang mempengaruhi variabel terikat yaitu perubahan status gizi. Dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan. Berarti dalam penelitian ini variabel perancu berupa pendidikan formal, pekerjaan, dan kompetensi gizi tidak berpengaruh. Bisa dipastikan tidak ada hubungan dikarenakan delta status gizi antara kelompok juga tidak terdapat perbedaan. Karena seharusnya variabel perancu ini muncul apabila ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dan terikat dan secara kausal berhubungan dengan variabel ketiga.²⁸

Berdasarkan tabel 2. Pada kedua kelompok baik MP-ASI PKL maupun MP-ASI Rumah jumlah ibu berpendidikan tinggi adalah sama yaitu 46,15%, pendidikan menengah hanya selisih satu orang. Pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi, sehingga makin baik pengetahuannya, akan tetapi seseorang yang berpendidikan rendah belum tentu berpengetahuan rendah.²⁹ Kompetensi gizi ibu yang baik lebih banyak dimiliki oleh kelompok MP-ASI PKL yaitu 69,23%. Namun hal tersebut tidak menjadikan ibu memilih MP-ASI dengan

kandungan gizi yang mencukupi kebutuhan anaknya dikarenakan sebanyak 77% dari ibu yang berkompotensi baik pada kelompok MP-ASI PKL adalah ibu yang bekerja. Pekerjaan adalah perbuatan melakukan suatu kegiatan yang dilakukan untuk mendapat hasil. Pekerjaan berpengaruh terhadap penghasilan dan waktu ibu, dimana tidak ada waktu ibu untuk menyusui maka ibu akan memberinya makanan buatan (MP ASI) bisa berupa susu formula atau makanan.³⁰

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian ini didapat kesimpulan

1. Tidak terdapat perbedaan perubahan status gizi antara anak usia 7-24 bulan yang diberi MP-ASI PKL dan MP-ASI Rumah.
2. Terdapat perbedaan status gizi awal dan akhir anak usia 7-24 bulan yang diberi MP-ASI PKL dalam kurun waktu satu bulan. Status gizi akhir lebih buruk dari status gizi awal.
3. Tidak terdapat perbedaan status gizi awal dan akhir anak usia 7-24 bulan yang diberi MP-ASI Rumah dalam kurun waktu satu bulan.
4. MP-ASI PKL mengandung komposisi gizi yang lebih buruk daripada MP-ASI Rumah yaitu 56 kkal energi dan 1,58 gram protein untuk satu cup.
5. Pendidikan formal ibu, status bekerja ibu dan kompetensi gizi ibu tidak berhubungan dengan perubahan status

gizi, sehingga bukan merupakan variabel perancu dalam penelitian ini.

SARAN

Bagi Mahasiswa

1. Diperlukan adanya penelitian penyempurna dengan mengontrol variabel susu formula dan mempersempit usia menjadi 7-11 bulan untuk mengurangi bias.
2. Disarankan untuk penelitian dilakukan dengan indeks BB/TB agar lebih dapat terlihat perubahannya.

Bagi Institusi Kesehatan

1. Disarankan untuk dilakukan edukasi gizi kepada masyarakat dan pedagang MP-ASI kaki lima terkait asupan gizi yang baik bagi anak usia 7-24 bulan.
2. Disarankan untuk dibuat regulasi terkait pedagang yang menjual MP-ASI agar menerapkan acuan angka kecukupan gizi anak.

Bagi Pedagang MP-ASI Kaki Lima

Disarankan untuk menambah porsi komposisi bahan makanan pada MP-ASI atau diganti dengan bahan makanan tinggi kalori dan harga terjangkau seperti ubi manis, telur, dan mentega.

Bagi Masyarakat

Disarankan untuk yang terbiasa memberi makanan kepada anak MP-ASI PKL supaya menambahkan dengan makanan lain yang tinggi kalori atau protein seperti susu, mentega, keju, alpukat, dan pisang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Riset Kesehatan Dasar 2018.
2. Kemenkes RI No. 12 Tahun 2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.
3. Supriasa. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2001.
4. Humaira H, Jurnal YD, Edison. Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Psikomotorik Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Lapai Padang Tahun 2014. *J Kesehat Andalas*. 2016;5(2):402-408.
5. Hadiana SYM. Hubungan Status Gizi terhadap Terjadinya Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada Balita di Puskesmas Pajang Surakarta. 2013.
6. Soekirman. *Ilmu Gizi Dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional; 2000.
7. Lutviana E, Budiono I. Prevalensi dan Determinan Kejadian Gizi Kurang pada Balita. *J Kesehat Masy*. 2010;5(2):138-144.
8. WHO, Unicef. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. 2003.
9. *Peraturan Menteri Kesehatan*

- Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013 Tentang Angka Kecukupan Gizi.*
10. Istiany A, Rusilanti. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2014.
 11. Izwardy D. *Praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)*. Presented at the: 2018.
 12. Meipita T. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu, Pola Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi pada Bayi Usia 6-12 Bulan. 2009.
 13. Hermina, Prihartini S. Pengembangan Media Poster dan Strategi Edukasi Gizi untuk Pengguna Posyandu dan Calon Pengantin. *Bul Penelit Kesehat*. 2015;43(3):195-206.
 14. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang*.
 15. Arumningtyas RM. Hubungan Jenis Asupan Makanan Pendamping ASI Dominan dengan Perkembangan Anak Usia 6-24 Bulan. 2010.
 16. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2017*.
 17. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2018*.
 18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak.
 19. Hartiningrum I, Fitriyah N. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012-2016. *J Biometrika dan Kependud*. 2018;7(2):97-104.
 20. Fitriana N, Astuti AW. Hubungan Lama Pemberian ASI dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan di Posyandu Biduri Tempel Sidomulyo Bambanglipuro Bantul Yogyakarta Tahun 2010. 2010.
 21. Chandra I. Hubungan Jenis Asupan MP-ASI Dominan dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan. 2010.
 22. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, Onis M. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;7:14.
 23. Berutu I. Hubungan Kebiasaan Konsumsi Buah dan Sayur, Aktivitas Fisik, dan Sosial Ekonomi dengan Status Gizi pada Remaja. 2018.
 24. Diniyyah SR. Asupan Energi, Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Suci, Gresik. *Amerta Nutr*. 2017;1(4):341-350. doi:10.20473/amnt.v1.i4.2017.341-350
 25. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan.
 26. Ritasari N. Hubungan Antara Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Balita Umur 0-12 Bulan di Desa Ngimboh Kecamatan Ujung Pangkah, Gresik. 2009.
 27. Tumbuh G, Anak K. Permenkes RI No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak. 2014.
 28. Wibowo A. *Metodologi Penelitian Praktis*. Jakarta: Rajawali Press; 2014.
 29. Wawan, Dewi. *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
 30. Hasibuan M. *Organisasi Dan Motivasi Dasar Peningkatan Produktivitas*. Jakarta: Bumi Aksara; 2003.

