

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga penulis haturkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis diberi kelancaran dan kemudahan sehingga mampu menyelesaikan proposal skripsi ini. Proposal skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.

Penyusunan proposal skripsi yang berjudul — Hubungan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif, Asupan Zat Gizi Makro, Riwayat Penyakit Infeksi dan Status Gizi Bayi Usia 6-11 Bulan di Desa Kadudampit Pandeglang. Penyelesaian penulisan proposal skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada pihak-pihak yang telah banyak terlibat dan membantu kelancaran penulisan proposal ini, yaitu :

1. Ibu Dr. Aprilita Rina Yanti Eff, M.Biomed., Apt. selaku dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul
2. Bapak Dudung Angkasa S.gz,M.Gizi selaku ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul
3. Ibu Rachmanida Nuzrina, S.Gz., M.Gizi. selaku dosen pembimbing I
4. Bapak Idrus Jusat, Ph.D selaku dosen pembimbing II
5. Kepada orang tua dan keluarga atas seluruh dukungan, perhatian dan motivasinya
6. Kepada suamiku Rifki Satyatama Ramadhan yang selalu memotivasi saya dalam menyusun proposal ini dan Kepada teman seperjuangan saya Fitria Retno Andarini, Diva Cynthia Putri, Ananisa Ulazizah, Diandini Andriani atas bantuan dan supportnya.

7. Kepada semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah memberikan masukan dan dukungan dalam penyelesaian proposal skripsi. Mohon maaf atas segala kesalahan yang dilakukan penulis selama penyusunan proposal skripsi berlangsung. Akhir kata saya mengucapkan terima kasih telah membantu dalam penulisan proposal skripsi ini.

DAFTAR ISI

Universitas
Esa Unggul

Univers
Esa

Universitas
Esa Unggul

Univers
Esa

Universitas
Esa Unggul

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi status gizi.....	13
Tabel 2. Definisi oprasional.....	27

DAFTAR BAGAN

Bagan2.7.Kerangka Berpikir.....	22
Bagan 2.8 Kerangka Konsep.....	23

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan Nasional pada dasarnya yaitu membangun manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan masyarakat Indonesia seluruhnya. Demi terwujudnya pembangunan nasional, maka pembangunannya perlu dilakukan secara menyeluruh di segala aspek kehidupan bangsa. Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas merupakan syarat mutlak terwujudnya pembangunan di segala bidang. Status gizi menjadi salah satu faktor yang sangat berperan penting pada kualitas SDM terutama yang terkait dengan kecerdasan, produktivitas dan kreativitas. Jika status gizi masyarakat baik, maka dapat menunjang intelektualitas, produktivitas serta prestasi kerja dari masyarakat tersebut (Nilakesuma.,*et al* 2015).

Status gizi merupakan salah satu tolak ukur untuk menilai perkembangan kesehatan bayi. Faktor yang memengaruhi status gizi seorang bayi, diantaranya pemberian ASI eksklusif, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga. Gizi buruk merupakan masalah gizi yang sering dijumpai di negara-negara berkembang. Peningkatan kemampuan pekerja kesehatan dalam melaksanakan konseling dan komunikasi mampu meningkatkan status gizi bayi usia 6 - 24 bulan di Brazil dan dapat diterapkan di Negara berkembang lainnya (Nilakesuma.,*et al* 2015).

Penilaian status gizi pada balita dapat diukur dengan beberapa metode salah satunya adalah pengukuran dengan menggunakan metode antropometri, dalam antropometri dikenal indeks antropometri yang merupakan kombinasi antara beberapa parameter yaitu berat badan sesuai umur (BB/U), Panjang badan sesuai umur (PB/U) dan berat badan sesuai panjang badan (BB/PB), (Kemenkes 2005).

Dari 100% perempuan di Indonesia didapatkan 97,25% adalah perempuan bekerja. 9 Perilaku ibu dalam pemberian makanan kepada balita juga dipengaruhi oleh status pekerjaan ibu. Ibu yang memiliki jenis pekerjaan berat maka akan mengalami kelelahan fisik. Jika ibu kelelahan, maka ibu akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan anaknya, baik itu kebutuhan fisik, psikis maupun asupan makanan bergizi seimbang. Oleh sebab itu, banyak ibu yang menitipkan anaknya ditaman penitipan anak saat ia sedang bekerja (Nilakesuma.,*et al* 2015).

Faktor-faktor yang mempengaruhi asupan makanan ke status gizi bayi dan balita adalah pendidikan, pengetahuan gizi, pola asuh, kebiasaan makan, kebersihan makanan daya beli dan penyakit infeksi. Status Gizi bayi erat hubungannya dengan pertumbuhan bayi, oleh karena itu perlu alat ukur untuk mengetahui adanya kekurangan gizi pada bayi. Indikator (BB/U) berat badan menurut umur, memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum dan

tidak spesifik, berat badan merupakan indikator yang dapat dengan mudah cepat dimengerti oleh masyarakat umum, sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare (Wulandari, ., *et al* 2013).

