



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING
AIR SUSU IBU (NON PROGRAM) PADA BAYI USIA 0-12
BULAN DI KECAMATAN SUNGAILIAT
KABUPATEN BANGKA
2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

OLEH:

DESI YANTI

NPM 0606020070

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

**POSTGRADUATE PROGRAM
PUBLIC HEALTH SCIENCE
PUBLIC HEALTH NUTRITION**

Thesis, Juni 2008

Desi Yanti, NPM 0606020070

The Analysis of Factors Related to Complementary Feeding Practices for Infants (nonprogram) ages of 0 – 12 months in Sungailiat, Bangka District on 2008

ix +123 pages, 31 tables, 8 figures, 6 appendices

ABSTRACT

Infant grows very fast. The critical period is started after the age of six months. This is because, in that period giving breastfeeding exclusively to the infant does not sufficiently fulfill the nutrition need. Growth interference in this period is closely related with the infant's feedings. Therefore, if complementary feeding is not given correctly, it will cause the interference of optimal growth.

The research result of complementary feeding increasing program finds that there is a big number of mothers who still do not understand about the way and the right time of complementary feeding. Based on SDKI's data, in 2002-2003, 47,9% of the infant were given prelacteal food and 50% of the infant had been given complementary feeding in the age of less than one month, and in the age of 2-3 months the infant were given solid food. There has not ever been a research about complementary feeding being done in Bangka District.

The aim of this research is to obtain the information about related factors dealing with complementary feeding practices to the infant ages 0-12 months in Sungailiat, Bangka District on 2008. The research uses quantitative approach and cross sectional design. The samples are mothers who have 0-12 months infant and live in Sungailiat, Bangka District. The mothers are characterized as follows; breastfeeding, never been given MPASI donation from the government or complementary feeding program for poor family, and able to participate in the research. The samples are taken by using a rapid survey with cluster design. The cluster is a group of mothers who have homogenic characteristic in the area of Integrated Health Service at Sungailiat. The

sample number is 270 people and 30 clusters, which are chosen randomly. Therefore, each cluster needs 9 respondents. The dependent variable of the research is complementary feeding practices, and the independent variables are mothers' ages, mothers' education, mothers' works, the number of family member, mothers' knowledge about complementary feeding, family income, and the role of medical officers.

The research result shows that complementary feeding practices to the infant ages 0-12 months in Sungailiat has been done and reached 87,0%. 54,7 % of the respondents have complementary feeding practices well and 42,6% of the respondents have not complementary feeding practices very well. The bivariat test by using chi-square shows that there is a relationship between mothers' education ($p=0,086$), mothers' knowledge about complementary feeding ($p=0,002$, OR=2,394; CI (1,410-4,0645) and medical officers' role ($p=0,000$, OR=10,605; CI (5593-20,108) with complementary feeding practices to the infant age 0-12 months in Sungailiat on 2008.

Multivariate analysis with logistic regression shows that the most dominant factor is the role of medical officers, after controlled by variables of mothers' ages, education, works and mothers' knowledge about complementary feeding practices.

Since the determinant factor is the role of medical officers, therefore increasing their knowledges and abilities in nutrition field especially in giving the right food in the right time for infant is the best solution. The importance of giving breastfeeding exclusively and lactation management for mothers who have infant in Sungailiat should run well and continually. Increasing the promotions of giving a health and hygienic complementary feeding Integrated Health Service, Public Health Service and people's meetings, providing the meetings facilities, and nutrition clinic, such as poster, leaflet, booklet, food model. Increasing the promotions of giving brestfeeding exclusively to the teenagers or unmarried woman who are in the fertilities ages, and increasing the motivation for the medical officers especially those who have good achievement in the area of public health service.

References : 92 (1984 -2008)

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
Tesis, Juni 2008**

DESI YANTI, NPM 0606020070

**ANALISIS FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK
PEMBERIAN MPASI (NONPROGRAM) PADA BAYI USIA 0-12 BULAN DI
KECAMATAN SUNGAILIAT KABUPATEN BANGKA 2008**

ix +123 halaman, 31 tabel , 8 gambar, 6 lampiran

ABSTRAK

Bayi mengalami pertumbuhan sangat cepat. Setelah usia 6 bulan merupakan masa paling kritis karena pada saat itu pemberian ASI saja tidak mencukupi untuk pemenuhan kebutuhan gizi. Gangguan pertumbuhan pada periode ini berkaitan dengan praktik pemberian makan bayi, karena itu jika pemberian MPASI tidak diberikan secara tepat akan menyebabkan gangguan pertumbuhan optimal.

Penelitian tentang program peningkatan MPASI menemukan bahwa masih banyak ibu belum mengerti cara pemberian dan waktu tepat memberikan MPASI. Menurut SDKI 2002-2003 sekitar 47,9% bayi mendapat makanan prelakteal dan 50 % bayi sudah mendapat MPASI pada usia kurang dari 1 bulan, bahkan pada usia 2-3 bulan sudah mendapat makanan padat. Di Kabupaten Bangka belum pernah dilakukan penelitian tentang MPASI sebelumnya.

Tujuan penelitian untuk memperoleh informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang. Sampel adalah ibu mempunyai bayi usia 0-12 bulan yang tinggal di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka pada saat penelitian dengan kriteria inklusi masih menyusui, belum pernah diberikan bantuan MPASI oleh pemerintah atau MPASI program gakin dan bersedia mengikuti penelitian.

Cara pengambilan sampel menggunakan survei cepat dengan rancangan kluster. Sebagai kluster adalah kelompok ibu yang mempunyai karakteristik homogen di wilayah posyandu di Kecamatan Sungailiat. Jumlah sampel 270 orang dan 30 kluster, pemilihan secara acak sehingga setiap kluster dibutuhkan 9 responden. Variabel

dependen penelitian adalah praktik pemberian MPASI, sedangkan variabel independen adalah umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu tentang MPASI, pendapatan keluarga dan peran petugas kesehatan. Analisis dengan menggunakan univariat, bivariat dan multivariat.

Hasil penelitian didapatkan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat tahun 2008 sudah dilaksanakan sebesar 87,0%. Dari responden melaksanakan praktik tersebut sebanyak 54,7% dengan praktik pemberian MPASI baik dan kurang baik sebesar 42,6%. Hasil uji bivariat dengan *chi square* ada hubungan bermakna antara pendidikan ibu ($p=0,086$), pengetahuan MPASI ibu ($p=0,002$, OR=2,394 ; CI (1,410-4,065) dan peran petugas kesehatan ($p=0,000$, OR=10,605 ; CI (5,593-20,108) dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008.

Analisis multivariat dengan regresi logistik menghasilkan faktor paling dominan adalah peran petugas kesehatan. Ibu dengan peran atau dukungan kurang baik oleh petugas kesehatan memberikan peluang 10,538 kali untuk melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan ibu dengan peran atau dukungan petugas kesehatan baik setelah dikontrol oleh umur ibu, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan ibu tentang MPASI.

Faktor determinan adalah peran petugas kesehatan yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan di bidang gizi khususnya dalam memberikan makanan tepat pada bayi sesuai dengan waktu dan cara pemberian. Pentingnya pemberian ASI eksklusif serta manajemen laktasi pada ibu mempunyai bayi di seluruh Kecamatan Sungailiat secara benar dan terus menerus. Meningkatkan promosi praktik pemberian MPASI sehat dan higienis di posyandu, puskesmas dan pertemuan warga, penyediaan sarana penyuluhan dan klinik gizi seperti poster, *leaflet*, *booklet*, *food model* atau contoh MPASI dan makanan bergizi seimbang. Meningkatkan promosi ASI eksklusif dengan sasaran remaja atau wanita usia subur belum menikah dan meningkatkan motivasi petugas kesehatan yang berprestasi di tingkat puskesmas.

Daftar Pustaka : 92 (1984-2008)

DAFTAR ISI

	hal
HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
DAFTAR ISTILAH.....	v
DAFTAR LAMPIRAN.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	9
4.1. Tujuan Umum.....	9
4.2. Tujuan Khusus.....	9
1.5. Manfaat Penelitian.....	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Dasar Fisiologis Pemberian Makanan pada bayi.....	12
2.2. Air Susu Ibu (ASI).....	14
2.3. ASI Eksklusif.....	17
2.4. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI).....	18
2.4.1. Pemberian MPASI.....	19
2.4.2. Zat Gizi yang Terkandung dalam MPASI.....	21
2.4.3. Frekuensi Pemberian MPASI.....	23
2.4.4. Syarat-syarat MPASI.....	24
2.5. Makanan Sapihan.....	27
2.6. Masalah pada Pemberian MPASI.....	30
2.7. Faktor Determinan Praktik Pemberian Makanan Bayi.....	35
2.7. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Pemberian Makanan pada Bayi.....	37
2.8.1. Umur dan Paritas.....	37
2.8.2. Pendidikan Ibu.....	37
2.8.3. Pengetahuan gizi Ibu.....	38
2.8.4. Pekerjaan Ibu.....	38
2.8.5. Pendapatan Keluarga.....	39
2.8.6. Jumlah Anggota Keluarga.....	40
2.8.7. Peran Petugas Kesehatan.....	40
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP , HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Teori.....	41

3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	44
3.3. Hipotesis.....	45
3.4. Definisi Operasional.....	46
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN
4.1. Desain Penelitian.....	49
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
4.3. Populasi dan Sampel.....	49
4.3.1. Populasi.....	49
4.3.2. Sampel.....	49
4.4. Besar Sampel.....	52
4.5. Uji Coba Kuesioner.....	54
4.6. Cara Pengumpulan Data.....	54
4.7. Instrumen.....	55
4.8. Cara Pengolahan Data.....	55
4.9. Analisis Data.....	57
4.9.1. Analisis Univariat.....	57
4.9.2. Analisis Bivariat.....	58
4.9.3. Analisis Multivariat.....	58
BAB V	HASIL PENELITIAN
5.1. Gambaran Umum Kecamatan Sungailiat.....	60
5.1.1. Keadaan Geografis dan Kependudukan.....	60
5.1.2. Keadaan Sosial Ekonomi dan Sarana Kesehatan.....	62
5.2. Analisis Univariat.....	63
5.2.1. Praktik Pemberian MPASI.....	63
5.2.1.1. Mulai Usia Diberi MPASI.....	66
5.2.1.2. Pantangan Makanan.....	67
5.2.1.3. Yang Biasa Menyiapkan MPASI.....	68
5.2.1.4. Jenis MPASI dan Frekuensi Pemberian.....	68
5.2.1.5. Keamanan dan Kebersihan Makanan.....	68
5.2.1.6. Yang Biasa Menyampaikan MPASI.....	70
5.2.2. Karakteristik Ibu dan Keluarga.....	70
5.2.2.1. Umur Ibu.....	71
5.2.2.2. Paritas.....	72
5.2.2.3. Pendidikan Ibu.....	72
5.2.2.4. Pekerjaan Ibu.....	72
5.2.2.5. Jumlah Anggota Keluarga.....	73
5.2.2.6. Pendapatan Keluarga.....	73
5.2.3. Pengetahuan Ibu tentang MPASI.....	74
5.2.4. Peran Petugas Kesehatan.....	78
5.2.4.1. Pemberi Petunjuk MPASI.....	79
5.2.4.2. Setuju bila Petugas Kesehatan Memberi Petunjuk tentang MPASI.....	80
5.2.4.3. Setuju bila Petugas Kesehatan Rutin Memberikan Informasi tentang MPASI.....	81
5.2.4.4. Setuju Isi Nasihat Diberikan oleh Petugas Kesehatan tentang MPASI.....	81
5.3. Analisis Bivariat.....	81

5.3.1.	Hubungan antara Umur Ibu dan Praktik Pemberian MPASI.....	83
5.3.2.	Hubungan antara Paritas dan Praktik Pemberian MPASI.....	83
5.3.3.	Hubungan antara Pendidikan Ibu dan Praktik Pemberian MPASI.....	84
5.3.4.	Hubungan antara Pekerjaan Ibu dan Praktik Pemberian MPASI.....	84
5.3.5.	Hubungan antara Pengetahuan tentang MPASI dan Praktik Pemberian MPASI.....	85
5.3.6.	Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dan Praktik Pemberian MPASI.....	85
5.3.7.	Hubungan antara Pendapatan Keluarga dan Praktik Pemberian MPASI.....	86
5.3.8.	Hubungan antara Peran Petugas Kesehatan dan Praktik Pemberian MPASI.....	86
5.4.	Analisis Multivariat.....	87
5.4.1.	Tahap pemodelan.....	88
5.4.1.1.	Model Tahap I.....	89
5.4.1.2.	Model Tahap II.....	89
5.4.1.3.	Model Tahap III.....	91
5.4.1.4.	Model Tahap IV.....	92
5.4.1.5.	Model Tahap V.....	93
5.4.1.6.	Model Tahap VI.....	94
5.4.1.7.	Model Akhir.....	95
BAB VI	PEMBAHASAN	
6.1.	Keterbatasan Penelitian.....	97
6.1.1.	Desain Penelitian.....	97
6.1.2.	Variabel dan Metode Pengumpulan Data.....	97
6.2.	Praktik Pemberian MPASI.....	98
6.3.	Umur Ibu.....	104
6.4.	Paritas.....	105
6.5.	Pendidikan Ibu.....	105
6.6.	Pekerjaan Ibu.....	107
6.7.	Jumlah Anggota Keluarga.....	108
6.8.	Pendapatan Keluarga.....	109
6.9.	Pengetahuan Ibu tentang MPASI.....	111
6.10.	Peran Petugas Kesehatan.....	112
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1.	Kesimpulan.....	114
7.2.	Saran.....	114
7.2.1.	Bagi Dinas Kesehatan.....	114
7.2.2.	Bagi Organisasi Profesi.....	115
7.2.3.	Bagi Peneliti Lain.....	116
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
2.1.	Komposisi Susu Sapi, ASI dan Modifikasi Susu Formula	14
2.2.	Jumlah Minimum Makanan yang Dibutuhkan untuk Memenuhi Kebutuhan Energi dari MPASI dengan Rata-rata Kandungan Energi 0.6, 0.8, atau 1.0 kkal/g pada Anak-anak di Negara Berkembang dengan Asupan Energi dari ASI atau Breastmilk energy	21
2.3.	Pola Campur Makanan Sapihan.....	28
4.1.	Hasil Perhitungan Jumlah Sampel Berdasarkan Berbagai Variabel yang akan Diteliti.....	52
5.1.	Jarak Desa Ke Ibukota Kabupaten/Kecamatan.....	61
5.2.	Luas Daerah dan Kepadatan Penduduk Menurut Kelurahan /Desa Di Kecamatan Sungailiat 2006.....	61
5.3.	Matapencaharian Penduduk menurut Jenis Pekerjaan di Kecamatan Sungailiat 2006.....	63
5.4.	Distribusi Responden menurut Usia Belum Melaksanakan MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	65
5.5.	Distribusi Responden menurut Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	65
5.6.	Distribusi Responden menurut Usia Mulai mendapat MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	67
5.7.	Distribusi Responden menurut Jenis Makanan yang Dipantang Bayi di Kecamatan Sungailiat 2008.....	68
5.8.	Distribusi Responden menurut Frekuensi Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	69
5.9.	Distribusi Responden menurut Membuat MPASI berlebih di Kecamatan Sungailiat 2008.....	70
5.10.	Distribusi Responden menurut Karakteristik Ibu dan Keluarga di Kecamatan Sungailiat 2008.....	71

5.11.	Distribusi Responden menurut Pengetahuan MPASI ibu di Kecamatan Sungailiat 2008.....	75
5.12.	Distribusi Persepsi Responden tentang Peran Petugas Kesehatan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	79
5.13	Distribusi Responden menurut Usia Mulai Mendapat MPASI ibu dan Pemberi Petunjuk /Informasi Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	80
5.14	Hasil Analisis Bivariat menurut Variabel Umur Ibu, Paritas , Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu , Pengetahuan MPASI, Jumlah anggota keluarga, Pendapatan keluarga dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	82
5.15.	Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Independen dengan Praktik Pemberian MPASI.....	88
5.16	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Jumlah Anggota Keluarga, Pengetahuan MPASI Ibu dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	89
5.17	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	90
5.18.	Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Jumlah Anggota Keluarga.....	90
5.19.	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	91
5.20.	Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pengetahuan MPASI.....	92
5.21.	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	92
5.22	Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Umur Ibu.....	93

5.23	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	93
5.24.	Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pendidikan Ibu.....	94
5.25.	Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan Ibu, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	94
5.26.	Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pekerjaan Ibu.....	95
5.27.	Model Akhir Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008.....	96

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		Halaman
2.1	Skema Kecukupan Gizi Selama Penyapihan : Hubungan Pemberian ASI dan MPASI.....	28
2.2	Penyebab Masalah Gizi.....	35
2.3	Faktor Determinan Praktik Pemberian Makanan pada Bayi.....	36
3.1	Kerangka Teori.....	43
3.3	Kerangka Konsep Penelitian.....	44
4.1	Skema Pengambilan Sampel.....	51
5.1.	Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Sungailiat Usia Diatas 10 Tahun 2006.....	62
5.2.	Distribusi Responden yang Melaksanakan Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008.....	64

DAFTAR ISTILAH

ASI	=	Air Susu Ibu
ASI Eksklusif	=	ASI saja yang diberikan pada bayi usia 0-6 bulan tanpa makanan tambahan lain selain vitamin , mineral dan obat-obatan
ASI Predominan	=	Bayi yang mendapat ASI dan makanan berupa cairan dan termasuk vitamin, mineral dan obat-obatan .
ASI Parsial	=	Bayi yang mendapat ASI dan makanan lain sebagai sumber zat gizi selain ASI berupa makanan padat, semi padat, cairan, termasuk vitamin, mineral dan obat-obatan
Kolostrum	=	ASI yang keluar pada hari pertama sampai hari ke 7, kental dan berwarna kekuning-kuningan , mengandung zat kekebalan yang melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi .
MPASI	=	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
Makanan pralakteal	=	Makanan atau minuman yang diberikan kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar, biasanya telah dilakukan 3 hari pertama
Makanan Sapihan	=	Makanan yang dibiasakan atau memperkenalkan bayi kepada makanan keluarga atau makanan biasa. Proses ini dimulai dari usia bayi 6 bulan
MPASI Program	=	MPASI yang berasal dari bantuan program pemerintah untuk anak gizi kurang dari keluarga miskin berupa bubur susu untuk usia 6-11 bulan dan biskuit untuk usia 12-23 bulan.
MPASI Nonprogram	=	MPASI tradisional maupun buatan pabrik yang diberikan kepada bayi usia 0-12 bulan.

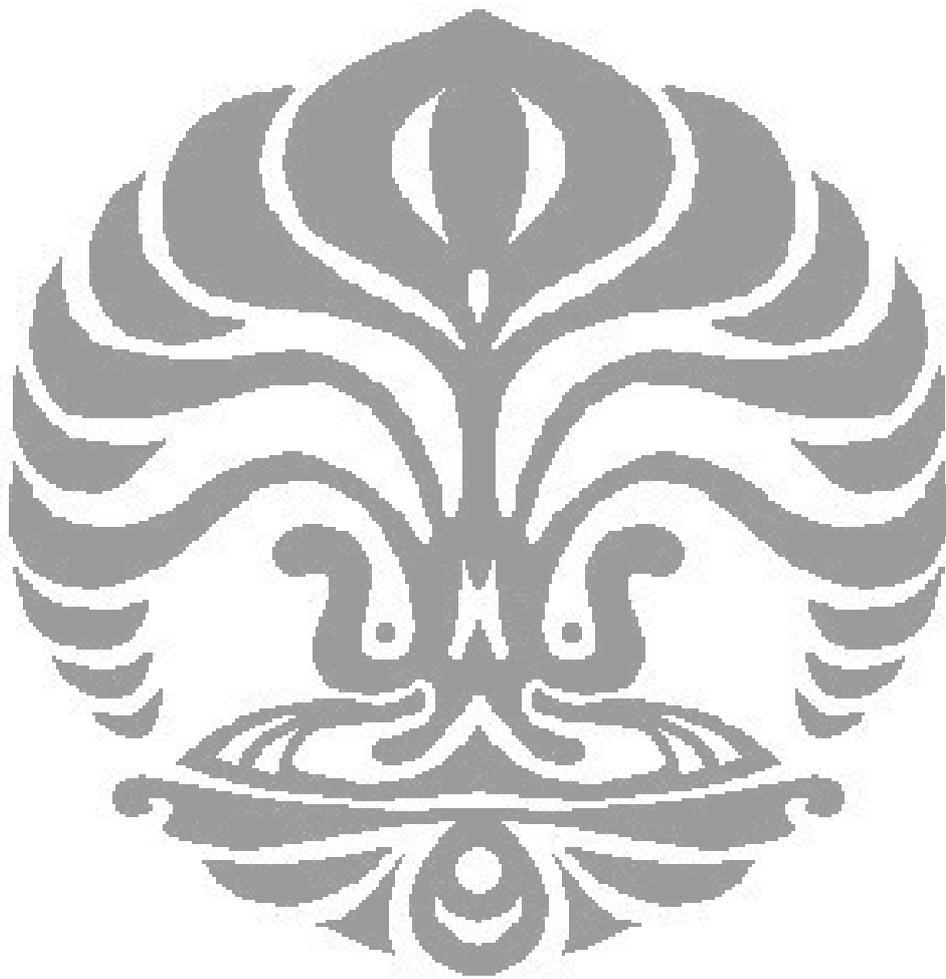
DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Daftar Kuesioner Penelitian Analisis Faktor- faktor yang Berhubungan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka Tahun 2008.
2. Skoring Pengetahuan, Praktik Pemberian MPASI dan Peran Petugas Kesehatan
3. Penjelasan Kuesioner dan Petunjuk Pengisian Kuesioner untuk Pewawancara
4. Penentuan Klaster di Posyandu Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
5. Surat Ijin Penelitian
6. Analisis Data Univariat, Bivariat dan Multivariat dengan Software

**PENENTUAN KLAS TER DI POSYANDU
KECAMATAN SUNGAILIAT**

NO	DESA/ KELURAHAN	NAMA POSYANDU	JUMLAH IBU	JUMLAH KUMULATIF	LETAK KLAS TER
1.	Sungailiat (7 posyandu)	1. Dahlia 2. Melati 3. Kerisi 4. Jebung 5. Delima 6. Pari 7. Kp. Baru	24 46 49 45 27 73 31	24 70 119 164 191 264 295	21 (1) 49 (2) 77 (3), 105 (4) 133(5), 161(6) 189 (7) 217 (8) 245(9), 273(10)
2.	Sri Menanti (6 Posyandu)	8. Bayam 9. Caraka 10. Bahagia 11. Semangka 12. Sejahtera 13. Durian	17 15 9 23 27 12	312 327 336 359 386 398	301 (11) 329 (12) 357 (13) 385 (14)
3.	Kuday (3 posyandu)	14. Cemara 15. Kelapa 16. Bakau	20 15 18	418 433 451	413 (15) 441 (16)
4.	Sinar Baru (9 posyandu)	17. Merpati II 18. Kasturi I 19. Kasturi II 20. Nuri I 21. Nuri II 22. Elang 23. Kakaktua I 24. Kakaktua II 25. Rajawali	13 17 16 12 18 13 12 15 15	464 481 497 509 527 540 552 567 582	469 (17) 497 (18) 525 (19) 553(20) 581 (21)
5.	Kenanga (3 posyandu)	26. Kenanga 27. Tg Ratu 28. Pepabri	43 38 16	625 663 679	609(22) 637 (23) 665 (24)
6.	Parit Padang (10 posyandu)	29. KOMPI 30. Rambak 31. RSS 32. SudiMampir 33. Air Marapin 34. TKMelati 35. SD 15 36. Khimhin 37. Parit 7 38. Lubuk Kelik	8 32 38 18 15 8 7 12 11 8	687 719 757 775 790 798 805 817 828 836	693 (25) 721(26), 749(27) 777 (28) 805 (29) 833 (30)
7.	Rebok (2 posyandu)	39. Rebok 40. Teluk Uber	11 10	847 857	
		40 posyandu	857	857	30 klaster



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indikator gizi dan kesehatan merupakan indikator kemiskinan dari suatu negara. Indikator tersebut terutama adalah status gizi, kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) anak usia 0-5 tahun (prioritas usia 0-2 tahun), bayi berat lahir rendah ($< 2,5$ kg) dan tinggi badan anak masuk sekolah (*school entrance*) (Jahari, et al, 2000).

Salah satu indikator masalah gizi adalah gangguan pertumbuhan yang terjadi terutama pada bayi usia 0 sampai dengan 12 bulan. Gangguan pertumbuhan ini masih menjadi masalah besar karena umur yang kritis berada pada usia tersebut. Penyebab langsung dari masalah kurang gizi pada bayi usia diatas 6 bulan karena asupan zat gizi dari Air Susu Ibu (ASI) saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dan sering terjadi infeksi yang berulang (Lartey et al, 1999 ; Islam et al, 2006). Oleh karena itu mulai usia 6 bulan bayi perlu diberi makan makanan pendamping air susu ibu (MP ASI) yang memenuhi syarat kecukupan gizi, aman dan harganya terjangkau. (Irawati et al, 2002; Atmawikarta, 2007).

Pemberian ASI dan MPASI cukup nilai gizi berperan terhadap pencegahan kematian pada bayi (Atmawikarta, 2007). Sekitar 35 % bayi di seluruh dunia mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan pertama (WHO, 2003). Di Indonesia pemberian ASI eksklusif untuk bayi umur 6 bulan sebesar 18,1 % (Susenas 2005) dan meningkat menjadi 21,2 % pada Susenas 2006. Sedangkan Hasil Susenas 2006

cakupan ASI eksklusif di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung sebesar 11,8% yang meningkat dari tahun sebelumnya 10,6% (Depkes, 2007). Padahal dalam sasaran program perbaikan gizi masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2005a) menetapkan cakupan ASI eksklusif sebesar 80 %.

Pada negara berkembang gangguan pertumbuhan mulai terjadi pada saat diperkenalkan MPASI yaitu usia 6 bulan dan berlanjut sampai usia 18 bulan. Bayi berusia lebih atau sama dengan 6 bulan membutuhkan MPASI karena kebutuhan energi dan zat gizi dibutuhkan untuk menambah ASI bagi kebutuhan fisiologisnya (Islam,et.al , 2006).

Selain faktor asupan gizi dan adanya infeksi, penyebab gangguan pertumbuhan bersifat kompleks. Faktor lain yang berperan adalah kurang memadai praktik pemberian makanan dan pemeliharaan bayi, terbatasnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rendahnya sanitasi (The World Bank , 2006).

Faktor sosial ekonomi masyarakat dan keluarga melalui satu atau kombinasi berbagai faktor antara memengaruhi kesehatan dan gizi pada anak. Berbagai faktor antara tersebut meliputi (a). faktor maternal seperti jarak kelahiran dan umur melahirkan; (b). faktor lingkungan baik fisik maupun budaya, (c). faktor gizi; (d). faktor perlukaan (*injury*); (e).faktor pelayanan kesehatan (Mosley,et.al 1984; Utomo, 1998).

Salah satu faktor penting penentu kesehatan gizi dan anak adalah faktor pemberian dan konsumsi makanan. Menurut Mitzner, et al (1984) faktor ekonomi, sosial, teknologi dan biologi dalam masyarakat berhubungan dengan praktik

pemberian makanan pada bayi. Perubahan atau gangguan terhadap salah satu atau lebih berbagai faktor penentu akan diikuti gangguan terhadap kesehatan dan gizi anak (Utomo, 1998). Pola asuh berperan penting dalam pemberian MPASI pada bayi usia 6-17 bulan (Zeitlin, 2000; Jahari, et al, 2000).

Penelitian tentang program peningkatan MPASI menemukan bahwa masih banyak ibu belum mengerti cara pemberian dan waktu tepat memberikan MPASI. Menurut SDKI 2002-2003 (BPS, 2003) sekitar 47,9% bayi mendapat makanan pralakteal dan 50% bayi sudah mendapat MPASI pada usia kurang dari 1 bulan, bahkan pada usia 2-3 bulan sudah mendapat makanan padat. Menurut Depkes (2005b) Usia rata-rata diperkenalkan MPASI pada usia sangat dini yaitu 1,7 bulan.

Pemberian MPASI pada bayi usia 0-6 bulan dianggap terlalu dini, sebab zat gizi dalam ASI sudah memenuhi kebutuhan bayi selama 6 bulan umur bayi. Setelah 6 bulan bayi diberi MPASI karena zat gizi dalam ASI sudah tidak mencukupi untuk pertumbuhan bayi secara optimal (WHO, 2002).

Pengenalan makanan selain ASI pada usia dibawah 6 bulan akan menurunkan frekuensi dan intensitas pengisapan bayi serta berisiko penurunan produksi ASI (Sunawang, 2000 ; Akre, 1994). Selain itu pengenalan makanan semi padat dan padat pada bayi usia ini dapat berisiko gangguan sistem pencernaan. Gerak refleks dari mulut bayi yang diperkenalkan makanan padat dan semi padat secara dini belum siap untuk menerima. Enzim-enzim pencernaan terutama amilase masih rendah, tetapi karena dirangsang adanya tepung dan bahan lain dalam makanan bayi maka produksi enzim akan meningkat. Akibatnya ginjal akan meningkatkan ekskresi dan menyaring

keberadaan urea yang berasal dari protein yang berlebih (Akre, 1994).

Penyebab gagal tumbuh pada bayi dapat ditelusuri sejak masa kehamilan, bahkan dapat dipengaruhi faktor antar generasi yaitu keadaan gizi ibu waktu dahulu dilahirkan dan tumbuh hingga mengalami kehamilan yang tidak optimal (Kramer, 1987). Setelah bayi lahir, sebagian ibu memberikan MPASI dini yaitu kurang dari usia 6 bulan akibatnya pola ASI eksklusif diberikan kurang dari 30 % ibu (Sunawang, 2000). Dengan menurunnya produksi ASI, juga menurunkan penyerapan mineral besi dan seng yang berasal dari ASI. Bila dikaitkan dengan persediaan zat besi yang sudah rendah pada waktu lahir maka dapat dipastikan sebagian besar bayi akan mengalami anemia pada umur 6 bulan (WHO, 1998).

Penyebab gagal tumbuh lebih lanjut pada usia 6-12 bulan disebabkan pola makanan bayi yang mengalami defisit zat gizi makro (energi) maupun mikro terutama zat besi dan vitamin A serta mineral penting lainnya seperti seng, magnesium dan kalsium dibandingkan dengan kecukupan gizi menurut WHO (Sunawang, 2000; Thaha et al, 2000).

Penelitian Hartini et al (1998) menemukan kualitas dan kuantitas MPASI masih berada dibawah angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG). Masukan energi seluruh makanan bayi berasal dari MPASI sebesar 260 kkal atau 42 % dari total masukan, sedangkan masukan dari ASI sebesar 360 kkal atau 58%. Jadi total masukan energi hanya memenuhi kecukupan 620 kkal atau 86 % dari kecukupan gizi dianjurkan sebesar 720 kkal

Masalah kurang gizi paling kritis jika terjadi pada awal kehidupan anak.

Akibatnya terjadi gangguan kesehatan, perkembangan otak, kecerdasan, kemampuan belajar dan produktifitas bersifat permanen (*irreversible*). Pertumbuhan dan perkembangan bayi tidak optimal akan berdampak menurunnya kualitas sumber daya manusia (SDM). Selain itu penyakit degeneratif timbul pada usia dewasa dikaitkan dengan gangguan gizi pada usia dini (Atmawikarta, 2007).

Upaya penanggulangan yang dilakukan dalam meningkatkan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) adalah dengan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) baik individu, kelompok maupun massa. Cara lain melalui suplementasi dan fortifikasi (Jahari et al, 2000).

Pemberian MPASI tidak tepat akan mengakibatkan terjadinya masalah gizi kurang. Dikarenakan pada usia 6 bulan cadangan beberapa zat gizi dalam tubuh seperti besi, seng dan vitamin C sudah mulai menurun sehingga ASI secara eksklusif tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi, keadaan ini diperberat jika MPASI yang diberikan tidak mencukupi kebutuhan gizi bayi (Truswell,2003).

Prevalensi gizi kurang di negara berkembang sebesar 27 % (RI,WHO,2000) sedangkan di Indonesia sebesar 30,2%, lebih dari 100 kabupaten / kota di Indonesia yang mempunyai prevalensi gizi kurang berdasarkan indeks BB/U (*Z- score* < - 2 *Standar Deviasi*) di atas 30 % (Depkes ,2005b; Atmawikarta ,2007). Bila dilihat dari Susenas 1989- 2005 terdapat kecenderungan penurunan prevalensi gizi kurang yaitu 31,2% (1989) menjadi 19,2 % (2005)(Depkes, 2007).

Menurut Susenas (BPS, 2003) prevalensi gizi kurang terjadi pada bayi terutama pada bayi usia 6-12 bulan. Hal ini disebabkan kualitas zat gizi terutama zat

gizi mikro dan higiene MPASI belum memadai (Utomo,1998). Prevalensi gizi kurang pada umur 7-11 bulan sebesar 20,41 % dan umur 12-17 bulan sebesar 30,47% (Depkes, 2005b).

Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI menemukan adanya beberapa permasalahan seperti faktor karakteristik ibu dan keluarga di antaranya yaitu umur ibu, paritas, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan MPASI, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan peran petugas kesehatan. Faktor umur ibu yang dihubungkan dengan pola pengasuhan anak termasuk dalam praktik pemberian MPASI, yaitu dengan ditemukan prevalensi anak dengan gizi kurang pada umur ibu dibawah 20 tahun (Engle,1991). Studi yang dilakukan Yuliana et al (2002) terhadap pola asuh pemberian makanan bayi di Kota Bogor menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin baik pola asuh pemberian makanan anak ($r=0,29$, $p<0,003$).

Rendahnya pengetahuan ibu dalam memberikan makanan yang baik dan sehat untuk anak di bawah dua tahun adalah penyebab tidak memadainya jumlah dan kualitas MPASI yang diberikan (Latief, et al, 2000). Pada ibu bekerja praktik pemberian makanan kurang baik lebih besar (61,7 %) dibandingkan pada ibu tidak bekerja (35,3%) (Theresiana, 2002).

Meningkatnya pendapatan keluarga akan meningkatkan daya beli , juga mutu makanan yang dibeli termasuk kualitas MPASI pada bayi (Hardinsyah, 1996). Jumlah anggota keluarga juga memengaruhi konsumsi makanan, semakin besar keluarga semakin sedikit zat gizi dapat diterima anggota keluarga (Apriadi, 1986).

Peran petugas kesehatan adalah melakukan pelayanan dasar, pengobatan dan tindakan kesehatan lain (WHO, 1998). Dalam pemberian MPASI peran petugas sangat penting karena promosi pemberian MPASI dilakukan petugas kesehatan yaitu dengan memberi tahu cara dan waktu yang tepat.

Dari permasalahan dan dampak yang ditimbulkan terhadap penurunan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang maka penulis tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian makanan pendamping ASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka tahun 2008.

1.2. Rumusan Masalah

Bayi mengalami pertumbuhan sangat cepat. Setelah usia 6 bulan merupakan masa paling kritis dalam kehidupan manusia, karena pada saat itu pemberian ASI saja tidak mencukupi untuk pemenuhan kebutuhan gizi. Gangguan pertumbuhan pada periode ini berkaitan dengan praktik pemberian makan bayi (Jahari, et al, 2000), karena itu jika pemberian MPASI tidak diberikan secara tepat akan menyebabkan gangguan pertumbuhan optimal.

Praktik pemberian makanan pralakteal, pemberian MPASI terlalu cepat dan MPASI terlalu lambat akan mengakibatkan menurunnya kualitas zat gizi makro yaitu energi dan protein maupun mikronutrien seperti zat besi, vitamin A, C, thiamin dan seng sehingga berdampak pada status kesehatan dan gizi bayi.

Prevalensi gizi kurang balita (0-59 bulan) di Kabupaten Bangka 2005 sebesar 6,6 % (indeks BB/U, *Z score* < -2 SD) dan pada bayi usia 0-12 bulan sebesar 2,3 %. Prevalensi ini terbilang masih rendah jika dibandingkan *cut off point* prevalensi gizi

kurang nasional (20%). Namun prevalensi gizi kurang tertinggi di Kabupaten Bangka adalah di Kecamatan Sungailiat sebesar 17% pada balita dan 4,1 % pada bayi usia 0-12 bulan yang meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 8% dan 3,6% (Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka, 2006). Ini berarti Kecamatan Sungailiat termasuk kecamatan rawan gizi karena dalam standar pelayanan minimal program perbaikan gizi (Depkes RI,2005a) kecamatan dengan prevalensi KEP >15% termasuk daerah rawan gizi.

Penanggulangan masalah gizi kurang pada bayi telah dilakukan di Kabupaten Bangka antara lain dengan pemberian MPASI bantuan program dari Depkes RI untuk keluarga miskin. MPASI ini diberikan pada bayi usia 6-11 bulan dan usia 12-23 bulan yaitu berupa bubur dan biskuit bayi. Untuk bayi usia 6-11 bulan pemberian MPASI sudah mencapai 100% sedangkan usia 12-23 bulan hanya sebesar 32,8%. Oleh karena belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya mengenai pemberian MPASI kepada bayi yang bukan dari bantuan program pemerintah di Kecamatan Sungailiat, maka penulis tertarik untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI non program pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka tahun 2008.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- 1) Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 2) Apakah ada hubungan antara umur ibu dan praktik pemberian MPASI pada

bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?

- 3) Apakah ada hubungan antara paritas dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 4) Apakah ada hubungan antara pendidikan ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 5) Apakah ada hubungan antara pekerjaan ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 6) Apakah ada hubungan antara pengetahuan MPASI ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 7) Apakah ada hubungan antara pendapatan keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 8) Apakah ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 9) Apakah ada hubungan antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?
- 10) Faktor apa yang paling dominan berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008?

1.4. Tujuan Penelitian

4.1. Tujuan Umum

Diperoleh informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka Tahun 2008

4.2. Tujuan Khusus

- 1) Diketahui gambaran umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan MPASI ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 2) Diketahui hubungan antara umur ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 3) Diketahui hubungan antara paritas dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008.
- 4) Diketahui hubungan antara pendidikan ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 5) Diketahui hubungan antara pekerjaan ibu dan praktik pemberian

MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008

6) Diketahui hubungan antara pengetahuan MPASI ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008

7) Diketahui hubungan antara pendapatan keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008

8) Diketahui hubungan antara jumlah anggota keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008

9) Diketahui hubungan antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008

10) Diketahui faktor dominan yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008.

1.5. Manfaat Penelitian

1) Memberikan informasi tentang praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan dan faktor-faktor yang berhubungan kepada pemerintah daerah Kabupaten Bangka sebagai pembuat kebijakan untuk penanggulangan

masalah.

- 2) Memberi masukan kepada perencana program perbaikan gizi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka untuk meningkatkan kualitas praktik pemberian ASI dan MPASI pada bayi usia 0-12 bulan .
- 3) Dipakai sebagai referensi dan bahan untuk penelitian selanjutnya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian pada ibu yang masih menyusui dan yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan serta belum pernah diberikan bantuan MPASI oleh pemerintah atau MPASI program gakin dan bersedia menjadi responden di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka . Alasan memilih ibu yang memiliki anak usia 0-12 bulan dan masih menyusui karena praktik pemberian MPASI dilakukan pada usia tersebut. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2008.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Dasar Fisiologis Pemberian Makanan Pada Bayi

Awal kehidupan bayi merupakan suatu periode yang mempunyai laju pertumbuhan sangat cepat Berat badan meningkat sangat cepat dalam beberapa bulan pertama dan akan menurun sampai akhir tahun pertama. Kebutuhan energi dan nutrien

bagi bayi tidak saja untuk mempertahankan fungsi dan aktifitas tubuh tetapi paling besar proporsinya adalah untuk penyusunan jaringan tubuh (Suhardjo, 2002).

Praktik pemberian makan yang tepat selama bulan-bulan pertama kehidupan bayi diwujudkan oleh kebutuhan gizi dan tingkat kematangan fungsional bayi terutama dalam hal jenis makanan, mekanisme pambuangan dan perlindungannya terhadap infeksi . Secara fisiologis, fungsi ginjal dan saluran pencernaan mengalami perkembangan. Bayi mempunyai kemampuan mengisap dan menelan yang merupakan kemampuan vital selama neonatus dan bulan-bulan pertama kehidupannya. Karenanya pada usia ini bayi sanggup mengisap Air Susu Ibu (ASI), menempatkan ASI di mulut bagian belakang dan kemudian menelannya. Bayi dapat melakukan hal itu selama lima sampai sepuluh menit secara terus menerus sambil bernafas dengan normal (Akre, 1994).

Sebelum berusia enam bulan, bayi belum dapat menerima makanan padat atau setengah padat . Biasanya bayi akan spontan menolak dan mengeluarkan refleks dengan menjulurkan lidah. Setelah usia enam bulan gerakan lidah dan refleks menjulur lidah telah menghilang dan bayi sudah dapat mengatasi makanan semi padat, makanan dapat ditempatkan di pada mulut bagian belakang dan kemudian ditelan, selanjutnya pada usia 7-9 bulan , gerakan gigitan ritmis mulai terlihat pada saat bersamaan dengan tumbuhnya gigi pertama sehingga perkembangan kemampuan mengunyah dimulai. Jadi usia 6 bulan pertama dalam kehidupan bayi normal merupakan tingkat perkembangan fungsional yang memberi kesempatan bayi untuk siap menerima diet esensial yang berbentuk cairan (Akre, 1994).

Dengan bertambah umur, kemampuan mencerna protein , lemak dan karbohidrat meningkat. Pencernaan protein di mulai dengan hidrolisa oleh pepsin. Bayi mudah mencerna protein dari ASI, tetapi mendapat kesulitan mencerna susu sapi yang tidak diproses lebih dahulu, hal itu dikarenakan kasein dalam susu sapi lebih banyak daripada yang dikandung dalam ASI (Suhardjo, 2002).

Didalam usus halus, tripsin dan khimotripsin melanjutkan pekerjaan mencerna protein, tetapi enzim-enzim ini mempunyai kemampuan kerja lebih rendah pada bayi muda dibandingkan dengan anak-anak lebih besar. Asam-asam amino hasil pencernaan protein kemudian diabsorpsi dengan cara mekanisme transpor aktif. Namun demikian masukan protein terlalu tinggi harus dihindari terutama pada bayi prematur dan bayi masih sangat muda, karena beban ginjal terhadap kepekatan cairan (*renal solute load*) sangat berlebihan dapat menyebabkan gangguan keseimbangan asam basa dan keadaan asidosis metabolik (Akre, 1994).

Pencernaan lemak mula-mula juga terjadi dalam lambung yaitu hidrolisa trigliserida oleh lipase. Meskipun aktifitas enzim lipase ini relatif tinggi, namun absorpsi lemak pada bayi kurang efisien dibandingkan dengan orang dewasa disebabkan adanya perbedaan jumlah dan susunan asam empedu. Isi asam empedu dalam usus bayi hanya kurang lebih $\frac{1}{3}$ dari orang dewasa (Johnson, 2000).

Pada bayi baru lahir yang cukup bulan, fungsi pankreas dan hati belum berkembang sempurna, karena itu konsentrasi lipase pankreas dan garam empedu sangat rendah. Tetapi absorpsi lemak cukup adekuat terutama dalam ASI karena

adanya aktifitas lipase lingual dan aktifitas lipase dalam ASI. Lipase lingual disekresi oleh papila-papila pada posterior lidah bayi yang mulai bekerja jika sudah di lambung dan produk lipolisis (asam lemak dan monogliserida) akan berperan dalam emulsifikasi campuran lemak tersebut. Sehingga bayi dapat mengimbangi garam empedu yang masih rendah (Akre,1994).

Bayi yang lahir dengan berat badan cukup mampu mencerna dan mengabsorpsi karbohidrat. Kemampuan kerja laktose mencerna karbohidrat relatif lebih tinggi pada bayi dibandingkan dengan orang dewasa, tetapi aktifitas maltase dan sukrase kurang lebih sama antara bayi dengan orang dewasa.

Sesudah zat-zat gizi dimetabolisme, sebagian besar zat-zat tertentu yang larut dalam air dikeluarkan dari tubuh lewat sistem kerja ginjal. Hasil-hasil produk yang dibuang adalah hasil sisa metabolisme dan elektrolit. Apabila zat gizi banyak ikut terbuang bersama hasil sisa metabolisme ini, maka ini berarti kerja ginjal kurang baik atau reabsorpsi tidak berjalan ekonomis (Suhardjo, 2002).

2. 2. Air Susu Ibu (ASI)

Untuk menjamin keadaan gizi pada bayi maka dibutuhkan energi dan sejumlah nutrien adekuat supaya bayi dapat tumbuh dan berkembang optimal. Pemenuhan zat gizi pada bayi diawal kehidupannya adalah dari air susu ibu (ASI). ASI adalah makanan terbaik bagi bayi karena di dalam ASI mengandung semua unsur nutrien adekuat yang berperan dalam pertumbuhan optimal bayi (WHO,2002).

Kandungan zat gizi dalam ASI adalah karbohidrat berupa laktosa. Lemak

dalam ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh ganda (*polyunsaturated fatty acid*); dan protein utamanya *lactoalbumin* mudah dicerna. Selain itu kandungan vitamin dan mineral banyak. Rasio kalsium : fosfat dalam ASI sebesar 2:1 merupakan kondisi ideal untuk penyerapan kalsium. Disamping itu ASI juga mengandung zat anti infeksi (Arisman, 2004).

Menurut waktu ASI diproduksi maka ASI dapat digolongkan ke dalam kolostrum, ASI peralihan (ASI transisi) dan ASI yang susunannya tetap (ASI mature). Kolostrum adalah ASI pertama kali keluar berwarna kekuningan dan kaya akan zat antibodi seperti faktor bifidus; *Secretory Immunoglobulin A (SIgA)*, *Immunoglobulin M (IgM)*, *Immunoglobulin G (IgG)*; faktor antistafilokokus; laktoferin; laktoperoksidase; komplemen C3 dan C4 ; interferon; lisozim; protein pengikat; limfosit; makrofag; faktor lipid, asam lemak dan monogliserida. Jumlah kolostrum yang tersekresi bervariasi antara 10 – 100 cc (rata-rata 30 cc sehari) (Arisman, 2004)

Menurut Truswell (2003) keuntungan ASI adalah alami dan bersih secara mikrobiologis. Komposisi zat gizi ASI lebih baik daripada susu formula, mengandung komponen anti infeksi : makrofag, limfosit, IgA, laktoferin, lisozyme, komplemen, interferon, oligosakarida (faktor bifidus), sialic acid, xantin oksidase, gangliosides, *glycoconjugates*, *growth factors* dan enzim-enzim. Mengurangi risiko infeksi gastrointestinal, dan respiratori maupun infeksi lain (otitis media, meningitis, infeksi saluran urinary), lymphoma, alergi dan diabetes type 1; mempererat hubungan ibu dan anak, suhunya tepat; ibu juga dapat mengubahnya ke botol susu. Untuk lebih jelasnya perbedaan komposisi susu sapi, ASI dan susu formula seperti pada tabel 2.

1.

Tabel 2.1
Komposisi Susu Sapi, ASI dan Modifikasi
Susu Formula (dalam 100 ml)

Zat Gizi	ASI (mature)	Susu Sapi	Susu Formula
Energy (KKal)	70	67	62
Protein (total) (g)	1,1	3,5	1,5
Casein (% protein)	40%	80%	40%
Karbohidrat (g)	7,4	5,0	7,2
Lemak total (g)	4,2	3,7	3,6
Lemak jenuh (%)	46%	66%	44%
Linoleic (%)	7-11%	3%	17%
Sodium (mmol)	0,6	2,2	0,7
Kalsium (mg)	35	120	49
Fosfor (mg)	15	95	28
Besi (mg)	0,075	0,050	0,8
Vitamin C (mg)	3,8	1,5	6,9
Vitamin D (g)	0,8	0,15	1,1

Ket : Komposisi ASI bervariasi tergantung tahap laktasi, individu dan status gizi ibu

Sumber : Truswell, 2003

ASI peralihan kandungan proteinnya lebih kecil daripada kolostrum, sedangkan kadar lemak dan karbohidrat tinggi begitu juga dengan volumenya. ASI peralihan ini jumlahnya akan berangsur-angsur bertambah sehingga pada waktu bayi berusia tiga bulan dapat diproduksi 800 ml sehari. Kadar zat anti penyakit tidak banyak berubah, tetapi volumenya akan berkurang mulai bayi usia 6-9 bulan (Roesli , 2002).

ASI menyediakan energi yang cukup dan zat gizi makro serta zat gizi mikro yang esensial untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi yang cepat setidaknya pada masa kritis 6 bulan pertama (Golden, 1993).

2.3. ASI Eksklusif

Menurut WHO (2003) Definisi ASI eksklusif (*exclusive breastfeeding*) adalah bayi hanya mendapat ASI tanpa tambahan makanan dan atau minuman lain, kecuali mineral, vitamin dan obat-obatan.

Bayi yang mendapat ASI dan makanan berupa cairan dan termasuk vitamin, mineral dan obat-obatan disebut *predominant breastfeeding*. Sedangkan bayi yang mendapat ASI dan makanan lain sebagai sumber zat gizi selain ASI berupa makanan padat, semi padat, cairan, termasuk vitamin, mineral dan obat-obatan disebut *partial breastfeeding* (WHO,2003).

ASI eksklusif atau pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan lain-lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim (Roesli, 2002).

WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi (WHO,2001). Sedangkan Departemen Kesehatan RI menetapkan pemberian ASI eksklusif sedikitnya selama 6 bulan (SK Menkes RI no.250 / Menkes/SK /IV/2004). Rekomendasi tersebut didasarkan pertimbangan ASI melindungi bayi dari penyakit infeksi, kandungan energi dan zat gizi ASI cukup untuk pertumbuhan bayi sampai usia 6 bulan (WHO,2001; Irawati,2004).

Dari sudut kematangan fisiologis dan kebutuhan gizi , pemberian makanan selain ASI kepada bayi sebelum usia 6 bulan tidak diperlukan karena risiko untuk diare dan penyakit infeksi akan lebih besar (Akre, 1994). Studi longitudinal yang

dilakukan oleh WHO *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) tahun 1997-2003 di 6 negara (Brazil, Ghana, India, Oman, Norway dan USA) tentang praktik pemberian ASI dengan mematuhi 3 kriteria yaitu ASI eksklusif atau predominat setidaknya 4 bulan (120 hari); pengenalan MPASI antara 4-6 bulan (120 sampai 180 hari) dan ASI parsial dilanjutkan setidaknya sampai 12 bulan (365 hari).

Hasil studi tersebut adalah dari 1743 bayi baru lahir sekitar 903 (51,8%) bayi yang di follow up memenuhi 3 kriteria yang ditetapkan, sebanyak 74,7% bayi yang mendapat ASI eksklusif /predominan selama 4 bulan, sekitar 99,5 % bayi mulai diperkenalkan MPASI pada usia 6 bulan dan 68,3 % bayi diberikan ASI parsial sampai usia 1 tahun (WHO, 2006a).

2.4. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI)

Memasuki usia 6 bulan bayi telah siap menerima makanan bukan cair. Pada usia tersebut gigi telah tumbuh, lidah tidak lagi menolak makanan setengah padat dan lambung juga telah lebih baik mencerna tepung (Arisman, 2004). Oleh karena itu saat usia ini bayi sudah mendapatkan makanan pendamping ASI (MPASI).

Definisi Makanan Pendamping ASI atau *Complementary feeding* menurut WHO/PAHO (2003) adalah proses dimulainya makanan lain ketika ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, karena itu dibutuhkan makanan lain dan cairan bersama –sama dengan ASI. Sedangkan menurut Depkes RI (2000) definisi makanan pendamping air susu ibu (MPASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat-zat gizi yang diberikan kepada bayi atau anak untuk memenuhi

kebutuhan gizi di samping ASI.

Pemberian MPASI tidak hanya ditentukan berdasarkan usia bayi saja. Jenis makanan yang biasanya dikonsumsi atau yang mudah didapat di rumah, kondisi lingkungannya, fasilitas untuk penyiapan dan pemberian makanan dengan cara yang mudah dan aman, merupakan faktor yang turut menentukan (Akre, 1994).

Komite Gizi Akademi Pediatrics Amerika menggambarkan 3 tahap makanan bayi yaitu 1). periode perawatan (*nursing period*) yaitu periode ASI atau formula bayi sebagai sumber zat gizi, 2). periode transisi (*transition period*) yaitu periode makanan padat dikenalkan dan 3). periode perubahan ke makanan dewasa (*modified adult period*) yaitu periode hampir semua zat gizi sama dengan dewasa (Lawrence, 1998; Irawati, 2004) .

2.4.1. Pemberian MPASI

Pemberian makanan pendamping ASI diberikan setelah bayi terlihat lapar walaupun telah diberikan ASI dengan baik. Keadaan tersebut disebabkan pada usia 6 bulan cadangan beberapa zat gizi dalam tubuh seperti besi, zink dan vitamin C sudah mulai menurun sehingga ASI secara eksklusif tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi (Truswell,2003).

Menurut Krebs, et al (2007) status gizi ibu dan makanan ibu tidak mempunyai pengaruh kuat pada kandungan mineral dalam ASI, tetapi perubahan fisiologi dalam ASI dan keadaan bayi setelah usia 6 bulan tergantung kepada makanan pendamping ASI yang membutuhkan tambahan zat besi dan zink .

Penelitian yang dilakukan oleh Lartey, et al (1999) pada bayi usia 6-12 bulan di Ghana, Afrika yang menggunakan *weanimix* yaitu campuran sereal dan biji-bijian berhasil meningkatkan status mikronutrien pada grup yang diberikan *weanimix*

Survei yang dilakukan Departemen Pertanian, Perikanan dan Pangan tahun 1992 di Inggris pada bayi usia 6-12 bulan menyebutkan bahwa persentase kontribusi tipe energi yang dikonsumsi pada bayi dengan umur 6 sampai 9 bulan (median energi 792 kkal) berasal dari makanan keluarga sebesar 30%, formula bayi 23%, makanan bayi 23%, susu sapi 18% dan ASI 6%. Sedangkan pada bayi usia 9-12 bulan (median energi 894 kkal), makanan keluarga sebesar 53%, susu sapi 28%, makanan bayi 11%, formula bayi 7% dan ASI 1% (Truswell, 2003).

Menurut Karmini et al, (2002) ada tiga jenis makanan yang diberikan sebagai pendamping ASI yaitu : 1) makanan tunggal seperti pisang, bubur nasi, madu dan makanan jajan, 2). MPASI dapur ibu dan MPASI tradisional seperti bubur campur dan 3) MPASI produk industri. Seiring kemajuan zaman, MPASI sudah mulai diolah dalam bentuk tepung atau serpihan yang dibuat secara komersil. Umumnya MPASI ini dibuat dari sereal seperti beras, jagung, gandum dan sorgum, kacang hijau, kedelai, kacang tanah dan produk susu.

Rekomendasi WHO/UNICEF dalam *WHO Child Growth Standard* (2006) tentang pemberian makanan pada bayi usia 6 bulan sampai 1 tahun adalah sebagai berikut :

1. Berikan Air Susu Ibu (ASI) sesering bayi inginkan
2. Pengenalan makanan pendamping ASI dimulai dalam jumlah yang kecil pada usia

6 bulan (180 hari). Memperkenalkan satu makanan baru dahulu , tunggu 3 sampai 4 hari untuk meyakinkan ibu apakah bayi dapat mentolerir makanan baru tersebut sebelum meperkenalkan makanan lainnya.

3. Berikanlah anak makanan pokok dan sumber pangan hewani yang bervariasi dan makanan bergizi lainnya
4. Tingkatkan jumlah makanan sesuai pertambahan umur anak ketika ASI sudah mulai jarang diberikan
 - a. Pada usia 6-8 bulan , mulai dengan menyajikan 2-3 sendok makanan selama 2-3 kali per hari. Tingkatkan jumlah secara bertahap sampai $\frac{1}{2}$ cup. Pada usia 8 bulan anak mulai dibiarkan mencoba makan sendiri, tapi siap untuk membantu anak. Hindari makanan yang dapat menyebabkan anak tersedak (seperti kacang, anggur, wortel mentah). Berikan 1-2 snack antara makan tergantung selera anak.
 - b. Pada usia 9-11 bulan, sajikan makanan dengan dicincang halus atau bubur sehingga bayi dapat menerimanya, sekitar $\frac{1}{2}$ cup, untuk 3-4 kali makan perhari , ditambah 1-2 kali makanan selingan tergantung selera anak.
5. Anak makan dengan piring atau mangkuk sendiri
6. Membantu bayi makan dengan sabar. Bicara dengan kasih sayang , tatap matanya dan jangan dipaksa.
7. Jika anak kurang tertarik pada waktu makan, alihkan perhatiannya dan cobalah menjaga anak tetap tertarik dengan makanan
8. Setelah usia enam bulan, bayi membutuhkan lebih banyak air meski anak

minum susu. Untuk mengetahui jika anak masih haus setelah makan, berikan anak air minum (sudah dimasak dan dingin).

2.4. 2. Zat Gizi yang terkandung dalam MPASI

Makanan bervariasi menjamin kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk bayi seperti daging, ayam, ikan dan telur harus dimakan setiap hari atau sesering mungkin. Vitamin A kaya didalam buah-buahan dan sayuran juga harus dikonsumsi dalam makanan setiap hari (WHO/PAHO, 2003)

Kebutuhan energi bagi bayi dari MPASI dengan rata-rata asupan ASI di negara berkembang sekitar 200 kkal per hari pada usia 6-8 bulan, sekitar 300 kkal per hari pada usia 9-11 bulan dan pada usia 12-23 bulan sekitar 550 kkal per hari. Di negara industri ada perbedaan sekitar 130 kkal, 310 kkal and 580 kkal per hari pada usia 6-8 bulan, 9-11 bulan dan 12-23 bulan karena adanya perbedaan dalam rata-rata asupan ASI (WHO/PAHO, 2003).

Jumlah minimum makanan yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan energi dari MPASI dengan rata-rata kandungan energi 0.6, 0.8, atau 1.0 kkal/g pada anak-anak di negara berkembang dengan asupan energi dari ASI atau *breast milk energy* (BME) rendah atau rata-rata, menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2
Jumlah Kebutuhan Minimum Makanan yang dibutuhkan untuk memenuhi Kebutuhan Energi dari MPASI dengan Rata-rata Kandungan Energi 0.6, 0.8, atau 1.0 kkal/g pada anak-anak di Negara Berkembang dengan Asupan Energi dari ASI atau *breast milk energy* (BME)
Kandungan

Energy (kkal/g)	Kelompok umur					
	6-8 bulan		9-11 bulan		12-23 bulan	
	rendah BME	rata-rata BME	rendah BME	rata rata BME	rendah BME	rata -rata BME
0.6	3.7	2.4	4.1	2.8	5.0	3.7
0.8	2.8	1.8	3.1	2.1	3.7	2.8
1.0	2.2	1.4	2.5	1.7	3.0	2.2

Keterangan :

- Estimasi total energi yang dianjurkan berdasarkan kebutuhan rata-rata plus 25% (2SD), untuk memenuhi kebutuhan 97.5% pada populasi
- Asumsi kapasitas fungsional lambung atau *gastric capacity* (30 g/ kg reference BW) adalah 249 g/meal pada usia 6-8 bulan, 285 g/meal pada usia 9-11 bulan dan 345 g/meal pada usia 12-23 bulan (WHO/UNICEF, 1998)
- Rata-rata BME: 413 kcal/d pada usia 6-8 mo, 379 kcal/d pada usia 9-11 bulan dan 346 kcal/d pada usia 12-23 bulan (WHO/UNICEF, 1998)

Sumber : *Guiding Principles complementary feeding of breastfed children*(WHO/PAHO, 2003)

Pertumbuhan dan perkembangan selama dua tahun pertama kehidupan bayi sangat cepat sehingga kebutuhan zat gizi per unit berat badan bayi sangat tinggi. ASI dapat menyumbang substansi asupan total nutrien pada anak usia diatas 6 bulan, terutama protein dan beberapa vitamin. ASI secara relatif rendah kadar beberapa mineral seperti zat besi dan zink, meski setelah dihitung untuk *bioavailability*. Misalnya proporsi asupan zat besi yang dibutuhkan dari MPASI adalah 97 % dari besi, 86 % dari zink, 81 % dari posfor, 76% dari magenesium, 73 % dari natrium dan 72 % dari kalsium pada bayi usia 9-11 bulan (WHO/PAHO, 2003).