Masalah gizi merupakan salah satu masalah yang belum terselesaikan di Indonesia termasuk di provinsi Banten. Status gizi bayi 0-23 bulan di Provinsi Banten pada tahun 2016 berdasarkan indeks berat badan menurut umur BB/U, tercatat prevalensi gizi buruk 3,2%, gizi kurang 10,1%, gizi baik 84,7% dan gizi lebih 1,9%. Jika merujuk kepada *Milenium Development Goals* (MDGs) yang menyebutkan salah satu tujuannya adalah tentang gizi masyarakat, prevalensi masalah terkait status gizi harus sudah teratasi (Kemenkes RI, 2017).

ASI adalah kandungan gizi terpenting yang diperoleh pertama kali saat bayi lahir. ASI merupakan makanan paling ideal baik secara fisiologis maupun biologis yang harus diberikan kepada bayi di awal kehidupannya. Hal ini dikarenakan selain mengandung nilai gizi yang cukup tinggi, ASI juga mengandung zat kekebalan tubuh yang akan melindungi dari berbagai jenis penyakit yang dapat menghambat pertumbuhan bayi tersebut. Pemberian ASI dimulai sejak bayi dilahirkan selama 6 bulan, tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. Berbagai penelitian membuktikan bahwa pemberian ASI selama 6 bulan pertama merupakan hal yang terbaik bagi bayi. Pada satu jam pertama bayi menemukan payudara ibunya, ini awal hubungan menyusui berkelanjutan dalam kehidupan ibu dan bayi. Prosesnya setelah melakukan inisiasi menyusui dini maka dilanjutkan dengan pemberian ASI Eksklusif selama enam bulan dan diteruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI dapat meningkatkan asupan Gizi, status kesehatan dan memberikan pertahanan yang baik untuk jangka panjang. ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena mengandung semua zat gizi dan kekebalan untuk pertumbuhan dan kesehatan bayi (Wulandari, ., *et al* 2013).

Faktor-Faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif menurut Soetjiningsih (1997) dalam Hidajati (2012) diantaranya Faktor sosial budaya ekonomi (pendidikan formal ibu, pendapatan keluarga, dan status kerja ibu), Faktor psikologis (takut kehilangan daya tarik sebagai wanita, tekanan batin) dan Faktor fisik ibu (ibu yang sakit, misalnya mastitis, dan sebagainya). adapun fenomena kurangnya pemberian ASI eksklusif disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya pengetahuan ibu yang kurang memadai tentang ASI eksklusif, beredarnya mitos yang kurang baik, kesibukan ibu bekerja dan singkatnya cuti melahirkan.

Undang-Undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa pemerintah wajib memenuhi hak-hak anak, yaitu kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan anak. Salah satu implementasinya adalah peningkatan kerjasama dan dukungan stakeholder dalam pemberdayaan masyarakat untuk memperbaiki pola asuh balita. Perbaikan pola asuh meliputi

pemberian ASI secara eksklusif, penerapan inisiasi menyusui dini, serta pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) lokal pada bayi 6 bulan ke atas dan meneruskan ASI sampai umur 2 tahun (Depkes, 2016).

WHO merekomendasikan pemberian makanan pendamping ASI diusia 6 bulan, dengan frekuensi makan 2 sampai 3 kali sehari diusia 6 sampai 8 bulan, meningkat menjadi 3 sampai 4 kali sehari, dilanjutkan 9 sampai 12 bulan dan 12-24 bulan dengan tambahan makanan selingan atau tambahan makanan ringan (snacks) bergizi (seperti sepotong buah atau roti) yang ditawarkan 1-2 kali per hari, sesuai yang diinginkan, sedangkan untuk anak yang tidak lagi menyusui diperlukan frekuensi makan yang lebih sering. Pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) sejak dini sebelum usia enam bulan akan menyebabkan bayi rentan mengalami penyakit infeksi dan alergi, sehingga dapat mengakibatkan gizi buruk, dan gangguan pertumbuhan. Frekuensi MP-ASI makan anak harus sesering mungkin karena anak dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit sedangkan kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya harus terpenuhi (Widiyawati, 2016).

Cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia tahun 2007 pada bayi 0–6 bulan adalah sebesar 62,2% tetapi pada tahun 2008 mengalami penurunan menjadi 56,2% namun meningkat lagi pada tahun 2009 menjadi 61,3% dan kembali menurun di tahun 2016 menjadi 54,0%. Sedangkan pada bayi umur 6 bulan tahun 2007 turun dari 28,6% pada tahun 2008 menjadi 24,3% dan naik lagi menjadi 34,3% pada tahun 2009 namun kembali menurun menjadi 29,5% pada tahun 2016 (Kemenkes R.I, 2016).

Data dari profil kesehatan di Provinsi Banten tahun 2016 menunjukkan cakupan pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan sebesar 44,1%, dan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 bulan sebesar 35,8% (Kemenkes R.I, 2016). Hasil data dari puskesmas Saketi menunjukkan Cakupan pemberian ASI eksklusif 56,89%, dan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif sebesar 43,11%. Walaupun terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2008 yang hanya 28,6% tetapi berdasarkan data secara nasional sangat rendah dari status pencapaian target Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2014 sebesar 100% terkait pengurangan prevalensi kekurangan gizi tahun 2010–2014, bayi 0–6 bulan yang diberikan ASI eksklusif pada tahun 2010 ditargetkan sebesar 65% dan tahun 2011 sebesar 67% kemudian menjadi 100% untuk tahun 2014 (Bappenas, 2011).