Persentase energi dari lemak dalam MPASI dibutuhkan untuk memenuhi level 30-45 % dari energi yang berasal dari lemak. Total diet tergantung pada asupan ASI dan kandungan lemak pada ASI. Pada bayi di negara berkembang konsumsi rata-rata ASI dengan konsentrasi lemak normal (38 g/L).

2.4.3. Frekuensi Pemberian MPASI

Frekuensi pemberian makan bayi disesuaikan perkembangan umurnya (Lawrence,1998). Pemberian pertama cukup dua kali sehari, satu atau dua sendok teh penuh. Jika bayi telah menyukai makanan maka akan mengkonsumsi 3 sampai 6 sendok makan penuh setiap kali makan.

Pada usia 6 sampai 9 bulan bayi setidaknya-tidaknya memerlukan empat porsi dan selingan berupa buah-buahan atau biskuit Setelah usia 9 bulan bayi telah mempunyai gigi dan mulai pandai mengunyah kepingan makanan. Sekitar umur 1 tahun bayi sudah mampu makan makanan orang dewasa, pada saat itu sudah bisa makan empat sampai lima kali sehari.

Menurut WHO/PAHO (2003) dalam ' *Guiding principles complementary feeding of breastfed child* ' semakin bertambah umur anak memerlukan sejumlah makanan pendamping, kandungan energi berasal dari makanan lokal yang biasa dikonsumsi setiap kali makan. Rata-rata konsumsi MPASI pada bayi sehat dan masih menyusu adalah 2-3 kali sehari pada usia 6-8 bulan, 3-4 kali pada usia 9-11 bulan dan 12-24 bulan dengan tambahan makanan selingan bergizi yang diberikan 1-2 kali sehari sesuai selera anak.

2.4.4. Syarat –syarat MPASI

Penelitian tentang pola pemberian MPASI menyebutkan bahwa penyebab terjadinya gagal tumbuh pada bayi usia 0-1 tahun adalah defisit kualitas dan kuantitas MPASI yang dipersiapkan dari dapur ibu (Sunawang, 2002). Data dari SDKI

(BPS, 2003) menunjukkan bahwa makanan sumber hewani sangat sedikit diberikan dalam MPASI dan ibu cenderung menunda pemberian jenis makanan hewani sampai usia bayi mendekati satu tahun.

Oleh karena itu diperlukan terobosan dalam memecahkan masalah gizi dengan cara ; 1). menganalisa faktor penghambat dalam memperbaiki kemampuan dapur ibu dalam mempersiapkan MPASI yang mencukupi kebutuhan gizi , atau 2) menelaah kemungkinan MPASI dari luar dapur ibu terutama peluang sektor industri pangan yang dikenal dengan MPASI buatan pabrik atau pabrikan.

Dari hasil survei pendahuluan pembuatan industri MPASI, pada umumnya masyarakat menyadari pentingnya makanan untuk anaknya. Hambatan yang ditemui antara lain anak tidak suka makanan yang disediakan atau dibuatkan oleh ibu dan daya beli makanan dari sumber hewani yang kurang (Komari, 2000).

Permasalahan besar adalah defisit zat besi yang hanya terpenuhi 13 % dari yang dianjurkan, karena itu pemecahannya dengan menambahkan zat gizi mikro dari luar, baik berupa suplementasi maupun fortifikasi (Sunawang, 2002).

Untuk mendapatkan MPASI yang berkualitas dan memenuhi kebutuhan gizi diperlukan syarat-syarat sebagai berikut :

1. Organoleptik

Mutu organoleptik meliputi aroma, tekstur atau konsistensi , penampilan dan rasa. Dengan penampilan fisik yang baik , MPASI diharapkan dapat diterima oleh anak. Untuk itu harus disesuaikan dengan keadaan dan kebiasaan daerah setempat, seperti pemberian MPASI di puskesmas Parung, Bogor yang membuat tepung dari

bahan baku kacang hijau, tepung terigu dan gula. Di Puslitbang Gizi Bogor dengan menggunakan makanan formula tempe serta ditemukannya MPASI komersial yang banyak dijual di desa (Komari, 2000).

2. Kandungan Zat Gizi

Berdasarkan *Codex Alimentarius Commission* (1991) mensyaratkan setiap MPASI mengandung minimal energi 400 kkal/100 gr, protein 15 gram/100 gram, skor asam amino 70 % casein, lemak 10-25 gram/100 gram, asam linoleat 1,4 gram/100 gram, serat kasar 5 gram/100 gram, vitamin A, D, E, C, B1, B2, B6, Folat, mineral kalsium, Fe, Zink dan Yodium.

3. Sifat Fisika

Kepadatan energi atau densitas energi yaitu jumlah kkal energi yang dihasilkan dalam 1 gram produk siap makan. Densitas energi yang harus dipenuhi untuk kebutuhan MPASI sebesar 120-140 kkal/100ml. Jika dibuat dalam bentuk tepung sekitar 95% melewati ayakan 600 mikron dan 100% harus melewati 1000 mikron. MPASI juga tidak menimbulkan agregasi partikel dan ukuran partikel makanan yang dianjurkan harus cukup kecil sehingga mudah dicerna oleh bayi.

4. Sifat Biologi

Mutu biologi meliputi mutu protein seperti nilai Protein Efisiensi Rasio (PER), atau nilai skor protein atau komposisi asam amino. Serta ketersediaan hayati vitamin dan mineral (Karmini, et al, 2002). Ada berbagai jenis pengolahan MPASI yang disajikan yaitu : 1) makanan dalam bentuk tepung kering sereal dan kacang-kacangan dengan kadar air yang cukup rendah, 2) makanan bentuk sederhana atau

campuran dari tepung sereal yang diolah dengan cara dimasak sebagian, dimasak terlebih dahulu dan tepung yang terdekstrinisasi. 3) makanan bentuk tepung yang diolah menggunakan enzim, sehingga terjadi pemecahan karbohidrat kompleks. 4) pasta dan 5) biskuit.

Makanan harus diolah dari bahan-bahan makanan yang bersih dan aman. Dapat juga ditambahkan bahan lainnya untuk membantu mempertahankan konsistensi dan rasa makanan seperti gula, garam, coklat dan lainnya. Makanan yang berbentuk biskuit agar mudah dikunyah dapat ditambah air untuk menghasilkan konsistensi yang sama dengan tepung (Komari, 2000).

Penelitian yang dilakukan oleh Direktorat Bina Gizi Masyarakat tahun 1999 di 15 propinsi di Indonesia menunjukkan bahwa makanan utama pembuatan MPASI untuk sumber energi berasal dari beras/tepung beras sedangkan dari sumber protein yang terbanyak dari kacang hijau. Makanan lain memegang peranan adalah pisang dan sayur-sayuran sebagai sumber vitamin dan mineral. Penambahan bumbu sebagai pemberi rasa juga banyak ditemukan seperti gula, minyak dan santan (Komari, 2000)..

Dari penelitian tersebut mendasari Depkes dalam menyelenggarakan program MPASI untuk anak dibawah usia satu tahun (6-12 bulan) dengan memberikan jenis bubur bayi dalam bentuk tepung dengan rasa pisang, kacang hijau dan vanila dalam program pemberian MPASI pabrikan untuk penanggulangan masalah gizi bayi dibawah 1 tahun di keluarga miskin (Depkes, 2000).

2. 5. Makanan Sapihan

Menurut arti harfiah sapihan atau *weaning* adalah membiasakan atau memperkenalkan bayi kepada makanan keluarga atau makanan biasa. Dalam kamus kesehatan Inggris – Indonesia (Hartono, 2002) *weaning* atau menyapih harus dilakukan dengan menghentikan pemberian ASI atau susu botol dengan menggantikannya dengan kebiasaan makanan lain misalnya makanan padat; tindakan ini harus dilakukan secara bertahap dimulai pada usia 6 bulan.

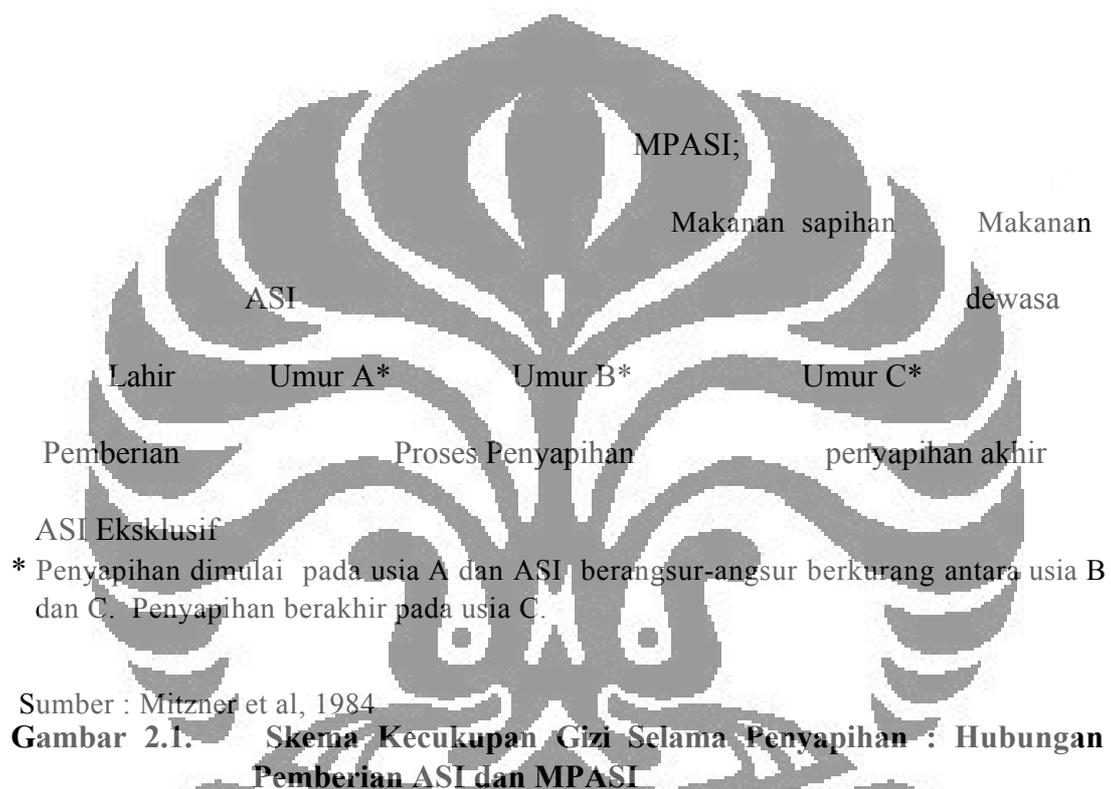
Sedangkan menurut Lawrence (1998) *weaning* tidak berarti menghentikan sama sekali pemberian ASI, tetapi menambah dengan makanan lain, seperti makanan setengah padat dan padat secara bertahap dan biasanya akan total menyapih pada usia 2 tahun.

Proses penyapihan adalah suatu perubahan progresif pemberian makanan pada bayi dari yang semula hanya mendapat ASI sebagai satu-satunya sumber makanan menuju kepada suatu jenis makanan sehari-hari keluarga (Akre,1994). Proses ini dimulai pada saat yang berbeda, beberapa kelompok masyarakat mempunyai budaya tertentu misalnya bayi tidak boleh disapih sebelum berusia 6 bulan, bahkan ada yang baru mulai penyapihan diatas 2 tahun (Arisman, 2004). Penghentian proses menyusui bayi berlangsung secara bertahap, sehingga masalah gizi dapat dikurangi sampai taraf yang sekecil-kecilnya (Beck, 2000).

Konsep makanan sapihan sebagai makanan pelengkap mempunyai tujuan sebagai tambahan, atau melengkapi air susu ibu. Karena alasan inilah proses menyapih kadang-kadang dirujuk sebagai makanan pelengkap atau makanan yang mendamping

air susu ibu (Mitzner et al, 1984). Gambar 2.1 menunjukkan kecukupan gizi selama penyapihan dan hubungan pemberian ASI dengan MPASI.

Kecukupan zat gizi



Makanan sapihan ideal harus mengandung makanan pokok berupa makanan biasa dikonsumsi oleh keluarga yang mengandung tepung seperti beras, jagung, gandum, kentang, tepung maizena ditambah bahan makanan lain seperti kacang, sayuran berdaun hijau atau kuning, buah, daging hewani, dan minyak atau lemak (Arisman, 2004)

Cara memberi makan pada bayi yang baik adalah disuapi dengan sendok

sedikit demi sedikit. Biasanya bayi membutuhkan waktu beberapa hari untuk menyukai cita rasa makanan baru. Setelah terbiasa bayi diperkenalkan lagi makanan jenis lain, pemberiannya secara dicincang halus kemudian dicampur dengan bahan makanan pokok atau diberikan secara terpisah.

Ada tiga macam campuran bahan makanan yang diberikan kepada bayi. Campuran pertama yaitu campuran menggunakan dua jenis bahan atau campuran sederhana, campuran menggunakan tiga jenis bahan dan campuran yang menggunakan empat jenis bahan atau campuran majemuk. Tabel 2.3 memperlihatkan contoh campuran jenis bahan makanan sapihan.

Tabel 2.3
Pola Campuran Makanan Sapihan

1. Campuran Sederhana
Makanan pokok + kacang-kacangan
Makanan pokok + hewan
Makanan pokok + sayuran
2. Campuran Majemuk
a. Menggunakan tiga bahan
Makanan pokok + kacang-kacangan + hewani
Makanan pokok + kacang-kacangan + sayuran
Makanan pokok + hewan + sayuran
b. Menggunakan empat bahan
Makanan pokok + kacang-kacangan + hewan + sayuran

2.6. Masalah pada Pemberian MPASI

Praktik pemberian makanan kepada bayi secara benar merupakan salah satu upaya agar tidak terjadi gagal pertumbuhan. Praktek pemberian yang benar pada bayi usia 0-6 bulan adalah dengan ASI eksklusif. ASI merupakan makanan terbaik bayi usia 0-6 bulan karena mengandung energi dan semua zat gizi serta mengandung zat kekebalan (Irawati, 2004).

WHO menganjurkan pemberian ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan. Di negara berkembang termasuk Indonesia sebagian besar bayi mendapat ASI tetapi durasinya cenderung pendek (Utomo, 2004). Menurut Depkes (2000) ada beberapa permasalahan dalam praktik pemberian MPASI pada bayi usia dibawah dua tahun yaitu :

1) Pemberian makanan pralakteal

Pemberian makanan pralakteal yaitu pemberian makanan atau minuman kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar, biasanya telah dilakukan 3 hari pertama (Suhardjo, 2002; Fikawati, 2003). Jenis makanan pralakteal seperti air kelapa, air tajin, air madu dan pisang. Menurut SDKI (BPS, 2003) sekitar 48 % bayi sudah mendapat makanan pralakteal. Studi yang dilakukan oleh Thaha et al (2000) sebanyak 75 % ibu memberikan makanan pralakteal pada bayi berupa air putih (48%) dan madu (33%)

2) Kolostrum dibuang

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan berwarna kekuning-kuningan. Masih banyak ibu tidak memberikan kolostrum kepada bayinya, padahal kolostrum mengandung zat kekebalan yang melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi (Depkes, 2000).

3) Pemberian MPASI terlalu dini atau terlambat

Pemberian MPASI pada bayi usia 4 bulan dianggap terlalu dini, karena kandungan zat gizi dari ASI dapat mencukupi kebutuhan bayi sampai 4-6 bulan pertama kehidupan. Selain itu pemberian MPASI terlalu dini memberi peluang bayi mendapat diare akibat terkontaminasi makanan kurang higienis (WHO, 2001).

Pemberian makanan tambahan terlalu dini dapat menurunkan konsumsi ASI. Bayi akan mengalami gangguan pencernaan, seperti pemberian nasi pisang pada bayi baru berumur beberapa hari. Anak akan merasa kenyang dan minum susu lebih sedikit sebagai akibat asupan kalori bertambah dan protein berkurang. Berat badan anak dapat lebih dari normal. Meskipun jaringan subkutan tebal, otot-otot atropi dan kurang sehat. Perkembangan motorik bisa terlambat dan daya tahan terhadap infeksi menurun (*sugar baby*) (Badriyah, 2001).

Selain itu adanya promosi serta iklan produk susu dan MPASI yang beredar di pasaran menyebabkan bayi sudah mendapat MPASI sebelum waktunya. Menurut WHO (2003) makanan bayi komersial digunakan oleh bayi usia 1-3 bulan sebanyak 20-35% dan sekitar 47-70% pada bayi usia 4-5 bulan. Sekitar 20-53% bayi menerima susu di sarana pelayanan kesehatan ketika dilahirkan.

Dari hasil monitoring pemasaran pengganti ASI (PASI) 2005 adanya pelanggaran kode internasional tentang cara mempromosi kecukupan dan keamanan gizi bayi. Kode ini berlaku bagi produk yang dipasarkan sebagai pengganti ASI baik secara total maupun parsial, seperti susu formula, susu lanjutan, susu khusus, sereal, jus, campuran sayur dan teh bayi, juga berlaku terhadap botol dan dot (BK.PP-ASI/

YASIA, 2005).

Kebiasaan memberi air putih dan cairan lain seperti teh, air manis, dan jus kepada bayi menyusui dalam bulan-bulan pertama, umum dilakukan di banyak negara. Kebiasaan ini seringkali dimulai saat bayi berusia sebulan. Riset yang dilakukan di pinggiran kota Lima, Peru menunjukkan bahwa 83% bayi menerima air putih dan teh dalam bulan pertama. Penelitian di masyarakat Gambia, Filipina, Mesir, dan Guatemala melaporkan bahwa lebih dari 60% bayi baru lahir diberi air manis dan/atau teh. (Linkages, 2002).

Alasan untuk memberi tambahan cairan kepada bayi berbeda sesuai nilai budaya masyarakat masing-masing. Alasan yang paling sering dikemukakan adalah: diperlukan untuk hidup, menghilangkan rasa haus, menghilangkan rasa sakit (dari sakit perut atau sakit telinga), mencegah dan mengobati pilek dan sembelit, menenangkan bayi/membuat bayi tidak rewel (Linkages, 2002).

4) MPASI yang diberikan tidak cukup

Pemberian MPASI pada usia 6-24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Studi multisenter yang dilakukan di 6 lokasi di Indonesia menunjukkan bahwa rata-rata masukan energi dari MPASI menurut golongan umur 6-8 bulan sekitar 146-267 kkal/hari atau antara 60 %-100 % kecukupan. Untuk umur 9-11 bulan sekitar 208-364 kkal/hari atau 50 %-60% kecukupan. Dari data tersebut meskipun mendekati kecukupan tetapi proporsi anak tidak tercukupi masukan energinya bisa sangat tinggi (Karmini et al, 2002).

Selain itu adanya adanya kepercayaan bahwa anak tidak boleh makan ikan .

Kebiasaan tidak menggunakan santan atau minyak pada anak, akhirnya dapat menyebabkan anak menjadi kurang gizi terutama energi dan protein serta beberapa vitamin yang larut dalam lemak (Depkes, 2000).

5) Pemberian MPASI sebelum ASI

Pada anak yang sudah mendapat makanan pendamping ASI di usia 6 bulan. Pemberian ASI sebaiknya tetap diberikan terlebih dahulu baru diberikan MPASI. Pemberian ASI yang dilakukan sesudah MPASI dapat menyebabkan ASI kurang dikonsumsi dan akhirnya produksi ASI akan menurun.

6) Frekuensi Pemberian MPASI kurang

Semakin bertambah usia bayi, semakin besar frekuensi dalam pemberian makanan tambahan. Jumlah tepat tergantung pada kandungan energi makanan lokal yang biasa dikonsumsi bayi dan harus disesuaikan dengan kebutuhan gizinya. Frekuensi kurang berakibat anak akan mengalami masalah gizi (WHO/PAHO, 2003).

7) Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja

Pada daerah kota dan semi perkotaan, dimana banyak ibu bekerja ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini dikarenakan ibu kembali bekerja. Penghentian pemberian ASI ini akan menyebabkan kebutuhan gizi anak menjadi kurang apalagi jika pemberian MPASI juga kurang memadai. Menurut Suhardjo (2002) diantara ibu bekerja lebih lama di luar rumah dan memberikan makan pada anaknya lebih sering, persentase berat badan terhadap umur akan meningkat dibandingkan kelompok ibu bekerja lebih singkat diluar rumah.

8) Kebersihan kurang

Kebersihan kurang terutama pada saat ibu menyiapkan dan memberikan makanan pada anak. Masih banyak ibu menyuapi anak dengan tangan, menyimpan makanan tanpa ditutup dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya sehingga anak mudah terkena penyakit infeksi dan diare.

9) Prioritas gizi yang salah pada keluarga

Dalam keluarga biasanya lebih memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih tua seperti ayah, sehingga bila makan bersama, anak sering mendapat porsi tidak sesuai dengan kebutuhannya.

10) Pemberian MPASI pada anak yang sakit atau ibunya sakit

Pada bayi yang sedang menderita sakit tidak ada alasan untuk menghentikan pemberian ASI, walaupun hanya sementara sekalipun misalnya pada waktu diare. Menurut rekomendasi WHO (2003), bayi harus mendapat ASI eksklusif pada enam bulan pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan MPASI sambil tetap diberikan ASI. Tetapi ada sejumlah bayi yang tidak dapat mendapat keuntungan dari ASI pada awal kehidupannya atau ASI dihentikan sebelum berusia 2 tahun karena ibunya mengidap *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* positif.

Untuk mengurangi risiko penularan maka direkomendasikan untuk mengganti dengan makanan yang dapat layak diterima, terjangkau, disukai, berlanjut dan aman karena ibu harus menghindari pemberian ASI sejak lahir. Pemberian makanan untuk menggantikan ASI harus segera diberikan sebagai pilihan makanan alternatif. Keadaan ini untuk mencegah bayi dari kematian dan penyakit berat yang diderita ibu,

ketidak mampuan atau kurangnya keinginan ibu. Gambar 2.2 adalah kerangka teori UNICEF (1990) tentang penyebab masalah gizi yang berkaitan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi.

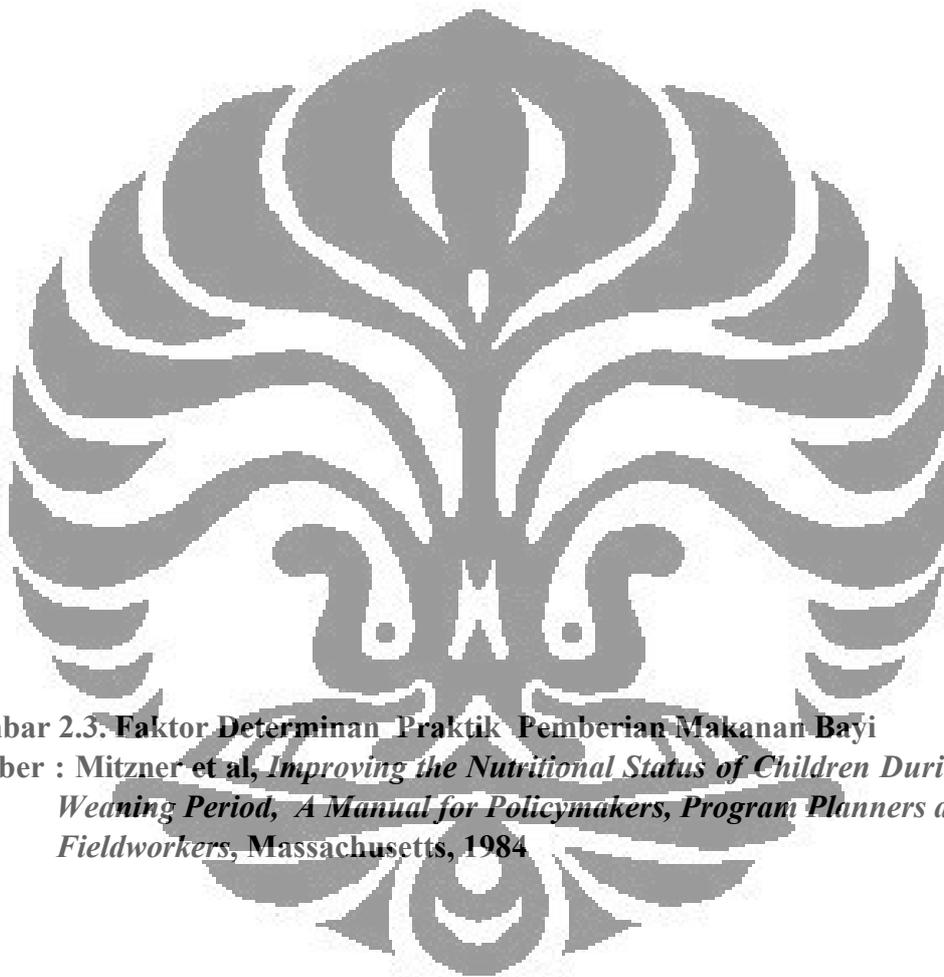
(Dalam RANPG 2006-2010, Bappenas, 2007)

Gambar 2.2. Penyebab Masalah Gizi

2. 7. Faktor Determinan Praktik Pemberian Makanan Bayi

Faktor determinan yang berhubungan dengan praktik pemberian makanan pada bayi adalah variabel sosial budaya, ekonomi, biologik, teknologi dan variabel pelayanan kesehatan (Mitzner, et al, 1984). Variabel sosial budaya dan ekonomi antara lain pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dan pendapatan. Variabel biologik adalah adanya penyakit infeksi, anak yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), anak lahir prematur dan jenis kelamin anak.

Variabel teknologi antara lain penyediaan air bersih, tempat pembuangan sampah, fasilitas persiapan makanan, alat untuk memeroses makanan dan sistem komunikasi. Sedangkan termasuk variabel pelayanan kesehatan adalah imunisasi, program pemberian makanan tambahan dan penyuluhan oleh petugas kesehatan. Untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada gambar 2.3.



Gambar 2.3. Faktor Determinan Praktik Pemberian Makanan Bayi
Sumber : Mitzner et al, *Improving the Nutritional Status of Children During the Weaning Period, A Manual for Policymakers, Program Planners and Fieldworkers*, Massachusetts, 1984

2.8. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Pemberian MPASI

2.8.1. Umur dan Paritas

Di negara berkembang masih banyak ibu mempunyai bayi di usia tua dengan jumlah paritas tinggi (Irawati,2004). Hubungan paritas dengan pertumbuhan bayi

melalui pemberian makanan kepada bayi termasuk pemberian ASI dan MPASI. Usia ibu menentukan dalam pemberian makanan kepada bayinya. Usia ibu dihubungkan dengan pola pengasuhan anak termasuk dalam praktik pemberian MPASI dengan ditemukan prevalensi anak dengan gizi kurang pada usia ibu dibawah 20 tahun (Engle, 1991)

2.8.2 Pendidikan Ibu

Perilaku ibu tidak menyusui bayi berubah seiring dengan perubahan dalam pendidikan formal (Theresiana, 2002). Pendidikan diperlukan karena menjadi dasar yang penting bagi seseorang. Dengan meningkatnya pendidikan maka lebih memudahkan untuk beradaptasi dengan kemajuan pengetahuan dan teknologi serta akan mempengaruhi pula dalam produktifitas dan kesejahteraan keluarga (Theresiana, 2002). Penelitian yang dilakukan Yuliana et al (2002) terhadap pola asuh pemberian makanan bayi di Kota Bogor menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin baik pola asuh pemberian makanan anak.

Studi di Bahrain menunjukkan bahwa pendidikan ibu yang tinggi memungkinkan kurangnya praktik dalam pemberian makanan benar kepada bayi dibandingkan ibu ber pendidikan rendah dan sedang . Hal ini dikarenakan ibu berpendidikan tinggi yang melahirkan di rumah sakit swasta dipengaruhi oleh promosi susu formula pada saat di ruang bersalin dan banyaknya ibu berpendidikan tinggi bekerja sehingga bayi diperkenalkan susu formula dan MPASI instan lebih awal. (Musaiger , et al. 2000)

2.8.3. Pengetahuan Gizi Ibu

Ibu yang mempunyai pengetahuan gizi baik dapat meningkatkan perilaku positif pada waktu pemberian MPASI, misal pengaturan waktu dan pemberian makanan, penggunaan dan pemeliharaan sendok makan dan alat makan lain (Guldan, et al, 1993). Biasanya tindakan yang dilakukan karena perilaku didasari pengetahuan akan lebih lama (Notoatmodjo, 1990).

Rendahnya pengetahuan ibu dalam memberikan makanan yang baik dan sehat untuk anak di bawah dua tahun adalah penyebab tidak memadainya jumlah dan kualitas MPASI yang diberikan (Latief, et al, 2000).