Salah satu faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang pada bayi adalah dari asupan gizi terutama pemberian ASI Eksklusif. Telah diketahui bahwa sampai usia 6 bulan, air susu ibu (ASI) adalah makanan yang ideal untuk bayi baik ditinjau dari segi kesehatan fisik maupun psikis. Dengan memberikan ASI Eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan akan menjamin tercapainya pengembangan potensi kecerdasan anak secara optimal. ASI selain sebagai gizi seimbang, komposisi yang tepat, serta disesuaikan dengan kebutuhan bayi, ASI juga mengandung gizi khusus seperti taurin, laktosa, AA, DHA, omega 3, omega 6,

kolin, dan triptofan yang diperlukan otak bayi agar tumbuh optimal (Devriany, 2018).

Selain itu ASI juga mengandung kalsium dan zinc (seng) yang merupakan salah satu mineral utama. pada bayi, dibutuhkan penambahan mineral tunuh untuk pertumbuhan tulang dengan rata-rata penmbahan mineral kalsium sebesar 140 mg/hari dan mineral seng sebesar 0,4 mg/hari. Defisiensi kalsium akan mempengaruhi pertumbuhan linear jika kandungan kalsium dalam tulang kurang dari 50% kandungan normal. suplai mineral dalam ASI diharapkan dapat memenuhi proses penambahan mineral dalam tubuh. Proses menyusui akan membuat bayi mendapatkan asupan gizi yang cukup dan limpahan kasih sayang yang berguna untuk perkembangannya. Pencapaian perkembangan yang optimal juga dapat dilakukan dengan menyusui bayi secara penuh ASI eksklusif selama 6 bulan dan dilanjutkan sampai berumur 2 tahun (Hidajati, 2012).

Zinc yang terkandung dalam kolostrum ASI sangat tinggi yaitu 280mg/l sementara dalam ASI hanya 3-5mg/l. selain itu zinc yang terdapat dalam ASI memiliki bioavailabilitas yang tinggi sehingga absorbs zinc dalam ASI lebih tinggi dari pada susu sapi (Astari,2006).

Kalsium merupakan zat gizi mikro yang utama terdapat dari dalam ASI. Kebutuhan kalsium pada anak usia 0-6 bulan mendekati jumlah kalsium yang terdapat dalam ASI (280mg/hari) dengan rata-rata produksi ASI 70ml/hari. Dari hasil meta analisis, suplai kalsium dari ASI dapat mencukupi mineralisasi tulang pada bayi hingga usia 6 bulan atau 24 minggu. Asupan zat gizi makro karena karbohidrat, protein dan lemak merupakan sumber utama yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh energi. Energi akan timbul karena adanya pembakaran karbohidrat, protein dan lemak (Astari, 2006).

Manfaat pemberian ASI Eksklusif akan terlihat secara signifikan pada saat anak memasuki usia balita. Zat anti infeksi yang terkandung dalam ASI eksklusif akan memberikan perlindungan optimal kepada anak balita, sehingga resiko untuk terkena penyakit infeksi menjadi berkurang. Bayi yang mempunyai riwayat infeksi seperti ISPA dan pneumonia berisiko mempunyai status gizi yang kurang baik (Wahyuni,2011).

Berdasarkan fenomena dan penelitian sebelumnya, maka penulis tertarik untuk melihat sejauh mana hubungan riwayat pemberian ASI Eksklusif, asupan zat gizi makro dan riwayat penyakit infeksi dengan status gizi pada bayi usia 6-11 bulan di desa Kadudampit Kabupaten Pandeglang Banten.

1.2 Identifikasi Masalah

Masalah di identifikasikan berdasarkan latar belakang yang telah di kemukakan di atas, yaitu :

Status gizi merupakan salah satu tolak ukur untuk menilai perkembangan kesehatan bayi. faktornya yang mempengaruhi status gizi seorang bayi, diantaranya pemberian ASI eksklusif, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi

keluarga. Gizi buruk merupakan masalah gizi yang sering dijumpai di negara-negara berkembang. Peningkatan kemampuan pekerja kesehatan dalam melaksanakan konseling dan komunikasi mampu meningkatkan status gizi balita usia 6 - 24 bulan di Brazil dan dapat diterapkan di Negara berkembang lainnya (Nilakesuma., *et al* 2015).

Kurangnya pemberian ASI eksklusif disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya pengetahuan ibu yang kurang memadai tentang ASI eksklusif, beredarnya mitos yang kurang baik, kesibukan ibu bekerja dan singkatnya cuti melahirkan (Hidajat 2012).

Faktor-Faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif menurut Soetjiningsih (1997) dalam Hidajati (2012) diantaranya Faktor sosial budaya ekonomi tingkat pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, dan status kerja ibu, Faktor psikologis takut kehilangan daya tarik sebagai wanita, tekanan batin, dan Faktor fisik ibu (ibu yang sakit, misalnya mastitis, dan lainnya).

Hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif terhadap status gizi bayi, dan asupan zat gizi makro bagi ibu yang sedang menyusui bayi di usia 6-11 bulan, ASI merupakan satu-satunya makanan sumber zat gizi lengkap untuk bayi sampai usia 6 bulan yang di anggap sangat penting untuk tumbuh kembang anak, (Fitriana., *et al* 2013). Pemberian ASI berpengaruh baik terhadap status gizi, perkembangan otak, mencegah kegemukan, mencegah infeksi dan mengurangi risiko terhadap alergi serta menurunkan morbiditas (Worthing ., *et al* 2000 dalam Almatsier, 2011).