2.8.4. Pekerjaan Ibu

Pada saat ini sudah banyak ibu bekerja diluar rumah terutama didaerah perkotaan, sehingga waktu yang diperlukan untuk memberikan makanan kepada keluarga terutama bayi yang masih memerlukan perhatian khusus terhadap pemberian makanan sudah berkurang. Karena itu terjadi peningkatan penggunaan susu botol dan penurunan pemberian ASI eksklusif. Hal tersebut menyebabkan pemberian MPASI terlalu dini.

Menurut Mitzner et al (1984) kemampuan ibu dalam pemberian makanan kepada anak yaitu tersedianya bahan makanan dan waktu yang dimiliki untuk mempersiapkan makanan anak .

2.8.5. Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga merupakan indikator tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga, makin besar pendapatan rumah tangga yang diterima semakin tinggi tingkat kesejahteraan rumah tangga tersebut. Untuk mengetahui data pendapatan yang akurat biasanya sulit diperoleh, karena itu dalam setiap penelitian sering menggunakan pendekatan pengeluaran rumah tangga (BPS, 2004).

Menurut Susenas (BPS, 2004), persentase pengeluaran penduduk untuk pangan di perkotaan sebesar 48,61 % dan di pedesaan 63,06%. Sedangkan pengeluaran rumah tangga untuk non pangan di perkotaan sebesar 51,39 % dan di pedesaan sebesar 36,94 %. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat pengeluaran penduduk semakin tinggi pula persentase pengeluaran untuk barang bukan pangan atau semakin rendah persentase pengeluaran untuk pangan. Namun hukum ekonomi ini tidak berlaku di pedesaan karena sebagian besar penduduk menghabiskan pengeluaran untuk pangan dibandingkan non pangan.

Meningkatnya pendapatan keluarga dapat meningkatkan daya beli juga mutu makanan yang dibeli (Hardinsyah, 1996; Theresiana, 2002). Keluarga dengan pendapatan terbatas kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya dan sejumlah kebutuhan yang diperlukan tubuh (Apriadji, 1986).

Dengan pendapatan tinggi akan memengaruhi kualitas dan mutu pemberian MPASI pada bayi, namun kadang juga ditemui pendapatan tinggi tetapi tidak disertai kualitas makanan yang disediakan keluarga terutama pada bayi karena pengaruh gender atau faktor penentu dalam keluarga adalah suami (Castle, 1995).

2.8.6. Jumlah Anggota Keluarga

Keluarga yang mempunyai banyak anggota akan memengaruhi dalam distribusi pemberian makanan. Semakin besar keluarga semakin sedikit zat gizi yang dapat diterima anggota keluarga. Apalagi jika ayah dianggap orang yang perlu diperhatikan dalam keluarga, maka anak yang lebih memerlukan makanan berkualitas akan menjadi kurang gizi (Apriadi, 1986).

2.8.7. Peran Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan berperan dalam melakukan pelayanan dasar, pengobatan dan tindakan kesehatan lain (WHO, 1998). Dalam pemberian MPASI peran petugas sangat penting karena promosi pemberian MPASI dilakukan petugas kesehatan yaitu dengan memberi tahu cara dan waktu yang tepat.

Dalam Resolusi *World Health Assembly* (WHA) 45.34 tahun 1992 sudah menetapkan agar setiap sarana pelayanan kesehatan (SPK) menerapkan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui, menghentikan sumbangan PASI gratis atau dengan harga diskon pada SPK. Sedangkan pada Resolusi WHA 58.32, tahun 2005 melarang klaim gizi dan kesehatan pada label produk susu atau makanan bayi, kecuali diizinkan peraturan nasional dan sponsor program pada tenaga kesehatan tidak berakibat konflik sikap (BK.PP-ASI/YASIA, 2005).

Saran dari petugas kesehatan juga mempengaruhi pemberian MPASI dini

pada bayi. Penelitian di Ghana menunjukkan sekitar 93% bidan berpendapat cairan harus diberikan kepada semua bayi sejak hari pertama kelahirannya. Di Mesir, banyak perawat menyarankan para ibu untuk memberi air manis kepada bayinya segera setelah melahirkan (Linkages, 2002).

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Usia bayi 0-12 bulan merupakan periode emas dan periode kritis. Disebut periode kritis karena pada usia ini pertumbuhan sangat cepat dan jika kebutuhan zat-zat gizi pada usia ini tidak terpenuhi maka akan mengalami gangguan pertumbuhan.

Penyebab langsung dari masalah kurang gizi karena asupan dari air susu ibu (ASI) saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi pada bayi dan sering terjadi infeksi berulang. Faktor lain yang berperan adalah kurang memadai praktik pemberian makanan dan pemeliharaan bayi, terbatasnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rendahnya sanitasi (The World Bank, 2006).

Masalah praktik pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) adalah pelaksanaan pemberian makanan pada bayi yang meliputi awal usia pemberian MPASI, usia pengenalan makanan tertentu, penyiapan dan penyimpanan MPASI dan penggunaan alat makan yang bila dilakukan dengan tidak tepat akan menyebabkan terjadinya masalah gangguan pertumbuhan yang optimal (Dewey et al, 1999).

Masih banyak ibu memberikan makanan pralakteal, memberikan MPASI terlalu dini atau terlambat juga kualitas yang tidak memadai karena kurang pengetahuan dalam memberikan cara makan yang baik dan sehat. Menurut Mitzner, et al (1984) variabel yang berhubungan langsung dengan praktik pemberian makanan pada bayi adalah variabel sosial budaya, ekonomi, biologik, teknologi dan pelayanan kesehatan.

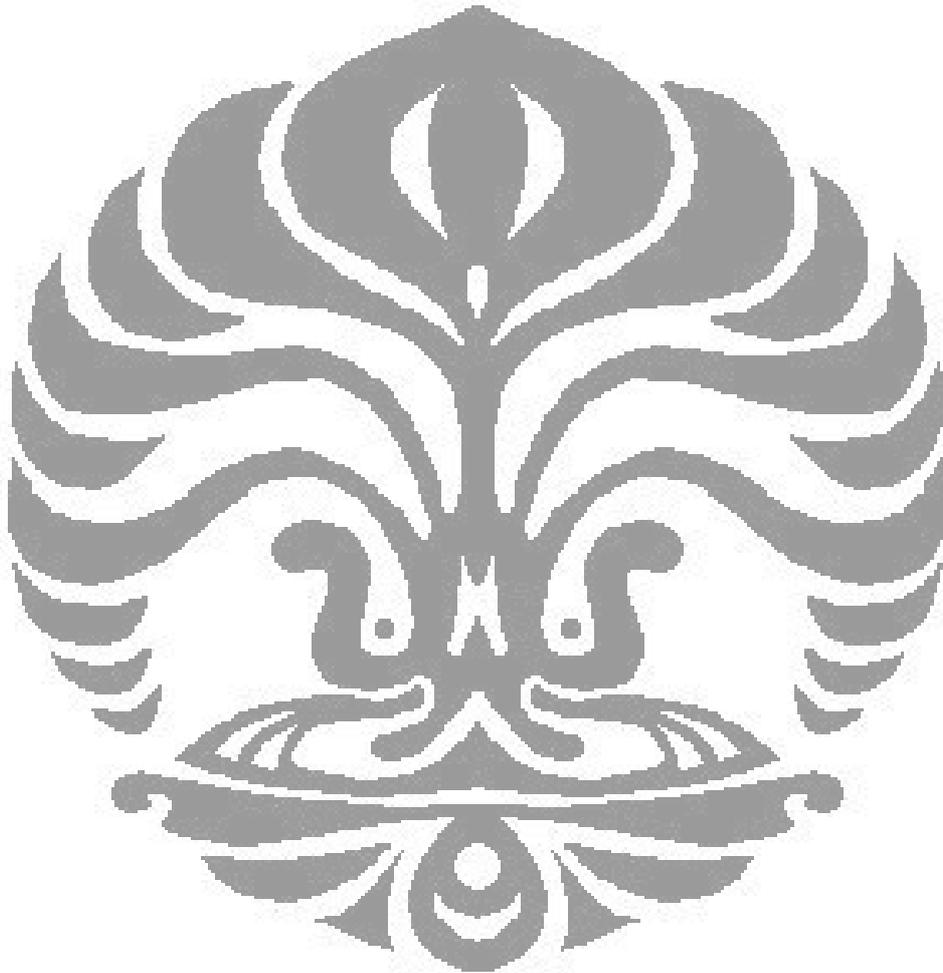
Variabel sosial budaya dan ekonomi antara lain pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga. Variabel biologi yaitu bayi berat lahir rendah (BBLR), anak lahir prematur dan jenis kelamin anak. Variabel teknologi antara lain penyediaan air bersih tempat pembuangan sampah, fasilitas persiapan makanan, alat untuk memproses makanan dan sistem komunikasi, termasuk variabel pelayanan kesehatan adalah imunisasi, program pemberian makanan tambahan dan penyuluhan oleh petugas kesehatan.

Berdasarkan kerangka teori dari WHO-UNICEF (1990), penyebab terjadinya masalah kurang gizi pada bayi adalah asupan zat gizi tidak adekuat, makanan lengkap bergizi seimbang bagi bayi sampai usia 6 bulan adalah air susu ibu (ASI), yang dilanjutkan dengan tambahan makanan pendamping ASI (MPASI) bagi bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun.

Faktor penyebab langsung kedua adalah infeksi, penyebab tidak langsung yaitu pola asuh atau praktik pemberian ASI-MPASI, ketersediaan pangan di rumah tangga dan pelayanan kesehatan serta sanitasi yang rendah. Penyebab utama atau akar permasalahan adalah kemiskinan, kurang pendidikan dan pengetahuan serta

kurangnya lapangan pekerjaan.

Sedangkan dari faktor ibu yang memengaruhi pemberian makanan pada anak adalah jarak melahirkan dan umur pada waktu melahirkan (Mosley et al, 1984). Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi secara ringkas dapat dilihat pada gambar 3.1.



melahirkan

Gambar 3.1. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Mitzner, et al (1984) , Mosley et al (1984) dan UNICEF (1990)

3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori penelitian maka penulis menyusun kerangka konsep yang akan dipakai sebagai acuan dalam penelitian seperti pada gambar 3,2



Ket :

= variabel yang diteliti

*) = variabel dependen

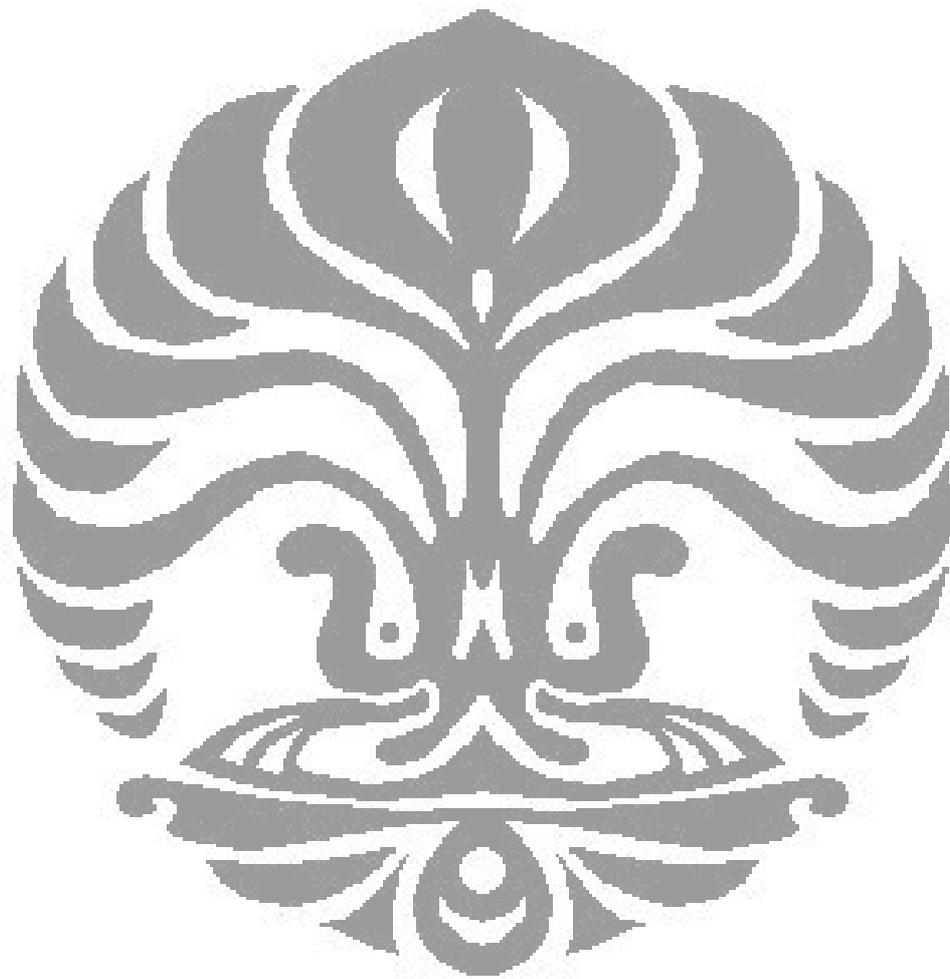
= variabel yang tidak diteliti

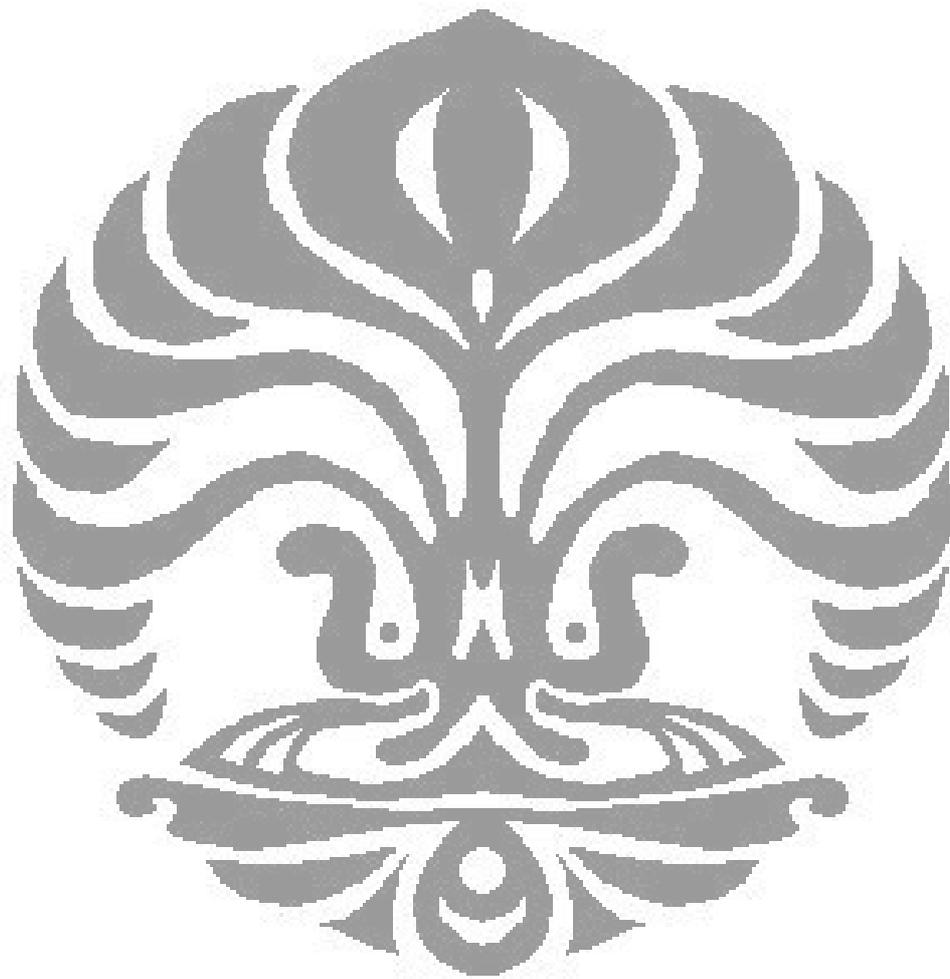
*= variabel independen

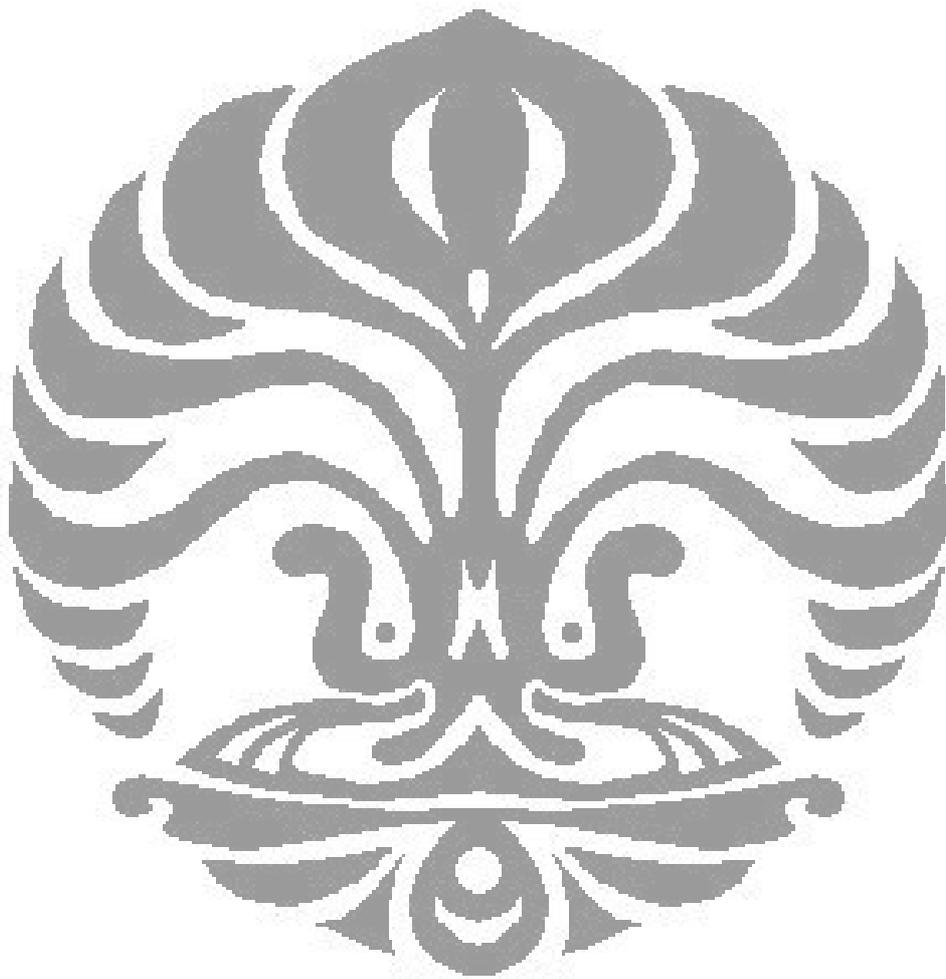
Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

3.3 . HIPOTESIS

- 1) Ada hubungan antara umur ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 2) Ada hubungan antara paritas ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 3) Ada hubungan antara pendidikan ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 4) Ada hubungan antara pekerjaan ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 5) Ada hubungan antara pengetahuan MPASI ibu dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 6) Ada hubungan antara pendapatan keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 7) Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 8) Ada hubungan antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008
- 9) Ada hubungan antara faktor yang paling dominan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka 2008







BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang, untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI (nonprogram) pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka Tahun 2008.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret 2008 di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka Propinsi Kepulauan Bangka Belitung.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi studi adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka yaitu sebanyak 1523 orang .

4.3.2. Sampel

Sampel adalah ibu mempunyai bayi usia 0-12 bulan yang tinggal di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka pada saat penelitian dengan kriteria inklusi ibu masih menyusui, belum pernah diberikan bantuan MPASI oleh pemerintah atau MPASI

program gakin dan bersedia menjadi responden. Sampel juga sebagai responden atau unit analisis yang akan diteliti .

Cara pengambilan sampel dengan survei cepat (Ariawan, 2003). Menggunakan rancangan klaster, sebagai klaster nya adalah kelompok ibu yang mempunyai karakteristik sama atau homogen di wilayah posyandu yang ada di Kecamatan Sungailiat. Metode ini menerapkan rancangan sampel klaster dua tahap. Pemilihan klaster pada tahap pertama yaitu dari 40 posyandu yang ada diambil 30 klaster dengan cara membagi populasi berdasarkan klaster / *Primary Sampling Units* (PSU).

Tahap pertama adalah memilih klaster

1. Mendaftar semua posyandu yang ada di Kecamatan Sungailiat yaitu 40 buah posyandu dan ibu yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan sesuai kriteria inklusi yang ada di masing-masing wilayah posyandu. Selanjutnya populasi dijumlahkan secara kumulatif . Dari pendataan didapatkan populasi ibu sebanyak 857 orang.
2. Menghitung jarak sampel (interval) yaitu jumlah semua ibu yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan sesuai kriteria inklusi dibagi 30 (klaster). Jarak antar sampel = $857/30 = 28$.
3. Memilih angka acak pertama dengan menggunakan tabel angka acak yang tidak lebih dari jarak antar sampel untuk menentukan letak klaster pertama. Hasil angka acak pertama adalah 21. Maka klaster pertama adalah kelompok ibu yang berada di wilayah posyandu tempat urutan 21 berada.
4. Menentukan klaster kedua dan seterusnya tidak perlu diacak lagi, cukup dengan menambah angka acak pertama dengan jarak antar sampel. Misalnya $21 + 28 = 49$,

maka kelompok ibu yang berada di wilayah posyandu tempat urutan 49 berada masuk dalam klaster kedua. Demikian seterusnya hingga 30 klaster.

5. Pada akhir pemilihan klaster, kemungkinan dalam 1 posyandu terpilih lebih dari 1 klaster atau tidak ada satupun klaster pada posyandu tersebut.

Tahap kedua adalah pemilihan responden pada setiap klaster terpilih. Dari 30 klaster terpilih masing-masing dibuat kerangka sampel dari jumlah (N) ibu yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan sesuai dengan kriteria inklusi. Pemilihan secara acak sesuai jumlah responden yang dibutuhkan berdasarkan hasil perhitungan besar sampel sebanyak 270 responden. Untuk memenuhi 270 responden, setiap klaster masing-masing dibutuhkan 9 responden karena jumlah setiap klaster dianggap homogen. Cara pengambilan sampel dapat dilihat di gambar 4.1.

40 posyandu

Tahap I

Dengan PSU diperoleh

30 Klaster

Tahap II

Pendataan ibu yang

Mempunyai bayi

(0-12)bulan sesuai

Kriteria inklusi

Gambar 4.1. Skema Cara Pengambilan Sampel

4.4. Besar Sampel

Cara menghitung besar sampel menggunakan rumus uji hipotesis beda 2 proporsi dengan cara 2 sisi atau *two tail* (Ariawan, 1998), sebagai berikut:

Rumus :

$$n = \frac{\{ Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) + Z_{1-\alpha}^2 P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2) \}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

dimana :

n = besar sampel penelitian

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 derajat kepercayaan = 0,05

P_1 = proporsi praktik pemberian MPASI kurang baik pada kelompok umur

rendah sebesar 46,2% (Theresiana,2002)

P_2 = proporsi praktik pemberian MPASI kurang baik pada kelompok umur tinggi sebesar 28,9% (Theresiana, 2002)

$Z_{1-\alpha}$ = kekuatan uji 80 % = 0,84

$$P = P_1 + P_2 / 2$$

Berdasarkan variabel-variabel yang diteliti, dipilih dari penelitian terdahulu yang variabelnya sama dengan hasil perhitungan sampel terbesar untuk mengetahui besar sampel pada penelitian ini. Dari hasil perhitungan dengan rumus besar sampel diatas diambil variabel umur ibu yaitu proporsi praktik pemberian MPASI kurang baik pada kelompok umur rendah sebesar 46,2% (P1) dan proporsi praktik pemberian MPASI kurang baik pada kelompok umur tinggi sebesar 28,9% (P2) dengan jumlah sampel 122 sebagai sampel terbesar. Penelitian ini merupakan hasil penelitian Theresiana (2002) di Kabupaten Tangerang.

Kemudian jumlah sampel minimal sebesar 122 dikalikan dengan desain efek = 2, maka didapat jumlah sampel minimal sebesar 244 orang. Ditambah 10 % jika ada sampel yang *drop out* jadi jumlah seluruhnya 268 orang kemudian dibulatkan menjadi 270 orang. Jumlah ini bila dibagi dengan 30 klaster maka didapat 9 responden pada setiap klaster. Tabel 4.1. memperlihatkan hasil perhitungan jumlah sampel berdasarkan berbagai variabel yang akan diteliti.

Tabel 4.1
Hasil Perhitungan Jumlah Sampel Berdasarkan
Berbagai Variabel yang akan Diteliti

No	Variabel	Rujukan	P1 %	P2 %	n

1.	Umur ibu	Theresiana, 2002	46,2	28,9	122
2.	Paritas	Simanjuntak ,2002	13,7	30,8	98
3.	Pendidikan	Faraswati, 2000	56,2	32,2	68
4.	Pengetahuan	Husaini, 2001	75,0	90,0	100
5.	Pekerjaan	Theresiana, 2002	61,7	35,3	56
6.	Pendapatan	Theresiana,2002	48,1	30,2	117
7.	Jumlah anggota keluarga	Theresiana, 2002	51,2	33,1	116
8.	Peran petugas kesehatan	Theresiana, 2002	43,2	22,4	79

Ket: Variabel umur ibu jumlah sampel terbesar

4.5. Uji Coba Kuesioner

Sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner. Sebagai responden adalah 30 orang ibu yang mempunyai bayi usia 0-12 bulan dan masih menyusui, tetapi lokasi berbeda yaitu dilakukan di posyandu yang tidak termasuk dalam klaster terpilih. Dalam uji coba ini dilakukan di posyandu Kampung Pasir. Maksud uji coba adalah untuk mengetahui pertanyaan-pertanyaan di dalam kuesioner yang sulit dimengerti sehingga dapat diperbaiki sebelum melaksanakan penelitian serta waktu diperlukan dalam setiap melakukan wawancara kepada

responden.

Selain itu juga diuji validitas pertanyaan yaitu dengan membandingkan nilai r tabel dengan r hitung. Menentukan nilai r hasil perhitungan dilihat pada kolom "*Corrected item-Total Correlation*" bila r hasil $>$ dari nilai r tabel maka pertanyaan tersebut dianggap valid. Demikian pula dengan uji reliabilitas yaitu dengan membandingkan nilai r alpha dan r tabel, jika r alpha $>$ r tabel maka pertanyaan tersebut reliabel (Hastono, 2007). Dari hasil perhitungan $r = 0,593$ yang berarti valid dan nilai r alpha = $0,598$ yang berarti reliabel.

4.6 . Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dibantu oleh 3 orang petugas gizi puskesmas yang ada di wilayah Kecamatan Sungailiat yaitu dari Puskesmas Sungailiat, Puskesmas Kananga dan Puskesmas Sinar Baru. Sebelum pengumpulan data terlebih dahulu dilakukan pelatihan bagi tenaga pengumpul data untuk penyamaan persepsi dalam penelitian yang dilakukan dan mengantisipasi jika ditemukan kendala yang ditemukan di lapangan.

Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Sebagai data primer yaitu praktik pemberian makanan MPASI, umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu tentang MPASI, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga dan peran petugas kesehatan. Data sekunder adalah data geografi, kependudukan, sosial dan data sarana kesehatan di Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka.

4.7. Instrumen

- a. Kuesioner untuk pengumpul data praktik pemberian MPASI, umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan MPASI, jumlah anggota keluarga dan peran petugas kesehatan.
- b. Formulir pengeluaran keluarga untuk menentukan pendapatan keluarga

4.8. Cara Pengolahan Data

Sebelum dianalisa data diolah dengan melakukan tahap-tahap berikut :

1. *Editing*, memeriksa kelengkapan kuesioner apakah sudah sesuai dengan pertanyaan yang sudah dijawab dan diperbaiki jika ada kesalahan.
2. *Rekoding*, memberi kode ulang pada setiap variabel yang diteliti untuk memudahkan pengolahan dan analisa data. Variabel yang telah diukur diberi kode sesuai dengan kepentingan analisis. Untuk variabel dependen :

kode 0 = praktik pemberian MPASI kurang baik

kode 1 = praktik pemberian MPASI baik

untuk variabel independen seperti umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, paritas dan peran petugas kesehatan dibuat kode sebagai berikut:

kode 0 = untuk nilai variabel yang mempunyai risiko

kode 1 = untuk nilai variabel yang tidak mempunyai risiko

3. *Skoring*, pemberian skor atau penilaian kepada tiap jawaban untuk kemudian

dikelompokkan Cara pemberian skor dapat dilihat di lampiran 2 Adapun pemberian skor pada variabel pengetahuan ibu tentang MPASI, praktik pemberian MPASI dan peran petugas kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Pengetahuan Ibu tentang MPASI

Merupakan gabungan dari pertanyaan no 11 sampai 24, setiap variabel diberi skor. Skor maksimal untuk pengetahuan ibu tentang MPASI adalah 38 dan skor minimal 0. Selanjutnya dilakukan pengkategorian lagi berdasarkan nilai rata-rata karena berdistribusi normal, jika $<$ dari nilai rata-rata maka pengetahuan ibu kurang baik dan jika \geq nilai rata-rata maka pengetahuan ibu baik. (Cara pemberian skoring dapat dilihat di lampiran 2).

b. Praktik Pemberian MPASI

Variabel praktik pemberian MPASI merupakan variabel komposit dari 14 pertanyaan. Jumlah skor tersebut berkisar antara 0 - 21. Selanjutnya dilakukan pengkategorian lagi berdasarkan nilai rata-rata, jika $<$ dari nilai rata-rata maka praktik pemberian MPASI kurang baik dan jika \geq nilai rata-rata maka praktik pemberian MPASI ibu baik.

c. Peran Petugas Kesehatan

Untuk mengetahui peran petugas kesehatan adalah dengan menggabung jumlah pertanyaan nomor 39 sampai 42. Cara penghitungan variabel peran petugas kesehatan adalah menghitung nilai pertanyaan dari nomor 39 sampai 42 dengan skor maksimal 15 dan skor minimal 3. Kemudian dilakukan

pengkategorian kembali berdasarkan nilai rata-rata, jika $<$ dari nilai rata-rata maka peran petugas kesehatan kurang baik dan jika \geq nilai rata-rata maka peran petugas kesehatan adalah baik.

4. *Cleaning*, data yang telah masuk kedalam perangkat pengolah data diperiksa kembali untuk menghindari kesalahan dalam memasukkan data. Jika terdapat data yang meragukan akan dilakukan pengecekan kembali dengan merujuk pada sumber data.

5. *Entry*, proses pemasukan data kedalam komputer

6. Analisis, proses analisis data yang telah ada kemudian di uji dalam uji statistik *chi square* dan uji regresi logistic dengan menggunakan *software* komputer.

4.9. Analisis Data

4.9.1. Analisis Univariat

Untuk melihat gambaran variabel dependen dan independen yang diukur dalam bentuk distribusi frekuensi, rata-rata, median, simpangan baku dan nilai maksimum.

4.9.2 Analisis Bivariat

Untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen digunakan uji *Chi Square*, dengan derajat kemaknaan 0,05 (Hastono, 2007).

Rumus

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

df (k-1) (b-1)

Dimana :

X^2 = nilai *chi square* O = nilai observasi

E = Nilai yang diharapkan k = jumlah kolom

b = jumlah baris

Dan bila dijumpai salah satu sel memiliki nilai $E < 5$, maka digunakan rumus

Fisher Exact Test yaitu :

$$X^2 = \frac{[(O-E) - 0,5]^2}{E}$$

Untuk melihat derajat hubungan OR (*Odds Ratio*) yaitu dengan cara membandingkan *odds* pada kelompok terekspose dengan nilai kelompok nonekspose (Hastono, 2007).

4.9.3. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui variabel penentu (*determinan*) didapatkan dari hasil analisis bivariat antara variabel dependen dan variabel independen. Jika hasil uji bivariatnya mempunyai nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut layak menjadi kandidat model dan dapat dimasukkan dalam analisis multivariat. Namun bisa saja variabel yang mempunyai *p value* $> 0,25$ tetap diikutkan dalam analisis multivariat bila secara substansi penting (Hastono, 2007).

Selanjutnya dilakukan analisis regresi logistic ganda karena variabel independen dan dependen dalam bentuk dikotomi. Dalam analisis regresi logistik ganda memilih variabel yang dianggap penting yang masuk kedalam model yaitu yang mempunyai nilai $p\text{ value} < 0,05$. Setelah diperoleh model yang sesuai dengan tujuan analisis kemudian memeriksa kemungkinan adanya interaksi dan *confounding*.

Pengujian dengan interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistic dan sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Bila variabel mempunyai nilai bermakna maka variabel interaksi penting dimasukkan kedalam model. Pengujian interaksi menggunakan *Likelihood Ratio Test* (LRT) yaitu dengan membandingkan nilai *likelihood* dari model dengan interaksi dibandingkan dengan mode *likelihood* tanpa interaksi, terjadi interaksi bila nilai $p < 0,05$. Penilaian *confounding* dilakukan dengan menghitung persentase selisih OR sebelum dikontrol variabel yang diduga sebagai *confounder*, jika selisih OR $> 10\%$ dipertimbangkan ke dalam *confounding* dan harus masuk ke dalam model.

Pada penelitian *cross sectional* yang dilihat adalah nilai OR (Exponensial β) pada masing-masing variabel, untuk melihat variabel paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, dilihat dari exponensial (β) untuk variabel yang signifikan, semakin besar nilai exponensial (β) berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis (Hastono, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Kecamatan Sungailiat

5.1.1. Keadaan Geografis dan Kependudukan

Kecamatan Sungailiat terletak di Pulau Bangka di wilayah Kabupaten Bangka Propinsi Kepulauan Bangka Belitung. Letak geografis antara $1^{\circ} 3' - 3^{\circ} 7'$ LS dan antara $105^{\circ} 45' - 107^{\circ}$ BT dengan luas 146.380 km^2 atau 4,96 persen dari luas Kabupaten Bangka. Kecamatan Sungailiat adalah ibukota Kabupaten Bangka dan pusat pemerintahan kabupaten, dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Riau Silip
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Merawang
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Pemali
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Cina Selatan

Keadaan tanah di Kecamatan Sungailiat mempunyai pH berkisar antara 3,5-5,5 didalamnya banyak mengandung mineral bijih timah dan bahan galian lain seperti pasir kuarsa, tanah liat, batu gunung dan lain sebagainya. Iklim Kecamatan Sungailiat adalah iklim tropis type A dengan variasi curah hujan antara 18,5 hingga 394,7 mm tiap bulan dan curah hujan terendah pada Bulan Februari.

Suhu rata-rata daerah Sungailiat berdasarkan data dari Stasiun Meteorologi Pangkalpinang menunjukkan variasi antara 26,2 hingga 28,3 derajat Celcius sedangkan kelembaban udara bervariasi antara 71 hingga 88 persen.

Kecamatan Sungailiat terdiri dari 3 kelurahan dan 4 desa yang masing-masing

mempunyai jarak desa ke ibukota kecamatan/Kabupaten seperti dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Jarak Desa ke Ibukota Kecamatan /Kabupaten
Di Kecamatan Sungailiat 2007

Desa/Kelurahan	Jarak ke Ibukota Kecamatan (KM)
1. Kenanga	10,0
2. Rebo	16,0
3. Parit Padang	5,0
4. Sri Menanti	1,5
5. Sungailiat	2,5
6. Kudai	4,5
7. Sinar Baru	8,0

Sumber : Kantor Kecamatan Sungailiat (2007)

Daerah terluas menurut desa di Kecamatan Sungailiat terdapat di wilayah kelurahan Parit Padang. Wilayah ini merupakan pusat pemerintahan Kabupaten Bangka dengan luas wilayah sebesar 43.000 Km² dan jumlah penduduk 17.960 jiwa dengan kepadatan penduduk 487 per Km². Selanjutnya luas daerah dan kepadatan penduduk selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.
Luas Daerah dan Kepadatan Penduduk Menurut Kelurahan /Desa
Di Kecamatan Sungailiat tahun 2006

Desa/Kelurahan	Luas Daerah (Km ²)	Jumlah Penduduk (orang)	Kepadatan Penduduk per Km ²
1. Kenanga	26.000	3.846	147
2. Rebo	19.000		3.440
181			
3. Parit Padang	43.000	17.960	487
4. Sri Menanti	1.800	10.581	5.878
5. Sungailiat	15.500	17.265	1.113
6. Kudai	5.750		4.585
797			
7. Sinar Baru	35.330	8.295	234
Total	146.380	65.972	450

Sumber : Kantor Kecamatan Sungailiat (2007)

5.1.2. Keadaan Sosial Ekonomi dan Sarana Kesehatan

Keadaan sosial ekonomi masyarakat di Kecamatan Sungailiat dapat dilihat dari tingkat pendidikan dan mata pencaharian penduduk. Persentase tingkat pendidikan penduduk terbesar masih berada pada penduduk tingkat SD/MI yaitu 29,34%, sedangkan penduduk dengan jenjang pendidikan tinggi sebesar 2,59%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 5.1.

Gambar 5.1. Tingkat Pendidikan Penduduk Kecamatan Sungailiat Usia 10 Tahun Ke Atas 2006

Sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Sungailiat terdiri dari 2 rumah sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat dan Rumah Sakit Medika Stania milik PT Timah. Puskesmas terdiri dari Puskesmas Sungailiat, Puskesmas Kenanga dan Puskesmas Sinar Baru, 6 puskesmas pembantu, 5 polindes dan 40 buah posyandu melayani masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kecamatan Sungailiat.

Mata pencaharian penduduk di Kecamatan Sungailiat terbanyak adalah pedagang yaitu 8.065 orang atau 27,4 % dan terkecil adalah pensiunan PNS/TNI sebesar 0,4%. Sebaran mata pencaharian penduduk di Kecamatan Sungailiat dapat dilihat pada tabel 5.3

**Tabel 5.3.
Mata Pencaharian Penduduk Menurut Jenis Pekerjaan
Di Kecamatan Sungailiat 2006**

Jenis Pekerjaan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
-----------------	-------------------	----------------

1. Petani	2.041	6,9	
2. Industri /TI	1.806	6,1	
3. Konstruksi	1.215	4,1	
4. Pedagang	8.065	27,4	
5. Transportasi	1.597	5,4	
6. PNS/ PT TIMAH	4.503	15,3	
7. TNI	717	2,4	
8. Pensiunan PNS/TNI	112	0,4	
9 . Buruh Bangunan	7.015	23,8	
10. Peternak sapi	233	0,8	
11. Peternak itik	131	0,4	
12. Nelayan	2.055	6,9	
Jumlah	29.490	100,0	

Sumber : Kantor Kecamatan Sungailiat (2007)

5.2. Analisis Univariat

Untuk melihat gambaran variabel dependen dan independen yang diukur dalam bentuk distribusi frekuensi, rata-rata, median, simpangan baku nilai maksimum dan nilai minimum. Adapun variabel yang dianalisa adalah praktik pemberian MPASI, umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu tentang MPASI, jumlah anggota keluarga dan peran petugas kesehatan.

5.2.1. Praktik Pemberian MPASI

Praktik pemberian MPASI dinilai berdasarkan 14 pertanyaan yang dikomposit, dengan nilai rata-rata skor praktik MPASI sebesar 12,97, nilai median 14,00, nilai simpangan baku 2,652, nilai minimum 8 dan nilai maksimum 18. *Cut off point* diambil dari nilai rata-rata sesuai dengan kurva normal. Dalam penelitian ini jumlah responden yang melaksanakan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan sebanyak 235 responden dari 270 responden diteliti. Distribusi responden melaksanakan praktik MPASI dapat dilihat pada gambar 5.2

Distribusi Responden yang Melaksanakan Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008

Responden belum melaksanakan praktik pemberian MPASI adalah responden yang pada waktu wawancara masih memberikan ASI kepada bayinya tetapi belum memberikan MPASI. Dari 35 responden belum memberikan MPASI semuanya berada dibawah umur 6 bulan dengan pembagian proporsi yang merata. Proporsi terbesar berada pada umur 2 bulan (34,3%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Menurut Belum Memberikan MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008

Umur (bulan)	n	Persentase (%)
1	6	17,2
2	12	34,2
3	7	20,0
4	5	14,3
5	5	14,3
Jumlah	35	100,0

Selanjutnya dari 235 responden melaksanakan MPASI, dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu kurang baik, bila skor < nilai rata-rata yaitu 12,97 dan baik bila skor \geq nilai rata-rata (12,97), hasil pengkategorian dapat dilihat pada tabel 5.5.

Hasil pengkategorian didapatkan proporsi ibu melaksanakan praktik pemberian MPASI dengan kategori kurang baik sebesar 42,6 % sedangkan ibu dengan kategori baik sebesar 57,4 %. Rincian praktik pemberian MPASI pada 235 responden dapat dilihat dalam tabel 5.5. sebagai berikut :

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Menurut Praktik Pemberian MPASI
Kecamatan Sungailiat 2008

Praktik Pemberian MPASI	n	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
1. Praktik pemberian MPASI		
a. Kurang baik (skor < 12,97)	100	42,6
b. Baik (skor ≥ 12,97)	135	57,4
2. Usia mulai diberi MPASI		
a. usia < 6 bulan	148	63,0
b. usia 6 bulan	79	33,6
c. usia > 6 bulan	8	3,4
3. Ada Pantangan	27	11,5
4. Yang biasa menyiapkan MPASI		
a. ibu	224	95,3
b. nenek	10	4,3
c. pengasuh	1	0,4
5. Jenis MPASI yang diberikan		
a. bubur susu	128	54,5
b. bubur sereal	32	13,6
c. sari buah/sayur	3	1,3
d. biskuit	3	1,3
e. nasi tim	47	20
f. makanan lumat	19	8,1
g. lain-lain	3	1,3
6. Asal MPASI		
a. Buatan sendiri	132	56,2
b. Buatan pabrik	103	43,8
8. Yang biasa menyuap		
a. ibu sendiri	227	96,6
b. nenek	7	3,0
c. pengasuh	1	0,4
9. Alat makan yang digunakan		
a. sendok	229	97,4
b. tangan saja	3	1,3
c. lain-lain	3	1,3
Total	235	100,0

5.2.1.1. Mulai usia diberi MPASI

Hasil penelitian menunjukkan anak yang mendapatkan MPASI sejak awal yaitu rata-rata berada pada usia 3,7 bulan dengan usia kurang dari 6 bulan sebesar 63

%, usia termuda adalah 1 minggu sebesar 1,3 %. Sedangkan responden yang mendapat MPASI tepat pada usia 6 bulan atau 24 minggu sebesar 33,6 %. Untuk responden mendapat ASI lambat yaitu usia di atas 24 minggu atau > 6 bulan sebesar 3,4 % dengan usia tertinggi 40 minggu sebesar 0,4%. Hasil rincian usia mulai diberi MPASI secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.
Distribusi Responden Menurut Usia Mulai Mendapat MPASI
di Kecamatan Sungailiat 2008

Umur (minggu)	n	Persentase (%)
1	3	1,3
2	2	0,8
4	10	4,3
5	1	0,4
6	1	0,4
8	27	11,5
9	2	0,8
12	32	13,6
16	47	17,4
20	20	7,4
21	1	0,4
24	79	33,6
28	3	1,3
32	4	1,7
40	1	0,4
Total	235	100,0

5.2.1.2. Pantangan Makanan

Dalam tabel 5.5 didapatkan bayi yang mempunyai pantangan makanan dalam penelitian ini sebesar 11,5 %. Adapun jenis makanan pantangan paling besar adalah buah asam dan jeruk sebanyak 18,5 %. Alasan buah-buahan ini dilarang karena dapat

menyebabkan malaria. Hal ini disebabkan daerah Sungailiat merupakan daerah endemis malaria sehingga rentan terkena penyakit tersebut. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.
Distribusi Responden Menurut Jenis Makanan yang Dipantang Bayi di Kecamatan Sungailiat 2008

	Jenis makanan	n	Persentase (%)	Alasan Pantangan
1	Buah asam (jeruk, duku, dll)	5	18,5	Malaria
2	Ikan laut	3	11,1	amis, cacingan
3	Makanan yang gatal (udang, cumi, ketam)	2	7,4	gatal-gatal
4	Telur	3	11,1	Bisul
5	Daging sapi	1	3,7	mudah sakit
6	Coklat, makanan yang manis	3	11,1	Diare
7	Snack	2	7,4	sakit perut
8	Makanan keras (kue, nasi dll)	3	11,1	usus belum kuat
9	Makanan pedas	1	3,7	sakit perut
10	Es	1	3,7	Batuk
11	Makanan yang dibakar (ubi bakar, ikan bakardll)	1	3,7	lagi berobat
12	Makanan dewasa (nasi dll)	2	7,4	perut masih kecil
	Jumlah	27	100	

5.2.1.3. Yang biasa Menyiapkan MPASI

Dalam tabel 5.5 sebagian besar responden menyatakan bahwa MPASI disiapkan oleh ibu sendiri yaitu 95,3% dan hanya 0,4 % yang disiapkan oleh pengasuh. Ini berarti sudah baik dalam hal pengasuhan dan perawatan anak terutama dalam pemberian MPASI.

5.2.1.4. Jenis MPASI diberikan dan Frekuensi Pemberian

Jenis MPASI diberikan kepada bayi paling banyak adalah bubur susu sebesar 54,5 %, jenis bubur yang diberikan ada dibuat sendiri dari tepung beras dan ada yang berasal dari pabrik atau makanan formula.

Frekuensi pemberian MPASI paling besar diberikan 2x sehari untuk makanan pokok yaitu sebesar 63,8% . Adapun makanan pokok bayi yang diberikan 2x sehari adalah bubur susu, makanan lumat dan makanan lunak. Pemberian makanan selingan hanya dilakukan oleh 56 responden (23,8%), dari responden yang memberi makanan selingan terbanyak pada responden yang memberikan makanan selingan 1 x sehari untuk bayinya yaitu berupa kue atau roti/biskuit. Tabel frekuensi pemberian MPASI dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.
Distribusi Responden Menurut Frekuensi Pemberian MPASI
Di Kecamatan Sungailiat 2008

Frekuensi	Frekuensi Pemberian MPASI				
	Makanan Pokok		Makanan Selingan		
	n	%	n	%	
1.	1 x sehari	7	3	45	19,1
2.	2 x sehari	150	63,8	8	3,4
3.	3 x sehari	77	32,8	3	1,3
4.	4 x sehari	1	0,4	0	0
	Jumlah	235	100	56	23,8

5.2.1.5. Keamanan dan Kebersihan Makanan

Untuk keamanan dan kebersihan makanan meliputi banyak MPASI yang biasa dibuat, tempat menyimpan MPASI bila berlebih, perlakuan sebelum MPASI diberikan pada bayi, bahan tambahan makanan yang diberikan dalam pembuatan MPASI dan alat makan digunakan.

Sebagian besar responden sudah melakukan cara pemberian makanan yang aman dan bersih, bila dilihat dari 235 responden melakukan praktik pemberian MPASI kepada bayinya didapati paling banyak terdapat pada ibu membuat MPASI cukup untuk sekali makan yaitu sebesar 76,2 %.

Dari 54 responden yang membuat MPASI berlebih hampir merata antara yang menyimpan ditempat khusus 46,3 % dan tidak ada tempat khusus (53,7%). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Distribusi Responden menurut Membuat MPASI Berlebih di
Kecamatan Sungailiat 2008

Membuat MPASI Berlebih	n	%
1. Tempat menyimpan bila lebih		
a. tempat khusus	25	46,3
b. tidak ada tempat khusus	29	53,7
2. Petlakuan sebelum diberi kepada bayi		
a. dipanaskan dulu	50	92,6
b. langsung diberikan	4	7,4
3. Penambah rasa makanan		
a. garam	50	92,6
b. gula	1	1,8
c. lain-lain	3	5,6
Jumlah	54	100,0

Tempat ibu menyimpan MPASI berlebih adalah di dalam *magic com* atau *magic jar*, sedangkan responden menyimpan bukan di tempat khusus biasanya di dalam panci diletakkan di atas kompor sehingga jika diperlukan tinggal dipanaskan. Sebagian besar responden memanaskan MPASI terlebih dahulu sebelum diberikan kepada bayi yaitu 92,6 %.

Alat makan yang digunakan responden dengan sendok yaitu 97,4%, sendok digunakan bayi mendapat MPASI jenis bubur susu, bubur sereal, sari buah, makanan

lumat dan makanan lunak. Sedangkan bayi yang diberi biskuit biasanya langsung diberikan terutama pada bayi sudah bisa memegang makanan antara usia 11-12 bulan sebesar 1,3%. Pada bayi yang mendapat tambahan susu formula selain ASI menggunakan cangkir atau botol dot sebagai alat makan (1,3%).

Responden yang menambahkan penambah rasa makanan di dalam MPASI sebanyak 23,8%, sebagian besar menambahkan garam dengan alasan untuk menambah rasa dan biar rasanya enak sebesar 92,6%. Selebihnya untuk menambah rasa MPASI responden memberikan tambahan gula, madu dan kecap.

5.2.1.6. Yang biasa Menyampaikan MPASI

Dalam penelitian ini sebagian besar responden menyampaikan sendiri MPASI kepada bayinya sebesar 96,6%, disuap oleh nenek sebesar 3 % dan pengasuh 0,4%.

5.2.2. Karakteristik Ibu dan Keluarga

Karakteristik ibu dan keluarga dalam penelitian ini adalah umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga. Hasil penelitian diuraikan dalam mean, median, modus, simpangan baku, nilai minimum dan maksimum serta hasil pengkategorian. Distribusi karakteristik ibu dan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10.

**Distribusi Responden Menurut Karakteristik Ibu dan Keluarga
di Kecamatan Sungailiat 2008**

Variabel	n	Persentase (%)
1. Umur Ibu		
a. ≤ 19 tahun	25	9,3
b. 20 – 29 tahun	159	58,9
c. ≥ 30 tahun	86	31,9
2. Paritas		
a. ≥ 3 kali	63	23,3
b. < 3 kali	207	76,7
3. Pendidikan Ibu		
a. Tidak sekolah/tidak tamat SD	7	2,6
b. Tamat SD/ sederajat	80	29,6
c. Tamat SLTP/ sederajat	56	20,7
d. Tamat SMU/ sederajat	115	42,6
e. Tamat D3/PT	12	4,4
4. Tingkat Pendidikan Ibu		
a. Rendah	143	52,9
b. Tinggi	127	47,1
5. Pekerjaan Ibu		
a. Tidak bekerja	257	95,2
b. Bekerja	13	4,8
6. Jumlah anggota keluarga		
a. Besar (> 4 orang)	77	28,5
b. Kecil (≤ 4 orang)	193	71,5
7. Pendapatan keluarga		
a. Rendah (< UMK Bangka)	82	30,4
b. Tinggi (≥ UMK Bangka)	188	69,6
Jumlah	270	100

5.2.2.1. Umur ibu

Rata-rata umur ibu adalah 27,1 tahun, median 26,5 tahun, modus 23 tahun, simpangan baku 5,528, umur terendah 16 tahun dan tertinggi 41 tahun. Bila dikategorikan menjadi 3 kelompok maka hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.10.

Kelompok umur terbanyak berada pada usia antara 20-29 tahun yaitu sebesar 58,9 % dan terendah berada pada kelompok umur ≤ 19 tahun yaitu sebesar 9,3 %.

5.2.2.2. Paritas

Dari hasil penelitian ini didapatkan nilai rata-rata dari paritas adalah 1,91 kali, median 2 kali , modus 1 kali, simpangan baku 1,021 dengan nilai terendah 1 kali dan tertinggi 6 kali. Paritas di bagi menjadi 2 kategori yaitu ≥ 3 kali dan < 3 kali, lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.10.

Sebagian besar responden mempunyai paritas kurang dari 3 kali (1-2 kali) dengan proporsi sebesar 76,7 %, sedangkan responden dengan paritas 3 kali atau lebih sebanyak 23,3%.

5.2.2.3. Pendidikan Ibu

Pendidikan yang ditempuh oleh responden dibagi menjadi 5 kategori, sebagian besar responden mempunyai pendidikan terakhir SMU/ sederajat yaitu sebanyak 42,6% dan terendah tidak sekolah/tidak tamat SD sebanyak 2,6%.

Untuk kepentingan uji statistik pendidikan responden dikategorikan menjadi 2 kategori maka didapat kategori rendah (tidak tamat SD, tamat SD dan tamat SLTP) dan tinggi, bila tamat SMU/ sederajat dan tamat D3/PT. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.10.

Dari responden menurut tingkat pendidikan ibu , proporsi tertinggi adalah responden dengan pendidikan rendah sebanyak 52,9%.

5.2.2.4. Pekerjaan Ibu

Status pekerjaan ibu dikategorikan menjadi tidak bekerja dan bekerja, dari hasil

penelitian ini didapatkan proporsi terbesar ibu tidak bekerja yaitu sebanyak 95,2% dibandingkan proporsi ibu bekerja (4,8%). Pekerjaan ibu yang terbanyak adalah PNS, buruh dan pedagang. Hasil penelitian secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.10.

5.2.2.5. Jumlah Anggota Keluarga

Dari 270 responden diteliti rata-rata jumlah keluarga responden 4,08 orang, dengan median 4 orang, modus 3 orang, simpangan baku 1,191, dengan nilai minimum 3 orang dan maksimum 9 orang.

Selanjutnya jumlah anggota keluarga dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu keluarga kecil, dengan jumlah anggota ≤ 4 orang dan keluarga besar, bila > 4 orang. Setelah dikategorikan didapati proporsi jumlah anggota keluarga terbanyak berada pada kategori ≤ 4 orang yaitu sebanyak 71,5%.

5.2.2. 6. Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga didapat dari jumlah pengeluaran per bulan yang dihitung dari jumlah seluruh pengeluaran keluarga baik pangan maupun non pangan yang dikeluarkan selama satu bulan seluruh anggota keluarga .

Rata-rata pendapatan keluarga per bulan di Kecamatan Sungailiat sebesar Rp 1.346.040, dengan median Rp 1.000.000,-, nilai modus Rp 1.000.000,-simpangan baku Rp 725.483,- . Sedangkan nilai terendah Rp 430.000,- dan tertinggi Rp 4.000.000,-.

Standar yang digunakan adalah mengacu pada Upah Minimum Kabupaten/ Kota (UMK) Kabupaten Bangka tahun 2008 sebesar Rp 905.000,- (BPS Bangka,

2008). Dari standar tersebut dibagi menjadi dua kategori yaitu rendah bila pengeluaran bulan < Rp 905.000,- dan tinggi bila \geq Rp 905.000,-. Berdasarkan hasil penelitian didapati proporsi pengeluaran keluarga terbanyak adalah kelompok dengan kategori tinggi sebanyak 69,6%.

5.2.3. Pengetahuan Ibu tentang MPASI

Pengetahuan ibu dinilai dari jumlah 14 pertanyaan gabungan yang diberi skor. Hasil penelitian menunjukkan nilai rata-rata atau mean sebesar 11,62, median 12, modus 12, simpangan baku 3,221, nilai terendah 4 dan tertinggi 18.

Sebagai *cut off point* diambil nilai *mean* sesuai dengan hasil kurva berdistribusi normal. Selanjutnya skor pengetahuan ibu dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu kurang baik bila skor kurang dari nilai rata-rata (mean) dan baik bila \geq nilai mean. Hasil penelitian mengenai pengetahuan ibu tentang MPASI dirinci dalam distribusi responden yang dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11.
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Ibu tentang MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008

Pengetahuan MPASI	n	Persentase(%)
1. Skor Pengetahuan MPASI		
a. Kurang baik (skor < 11,62)	124	45,9
b. Baik (skor \geq 11,62)	146	54,1
2. Tahu maksud MPASI		
a. ya	76	28,1
b. tidak	194	71,9
3. Manfaat MPASI		
a. memenuhi kebutuhan zat gizi	61	22,6
b. lain-lain	15	5,5
c. tidak tahu	194	71,9

4. Jenis Makanan yang dianggap ibu baik		
a. ya	251	93,0
b. tidak	8	3,0
c. tidak tahu	10	3,7
d. tidak menjawab	1	0,4
5. Jenis MPASI yang dimasak ibu		
a. bubur, nasi,mi,roti,singkong,ubi dll	108	40
b.susu,telur,daging,ikan,tahu,tempe dll	45	16,7
c. sayur dan buah	18	5,6
d. lain-lain	82	30,4
e. tidak tahu	8	3,0
f. tidak menjawab	9	3,3
6. Seharusnya terkandung dalam MPASI		
a. zat tenaga	53	19,6
b. zat pembangun	46	17,0
c. zat pengatur	53	19,6
d. vitamin c	16	5,9
e. zat besi	6	2,2
f. tidak tahu	85	31,5
g. tidak menjawab	11	4,1
7. Kadar tinggi zat gizi		
a. kurang (mean < 3,65)	134	49,6
b. baik (mean \geq 3,65)	136	50,4
8. MPASI sudah cukup gizi		
a. ya	179	66,3
b. tidak	45	16,7
c. tidak tahu	30	11,1
d. tidak menjawab	16	5,9
9. Usia tepat memberi MPASI		
a. segera setelah lahir	3	1,1
b. diatas 2 bulan	19	7
c. 6 bulan	187	69,3
d. lain-lain	47	17,4
e. tidak tahu	12	4,4
f. tidak menjawab	2	0,7
10. Alasan memberi MPASI pertama kali		
a. anak kelihatan lapar terus	146	54,1
b. anjuran keluarga	13	4,8
c. anjuran tenaga kesehatan	74	27,4
d. lain-lain	27	10,0
e. tidak tahu	9	3
f. tidak menjawab	1	0,4
11. Bentuk MPASI usia 6 bulan		
a. makanan lumat halus	193	71,5
b. makanan lunak	30	11,1
c. makanan biasa	5	1,9
d. lainlain	4	1,5
e. tidak tahu	28	10,4
f. tidak menjawab	10	3,7

12. Bentuk MPASI usia 6 – 9 bulan		
a. makanan lumat	21	7,8
b. makanan lunak	175	64,8
c. makanan biasa	17	6,3
d. lainlain	2	0,7
e. tidak tahu	39	14,4
f. tidak menjawab	16	5,9
13. Bentuk MPASI usia 9-12 bulan		
a. makanan lumat	5	1,9
b. makanan lunak	35	13
c. makanan biasa	177	65,6
d. lainlain	2	0,7
e. tidak tahu	36	13,3
f. tidak menjawab	15	5,6
14. Tahapan berdasarkan bentuk		
a. gigi bayi belum tumbuh	39	14,4
b. perut bayi masih kecil	119	44,1
c. bayi masih sangat kecil	70	25,9
d. supaya bayi beradaptasi	37	13,7
e. tidak tahu	3	1,1
f. tidak menjawab	2	0,7
15. Bayi sakit perlu diberi MPASI		
a. perlu	261	96,7
b. tidak perlu	9	3,3
Jumlah	270	100

Dari 270 responden sebagian besar tidak tahu istilah atau singkatan MPASI (71,9%), sedangkan proporsi responden tahu istilah MPASI sebesar 28,1%. Dari 28,1% responden tahu istilah MPASI, proporsi responden menjawab untuk memenuhi kebutuhan zat gizi sebesar 22,6 % dan 5,5 % menjawab lain-lain, seperti supaya anak cepat besar dan sehat

Proporsi responden menganggap ada jenis makanan yang baik untuk diberikan pada bayi sebanyak 93%, dan menganggap tidak ada sebesar 3 %. Sebagian besar responden memasak jenis makanan seperti bubur, nasi, mi, roti , biskuit dan lain-lain dimasak untuk MPASI (40%). Sekitar 30,4% responden memasak MPASI yang berasal dari pabrik. Proporsi responden menjawab MPASI harus mengandung zat tenaga dan zat pengatur sama besar yaitu 19,6 % dan paling rendah kandungan zat

besi (2,2%).