Hasil identifikasi masalah diatas menurut penulis tertarik untuk meneliti hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif meliputi, riwayat infeksi, dan status gizi makro, sedangkan (variabel independen) dan status gizi pada bayi usia 6-11 bulan (variabel dependen).

1. Pembatasan masalah

Penulis membatasi variabel independen, yaitu hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif, riwayat infeksi, asupan zat gizi makro, dan variabel dependen, yaitu status gizi bayi.

2. Perumusan Masalah

Banyak penelitian yang berhubungan tentang faktor-faktor yang berkaitan dengan status gizi, namun masih sedikit yang dikaitkan dengan pemberian ASI Eksklusif. Pada penelitian ini, penulis ingin mempelajari dan menganalisis hubungan riwayat pemberian ASI Eksklusif, terhadap status gizi bayi usia 6 - 11, hubungan asupan zat gizi makro pada ibu yang sedang menyusui bayi 6 - 11 bulan, riwayat penyakit infeksi terhadap status gizi bayi 6 - 11 bulan di desa Kadudampit Kabupaten Pandeglang.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Penelitian ini bertujuan umum untuk mengetahui hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif, asupan zat gizi makro, dan riwayat penyakit infeksi terhadap status gizi bayi usia 6-11 bulan di desa Kadudampit Kabupaten Pandeglang.

1.4 Tujuan Khusus :

- a. Mengklasifikasi riwayat pemberian ASI Eksklusif bayi usia 6 – 11 bulan di desa Kadudampit
- b. Mengidentifikasi riwayat pemberian ASI Eksklusif bayi usia 6 - 11 bulan di desa Kadudampit.
- c. Mengidentifikasi asupan zat gizi makro bayi usia 6 - 11 bulan di desa Kadudampit.
- d. Mengidentifikasi riwayat penyakit bayi usia 6 - 11 bulan di desa Kadudampit.
- e. Mengidentifikasi status gizi bayi usia 6 - 11 bulan di desa Kadudampit.
- f. Menganalisis hubungan riwayat ASI Eksklusif dan status gizi bayi usia 6 - 11 bulan di desa Kadudampit.
- g. Menganalisis hubungan asupan zat gizi usia 6 – 11 bulan makro dan status gizi desa Kadudampit.
- h. Menganalisis hubungan riwayat infeksi dan status gizi bayi usia 6 – 11 bulan di desa Kadadampit.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis tentang pengaruh pemberian ASI Eksklusif dan status gizi pada bayi usia 6 - 11 bulan

1.5.2 Bagi Institusi

Dapat memberikan manfaat bagi jurusan Ilmu Gizi Esa Unggul Jakarta sebagai referensi pustaka dalam bidang Gizi Masyarakat, bagaimana pengaruh ASI Eksklusif terhadap status gizi bayi usia 6 - 11 bulan di Desa Kadudampit.

1.5.3 Bagi Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang manfaat pemberian ASI Eksklusif terhadap status gizi bayi usia 6 - 11 bulan dan diharapkan masyarakat untuk mempertimbangkan pemberian ASI eksklusif.

1.6 Keterbaruan Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama peneliti Tahun	Metode	Hasil
1	Gambaran status gizi anak 12-24 bulan dipuskesmas mergangsan kota yogyakarta tahun 2015: tinjauan riwayat pemberian asi eksklusif dan kejadian penyakit infeksi	Nurlisa T.Hi.Abdullah Yhona paramaninya, Febriana Suci Hati (2015)	Deskriptif Kuantitatif <i>cross sectional</i>	Sebagian besar anak tidak mendapat ASI eksklusif (55,9%). Semua anak pernah mengalami penyakit infeksi (diare, ISPA) dalam 1 bulan terakhir. Mayoritas anak memiliki gizi baik (58,8%) dengan jumlah anak yang mendapat ASI eksklusif sebesar 86,7%, sedangkan yang tidak mendapat ASI eksklusif sebesar 36,8%. Mayoritas anak yang pernah mengalami penyakit infeksi berstatus gizi baik (58,8%). Kesimpulan: Sebagian besar anak memiliki riwayat pemberian ASI eksklusif. Terdapat lebih dari sebagian anak dengan status gizi baik pernah mengalami penyakit infeksi (diare, ISPA).
2	Karakteristik ibu Menyusui yang tidak memberikan asi eksklusif di upt puskesmas boyolali	Fitria Ika Wulandari, Natalia Riski Iriana (2013)	Deskriptif kuantitatif	penelitian menunjukkan karakteristik ibu menyusui yang tidak memberikan ASI eksklusif di wilayah UPT Puskesmas Banyudono I Kabupaten Boyolali meliputi umur ibu < 20 tahun, prioritas pendidikan ibu dasar, pekerjaan ibu sebagian besar sebagai karyawan pabrik (ibu bekerja). Dari data tersebut perlu dilakukan pelatihan konseling menyusui bagi petugas kesehatan khususnya bidan di wilayah UPT Puskesmas Banyudono I Kabupaten Boyolali agar meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang manfaat ASI eksklusif.
3	Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Air Susu Ibu dan Pekerjaan Ibu dengan	Desfi Lestari, Reni Zuraida, TA. Larasati (2013)	Deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu tentang ASI dengan pemberian ASI Eksklusif, nilai (p=0,001). Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara antara pekerjaan dengan pemberian ASI Eksklusif, nilai (p=0,754).

4	Determinan Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif	Bayu Kurniawan (2013)	<i>Cross sectional retrospective study</i>	Penelitian ini menunjukkan angka ASI eksklusif sebesar 35,3% dengan masa pemberian terbanyak sampai usia 4 bulan. Permasalahan menyusui ($r_s = 0,249$, $p = 0,002$) dan kunjungan ke klinik laktasi, keinginan ($r_s = 0,306$, $p = 0,000$), keyakinan ($r_s = 0,306$, $p = 0,000$), dan persepsi ibu tentang kepuasan bayi saat menyusui ($r_s = 0,263$, $p = 0,001$), dukungan suami ($r_s = 0,318$, $p = 0,000$) dan orang tua ($r_s = 0,290$, $p = 0,000$) mendorong keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Usia tua ($r_s = 0,196$, $p = 0,016$), ibu bekerja ($r_s = -0,170$, $p = 0,038$), pemberian susu formula di instansi pelayanan kesehatan ($r_s = -0,335$, $p = 0,000$), MPASI dini pada bayi usia <6 bulan ($r_s = -0,710$, $p = 0,000$), dan pemakaian empeng (pacifier) ($r_s = -0,189$, $p = 0,020$) menjadi faktor yang menghalangi keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Pemberian MPASI dini merupakan faktor determinan negative yang paling kuat, sedangkan keyakinan dan persepsi ibu yang kuat tentang menyusui merupakan faktor determinan positif yang paling kuat.
5.	Pengetahuan, sikap, dan praktek asi eksklusif serta status gizi bayi usia 4-12 bulan di pedesaan dan perkotaan	Asrinisa Rachmadewi dan Khomsan (2009)	<i>Cross sectional study</i>	Ibu di pedesaan mayoritas berada pada usia 19-30 tahun dan ≥ 30 tahun dengan persentase masing-masing sebesar 48.4%. Ibu di perkotaan mayoritas berusia 19-30 tahun (61.3%). Tingkat pendidikan ibu di pedesaan mayoritas (32.3%) tamat SD/ sederajat, sedangkan di perkotaan mayoritas (45.2%) tamat akademi/ perguruan tinggi. Ibu di pedesaan maupun perkotaan mayoritas tidak bekerja (93.5% dan 77.4%). Sebanyak 64.5% Ibu di pedesaan telah mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya, sedangkan di perkotaan hanya 48.4% ibu yang telah memiliki pengalaman menyusui sebelumnya.

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 Status Gizi Bayi

2.1.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi yaitu ukuran keberhasilan dalam pemenuhan Status Gizi untuk bayi yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan bayi. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan asupan gizi. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diet. Status gizi masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor yang kompleks dan saling berhubungan satu sama lain. Pada tingkat rumah tangga, status gizi dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga untuk menyediakan makanan yang cukup, baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya (Normayanti, 2013).

Status gizi menurut Suharjo (2003), merupakan keadaan kesehatan tubuh seseorang atau sekelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi dan penyerapan serta penggunaan zat gizi. Status gizi seseorang dikatakan baik, bila terdapat keseimbangan fisik dan mental, sedangkan keadaan kurang gizi merupakan akibat dari sangat kurangnya masukan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama secara relatif dibandingkan metabolismanya.

Sementara menurut Gibson (1990), status gizi berasal dari kata status dan gizi. Status diartikan sebagai tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh suatu keadaan, sedangkan gizi merupakan hasil dari proses organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup. Maka status gizi adalah tanda atau penampilan fisiologis yang disebabkan oleh keseimbangan intake gizi dan penggunaannya oleh organisme.

Status gizi merupakan keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi yang diperlukan tubuh untuk tumbuh kembang terutama untuk anak balita, aktifitas, pemeliharaan kesehatan, penyembuhan bagi mereka yang menderita sakit dan proses biologis lainnya di dalam tubuh. Kebutuhan bahan makanan pada setiap individu berbeda karena adanya variasi genetik yang akan mengakibatkan perbedaan dalam proses metabolisme. Sasaran yang dituju yaitu pertumbuhan yang optimal tanpa disertai oleh keadaan defisiensi gizi. Status gizi yang baik akan turut berperan dalam pencegahan terjadinya berbagai penyakit, khususnya penyakit infeksi dan dalam tercapainya tumbuh kembang anak yang optimal (Depkes RI, 2008).