Responden tahu makanan yang mengandung kadar zat gizi tinggi yaitu dengan nilai jawaban baik sebesar 50,4%. Rata-rata skor jawaban 3,65, median 4 Nilai jawaban tertinggi adalah 7 dan terendah adalah 0. Sedangkan proporsi responden memberikan bayinya MPASI sudah cukup nilai gizi adalah 66,7% .

Sebagian besar responden mengetahui usia bayi tepat untuk mulai diberi MPASI yaitu usia 6 bulan sebesar 69,3%, sedangkan lain-lain menjawab 3 dan 4 bulan sebesar 17,4% dan hanya 1,1 % memberi MPASI pada saat segera setelah lahir. Alasan responden memberi MPASI pertama kali adalah anak kelihatan masih lapar terus walaupun diberi ASI sebesar 54,1 %. Sedangkan pada responden menjawab lain-lain sebesar 10 % seperti biar cerdas, sudah seharusnya, berat badan naik, pengenalan makanan, anak rewel dan cengeng.

Responden mengetahui jenis MPASI baik pada usia 6 bulan adalah sebesar 71,5% dan paling rendah menjawab lain-lain seperti sari buah, bubur susu dan sereal buatan pabrik sebesar 1,5%. Sedangkan responden menjawab bentuk MPASI baik usia 6-9 bulan sebagian besar menjawab makanan lunak yaitu 64,8% dan bentuk MPASI baik untuk anak usia 9-12 bulan paling banyak menjawab makanan biasa sebanyak 65,6 %.

Proporsi responden mengetahui adanya tahap pemberian MPASI berdasarkan bentuk makanan pada bayi sebesar 98,2% dan proporsi paling banyak menjawab perut bayi masih kecil sebesar 44,1 %. Sedangkan responden tidak tahu dan tidak menjawab sebesar 1,8%.

Dari hasil penelitian ini didapatkan proporsi responden mengetahui perlunya bayi yang sakit diberi MPASI yaitu sebesar 96,7 % . Adapun alasan bayi perlu mendapat MPASI waktu sakit adalah biar cepat sembuh dan sehat, berat badan naik, takut anaknya kurang gizi, menambah tenaga dan supaya anaknya tidak lemah atau tambah sakit. Ini membuktikan bahwa sebagian ibu sudah menyadari pentingnya pemberian MPASI untuk mempercepat penyembuhan penyakit pada bayi. Menurut Suhardjo (2002) pesan-pesan untuk memperbaiki kebiasaan pemberian makanan selama sakit, sebaiknya ditekankan pada manfaat dari makanan supaya menghindari kelemahan dan memburuknya kesehatan anak.

5.2.4. Peran Petugas Kesehatan

Untuk variabel peran petugas kesehatan terdiri dari 4 pertanyaan yaitu yang memberi petunjuk informasi pemberian MPASI, setuju petugas kesehatan memberikan informasi, setuju petugas kesehatan rutin memberikan penyuluhan MPASI dan setuju isi nasihat diberikan petugas kesehatan tentang MPASI. Secara rinci masing-masing pertanyaan dapat dilihat jelas pada tabel 5.12.

Tabel 5.12.
Distribusi Persepsi Responden tentang Peran Petugas Kesehatan
Kecamatan Sungailiat 2008

Peran Petugas Kesehatan	n	Persentase (%)
1. Skor Peran Petugas Kesehatan		
a. Kurang baik (skor < 13,3)	113	41,9
b. Baik (skor ≥ 13,3)	157	58,1

2. Pemberi petunjuk/informasi pemberian MPASI	56	20,7
a. kader posyandu	40	14,8
b. petugas gizi	23	8,5
c. bidan desa	8	3,0
d. bidan puskesmas	7	2,6
e. bidan praktik swasta	11	4,1
f. dokter	55	20,4
g. keluarga	20	7,4
h. tetangga	43	15,9
i. media massa: tv,radio,surat kabar dll	7	2,6
j. lain-lain		
3. Pemberi petunjuk /Informasi (dalam kategori)	145	53,7
a. Petugas Kesehatan	125	46,3
b. Nonkesehatan		
4. Setuju bila petugas kesehatan yang memberikan informasi pemberian MPASI		
a. setuju	269	99,6
b. tidak setuju	1	0,4
5. Setuju bila petugas kesehatan telah rutin memberi penyuluhan MPASI		
a. setuju	158	58,5
b. tidak setuju	112	41,5
6. Setuju isi nasihat yang diberikan oleh petugas kesehatan		
a. setuju	269	99,6
b. tidak setuju	1	0,4
Total	270	100,0

5.2.4.1. Pemberi petunjuk/informasi pemberian informasi tentang MPASI

Sebagian besar responden menjawab kader posyandu dan keluarga sebagai pemberi informasi pemberian MPASI masing-masing sebesar 20,7% dan 20,4%, terendah informasi berasal dari bidan praktik swasta sebesar 2,6%.

Kemudian dari jawaban responden tersebut dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu petugas kesehatan dan nonkesehatan. Kategori petugas kesehatan, jika pemberi informasi adalah petugas bekerja di instansi kesehatan baik pegawai negeri maupun swasta atau telah didik dan dilatih mengenai kesehatan seperti kader posyandu, petugas gizi, bidan desa, bidan puskesmas, bidan praktik swasta, tenaga

kesehatan lain seperti perawat, sanitarian, juru imunisasi dan dokter. Sedangkan non kesehatan terdiri dari keluarga, media, tetangga, sekolah, dukun yang belum dilatih dan lain sebagainya.

Dari hasil pengkategorian didapatkan proporsi petugas kesehatan lebih banyak yang memberi informasi tentang pemberian MPASI yaitu 53,7% dibanding nonkesehatan seperti dapat dilihat pada tabel 5.12 .

Bila dilihat hasil tabulasi silang usia mulai mendapat MPASI dengan pemberi petunjuk / informasi mengenai pemberian MPASI didapati proporsi usia bayi mulai mendapat MPASI < 6 bulan terbanyak pemberi informasi berasal dari keluarga (24,8%), sedangkan pada bayi yang mulai mendapat MPASI usia tepat 6 bulan terbanyak pemberi informasi berasal dari media (21,25%) dan pada bayi usia > 6 bulan terbanyak berasal dari keluarga (50%). Ini berarti masih rendahnya peran petugas kesehatan dibandingkan peran media dan keluarga yang memberikan informasi tentang pemberian MPASI yang tepat. Hasil tabulasi silang dapat dilihat pada tabel 5. 13.

Tabel 5.13
Distribusi Responden Menurut Usia Mulai Mendapat MPASI dan Pemberi
Petunjuk / Informasi Pemberian MPASI
di Kecamatan Sungailiat 2008

Pemberi Petunjuk/ Informasi Pemberian MPASI	Usia Mulai Mendapat MPASI					
	< 6 bulan		6 bulan		> 6 bulan	
	n	%	n	%	n	%
Kader posyandu	28	18,8	12	15	2	33,3
Petugas gizi	19	12,8	11	13,8	0	0
Bidan desa	11	7,3	9	11,3	0	0
Bidan puskesmas	5	3,4	4	5	0	0

Bidan praktik swasta	2	1,3	4	5	0	0
Dokter	4	2,6	3	3,8	0	0
Keluarga	37	24,8	13	16,3	3	50
Tetangg.a	14	9,4	5	6,3	1	16,7
Media (tv, radio, majalah, koran dll)	24	16,1	17	21,3	0	0
Lain-lain	5	3,4	2	2,5	0	0
Jumlah	149	100,0	80	100,0	6	100,0

5.2.4.2. Setuju bila petugas kesehatan memberikan informasi tentang MPASI

Sebagian besar proporsi responden setuju sebesar 99,6 %, dengan alasan sudah seharusnya petugas kesehatan menyampaikan informasi tentang pemberian MPASI kepada ibu bayi. Sedangkan sebanyak 0,4 % tidak setuju, alasan karena bisa dipelajari dari membaca .

5.2.4.3. Setuju bila petugas rutin memberikan informasi pemberian MPASI

Proporsi responden setuju dan tidak dalam penelitian ini hampir merata, yaitu setuju 58,5% dan tidak setuju sebesar 41,5%. Alasan responden setuju sebagian besar menyebutkan supaya ingat terus, dan menambah pengetahuan tentang MPASI. Adapun alasan tidak setuju karena masih perlu dilakukan penyuluhan dengan topik lain supaya tidak bosan.

5.2.4.4. Setuju Isi nasihat diberikan oleh petugas kesehatan tentang MPASI

Responden memilih jawaban setuju sebanyak 99,6% dengan alasan untuk

menambah pengetahuan cara pemberian MPASI yang benar kepada bayinya. Dari pertanyaan nomor 2 sampai 4 kemudian dikomposit dan diberi skor dengan *cut off point* mengacu pada nilai *mean* karena kurva berdistribusi normal.

Rata-rata nilai skor sebesar 13,33, nilai median 15, nilai modus 15, simpangan baku 1,977, nilai minimum 11 dan maksimum 15. Kemudian dibagi menjadi 2 kategori yaitu kurang baik, bila skor < dari nilai mean dan baik, bila skor \geq nilai mean. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.12.

Dari hasil penelitian didapati proporsi peran petugas kesehatan terbesar adalah kategori baik yaitu sebesar 58,1%. Sedangkan proporsi kategori kurang baik sebesar 41,9 %.

5.3 . Analisis Bivariat

Untuk menguji apakah ada hubungan antara variabel dependen yaitu praktik pemberian MPASI dengan variabel independen seperti umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan tentang MPASI, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan peran petugas kesehatan dengan menggunakan uji *Chi Square*.

Selanjutnya dilihat juga nilai *Odds Ratio* (OR). Hasil analisis bivariat antara variabel umur ibu, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan MPASI ibu, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan peran petugas kesehatan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat dapat dilihat secara rinci dalam tabel 5.14.

Tabel 5.14.

Hasil Analisis Bivariat menurut Variabel Umur Ibu, Paritas , Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu , Pengetahuan MPASI, Jumlah Anggota Keluarga,

Pendapatan Keluarga dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	Praktik Pemberian MPASI				Total		95% CI	p value
	Kurang baik		Baik		n	%		
	N	%	n	%				
1. Umur Ibu								
≤ 19 tahun	10	47,6	11	52,4	21	100		0,086
20-29 tahun	51	36,7	88	63,3	139	100		
> 30 tahun	39	52,0	36	48,0	75	100		
2. Paritas								
≥ 3 kali	23	44,2	29	55,8	52	100	1,092	0,906
< 3 kali	77	42,1	106	57,9	183	100	(0,587-2,032)	
3. Pendidikan Ibu								
Rendah	60	49,2	62	50,8	122	100	1,766	0,045 *
Tinggi	40	35,4	73	64,6	113	100	(1,046-2,983)	
4. Pekerjaan Ibu								
Tidak bekerja	90	41,3	128	58,7	218	100	0,492	0,248
Bekerja	10	58,8	7	41,2	17	100	(0,181-1,342)	
5. Pengetahuan MPASI Ibu								
Kurang baik	60	53,6	52	46,4	112	100	2,394	0,002 *
Baik	40	32,5	83	67,5	123	100	(1,410-4,0645)	
6. Jumlah anggota keluarga								
> 4 orang	34	52,3	31	47,7	65	100	0,579	0,085
≤ 4 orang	66	38,8	104	61,2	171	100	(0,325-1,030)	
7. Pendapatan keluarga								
Rendah	28	38,4	45	61,6	73	100	0,778	0,465
Tinggi	72	44,4	90	55,6	162	100	(0,0442-1,368)	

8. Peran petugas kesehatan								
Kurang baik	62	77,5	18	22,5	80	100	10,605	0,000 *
Baik	38	24,5	117	75,5	155	100	(5,593-20,108)	
Jumlah	100	42,6	135	57,4	235	100		

Ket : * ada hubungan bermakna

5.3.1. Hubungan antara Umur Ibu dan Praktik Pemberian MPASI

Hasil uji dengan tabel silang pada 235 responden melaksanakan praktik MPASI didapati sebagian besar melaksanakan praktik pemberian MPASI kurang baik adalah kelompok umur > 30 tahun sebesar 52,0 %, dan terendah pada kelompok usia 20- 29 tahun sebesar 36,7%.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa ada kecenderungan ibu dengan kelompok usia > 30 tahun melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik lebih tinggi proporsinya dibandingkan ibu dengan kelompok umur 20-29 tahun. Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p = 0,086$) berarti tidak ada hubungan bermakna antara umur ibu dengan praktik pemberian MPASI.

5.3.2. Hubungan antara Paritas dan Praktik Pemberian MPASI

Proporsi responden dengan paritas ≥ 3 kali melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 44,2%, sedangkan responden dengan paritas < 3 kali melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 42,1%. Dari hasil uji bivariat dapat diartikan bahwa ada kecenderungan ibu yang mempunyai paritas tinggi cenderung melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan dengan

ibu dengan paritas rendah.

Dari hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p=0,906$) artinya tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan praktik pemberian MPASI .

5.3.3. Hubungan antara Pendidikan dan Praktik Pemberian MPASI

Untuk kepentingan uji statistik maka pendidikan dikategori menjadi 2. Proporsi responden dengan pendidikan rendah (tidak sekolah / tidak tamat SD, tamat SD dan tamat SLTP) melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 49,2%, sedangkan responden dengan kategori pendidikan tinggi (tamat SMU/ sederajat dan tamat D3/PT) melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 35,4 %.

Dari hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p < 0,05$ ($p=0,045$) berarti ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan praktik pemberian MPASI . Nilai OR = 1,766 (95% CI : 1,046-2,983) ibu dengan pendidikan rendah mempunyai peluang 1, 766 kali untuk melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan dengan ibu dengan tingkat pendidikan tinggi.

5.3.4. Hubungan antara Pekerjaan dan Praktik Pemberian MPASI

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan praktik pemberian MPASI didapati proporsi responden bekerja melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik lebih besar yaitu 58,8%, sedangkan responden tidak bekerja melakukan praktik

pemberian MPASI kurang baik sebesar 41,3%.

Kemudian dari hasil analisis dapat dijelaskan juga bahwa ada kecenderungan ibu bekerja melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik lebih besar dibandingkan ibu tidak bekerja. Hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p=0,248$) berarti tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan praktik pemberian MPASI.

5.3.5. Hubungan antara Pengetahuan MPASI dan Praktik Pemberian MPASI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden dengan pengetahuan tentang MPASI kurang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik adalah sebesar 53,6%, sedangkan proporsi responden dengan pengetahuan baik melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 32,5 %.

Selanjutnya dianalisis dengan uji statistik *chi square*, hasilnya didapatkan nilai $p = 0,002$ ini berarti nilai $p < 0,05$. Dengan demikian ada hubungan bermakna antara pengetahuan MPASI ibu dengan praktik pemberian MPASI. Nilai OR = 2,394 (95% CI: 1,410-4,0645) artinya ibu dengan pengetahuan MPASI kurang baik mempunyai peluang 2,394 kali untuk melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan dengan ibu yang mempunyai pengetahuan MPASI baik.

5.3.6. Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dan Praktik Pemberian MPASI

Hasil analisis hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik

pemberian MPASI didapati proporsi responden dengan jumlah anggota keluarga > 4 orang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 52,3% , sedangkan responden yang ≤ 4 orang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 38,8 %.

Hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p = 0,085$) berarti tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik pemberian MPASI. Nilai OR= 0,579 (95% CI : 0,325-1,030).

5.3.7. Hubungan antara Pendapatan Keluarga dan Praktik Pemberian MPASI

Responden dengan proporsi pendapatan rendah melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 38,4 %, sedangkan responden dengan pendapatan tinggi melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 44,4%. Hal ini dapat dijelaskan bahwa praktik pemberian MPASI pada responden dengan pendapatan tinggi cenderung melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan responden dengan pendapatan rendah.

Hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p = 0,451$) berarti tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik pemberian MPASI. Nilai OR= 0,778 (95% CI : 0,442-1,368).

5.3.8. Hubungan antara Peran Petugas Kesehatan dan Praktik Pemberian MPASI

Dari hasil analisis hubungan antara peran petugas kesehatan dengan praktik

pemberian MPASI didapati proporsi ibu dengan peran petugas kesehatan kurang baik melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik cukup tinggi yaitu sebesar 77,5 % , sedangkan proporsi ibu dengan peran petugas kesehatan baik yang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 24,5 %.

Selanjutnya setelah dianalisis dengan uji statistik *chi square* didapatkan nilai $p=0,000$ berarti $p < 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI dengan nilai $OR = 10,605$ ($95\% CI : 5,593-20,108$) artinya adanya peran petugas kesehatan kurang baik mempunyai peluang 10,605 kali untuk melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan dengan bila peran petugas kesehatan baik.

5.4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui faktor dominan yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI kepada bayi usia 0-12 bulan. Sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dahulu dilakukan penyeleksian variabel independen yang berhubungan dengan praktik pemberian MPASI yaitu variabel independen dengan nilai $p < 0,25$ hasil uji *likelihood ratio* pada waktu analisis bivariat (Hastono, 2007).

Adapun kandidat variabel independen atau kovariat masuk dalam pemodelan adalah variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan MPASI ibu, jumlah anggota keluarga dan peran petugas kesehatan. Jika ada variabel independen mempunyai lebih dari 2 kategori maka dilakukan *dummy* sebelum masuk dalam

model. Dalam penelitian ini variabel umur ibu terdiri dari 3 kategori, maka dilakukan *dummy*. Hasil seleksi bivariat antara variabel independen dengan praktik pemberian MPASI dapat dilihat pada tabel 5.15

Tabel 5. 15.
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Independen
dengan Praktik Pemberian MPASI

	Variabel	p value	Keterangan
1.	Umur ibu	0,086	Kandidat
2.	Paritas	0.782	Bukan kandidat
3.	Pendidikan Ibu	0,032	Kandidat
4.	Pekerjaan Ibu	0,162	Kandidat
5.	Pengetahuan MPASI	0,001	Kandidat
6.	Jumlah anggota keluarga	0.062	Kandidat
7.	Pendapatan keluarga	0,383	Bukan kandidat
8.	Peran petugas kesehatan	0,000	Kandidat

Ket : $p < 0,25$ masuk kandidat model

5.4.1. Tahap Pemodelan

Pada pemodelan semua variabel yang masuk kandidat multivariat dimasukkan secara bersama-sama ke dalam model, selanjutnya dilakukan evaluasi hasil regresi logistik untuk masing-masing variabel dengan standar nilai $p < 0,05$. Variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ dikeluarkan satu per satu dari model, dimulai dari model dengan nilai alpha terbesar. Adapun tujuannya untuk mendapat model terbaik dalam menentukan determinan praktik pemberian MPASI.

Pertimbangan lainnya dengan melihat perubahan nilai *Odds Ratio* (OR)

apabila terdapat perubahan nilai OR lebih dari 10 % didapat dengan cara membandingkan antara OR kedua model sebelum dan sesudah variabel independen dikeluarkan maka variabel tersebut tidak dikeluarkan dari model.

5.4.1.1. Model Tahap I

Berdasarkan evaluasi hasil seleksi terdapat 6 variabel yang menjadi kandidat model multivariat, kemudian ke enam variabel dianalisis dengan regresi logistik seperti yang terlihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16.

Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anggota Keluarga, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Umur			0,320	
umur (1)	1,914	0,555	0,242	0,644 - 5,684
umur (2)	1,192	0,606	0,772	0,364 - 3,909
Jumlah anggota keluarga	0,903	0,395	0,796	0,416 - 1,960
Pendidikan	1,412	0,358	0,336	0,700 - 2,848
Pekerjaan	0,424	0,602	0,154	0,130 - 1,379
Pengetahuan MPASI	1,259	0,357	0,519	0,625 - 2,637
Peran petugas kesehatan	10,472	0,439	0,000	5,284 - 20,756

Hasil analisis di tabel 5.16 menunjukkan variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ yaitu jumlah anggota keluarga, pengetahuan MPASI, pendidikan ibu, umur ibu dan pekerjaan ibu. Adapun nilai p tertinggi adalah variabel jumlah anggota keluarga dengan nilai $p = 0,796$, sehingga variabel ini dikeluarkan pertama kali dari model.

5.4.1.2. Model Tahap II

Hasil evaluasi regresi logistik pada model multivariat dengan mengeluarkan variabel jumlah anggota keluarga dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17.
Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Umur			0,239	
umur (1)	1,917	0,555	0,141	0,645 - 5,693
umur (2)	1,139	0,580	0,822	0,365 - 3,552
Pendidikan	1,401	0,357	0,345	0,696 - 2,822
Pekerjaan	0,426	0,601	0,156	0,131 - 1,384
Pengetahuan MPASI	1,269	0,356	0,504	0,631 - 2,550
Peran petugas kesehatan	10,538	0,348	0,000	5,323 - 20,861

Evaluasi selanjutnya melihat perubahan nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat dengan dan tanpa variabel jumlah anggota keluarga. Apabila perubahan melebihi 10 %, maka variabel tersebut tidak dikeluarkan dari model. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18.
Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Jumlah Anggota Keluarga

Variabel Independen	O R d e n g a n jumlah anggota keluarga	OR tanpa jumlah a n g g o t a keluarga	Beda OR	% Beda OR

Umur Ibu				
umur 1	1,914	1,917	-0,001	0,1
umur 2	1,192	1,139	0,044	4,4
Pendidikan Ibu	1,412	1,401	0,007	0,7
Pekerjaan Ibu	0,424	0,426	-0,005	0,5
Pengetahuan MPASI	1,259	1,269	-0,007	0,7
Peran petugas kesehatan	10,472	10,538	-0.066	0,6

Pada tabel 5.18 terlihat bahwa semua variabel independen mempunyai nilai $OR < 10\%$ sehingga variabel jumlah anggota keluarga dikeluarkan dari model. Selanjutnya p value yang terbesar adalah variabel pengetahuan MPASI yaitu $p = 0,504$, maka variabel pengetahuan MPASI tidak diikutsertakan lagi dalam pemodelan tahap tiga.

5.4.1.3. Model Tahap III

Pada pemodelan ketiga setelah variabel pengetahuan MPASI dikeluarkan, maka didapatkan hasil analisis model regresi logistik seperti dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19.

Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Umur Ibu			0,252	
umur (1)	1,957	0,553	0,225	0,662 - 5,785
umur (2)	1,197	0,574	0,754	0,389 - 3,686
Pendidikan Ibu	1,547	0,324	0,179	0,819 - 2,921
Pekerjaan Ibu	0,426	0,598	0,153	0,132 - 1,374
Peran petugas kesehatan	11,183	0,338	0,000	5,763 - 20,701

Hasil analisis regresi logistik menunjukkan nilai $p > 0,05$ terbesar ketiga adalah umur ibu yaitu ($p = 0,252$), tapi sebelumnya dilihat terlebih dahulu

perbandingan nilai OR sebelum variabel pengetahuan MPASI ibu dikeluarkan dan sesudah variabel pengetahuan MPASI ibu dikeluarkan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20.
Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pengetahuan MPASI

Variabel Independen	OR dengan variabel pengetahuan MPASI	OR tanpa variabel pengetahuan MPASI	Beda OR	% Beda OR
Umur Ibu				
umur 1	1,917	1,957	-0,02	2
umur 2	1,139	1,197	-0,0508	5,08
Pendidikan Ibu	1,401	-0,145	-0,104	10,4
Pekerjaan Ibu	0,426	0,426	0	0
Peran petugas kesehatan	10,538	11,183	-0,061	6,1

Hasil evaluasi didapatkan terjadi perubahan nilai OR untuk variabel pendidikan ibu sebesar 10,4 % sehingga variabel pengetahuan MPASI tetap dalam model. Selanjutnya mengeluarkan variabel umur karena nilai $p > 5\%$ ($p = 0,252$).

5.4.1.4. Model Tahap IV

Pada tahap ini variabel umur dikeluarkan dari model karena hasil analisis nilai p mempunyai nilai p paling besar ketiga setelah jumlah anggota keluarga, dan pengetahuan MPASI. Hasil analisis model tahap IV dapat dilihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21.
Model Multivariat Regresi Logistik antara Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Pendidikan Ibu	1,615	0,344	0,163	0,823-3,167
Pekerjaan Ibu	0,390	0,586	0,107	0,124-1,228
Pengetahuan MPASI	1,222	0,349	0,566	0,617-2,419
Peran petugas kesehatan	10,272	0,341	0,000	5,263-20,048

Kemudian dilanjutkan dengan evaluasi perbandingan nilai OR pada model sebelum dan sesudah variabel umur dikeluarkan. Hasil evaluasi perbandingan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.22

Tabel 5.22.
Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Umur Ibu

Variabel Independen	OR dengan variabel umur ibu	OR tanpa variabel umur ibu	Beda OR	% Beda OR
Pendidikan Ibu	1,401	1,615	-0,15	15
Pekerjaan Ibu	0,426	0,390	0,085	8,5
Pengetahuan MPASI	1,269	1,222	0,037	3,7
Peran petugas kesehatan	10,538	10,272	0,025	2,5

Hasil perbandingan nilai OR dengan dan tanpa variabel umur ibu terjadi perubahan nilai OR pada variabel pendidikan ibu sebesar 15 %, dengan demikian variabel umur ibu tidak boleh dikeluarkan dari model. Selanjutnya variabel yang dikeluarkan adalah pendidikan ibu dengan nilai $p = 0,163$ ($p > 0,05$).

5.4.1.5. Model Tahap V

Setelah variabel pendidikan dikeluarkan didapat hasil model regresi logistik tahap V seperti dalam tabel 5.23. sebagai berikut :

Tabel 5.23.

Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pekerjaan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Pekerjaan Ibu	0,436	0,603	0,169	0,134-1,422
Pengetahuan MPASI	1,462	0,324	0,240	0,775-0,2757
Peran petugas kesehatan	10,266	0,346	0,000	5,215-20,210
Umur Ibu			0,142	
umur (1)	0,838	1,788	0,761	0,269-2,611
umur (2)	1,788	0,188	0,93	0,907-3,525

Evaluasi perbandingan nilai OR dengan dan tanpa variabel pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.24.

Tabel 5.24.

Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pendidikan Ibu

Variabel Independen	OR dengan variabel pendidikan ibu	OR tanpa variabel pendidikan ibu	Beda OR	% Beda OR
Pekerjaan Ibu	0,426	0,436	-0,022	2,2
Pengetahuan MPASI	1,269	1,462	-0,15	15
Peran petugas kesehatan	10,538	10,266	0,025	2,5
Umur Ibu	0,878	0,838	0,045	4,5
umur 1	1,682	1,788	-0,062	6,2
umur 2				

Hasil perbandingan nilai OR menunjukkan variabel pengetahuan MPASI mempunyai nilai OR melebihi 10 %, maka variabel pendidikan ibu tidak boleh dikeluarkan dari model. Selanjutnya kembali dilihat nilai $p > 0,05$ yang terakhir dikeluarkan di pemodelan yaitu variabel pekerjaan ibu .

5.4.1.6. Model Tahap V I

Pemodelan tahap enam setelah variabel pekerjaan ibu dikeluarkan menghasilkan analisis model regresi logistik seperti terlihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25.

Model Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Pendidikan Ibu	1,366	0,396	0,379	-0,692-2,736
Pengetahuan MPASI	1,276	0,354	0,491	0,638-2,554
Peran petugas kesehatan	10,215	0,345	0,000	5,193-20,096
Umur Ibu			0,179	
umur (1)	0,967	0,570	0,88	0,316-2,955
umur (2)	1,812	0,348	0,379	0,916-2,736

Selanjutnya dikeluarkan nilai OR sebelum dan sesudah variabel pekerjaan ibu dikeluarkan seperti terlihat dalam tabel 5.26.

Tabel 5.26.

Evaluasi Perubahan Nilai OR dengan dan tanpa Variabel Pekerjaan Ibu

Variabel Independen	OR dengan variabel pekerjaan ibu	OR tanpa variabel pekerjaan ibu	Beda OR	% Beda OR
Pendidikan ibu	1,401	1,366	0,025	2,5
Pengetahuan MPASI	1,269	1,276	-0,006	0,6
Peranpetugas kesehatan	10,538	10,215	0,031	3,1
Umur Ibu				
umur (1)	0,878	0,967	-0,101	10,1
umur (2)	1,682	1,812	-0,077	7,7

Hasil perbandingan nilai OR dengan atau tanpa variabel pekerjaan ibu dikeluarkan didapatkan variabel umur (1) sebesar 10,1 %. Ini berarti variabel pekerjaan tetap dimasukkan dalam model.

5.4.1.7. Model Akhir

Pada model terakhir dimana terdapat variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ yaitu variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pengetahuan MPASI sehingga keempat variabel ini dianggap sebagai *confounding*. Sedangkan variabel petugas kesehatan mempunyai hubungan bermakna dengan praktik pemberian MPASI pada bayi umur 0-12 bulan karena nilai $p < 0,05$ ($p = 0,000$). Model regresi logistik terakhir dapat dilihat pada tabel 5.27.