2.1.2 Penilaian Status Gizi

Status gizi dapat ditentukan melalui pemeriksaan laboratorium maupun secara antropometri. Antropometri merupakan cara penentuan status gizi yang paling mudah. Panjang badan menurut umur (PB/U), berat badan menurut umur (BB/U), dan berat badan menurut panjang badan (BB/PB) direkomendasikan sebagai indikator yang baik untuk menentukan status gizi balita. Pemeriksaan status gizi masyarakat, pada prinsipnya merupakan upaya untuk mencari kasus dalam masyarakat, terutama mereka yang terbelong golongan rentan seperti bayi. Secara umum, status gizi masyarakat dapat ditentukan secara langsung maupun tidak langsung. Penelitian status gizi Menurut (Supriasa, 2001), pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung.

a. Penilaian status gizi secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supriasa, 2001).

b. Penilaian status gizi secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

- 1) Survei konsumsi makanan merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi
- 2) Statistik vital merupakan pengukuran dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu.
- 3) Faktor ekologi digunakan untuk mengungkapkan bahwa gizi buruk merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya (Hidayat, 2008).

2.1.3 Status Gizi Berdasarkan Antropometri

Cara pengukuran status gizi yang paling sering digunakan adalah antropometri gizi. Dewasa ini dalam program gizi masyarakat, pemantauan status gizi anak balita menggunakan metode antropometri, sebagai cara untuk menilai status gizi. Antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain : berat badan, panjang badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit. Keunggulan antropometri antara lain alat yang digunakan mudah didapatkan dan digunakan, pengukuran dapat dilakukan berulang-ulang dengan mudah dan objektif, biaya relatif murah, hasilnya mudah disimpulkan, dan secara ilmiah diakui keberadaannya (Supriasa, 2002).

Pengukuran antropometri berupa penimbangan BB menggunakan *baby scale* dengan ketelitian 0,1 kg, Pengukuran berat badan BB dilakukan sewaktu membagikan kuesioner. Supriasa (2002) menyatakan bahwa antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain:

a. Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat.

b. Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonates). Pada masa bayi-balita, berat badan dapat digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi. Berat badan merupakan pilihan utama karena parameter yang paling baik, mudah dipakai, mudah dimengerti, memberikan gambaran status gizi sekarang. Alat yang dapat memenuhi persyaratan dan kemudian dipilih dan dianjurkan untuk digunakan dalam penimbangan anak balita adalah dacin (Nursalam, 2005).

2.1.4 Indeks Antropometri

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter disebut indeks Antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan menurut Umur (PB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/PB) dalam penelitian ini digunakan (BB/U) (Sudariyati, 2005).

A. Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan merupakan parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti penambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini. Kelebihan indeks BB/U antara lain lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum, baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis,

sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil, dan dapat mendeteksi kegemukan. Kelemahan indeks BB/U adalah dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat edema maupun acites, memerlukan data umur yang akurat, terutama untuk anak dibawah usia 5 tahun, sering terjadi kesalahan pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan (Hidayat, 2008).

B. Panjang Badan menurut Umur (PB/U)

Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Berdasarkan karakteristik tersebut diatas, maka indeks ini menggambarkan konsumsi protein masa lalu (Supariasa, 2002).

Kelebihan indeks PB/U:

- 1) Baik untuk menilai status gizi masa lampau
- 2) pengukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah, dan mudah dibawa.

Kekurangan indeks PB/U:

- a) panjang badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun.
- b) Pengukuran relatif lebih sulit dilakukan Karen bayi tudak bias beridir tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya

b. Berat Badan menurut panjang Badan (BB/PB)

Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan Panjang badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dan kecepatan tertentu. Indeks BB/PB adalah merupakan indeks yang independent terhadap umur.

Keuntungan Indeks BB/PB adalah tidak memerlukan data umur, dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, dan kurus). Kelemahan Indeks BB/PB panjang badan, atau kelebihan Panjang badan menurut umurnya. Dalam praktek sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan pada kelompok balita. Dengan metode ini membutuhkan dua macam alat ukur, pengukuran relatif lebih lama. Membutuhkan dua orang untuk melakukannya (Supariasa, 2002).

2.1.5 Klasifikasi status gizi

Menentukan klasifikasi status gizi harus ada baku yang sering di sebut *referenc*. Pada tahun 2010, Indonesia mengadopsi standar baru WHO 2015 sebagai pengganti rujukan WHO/NCHS melalui kepmenkes RI No. 1995/KEMENKES/SK/XII/2010 tentang penerapan antropometri penilaian status gizi bayi (Anggraeni, 2010).

Indeks yang digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U). Sebagai baku patokan digunakan persentil 50 ada batasan-batasan yang disebut dengan batas ambang. Batasan setiap negara relatif berbeda, hal ini tergantung dari kesepakatan para ahli gizi di negara tersebut, berdasarkan hasil penelitian empiris dan keadaan klinis (Soekatri,2011).

Rujukan ini digunakan pada seluruh Dinas kesehatan Provinsi, Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pihak yang terkait dalam menilai status gizi. Rujukan ini sangat sensitive untuk mengidentifikasi anak dibawah lima tahun (balita) yang mengalami gizi kurang atau gizi lebih (Kementrian Kesehatan RI,2011).

Klasifikasi Indeks yang digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U) panjang badan menurut panjang badan (BB/PB), panjang badan menurut umur (PB/U) Sebagai baku patokan yang digunakan (Kemenkes, 2011).