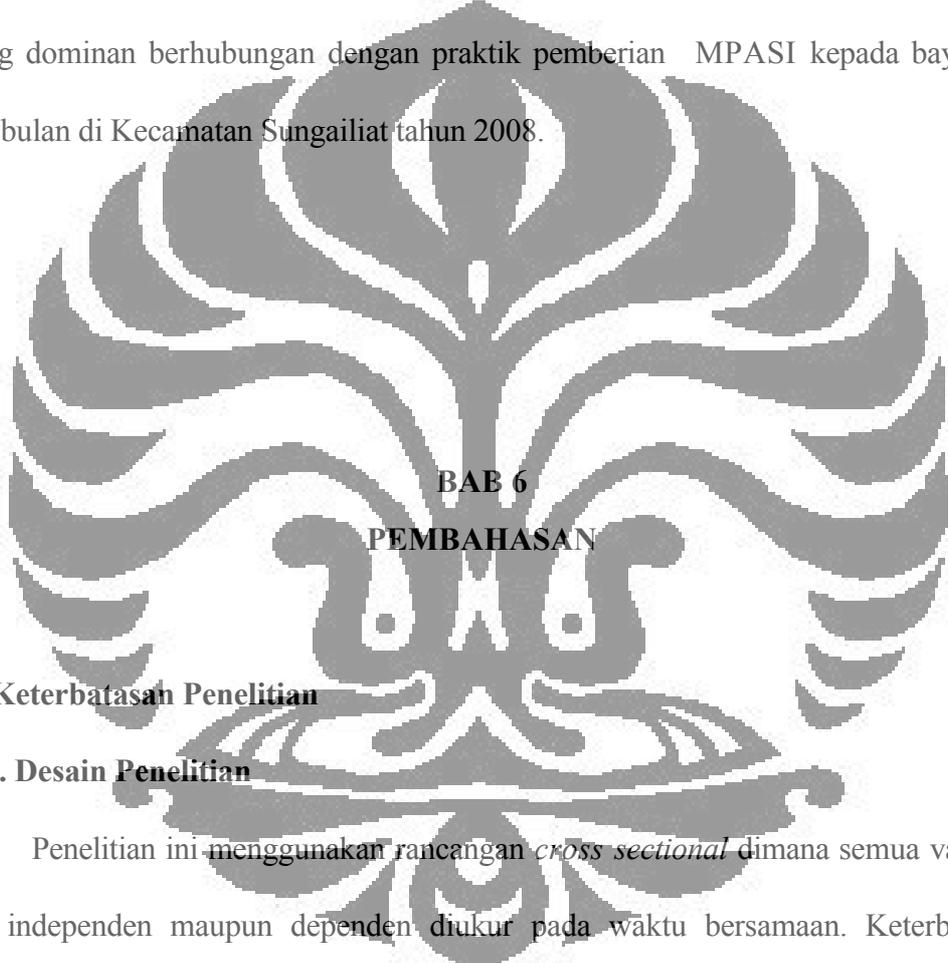
Tabel 5.27.
Model Akhir Multivariat Regresi Logistik antara Umur Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Pengetahuan MPASI dan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Pemberian MPASI pada Bayi Usia 0-12 Bulan di Kecamatan Sungailiat 2008

Variabel	OR	SE	p value	95% CI
Pendidikan Ibu	1,401	0,357	0,345	0,696-2822
Pekerjaan Ibu	0,426	0,601	0,156	0,131-1,384
Pengetahuan MPASI	1,269	0,356	0,504	0,631-2,550
Peran petugas kesehatan	10,538	0,348	0,000	5,323- 20,861
Umur Ibu			0,239	
umur (1)	0,878	0,580	0,822	0,282-2,736
umur (2)	1,682	0,353	0,141	0,842-3,361

Untuk uji interaksi tidak dapat dilakukan karena secara substansi tidak ada variabel yang berinteraksi selain itu nilai p signifikan hanya satu variabel yaitu peran petugas kesehatan. Hasil analisis didapatkan nilai OR dari variabel peran petugas kesehatan adalah 10,538, artinya dengan peran atau dukungan dari petugas

kesehatan kurang baik mempunyai peluang 10,538 kali (95% CI : 5,763-20,701) ibu melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik pada bayi usia 0-12 bulan dibandingkan dengan adanya peran petugas baik, setelah dikontrol oleh variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pengetahuan MPASI ibu.

Dari nilai OR kelima variabel tersebut maka variabel peran petugas kesehatan paling dominan berhubungan dengan praktik pemberian MPASI kepada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat tahun 2008.



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

6.1.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dimana semua variabel baik independen maupun dependen diukur pada waktu bersamaan. Keterbatasan rancangan ini hanya bersifat menggambarkan adanya suatu hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen, namun tidak bisa melihat hubungan sebab akibat. Kelemahan ini diatasi dengan analisis multivariat karena hubungan variabel independen dan dependen sudah dikontrol sejak awal sehingga mengurangi *bias*.

6.1.2. Variabel dan Metode Pengumpulan Data

Variabel penelitian hanya terbatas variabel yang berhubungan dengan praktik MPASI pada kerangka konsep penelitian, sebenarnya masih banyak faktor lain seperti terdapat pada kerangka teori dari Mitzner et al (1984) dan Utomo (1998). Sehingga hasil yang diperoleh dalam penelitian ini belum menggambarkan keadaan sebenarnya.

Selain itu rentan terjadi *recall bias* terutama pada waktu wawancara karena keakuratan ingatan merupakan sumber keterbatasan dari penelitian ini. Sampel diteliti adalah bayi usia 0-12 bulan sehingga pada responden yang mempunyai bayi berumur di atas 6 bulan mungkin sudah lupa kapan pemberian MPASI mulai diberikan . Di antara variabel yang diukur terdapat variabel pengukuran melalui persepsi ibu yaitu variabel peran petugas kesehatan yang juga rentan terjadinya bias informasi karena penilaian bersifat subyektif. Karena itu diupayakan sebelum melakukan wawancara dilakukan terlebih dahulu pelatihan bagi pewawancara dan uji coba kuesioner pada 30 sampel di wilayah berbeda dari lokasi penelitian sehingga dapat mengantisipasi kendala yang ditemui di lapangan seperti menggunakan bahasa setempat bila ditemui istilah yang sulit dimengerti oleh responden untuk menjelaskan maksud dari pertanyaan .

6.2 . Praktik Pemberian MPASI

Pemberian makan pada bayi adalah kejadian memberi makan pada bayi. Praktik pemberian makan bayi merupakan perilaku yang melibatkan orang lain tidak

hanya ibu dan bayi, tetapi juga melibatkan orang tua, anggota rumah tangga, petugas kesehatan, pengambil kebijakan dan produsen makanan bayi. Masalah praktik pemberian makan pada bayi adalah multidimensi, karena banyak faktor yang terlibat, termasuk faktor budaya yaitu kepercayaan dan kebiasaan, lingkungan sosial dan pengalaman masa lalu (Utomo, 1997; Irawati 2004).

Dari hasil penelitian praktik pemberian MPASI sudah dilaksanakan oleh responden sebesar 87 % pada bayi usia 0-12 bulan, sedangkan 13 % lainnya berada dibawah usia 6 bulan dan belum memberikan MPASI. ASI eksklusif merupakan makanan utama bagi bayi mereka. Hal ini sesuai dengan rekomendasi dari WHO/ UNICEF (2003) dan SK Menkes RI Nomor 250/Menkes/SK/IV/2004 yang menetapkan program pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan (Depkes RI,2004).

Namun kenyataannya jumlah bayi mendapat ASI eksklusif sangat sedikit sebab masih banyak ibu memberikan MPASI sebelum usia 6 bulan terutama yang tinggal di pedesaan (Utomo, 1997; Widodo et al, 2002, Irawati, 2004). Banyaknya ibu yang masih memberikan makanan pada bayi secara tidak tepat, pemberian makanan pralaktal, penundaan inisiasi ASI dan MPASI dini (Utomo, 1997; BPS, 2003; Irawati, 2004).

Dari 87% responden yang melaksanakan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan terdapat responden berdasarkan nilai skor kurang dari rata-rata 12,97 sehingga masuk kategori kurang baik sebesar 42,6 % . Penelitian ini hampir sama seperti penelitian oleh Theresiana (2002) di Kabupaten Tangerang yaitu praktik pemberian MPASI kurang baik sebesar 40,2%.

Praktik Pemberian kurang baik dalam pemberian MPASI pada penelitian ini , misalnya usia awal pemberian MPASI diberikan pada rata-rata umur 3,7 bulan dengan proporsi pemberian MPASI pada usia 6 bulan sebesar 33,6%. Hasil penelitian ini tidak berbeda dari penelitian Ansori (2002) di Kecamatan Pedamaran OKI yaitu pemberian MPASI dimulai pada rata-rata usia 3,8 bulan dan proporsi bayi yang mendapat MPASI usia 6 bulan lebih rendah sebesar 11,5,0%.

Penelitian Irawati (2004) di Bogor tentang usia pengenalan malah lebih dini yaitu sebagian besar bayi mendapat MPASI usia 1-2 hari dan sampai usia 29 hari sebesar 96,5%. Menurut Depkes (2005b) usia rata-rata diperkenalkan MPASI pada usia sangat dini yaitu 1,7 bulan. Sedangkan penelitian WHO *Multicentre Growth Reference Study* di 6 negara yang berbeda etnik dan budaya (India, Oman, Brazil, Ghana, Norwegia dan Amerika Serikat) menghasilkan rata-rata umur pengenalan MPASI berada pada usia 5,4 bulan dengan usia rata-rata tertinggi 5,8 bulan di Ghana dan terendah di Oman 4,8 bulan (WHO, 2006b).

Pemberian MPASI pada bayi usia 0-6 bulan dianggap terlalu dini, sebab zat gizi dalam ASI sudah memenuhi kebutuhan bayi selama 6 bulan umur bayi. Setelah 6 bulan bayi diberi MPASI karena zat gizi yang terkandung dalam ASI dan volumenya sudah tidak mencukupi untuk pertumbuhan bayi secara optimal (WHO,2002).

Pengenalan makanan selain ASI pada usia dibawah 6 bulan akan menurunkan frekuensi dan intensitas pengisapan bayi dan berisiko penurunan produksi ASI. (Sunawang, 2000 ; Akre, 1994). Selain itu pengenalan makanan semi padat dan padat pada bayi usia ini dapat berisiko gangguan sistem pencernaan. Dikarenakan fungsi

hati dan pankreas belum berkembang sempurna sehingga konsentrasi lipase pankreas dan garam empedu juga masih rendah. Sekresi garam empedu berperan penting dalam pencernaan dan penyerapan lemak .

Pada bayi baru lahir absorpsi lemak cukup adekuat terutama dalam ASI. Hal ini disebabkan karena adanya aktifitas lipase lingual yang disekresi papila lidah dan aktifitas lipase yang terdapat dalam ASI, ASI dan kolostrum mempunyai *bile salt-stimulated lipase (BSSL)*. Lemak dalam ASI lebih mudah diabsorpsi dibandingkan formula bayi sehingga bayi dapat mengimbangi keadaan garam empedu yang masih rendah. (Johnson, 2000). Sedangkan pada bayi yang diperkenalkan makanan semi padat dan padat sebelum waktunya maka sekresi garam empedu akan meningkat dan mengganggu sistem pencernaan bayi. Akibat lainnya adalah risiko terkena diare lebih tinggi, alergi, kontaminasi makanan dan risiko ibu hamil kembali cepat (Akre, 1994).

Praktik pemberian MPASI di atas usia 6 bulan juga menyebabkan bayi tidak memperoleh kebutuhan tambahan zat gizi optimal karena kandungan zat gizi dalam ASI berkurang, akibatnya pertumbuhan akan terganggu (Pujiarto, 2007).

Adanya pantangan makanan sebesar 11,5% bagi bayi juga sangat merugikan karena dari semua jenis makanan dipantang adalah makanan mengandung tinggi zat gizi seperti ikan, telur, jeruk dan sebagainya. Hal ini disebabkan masih adanya budaya dan kebiasaan masyarakat setempat menganggap makanan tersebut tidak baik bagi kesehatan bayinya karena mengikuti anjuran dari orangtua dan adat tradisi yang sudah turun temurun (Suhardjo, 1989) .

Jenis makanan diberikan pada bayi paling banyak dibuat sendiri dan yang

menyiapkan hampir semuanya adalah ibu sendiri (95,3%), dengan frekuensi paling besar 2 kali sehari untuk makanan pokok (63,8%) dan 1 kali sehari untuk makanan selingan (19,1%). Pemberian makanan ini sudah sesuai dengan umur bayi yang mendapat MPASI dimana usia 6 bulan mulai diberikan MPASI secara bertahap dengan jumlah sedikit kemudian semakin bertambah umur mulai diberikan makanan selingan berupa makanan buatan sendiri maupun beli jadi atau makanan komersil.

Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan WHO di 6 negara yaitu India, Ghana, Oman, Norwegia, USA dan Brazil yang rata-rata frekuensi pemberian MPASI dua kali sehari pada usia 6 bulan, 3 kali sehari pada usia 9 bulan dan 4 kali sehari pada usia 12 bulan (WHO,2006b). Hasil ini juga konsisten dengan rekomendasi dari WHO dalam *Guiding Principles For Complementary Feeding Of The Breastfed Child* atau pedoman prinsip pemberian MPASI pada bayi menyusui tahun 2003 menyebutkan bayi yang masih menyusui diberikan MPASI 2-3 kali perhari pada usia 6-8 bulan, 3-4 kali sehari pada umur 9-11 bulan dengan menambahkan makanan selingan bergizi 1-2 kali sehari (WHO/FAHO,2003).

Menurut Depkes (2000) pengenalan makanan pada bayi dilakukan secara bertahap dimulai dari makanan lumat halus seperti bubur susu sari buah atau sayuran, dilanjutkan dengan makanan lumat atau saring yaitu bubur sereal, bubur kacang ijo ataupun dari tepung beras. Setelah usia 9 bulan baru diberi makanan lunak seperti nasi tim atau bubur tim dengan tambahan sayur dan lauk berasal dari hewani maupun nabati.

Dalam pemberian MPASI sebagian besar ibu menyuapkan sendiri anaknya

sehingga tercipta hubungan dilandasi kasih sayang. Perilaku tersebut sesuai dengan petunjuk dari WHO/UNICEF (2006) tentang *responsive feeding* yaitu memberi makan anak secara langsung oleh ibunya dan membantu bayi makan dengan sabar. Bicara dengan kasih sayang, menatap matanya dan jangan dipaksa.

Pada penelitian ini praktik pemberian makanan MPASI pada bayi dijaga kebersihan dan keamanannya supaya bayi terhindar dari penyakit yang disebabkan oleh infeksi seperti diare, batuk dan penyakit menular lainnya. Terutama dalam hal pembuatan dan penyimpanan MPASI. Bila dilihat dari angka kejadian diare pada bayi di Kecamatan Sungaihatit yaitu 1,5% pada tahun 2007 maka hal ini besar kemungkinan salah satu penyebab diare disebabkan adanya kurang higienenya pembuatan MPASI dan penyimpanannya.

Pemberian dan konsumsi makanan berperan penting dalam kesehatan dan gizi anak melalui tiga variabel perantara yaitu paparan patogen, status gizi dan status imunitas. Paparan patogen memengaruhi morbiditas tergantung kepada hygiene penyiapan, pengolahan, penyajian dan pemberian makanan. Paparan patogen timbul salah satunya dari kontaminasi alat-alat yang digunakan dalam proses penyiapan makanan atau melalui multiplikasi kuman patogen karena kurang memadai dalam penyimpanan makanan (Popkin et al, 1986 dalam Utomo, 1998).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu (76,2%) sudah menyadari bahwa pembuatan makanan disesuaikan dengan kebutuhan bayi sehingga terhindar dari basi. Pada ibu yang membuat MPASI lebih banyak (23,8%), sebagian sudah melakukan antisipasi dengan meletakkan makanan yang berlebih didalam tempat

khusus seperti pemanas nasi atau *magic jar* dan *magic com* (46,3%). Sedangkan ibu yang lain (53,7%) meletakkan makanan didalam panci tertutup dan jika dibutuhkan tinggal dipanasi lagi. Untuk keamanan MPASI setelah 4-6 jam disimpan, makanan yang akan diberikan harus dipanasi kembali (Motarjemi et al dalam WHO, 1998).

Begitu juga dengan peralatan makanan, sebagian besar ibu sudah menyadari kebersihan makanan untuk bayinya yaitu dengan menyuapkan makanan bayi dengan sendok (97,4%) atau alat lain yang sesuai seperti cangkir (1,3%). Perlakuan tersebut bertujuan menghindari dari kontaminasi dan lebih higienis sehingga bayi terhindar dari penyakit infeksi.

Pemberian bahan penambah rasa makanan juga dilakukan oleh ibu seperti menambahkan garam pada MPASI bayi sebesar 92,6%, lainnya (7,4%) menambahkan gula dan kecap dengan maksud agar makanan menjadi enak dan supaya ada rasa. Penelitian ini sejalan dengan penelitian WHO (2006b) bahwa penambahan garam dalam makanan telah dilakukan terutama pada bayi usia 6-9 bulan.

Tetapi hal ini harus diwaspadai karena pemberian bahan tambahan makanan terlalu dini seperti gula atau sukrosa dapat membuat anak terbiasa dengan makanan manis sehingga menyebabkan kebusukan gigi (Suhardjo, 2002). Selanjutnya menurut Suhardjo (2002) penambahan garam (*NaCl*) pada makanan buatan sendiri atau pada makanan buatan pabrik mengandung tinggi *NaCl* akan menambah beban kerja ginjal.

6.3. Umur ibu

Dari hasil uji statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara umur ibu dan praktik pemberian MPASI kepada bayi usia 0-12 bulan ($p=0,086$) dengan kelompok umur terbanyak berada pada usia di atas 30 tahun yaitu sebesar 50,2 %. Ada kecenderungan praktik pemberian MPASI kurang baik akan meningkat pada usia ibu lebih tinggi dibandingkan usia 20-29 tahun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Theresiana (2002) menunjukkan umur ibu tidak mempunyai hubungan bermakna dengan praktik pemberian MPASI ($p=0,800$) dan proporsi ibu yang melakukan praktik pemberian MPASI sebesar 60,7% pada ibu berusia 20-30 tahun. Juga penelitian dilakukan oleh Sulistiorini (1994) dan Jahari et al (2000) menyebutkan tidak ada perbedaan bermakna antara umur ibu dengan praktik pemberian MPASI.

Dalam penelitian ini umur ibu juga sebagai faktor konfounding terhadap hubungan peran petugas kesehatan dengan praktik pemberian MPASI. Hal ini bisa dijelaskan bahwa ibu dengan kelompok umur 29-30 tahun mempunyai persepsi lebih baik terhadap peran petugas kesehatan sehingga mereka lebih mudah mengikuti anjuran diberikan petugas dalam praktik pemberian MPASI kepada bayinya.

6.4. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan oleh ibu atau jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu (Depkes, 1995). Usia ibu dan paritas berpengaruh pada kelangsungan hidup anak usia di bawah 1 tahun (Mosley dan Chen, 1984). Dari

penelitian didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan praktik pemberian MPASI kepada bayi usia 0-12 bulan dengan OR 1,092 (95% CI : 0,587-2,032). Dari penelitian ini ada kecenderungan ibu yang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik hampir sama antara ibu dengan paritas rendah dengan paritas tinggi .

Tetapi hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Winikoff et al (1988) di Jawa Tengah menyatakan bahwa ibu dengan paritas lebih tinggi lebih sedikit memperkenalkan susu botol lebih dini dibandingkan ibu dengan paritas rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Simanjuntak (2002) bahwa tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan praktik pemberian MPASI pada bayi di Kecamatan Pasar Rebo ($p=0,325$) dengan jumlah responden 186 orang.

Hasil uji statistik pada penelitian ini tidak bermakna, hal ini mungkin disebabkan adanya jumlah sampel yang lebih kecil .

6.5 . Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia sangat penting untuk mengembangkan diri, dengan pendidikan tinggi seseorang dapat memiliki pengetahuan sangat tinggi pula. Pendidikan seseorang sangat berpengaruh terhadap perilaku individu dalam mengambil suatu keputusan dan sikap yang selalu berpedoman pada hasil didapat melalui proses belajar dan pengalaman yang diterimanya (Notoatmodjo, 2003).

Pada penelitian ini ibu yang mempunyai pendidikan tinggi mempunyai praktik

pemberian MPASI lebih baik kepada bayi usia 0-12 bulan dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah. Hasil uji statistik terdapat hubungan bermakna antara pendidikan ibu dan praktik pemberian MPASI.

Penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan Yuliana et al (2002) terhadap pola asuh pemberian makanan bayi di Kota Bogor menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin baik pola pemberian makanan anak ($r=0,29$, $p<0,003$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Musaiger (2000) di Bahrain yang menyatakan semakin tinggi pendidikan ibu semakin kurang baik dalam praktik pemberian makanan anak. Alasan yang dikemukakan ibu berpendidikan tinggi di Bahrain pada waktu melahirkan di rumah sakit swasta cenderung kurang dalam mempromosikan *rumah sakit sayang bayi*, paparan terhadap promosi makanan formula lebih tinggi sehingga praktik pemberian MPASI dini lebih tinggi.

Pendidikan ibu juga sebagai faktor konfounding terhadap hubungan antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa ibu berpendidikan tinggi mempunyai kemampuan dalam menyerap isi penyuluhan dan petunjuk yang diberikan oleh petugas kesehatan lebih baik dibandingkan ibu berpendidikan rendah sehingga praktik pemberian MPASI kepada bayi juga lebih baik.

Menurut Atmawikarta (2007) upaya pendidikan untuk memperbaiki pola asuh dan pemberian MPASI hanya dapat dilakukan dengan upaya pendidikan yang intensif dan luas. Pada umumnya semakin tinggi upaya pendidikan semakin mudah ibu

memberi respon terhadap materi yang diperoleh.

6.6 . Pekerjaan Ibu

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan praktik pemberian MPASI didapati kecenderungan pada ibu bekerja melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik lebih tinggi dibandingkan pada ibu tidak bekerja yang melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik.

Dari hasil analisis uji statistik *chi square* didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan praktik pemberian MPASI ($p = 0,248$). Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Faraswati (2000) yang menyatakan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian MUSAIGER (2000) di Bahrain menyatakan tingginya persentase ibu berpendidikan tinggi bekerja cenderung semakin tinggi melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik yaitu dengan memperkenalkan makanan padat terlalu dini dan menyerahkan pengasuhan kepada pembantu.

Menurut Utomo (2000) ibu bekerja pada lingkungan perkotaan modern lebih banyak memberikan MPASI dini dengan memberikan anaknya susu formula . Hal tersebut dilakukan ibu bekerja di luar rumah banyak menghabiskan waktu untuk bekerja sehingga bayi ditinggal dalam waktu relatif lama. Penggunaan susu botol mempercepat pengenalan makanan lain di samping ASI (MPASI dini).

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Theresiana (2002) yang menyebutkan ada hubungan bermakna antara pekerjaan dan praktik pemberian MPASI. Perbedaan

ini kemungkinan disebabkan adanya perbedaan dalam substansi pertanyaan praktik pemberian MPASI yang ditanyakan kepada responden, selain itu jenis pekerjaan dibedakan sehingga dapat diperkirakan ada pekerjaan paruh waktu atau pekerjaan yang menghabiskan waktu panjang seperti buruh.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan sebagai faktor konfounding terhadap hubungan antara peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa ada kecenderungan ibu bekerja tidak dapat mengikuti anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dikarenakan waktu untuk ke puskesmas atau posyandu tidak ada sehingga akan berpengaruh terhadap praktik pemberian MPASI kurang baik.

Idealnya pemberian nasihat oleh petugas kesehatan kepada ibu bekerja yang meninggalkan anaknya dalam waktu cukup lama adalah memberi tahu makanan apa yang harus diberikan dan cara memberikan, bagaimana membagi waktu antara bekerja dan merawat anak dirumah. Memberikan nasihat spesifik kepada ibu bekerja yang harus meninggalkan anaknya dalam waktu lama supaya tetap memberikan ASI kepada anaknya meskipun tidak terlalu sering. (Suhardjo, 2002).

6.7. Jumlah Anggota Keluarga

Hasil penelitian ini terbanyak pada keluarga mempunyai jumlah anggota kecil yaitu ≤ 4 orang sebanyak 71,5%. Tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik pemberian MPASI pada bayi, namun demikian ada kecenderungan keluarga dengan jumlah anggota keluarga > 4 orang lebih banyak

melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik (52,3%) dibandingkan dengan keluarga mempunyai jumlah anggota ≤ 4 orang (38,8%).

Salah satu upaya untuk meningkatkan dan memperbaiki kesejahteraan keluarga dapat dilihat dalam hubungannya dengan masalah gizi adalah program Keluarga Berencana (KB). Keluarga dengan banyak anak dan jarak kelahiran antar anak dekat akan menimbulkan banyak masalah. Apalagi kalau pendapatan keluarga tidak mencukupi sedangkan anak banyak, maka pemerataan dan kecukupan makanan di dalam keluarga kurang bisa dijamin akibatnya keluarga ini rawan terhadap masalah gizi (Apriadi, 1986).

6.8. Pendapatan Keluarga

Keluarga dengan pendapatan terbatas besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanan sejumlah yang diperlukan tubuh. Setidaknya keanekaragaman makanan bahan makanan kurang bisa dijamin, karena dengan pendapatan terbatas tidak banyak pilihan diambil. Selain itu kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan juga tergantung pada harga bahan makanan itu sendiri serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan (Apriadi, 1986). Menurut Hardinsyah (1996) meningkatnya pendapatan keluarga dapat meningkatkan daya beli juga mutu makanan yang dibeli.

Dari hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan ($p=0,465$). Ada kecenderungan responden dengan pendapatan tinggi lebih banyak melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik (44,4%) dibandingkan responden

dengan pendapatan rendah.

Dengan pendapatan tinggi akan memengaruhi kualitas dan mutu pemberian MPASI pada bayi, namun kadang juga ditemui pendapatan tinggi tetapi tidak disertai kualitas makanan yang disediakan keluarga terutama pada bayi karena pengaruh gender atau faktor penentu dalam keluarga adalah suami (Castle,1995).

Bila dilihat dari pengeluaran untuk pangan dan non pangan ada kecenderungan hampir sama antara rata-rata pengeluaran untuk pangan yaitu sebesar 48,3% dan pengeluaran non pangan sebesar 40,93 %, sehingga pendapatan kelompok masyarakat di Kecamatan Sungailiat termasuk pendapatan cukup. Menurut Berg (1986) kelompok dengan pendapatan cukup akan mengeluarkan dana seimbang untuk biaya pangan dan non pangan sedangkan pada kelompok miskin akan menggunakan 70-80% pendapatannya untuk makan. Sehingga akan memengaruhi juga dalam pemberian makanan yang berkualitas kepada keluarga termasuk dalam pemberian makanan kepada bayi.

Di Kecamatan Sungailiat rata-rata penduduk mempunyai pendapatan cukup tinggi ini dilihat dari proporsi pendapatan tinggi sebesar 69,6% ,namun tidak diikuti dengan praktik pemberian MPASI yang baik karena masih rendahnya pengetahuan ibu tentang MPASI (53,6%). Selain itu kebiasaan masyarakat setempat yang masih mementingkan membeli barang mewah seperti perhiasan dan kendaraan bermotor dibandingkan makanan berkualitas dan memenuhi syarat gizi untuk anaknya.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Theresiana (2002) yang menyebutkan tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik pemberian

MPASI pada bayi ($p = 0,289$) dengan responden berjumlah 299.

6.9 . Pengetahuan Ibu tentang MPASI

Pengetahuan berperan sebagai motivasi awal bagi seseorang dalam berperilaku. Biasanya tindakan yang dilakukan karena perilaku didasari pengetahuan akan berlangsung lebih lama (Notoatmodjo, 1990). Ibu berpengetahuan gizi baik dapat meningkatkan perilaku positif pada waktu pemberian MPASI, misal pengaturan waktu dan pemberian makanan, penggunaan dan pemeliharaan sendok makan dan alat makan lain (Guldan, et.al, 1993).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu tentang MPASI dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan dengan $p < 0,05$ ($p = 0,002$). Ibu dengan pengetahuan MPASI kurang mempunyai peluang 2,394 kali untuk melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik dibandingkan dengan ibu mempunyai pengetahuan MPASI baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian Yuliana et al (2002) di Kota Bogor menyatakan semakin lama pendidikan formal ibu semakin baik pengetahuan gizinya ($r=0,44$, $p < 0,000$). Faktor tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang di peroleh (Apriadji, 1986). Rendahnya pengetahuan ibu dalam memberikan makanan baik dan sehat untuk anak di bawah dua tahun adalah penyebab tidak memadainya jumlah dan kualitas MPASI yang diberikan (Latief, et al, 2000).

Pengetahuan juga sebagai faktor konfounding terhadap hubungan peran petugas kesehatan dan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan. Ibu berpendidikan MPASI kurang baik berperan terhadap rendahnya kemampuan ibu dalam menyerap isi petunjuk dan saran yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang pemberian MPASI pada bayi sehingga akan melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik pula .

6.10. Peran Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan berperan dalam melakukan pelayanan dasar, pengobatan dan tindakan kesehatan lain (WHO, 1998). Dalam pemberian MPASI peran petugas sangat penting karena promosi pemberian MPASI dilakukan petugas kesehatan yaitu dengan memberi tahu cara dan waktu yang tepat. Secara tepat waktu diartikan MPASI harus diberikan pada saat kebutuhan akan energi dan zat gizi lain lebih tinggi dari asupan gizi dari ASI. Sedangkan secara cukup artinya MPASI mampu memberikan energi, protein, zat gizi mikro lain yang dibutuhkan untuk pertumbuhan bayi (WHO/PAHO, 2003).

Petugas kesehatan dalam hal ini adalah petugas gizi, bidan desa, bidan puskesmas, dokter, perawat, penyuluh kesehatan dan pegawai yang bekerja di instansi kesehatan maupun swasta yang telah dilatih mengenai kesehatan.