Klasifikasi status gizi bayi di kategorikan sebagai berikut :

Tabel 1 Klasifikasi status gizi bayi (Kemenkes, 2011)

Indicator	Status gizi	Z-score
Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	Gizi buruk	< - 3 SD
	Gizi kurang	-3 SD s/d <- 2 SD
	Gizi baik	-2 SD s/d 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)	Sangat pendek	< - 3 SD
	Pendek	-3 SD s/d <- 2 SD
	Normal	- 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB)	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD s/d <- 2 SD
	Normal	-2 SD s/d 2 SD
	Gemuk	>2 SD

2.2 ASI Eksklusif

2.2.1 ASI Eksklusif

ASI Eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI kepada bayi sampai dengan 6 bulan secara langsung oleh ibunya dan tidak diberikan makanan cair atau padat lainnya kecuali obat tetes atau sirup yang berisi suplemen vitamin, mineral, atau obat untuk keperluan medis. Sampai bayi berusia 6 bulan, dan di lanjutkan pemberian ASI sampai 2 tahun pertama kehidupannya. Hasil rapid assesment sedikit cairan aga kental berwarna kekuningan yang dinamakan kolostrum. Dua hari sesudah melahirkan, volume kolostrum bertambah hingga jumlahnya kurang dari 30 ml sehari. Volume ini selanjutnya meningkatkan akibat pengisapan putting susu. Ibu- ibu yang sudah pernah melahirkan, terutama yang

menyusui bayinya, mengeluarkan kolostrum lebih awal dan lebih banyak dari pada ibu yang baru pertama kali melahirkan (almatsier, 2011).

Warna kekuningan dari kolostrum disebabkan kandungan karoten yang relative lebih tinggi. Kolostrum mempunyai kandungan energi lebih rendah, protein lebih tinggi, serta karbohidrat dan lemak lebih rendah daripada ASI yang diproduksi selanjutnya. Kolostrum juga memiliki kandungan mineral natrium, kalium dan klorida yang lebih tinggi dari ASI. Komposisi zat gizi kolostrum berubah dari hari ke hari. Hal ini sebagian mungkin disebabkan pola sekresi payudara yang belum stabil. Kolostrum juga mengandung zat-zat antibody yang berasal dari ibu, yang sangat penting bagi bayi karena system imun bayi belum berkembang dengan baik hingga beberapa bulan kedepan (almatsier, 2011).

Air susu ibu (ASI) salah satu Zat gizi yang memiliki peranan sangat penting bagi kelangsungan tumbuh kembang anak dan kesehatannya. Sumber zat gizi yang terbaik untuk bayi di kehidupan pertamanya adalah air susu ibu (ASI). Air susu ibu merupakan satu-satunya makanan terbaik bagi bayi karena mengandung komposisi gizi yang paling lengkap dan ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Jumlah ASI yang dikonsumsi termasuk energi dan zat gizi lainnya yang terkandung di dalam ASI sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan bayi (Normayanti, 2013).

1) ASI Peralihan (Transisional)

Kolostrum berubah menjadi ASI peralihan Antara hari ketiga dan ketujuh kadar masih aga tinggi. Pada hari kesepuluh sebagian besar perubahan telah terjadi dan setelah sebulan kandungan protein, kandungan laktosa dan lemak meningkat. Pada saat ini, ASI peralihan berubah menjadi ASI “matang” atau mature (milk) (Almatsier, 2011).

2.2.2 Manfaat pemberian ASI

1. Bagi bayi

a. Status Gizi Ideal

ASI mengandung zat-zat gizi yang seimbang untuk kebutuhan bayi dalam bentuk yang mudah di cerna dengan ketersediaan biologis yang tinggi. Disamping itu, kolostrum dan ASI mengandung faktor- faktor menguntungkan lainnya yang tidak terdapat di dalam susu sapi. Bila ibu berada dalam gizi baik, pemberian ASI Eksklusif dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi hingga kurang lebih 6 bulan (almatsier, 2011).

Hasil pengamatan menunjukkan penambahan berat badan bayi yang mendapat ASI eksklusif lebih lambat dari bayi yang mendapat susu formula. Bayi yang mendapat ASI mengatur asupan energinya pada tingkat yang lebih rendah daripada bayi dengan susu formula. Pola pertumbuhan bayi dengan ASI mencerminkan reaksi fisiologis yang lebih baik terhadap asupan yang cukup (Almatsier, 2011).

b. Peran ASI Pada Kecerdasaan Anak

Penelitian penelitian menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan berpengaruh positif terhadap kemampuan kognitif bayi yang berlanjut untuk jangka panjang, dari usia muda hingga dewasa. Hubungan positif Antara ASI dan kemampuan kognitif ini diduga sebagai disebabkan oleh kehadiran asam lemak DHA (*dokosa heksanoat*) dan AA (*asam arakidonat*) dalam konsentrasi tinggi pada ASI dan tidak terdapat pada susu sapi. Kedua jenis asam lemak ini sekarang umumnya di tambahkan pada formula susu sapi. DHA dan AA berperan dalam system saraf sentral, termasuk pada pertumbuhan cepat sel-sel otak yang berlangsung di trimester ketiga umur jalan dan berlanjut selama berbulan-bulan pertama sejak bayi di lahirkan (Almatsier, 2011).

c. Mencegah Infeksi

ASI mengandung faktor-faktor antibodi yang menghalangi pertumbuhan berbagai jenis *mikroorganisme* dalam saluran cerna. Inilah yang mencegah diare yang banyak terdapat pada bayi yang diberi susu formula. Pemberian Asi Eksklusif ternyata mencegah infeksi saluran pernapasan (Almatsier,2011).