Dalam hal pemberi petunjuk dan informasi pemberian MPASI dengan usia yang tepat mulai mendapat MPASI sebagian besar usia pengenalan MPASI tepat 6 bulan di Kecamatan Sungailiat terbanyak terpapar karena media (21,3%), gencarnya

iklan dan promosi MPASI formula telah membuat kurang dari separuh ibu (43,8%) memberikan anaknya MPASI buatan pabrik.

Dari hasil uji statistik ada hubungan bermakna antara peran petugas kesehatan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi ($p=0,000$). Ini berarti peran atau dukungan dari petugas kesehatan baik akan meningkatkan praktik pemberian MPASI menjadi baik pula. Kemudian dari analisis multivariat dihasilkan pemodelan terakhir yaitu dengan peran atau dukungan dari petugas kesehatan kurang baik mempunyai peluang 10,538 kali (95% CI : 5,763-20,701) ibu melakukan praktik pemberian MPASI kurang baik pada bayi usia 0-12 bulan dibandingkan dengan adanya peran petugas kesehatan baik setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan MPASI ibu.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa ibu berumur lebih dari 30 tahun dengan pendidikan rendah serta pengetahuan tentang MPASI juga rendah dan bekerja menghabiskan waktu lama sehingga tidak dapat menyerap dan mengikuti petunjuk serta saran petugas kesehatan tentang cara memberikan MPASI yang baik dengan benar. Diperberat pula oleh petugas kesehatan tidak secara rutin memberikan penyuluhan tentang MPASI sehingga memberi peluang ibu untuk melakukan praktik pemberian MPASI kepada bayinya juga kurang baik.

Penelitian Husaini et al (2001) di Bogor dan Tangerang menyatakan bahwa petugas kesehatan berperan dalam mengubah perilaku praktik pemberian MPASI yang baik. Penelitian juga sejalan dengan penelitian Theresiana (2002) menyebutkan bahwa peran petugas merupakan faktor dominan dalam praktik pemberian MPASI

pada bayi dengan nilai $p= 0,017$ dan nilai OR 3,6 .

Penelitian Sulistiorini (1994) faktor paling menentukan adalah pengetahuan gizi, hal ini mungkin disebabkan perbedaan dalam substansi pertanyaan dimana dalam penelitian ini tidak dicantumkan yaitu jumlah asupan zat gizi dalam MPASI.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dengan proporsi 42,6 % praktik pemberian MPASI kurang baik maka masih sangat diperlukan peran dari petugas kesehatan, 10,538 kali setelah dikontrol oleh umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pengetahuan ibu tentang MPASI.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat tahun 2008 sudah dilaksanakan ibu dengan baik sebesar 57,4% dengan usia mulai diperkenalkan MPASI pada usia tepat 6 bulan sebesar 33,6%.
2. Ada hubungan bermakna antara pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang MPASI dan peran petugas kesehatan dengan praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan di Kecamatan Sungailiat tahun 2008.
3. Faktor paling dominan dalam praktik pemberian MPASI adalah peran petugas kesehatan setelah dikontrol oleh umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pengetahuan ibu tentang MPASI dengan nilai OR 10,538 (95%CI: 5,763-20,701).

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan

Karena faktor determinan adalah peran petugas kesehatan maka upaya yang dilakukan adalah:

- a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan di bidang gizi khususnya dalam memberikan makanan tepat pada bayi sesuai dengan waktu dan cara pemberiannya dan pentingnya pemberian ASI eksklusif serta manajemen laktasi pada ibu yang mempunyai bayi di seluruh Kecamatan Sungailiat secara benar dan terus menerus. Bentuknya dapat berupa : konseling gizi, demo pembuatan MPASI sehat dan bersih, kunjungan rumah bagi keluarga berisiko tinggi terhadap masalah gizi (keluarga yang mempunyai anggota ibu hamil, ibu menyusui, balita dan anak kurang gizi).
- b. Meningkatkan promosi praktik pemberian MPASI sehat dan higienis di posyandu, puskesmas dan pertemuan - pertemuan warga, penyediaan sarana penyuluhan dan klinik gizi seperti poster, *leaflet*, *booklet* dan *food model* atau contoh MPASI dan makanan bergizi seimbang.
- c. Meningkatkan promosi tentang ASI eksklusif dilanjutkan MPASI tepat waktu dengan sasaran remaja atau pada wanita usia subur belum menikah karena lebih efektif, terutama di sekolah dan tempat bekerja. Jadi perlu dimasukkan dalam agenda tahunan penyuluhan di tingkat sekolah dan pada pekerja wanita.
- d. Meningkatkan peran keluarga, orang tua, suami, tokoh masyarakat dan agama atau orang yang dihormati dalam keluarga dengan memberikan informasi secara terus

menerus dalam pemberian ASI eksklusif dan MPASI tepat waktu pada ibu yang mempunyai bayi.

- d. Perlu meningkatkan motivasi petugas kesehatan terutama petugas berprestasi di tingkat puskesmas seperti memberikan kenaikan pangkat, bantuan beasiswa, ibadah haji ,umroh dan sebagainya.

7.2.2. Bagi Organisasi Profesi (IDI, IBI, IDAI, PERSAGI)

Meningkatkan profesionalisme dalam peningkatan penggunaan ASI eksklusif usia 0-6 bulan dan pemberian MPASI usia 6 bulan serta *law enforcement* atau memberi sanksi bagi anggotanya yang melanggar kode etik seperti tertuang dalam Resolusi WHA 58.32, tahun 2005 tentang pemberian makanan formula sebelum waktunya.

7.2.3. Bagi Peneliti lain

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan variabel lain yang tidak ada pada penelitian ini karena banyak faktor lain bisa digali dari praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan. Seperti faktor lingkungan yaitu kebiasaan, budaya masyarakat setempat dan media yang berpengaruh besar terhadap praktik pemberian MPASI pada bayi usia 0-12 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akre, J, 1994, *Pemberian Makanan Untuk Bayi : Dasar-dasar Fisiologis*, Edisi Indonesia , Jakarta, WHO- Perkumpulan Perinatologi Indonesia
- Ansori, M, 2002, *Hubungan Umur Penyapihan Dini dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Pedamaran OKI tahun 2001*, Depok, Tesis, FKMUI
- Apriadji , WH, 1986, *Gizi Keluarga*, Swadaya, Jakarta : Anggota IKAPI
- Ariawan, I, 1998, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- _____, 2003, *Modul Penyelenggaraan Survei Cepat*, Jakarta: Edisi ketiga, Pusat Data dan Informasi, Depkes RI
- Arisman, MB, 2004, *Gizi dalam Daur Kehidupan* , Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran , EGC
- Atmawikarta, A, 2007 , *Studi Dampak Pemberian MPASI Formula Tempe* , Depok : [Disertasi], Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007, *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*, Jakarta
- Badriyah, 2001, *Makanan Sapihan Sebagai Makanan Pokok Pada Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta : MKMI, Tahun XXVII, No 12
- Beck, M.E, 2000, *Ilmu Gizi dan Diet, Hubungan dengan Penyakit untuk Perawat dan Dokter*, Jakarta : Yayasan Essentia Medica
- Berg, A, 1986, *Peranan Gizi dalam Pembangunan Nasional* , Jakarta, Rajawali
- BK-PP ASI/YASIA, 2005, *Monitoring Pengawasan Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI dan Resolusi WHA* , Jakarta, WABA
- BPS, 2003 *Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003*, BPS dan ORC Macro , Calverton & Maryland
- _____, 2004, *Statistik Indonesia, Statistical Yearbook of Indonesia 2004*, Jakarta, Indonesia

BPS Kabupaten Bangka, 2008, *Upah Minimum Kabupaten Bangka 2008*, Kerjasama Disnaker dan BPS

Castle, SE, 1995, *Child Fostering and Child Nutritional Outcomes in Rural Mali: The Role of Female Status in Directing Child Transfer: Social Science Medicine*

Depkes RI, 1995, *Pedoman Penggunaan Alat Ukur Lingkar Lengan Atas pada Wanita Usia Subur*, Jakarta

_____, 2000, *Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI)*, Jakarta, Direktorat Gizi Masyarakat, Dirjen Binkesmas

_____, 2004, *Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 250/Menkes/SK/IV/2004 tentang Penetapan Program Pemberian ASI Eksklusif selama 6 Bulan*. Jakarta, Menteri Kesehatan RI.

_____, 2005a, *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Penyelenggaraan Perbaikan Gizi Masyarakat*, Jakarta, Dir Gizi Masyarakat

_____, 2005b, *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*, Jakarta, Direktorat Gizi Masyarakat

_____, 2007a, *Kebijakan Pemberian MPASI*, Disampaikan pada Sosialisasi dan Evaluasi Pemberian MPASI Prop. Nusa Tenggara Barat.

_____, 2007b, *Riset Kesehatan Dasar, Pedoman Pengisian Kuesioner*, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Dewey, KG .1999, 'Age of Introduction of Complementary Food and Growth of Term, Low Birth Weight Breastfed Infants: A Randomized Intervention Study in Honduras.' USA : *Am J Clin Nutr* ; 69: 679-86.

Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka, 2006, *Profil Kesehatan Kabupaten Bangka Tahun 2005*, Sungailiat

Engle, PL. 1991, *Maternal Work and Child Care Strategiest in Periurban Guatemala: Nutrition Effects*, *Child Development*, 62: 959-965

FAO/WHO,1991, *Codex Alimentarius Commision*, *Recommended International Standards of Foods for Infants and Children*, FAO-WHO Publication

Faraswati, A. 2000, *Hubungan antara Karakteristik Ibu dan Keluarga dengan Umur Penyapihan*, *Praktek Pemberian Makanan dan Status Gizi Batita di*

Depok, 2000, Depok, Skripsi, FKMUI

Fikawati, S dan A. Syafiq , 2003, *Hubungan antara Menyusui Segera Dengan Pemberian ASI Eksklusif Sampai dengan Usia 4 Bulan* , Jakarta : Jurnal Kedokteran TRISAKTI, edisi Mei-Agustus

Golden, B.E, 1993, '*Infant Nutrition*' in *Human Nutrition and Dietetics*, Editors Garrow J.S , London : Churchill Livingstone, Ninth Edition

Guldan,G.S, 1993, *Maternal Education and Child Feeding Practise in Rural Bangladesh*, *Social Science and Medicine*, 36, 925-935

Hardinsyah,1996, *Measurements and Determinants of Food Diversity : Implications of Indonesian's Food and Nutrition Policy*, PhD, [Disertasi] , Univ of Queensland, Brisbane

Hartini et al, 1998, *Food and Nutrient Intakes of Infant and Young Children in Central Java Indonesia*, Yoyakarta , A Study Report

Hartono, A, 2002, *Kamus Kesehatan Inggris-Indonesia, Untuk Penerjemah dan Pembaca Buku Teks Kesehatan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran , EGC

Hastono, SP,2007, *Modul Analisis Data Kesehatan*, Depok : Jurusan Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Husaini, JK, et al, 2001 *Model Penyuluhan Gizi dan Kontak Ibu dalam Upaya Meningkatkan Perilaku Sehat Ibu selama Hamil, Menyusui dan Memberi Makanan Bayi dan Makanan Anak Balita*, Bogor :Penelitian Gizi dan Makanan edisi 24 , Puslitbang Gizi dan Makanan,

Irawati, A,et al 2002, *ASI Eksklusif Status Kini dan Harapan Di Masa Datang* Jakarta : dalam Prosiding : Konggres Nasional PERSAGI dan Temu Ilmiah XII, Jakarta 8-10 Juli 2002, PERSAGI

_____, 2004 *Pengaruh Pemberian MPASI Dini terhadap Gangguan Pertumbuhan Bayi dengan Berat Badan Lahir Normal Sampai Umur 4 bulan*, Depok : [Disertasi] , FKMUI

Islam., M , et al, 2006, 'Effects of Varied Energy Density of Complementary Foods on Breastfeeding Milk Intakes and Total Energy Consumption by Healthy Breastfed Bangladesh Children', *Am J Clin Nutr*, vol 83, 851-8, USA, dari : <http://www.ajcn.org> [5 Desember 2007]

- Jahari , AB, et al, 2000, *Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Selama Masa Krisis* , Jakarta: dalam Prosiding Widya Karya Pangan dan Gizi VII, Jakarta 29 Februari- 2 Maret 2000, LIPI
- Johnson, D.B, 2000 , *Nutrition In Infancy: Physiology, Development and Nutritional Recommendations, In Nutrition Throughout The Life Cycle*, Fourth Edition, Edited by Worthington-Roberts, McGraw-Hill Higher Education, International Edition.
- Jus'at, I , et al, 2000, *Penyimpangan Positif masalah KEP di Jakarta Utara dan di Pedesaan di Kabupaten Bogor* Jakarta : dalam Prosiding Widya Karya Pangan dan Gizi VII, Jakarta 29 Februari- 2 Maret 2000, LIPI
- Karmini , M dan Rossi RS , 2002, *Kualitas Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) di Indonesia* , Jakarta : dalam Prosiding : Konggres Nasional PERSAGI dan Temu Ilmiah XII, Jakarta 8-10 Juli 2002, PERSAGI
- Kartika, V.M , et al, 2003, *Studi Dampak Pemberian MPASI terhadap Tingkat Pertumbuhan Anak Usia 5-9 Bulan* , Bogor : Puslitbang Gizi dalam Info Pangan dan Gizi, Vol. XIV, No.1
- Kecamatan Sungailiat, 2007, *Kecamatan Sungailiat dalam Angka*, Sungailiat, Kerjasama dengan BPS Kabupaten Bangka
- Komari, 2000, *Makanan Pendamping ASI Sebagai Teknologi Intervensi*, dalam Diskusi Pakar Bidang Gizi tentang ASI-MPASI, Antropometri dan BBLR, Cipanas: 19-21 Januari 2000, PERSAGI, LIPI & UNICEF
- Kramer , MS, 1987, *Determinant of Low Birth Weight : Methodological Assessment and Meta-Analysis*, Bulletin of WHO
- Krebs.NF and K Michael Hambidge, 2007, *Complementary Feeding: Clinically Relevant Factors Affecting Timing and Composition* *Am J Clin Nutr*, Vol 85, 639S-645S, dari : <http://www.ajcn.org/cgi/content/abstract/85/2/639S> [27-1-2008]
- Kusin et al, 1994 , *Maternal and Child Nutrition in Madura, Indonesia*, Royal Tropical Institute The Netherland,
- Latief, D, Tatang S Falah, Sunawang, . 2000 , *Program ASI Eksklusif dan MPASI di Indonesia*, Jakarta : dalam Kumpulan Makalah : Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI-MPASI, Antropometri dan BBLR, Cipanas, 19-21 Januari, 2000 , PERSAGI, LIPI & UNICEF

- Lawrence, R.A, 1998, *Breastfeeding ; A guide for The Medical Profession, Fourth Edition*, St. Louise : Mosby
- Lartey ,A. et al, 1999, ‘ A Randomized , Community- Based Trial of The Effects of Improved, Centrally Processed Complementary Foods on Growth and Micronutrient Status of Ghanaian Infants from 6 to 12 mo of Age ‘ *Am J Clin Nutr.* Vol 70 ; 391-404, USA. dari : <http://ajcn.org> (22 Januari 2008)
- Linkages ,2002, *Pemberian ASI eksklusif atau ASI Saja :Satu-satunya Sumber Cairan Yang Dibutuhkan Oleh Bayi Usia Dini*, Jakarta : ASUH dan USAID
- Mitzner, K , et al., 1984, *Improving Health and Nutrition of Weaning Foods for Children, A Manual For Policymakers Program Planners and Fieldworkers*, Massachusset
- Mosley, W.H,and L.C.Chen. , 1984, *An Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries, in Child Survival : Strategies for Research, Population and Development Review* , 10, Supplement 25-48
- Musaiger, A R, Nahed Abdul khalid, 2000, *Breastfeeding and Weaning Practices in Bahrain: The Role of Mothers' Education : Nutrition and Health* , VI 14,pp. 257-263, London: AB Academic Publisher
- Notoatmodjo, S, 1990, *Dasar-dasar Pendidikan dan Pelatihan*, Depok, BPKM, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
- _____, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- Popkin, BM et al, 1986, *The Infant Feeding Triad: Infant, Mother and Household* , Gorrdon and Breach Science Publishers, New York .
- Pudjiadi, S, 1990, *Aspek Gizi Klinis pada Anak*, Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Pujiarto, P, *Pola Asuhan Nutrisi dan Pementauan Pertumbuhan Anak* , Jakarta, Pdf
- RI-WHO 2000, *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2000-2005* : Jakarta
- Roesli, U , 2002. *ASI Eksklusif : Tinjauan dari Aspek Medis*, Jakarta : dalam Prosiding : KONAS PERSAGI dan Temu Ilmiah XII, PERSAGI
- Ruel, MT,Kenneth H. Brown, Laura E. Caulfield, 2006, *Moving Forward With*

Complementary Feeding : Indicators and Research Priorities , Washington : USA, Discussion Paper BRIEFS, FCND BRIEFS, IFPRI

Simanjuntak, D, 2002, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian MPASI Dini pada Bayi Usia 0-4 Bulan di Kecamatan Pasar Rebo*, Jakarta Timur, Depok, Tesis , FKMUI

Siregar, A, 2004, *Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi*, Medan : pdf Digital Library USU

Suhardjo, 1989, *Sosio Budaya Gizi*, Bogor, Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi, Institut Pertanian Bogor

_____, 2002, *Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak : Petunjuk Laboratorium*, Bogor, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Dirjen Dikti, Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi, Institut Pertanian Bogor

Sunawang, 2002, *Pertumbuhan Anak Indonesia dan MPASI Sebuah Tinjauan Analitis*, Jakarta : dalam Prosiding : Kongres Nasional PERSAGI dan Temu Ilmiah XII, Jakarta 8-10 Juli 2002, PERSAGI

Sulistiorini, T, 1994, *Hubungan Karakteristik Ibu dengan Praktik Pemberian MPASI di Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur*, Depok, Tesis FKMUI

Thaha, AR, 2000, et al, *Studi Penilaian MPASI di Kabupaten Barru Sulawesi Selatan*, Makasar, : Universitas Hasanuddin dalam Kumpulan Makalah : Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI-MPASI, Antropometri dan BBLR, Cipanas, 19-21 Januari, 2000 , PERSAGI, LIPI-UNICEF

Theresiana, KL, 2002, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktek Pemberian MPASI pada Bayi Umur 4-11 Bulan di Kabupaten Tangerang*, Depok : Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI

The World Bank, 2006, *Repositioning Nutrition as Central to Development , A Strategy for Large*

Truswell, S, 2003, *ABC of Nutrition, Fourth Edition*, London : BMJ

Utomo, B , 1997, *Pola Pemberian Makanan, Masukan Makanan dan Status Gizi Anak Usia 0-23 Bulan di Indramayu, Jawa Barat*, Pusat Penelitian Kesehatan Universita Indonesia, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Depkes, UNICEF dan University of California Davis.

- _____, 1998, *Dampak Krisis Moneter dan Ekonomi terhadap Kesehatan dan Gizi Anak*, Jakarta : Majalah Kedokteran TRISAKTI, vol 17 .
- _____, 2000, *The Slowing Progress of Breastfeeding Promotion Program in Indonesia : Causes and Recommendation*, Disampaikan pada Diskusi Pakar Bidang Gizi tentang ASI-MPASI, Antropometri dan BBLR, Cipanas, Kerjasama Persagi dan LIPI-UNICEF.
- _____, 2004, *Factor Facilitating and Impeding Breastfeeding Promotion in Indonesia, Panel Discussion : The Roles of Communication on Exclusive Breastfeeding Promotion*, Jakarta : SEAMEO Tropmed, RCCN-UI
- WHO, 1998, *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries : a Review Current Scientific Knowledge*, Geneva
- _____, 2001, *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review* Geneva, World Health Organization
- _____, 2002, *Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for The Term Infant During the First Six Month of Life*, Geneva.
- _____, 2003, *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*, Departement of Child and Adolescent Health and Development
- WHO/UNICEF, 2003, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, World Health Organization, Geneva.
- WHO/PAHO, 2003, *Guiding Principles For Complementary Feeding Of The Breastfed Child*, Washington DC, USA
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group , 2006a, *Breastfeeding in The WHO Multicentre Growth Reference Study*, Geneva : in Acta Paediatrica, Vol 95, April, Suppl 450: 16-26, Taylor and Francis,
- _____, 2006b, *Complementary Feeding in The WHO Multicentre Growth Reference Study*, Geneva : in Acta Paediatrica, Vol 95, April, Suppl 450: 27-37, Taylor and Francis,
- WHO Working Group on the Growth Reference Protocol and the WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility, 2002, ' Growth of Healthy Infants and Timing, Type and Frequency of Complementary Foods', *Am J Clin Nutr*, 76:620-7, USA. download dari <http://www.ajcn.org> [5 Desember 2007]

WHO/UNICEF, 2006, *Infant and Young Children Feeding Counselling :An Integrated Course*, Geneva : WHO , Departement of Nutrition for Health and Development,

Widodo, Y et al , 2002, *Pertumbuhan dan Morbiditas Bayi Usia 0-4 bulan yang Diberi ASI Eksklusif dan Tidak Eksklusif* , Jakarta, Info Pangan dan Gizi, Volume XIV No.2.2003.

Winikoff, B et al, 1988, *Feeding Infants in Four Societies, Causes and Consequences of Mother's Choice*, Greenwood Press in USA

Yuliana, et al, 2003, *Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Bayi di Kota Bogor, Media Gizi dan Keluarga*, dalam : Info Pangan dan Gizi , Jakarta , Vol XIV No. 1

Zeitlin , M, 2000, *Peran Pola Asuh Anak*, Jakarta: dalam : Prosiding Widya Karya Pangan dan Gizi VII, Jakarta 29 Februari- 2 Maret 2000, LIPI



3.4. DEFINISI OPERASIONAL

VARIABEL	Definisi	Cara	Alat	Hasil	Skala
I. Dependen Praktik Pemberian MPASI	Pelaksanaan pemberian makanan pada bayi yang meliputi awal usia pemberian MPASI, jenis MPASI, persiapan dan penyimpanan MPASI serta penggunaan alat makan. (Theresiana, 2002)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.25- I.38	Dibuat komposit jawaban nomor I.25-I.38, kemudian dibuat kategori menjadi: 0= kurang baik, jika skor < rata-rata 1= baik, jika skor > rata-rata	Ordinal Theresiana, 2002
II. Independen Umur ibu	Usia responden pada ulang tahun terakhir sebelum wawancara (BPS, 2003)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I. 6	0= ≤ 19 tahun 1= 20-29 tahun 2 = 30 tahun	Ordinal BPS, 2003
Paritas	Jumlah persalinan oleh ibu atau jumlah anak yang pernah dilahirkan termasuk lahir mati (Depkes RI, 1995)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.9	0= ≥ 3 kali 1= < 3 kali	Ordinal Kusin, 1994 Irawati, 2004

Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah ditempuh oleh responden (BPS,2003)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.7	0 = tidak sekolah/ tidak tamat SD 1 = tamat SD /sederajat 2 = tamat SLTP/ sederajat 3 = tamat SMU/ sederajat 4 4 = tamat D3/PT	Ordinal BPS, 2003
Pekerjaan Ibu	Kegiatan rutin yang dilakukan ibu di luar rumah dalam upaya mendapatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga (BPS,2003)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.8	0=. Bekerja 1=. tidak bekerja	Ordinal BPS, 2003
Pengetahuan MPASI ibu	Segala informasi yang diketahui responden berkaitan dengan proses pembelajaran tentang makanan yang berhubungan dengan gizi, usia pengenalan MPASI pada bayi, konsumsi dan jenis MPASI. (Theresiana, 2002)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.11-1.24	Dikomposit jawaban nomor I.11-I.24 menjadi 2 kategori 0= kurang baik, jika < nilai rata-rata 1= baik, jika nilai rata-rata	Ordinal Notoatmodjo. 1990

Pendapatan keluarga	Pengeluaran keluarga per bulan yang dihitung dari jumlah seluruh pengeluaran dari pangan dan non pangan selama sebulan seluruh anggota keluarga (BPS Bangka,2008)	Menanyakan kepada responden	Format pengeluaran rumah tangga	Penghasilan keluarga sebulan berdasarkan Upah minimum kabupaten/kota (UMK) Kabupaten Bangka tahun 2008 0= rendah : < Rp 905.000,-/ bulan 1 = tinggi : 1=tinggi: ≥ Rp 905.000,- / bulan	Ordinal BPS, Kabupaten Bangka 2008
Jumlah anggota keluarga	Sekelompok orang yang tinggal bersama disebagian atau dalam satu atap dan makan dari satu dapur (Riskesdas, 2007)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.10	0= ≥ 4 orang 1= < 4 orang	Ordinal BPS, 2003
Peran petugas kesehatan	Persepsi responden terhadap petugas kesehatan dalam pemberian informasi, edukasi dan motivasi pemberian MPASI (WHO, 1998)	Menanyakan kepada responden	Kuesioner nomor I.39-I.42	dibuat komposit jawaban dari nomor I.39-I.42. lalu dibuat kategori : 0= Kurang baik, jika skor < rata-rata 1=.baik, jika, skor rata-rata	Ordinal Utomo, 1997

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 24 Juni 2008

Ketua

(Ir. Trini Sudiarti, M.Si)

Anggota

(DR.dr. Kusharisupeni, M.Sc)

(Ir. Asih Setiawati, M.Sc)

(DR. Ir. Anies Irawati, M.Kes)

(Galopong Sianturi, SKM. MPH)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan Judul

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK
PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU IBU (NON PROGRAM)
PADA BAYI USIA 0-12 BULAN DI KECAMATAN SUNGAILIAT
KABUPATEN BANGKA
2008**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Tesis Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 24 Juni 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

(Ir. Trini Sudiarti, M.Si)

Anggota

(DR.dr. Kusharisupeni, M.Sc)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Desi Yanti
Tempat/Tanggal Lahir : Palembang/ 24 Desember 1971
Agama : Islam
Status Keluarga : Menikah
Pekerjaan : PNS
Alamat Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka
Jl. Jend. Achmad Yani Jalur dua Sungailiat-Bangka

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 56 Palembang , lulus tahun 1984
2. SMP Negeri 3 Palembang , lulus tahun 1987
3. SMA Negeri 3 Palembang , lulus tahun 1990
4. Akademi Gizi Depkes Palembang , lulus tahun 1995
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
Peminatan Gizi Kesmas , lulus tahun 2003
6. Mengikuti Program Magister IKM UI
Peminatan Gizi Kesmas , 2006-2008

Riwayat Pekerjaan :

1. Plh. Kasubsi Kesehatan Anak di Seksi Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka
2. Staf di Seksi Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Sekolah di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya jualah akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Dalam proses penulisan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih tiada terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung sampai penyelesaian tesis ini.

Penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tulus kepada Ibu Ir. Trini Sudiarti, M.Si sebagai pembimbing tesis dari mulai awal pembuatan tesis sampai penyelesaian tesis ini yang banyak memberikan bimbingan dan masukan berarti sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya.

Demikian juga ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada Ibu DR.dr. Kusharisupeni, M.Sc selaku pembimbing kedua dan Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI yang juga memberikan bimbingan dan membantu penulis serta selalu mengingatkan untuk menyelesaikan tesis ini.

Kepada Ibu Ir. Asih Setiarini M.Sc, Ibu DR. Ir. Anies Irawati, M.Kes dan Bapak Galopong Sianturi, SKM, MPH sebagai penguji dalam sidang tesis, penulis juga mengucapkan terimakasih sedalam-dalamnya karena bersedia memberikan masukan dan saran yang berguna demi perbaikan tesis dan kemajuan penulis.

Kepada Ibu dr. Endang L. Achadi, MPH, DR. PH selaku Ketua Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat dan Dosen Pengajar serta Staf di Departemen Gizi Kesmas, Penulis juga mengucapkan terimakasih atas ilmu dan pengalaman yang diberikan selama mengikuti kuliah pada Program Studi IKM di FKMUI.

Ucapan terimakasih juga penulis haturkan kepada Bapak Drg.Mulyono Susanto, MHSM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka yang telah memberi ijin kepada penulis untuk mengikuti perkuliahan di PS IKM UI dan penyandang dana dari DHS-2 Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka serta rekan-rekan kerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Propinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Kepada teman-teman enumerator dan pengumpul data dari petugas gizi puskesmas yang membantu penulis dalam mengumpulkan data untuk penelitian tesis

ini. Juga kepada teman-teman se-angkatan di kelas MKD tahun 2006-2008 dan teman-teman sekelas di peminatan Gizi Kesmas seperti Uni Nel yang selalu perhatian dan setia menemani dalam susah dan senang, Ahmad Sadiq dan Mega sahabat seperjuangan selama menempuh kuliah.

Penulis juga menyampaikan terimakasih yang tiada terhingga kepada Almarhum Ayahanda dan Almarhumah Ibunda tercinta, tanpa keduanya penulis tidak bisa hadir di dunia dan bisa menyelesaikan tesis ini, kepada Bapak dan Ibu mertua di Bukittinggi, serta saudara-saudaraku terkasih yang selalu mendukung penulis dalam meneruskan pendidikan. Terakhir kepada Suamiku tercinta Abang Feri dan 'malaikat kecil' yang selalu sabar dan setia mendukung serta menjadi penyemangat dalam menyelesaikan kuliah.

Penulis menyadari tulisan ini jauh dari sempurna, namun diharapkan tulisan ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya Gizi, Kesehatan Masyarakat.

Depok, Juni 2008

Penulis

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama :

NPM :

Program Studi :

Kekhusuan :

Angkatan :

Jenjang : Sarjana/Magister/Doktor :

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi saya yang berjudul :

.....
.....
.....

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok,

Materei

Rp. 6000

(.....)

nama lengkap