d. Mengurangi Resiko Terjadi Alergi

Pemberian ASI melindungi bayi terhadap alergi. Antibodi *immunoglobulin Iga* yang terdapat di dalam ASI diduga menurunkan jumlah antigen yang masuk ke dalam tubuh bayi melalui mukosa saluran cerna. Diduga ada mekanisme lain yang ikut terlibat (Almatsier, 2011).

e. Morbiditas

ASI mempunyai pengaruh menguntungkan terhadap angka kematian (mortalitas) bayi serta terhadap angka kesakitan (mordilitas) tertentu, yaitu penyakit infeksi, reaksi alergi, penyakit saluran cerna dan asma. Disamping itu, pemberian ASI diduga juga melindungi bayi dari penyakit saluran kemih, botulisme, diabetes mellitus, serta kanker anak seperti leukemia dan limfoma (Almatsier,2011).

2) Manfaat Bagi Ibu Yang Menyusui

a. Resiko Perdarahn Sesudah Melahirkan

Pemberian ASI meningkatkan kontraksi Rahim sesudah melahirkan, sehingga menurunkan risiko pendarahan (Almatsier, 2011).

b. Lebih Ekonomis dan Efisien

Pemberian ASI lebih ekonimois dan efisien karena tidak perlu membeli, tidak memerlukan alat-alat untuk menyiapkannya dan hemat waktu (Almatsier, 2011).

2.2.3 Komposisi ASI

Kandungan air susu ibu (ASI) dengan komposisi kandungan gizi yang tepat, serta disesuaikan dengan kebutuhan bayi adalah :

1. Lemak

Sumber kalori utama dalam ASI adalah lemak, kadar lemak dalam ASI antara 3,5% – 4,5%. Kadar kolestrol ASI lebih tinggi dari pada susu formula sehingga bayi yang mendapat ASI seharusnya kadar kolestrol darah lebih tinggi, tetapi ternyata penelitian Osborn membuktikan bahwa bayi yang tidak mendapatkan ASI lebih banyak menderita penyakit jantung koroner pada usia muda (Hidajati, 2012).

2. Karbohidrat

Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktose, mempunyai kadar paling tinggi dibanding susu mamalia lain (7%). Laktose mempunyai manfaat lain yaitu mempertinggi absorpsi kalsium dan merangsang pertumbuhan lactobacillus bifidus (Hidajati, 2012).

3. Protein

Protein dalam ASI terdiri dari casein (protein yang sulit dicerna) dan whey (protein yang mudah dicerna). ASI lebih banyak mengandung whey dari pada casein sehingga protein ASI mudah dicerna sedangkan pada susu sapi kebalikannya (Proverawati dan Rahmawati, 2010).

4. Garam dan Mineral

ASI Mengandung garam dan mineral lebih rendah dibanding susu sapi, bayi yang mendapatkan susu sapi yang tidak dimodifikasi dapat menderita tetani karena hipokalsemia (Hidajati, 2012).

5. Vitamin

ASI mengandung vitamin yang diperlukan bayi, vitamin K yang berfungsi sebagai katalisator pada proses pembentukan darah dengan jumlah yang cukup dan mudah diserap, dalam ASI juga terdapat vitamin D dan E terutama dalam kolostrum (Hidajati, 2012).

2.3 Prevalensi Status Gizi

Berdasarkan data yang di keluarkan kementerian kesehatan, RI 2017 Prevalensi status gizi di Indonesia dan di banten berdasarkan kategori gizi baik dan gizi kurang. dapat terlihat dengan jelas perbedaannya Status gizi baik di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,3 % dan gizi kurang 11,9%. Sedangkan di banten status gizi baik bayi usia 0-23 bulan sebesar 84,7% dan gizi kurang 10,8%. Tidak berbeda jauh dari tahun sebelumnya, status gizi bayi usia 0-23 bulan pada tahun 2016 di Indonesia terdapat status gizi baik sebanyak 83,6% dan gizi kurang 11,8%. sedangkan di Banten status gizi baik sebanyak 84,7% dan status gizi kurang 10,1%.

a. Perhitungan Status Gizi dengan Antropometri

Perhitungan antropometri dengan Nilai Z-score atau SD : Ukuran antropometri dengan (BB-U, PB-U dan BB-PB) disajikan sebagai nilai SD atau skor-Z di bawah atau di atas nilai mean atau median rujukan Normal bila antara -2SD sampai +2SD Kurang bila <-2SD Lebih bila >+2SD.

Penilaian hasil pengukuran antropometri:

1. Usia
2. Pengukuran panjang bayi dan berat badan bayi menggunakan :
 1. Pita ukur
 - a) Untuk bayi berumur 6-11 bulan
 - b) Mengukur panjang badan dengan ketelitian 0,1 cm
 2. Ada 2 macam timbangan:

Tipe Salter spring balance:

 - a) Timbangan gantung (Posyandu)
 - b) Maksimum berat 25 kg dengan ketelitian 100 g
 3. Tipe Bathroom scale dan baby scale :
 - a) Untuk bathroom scale Menimbang bayi bersama ibunya
 - b) Mengukur menggunakan Baby scale secara berbaring

2.3.1 Prevalensi Asi Eksklusif Indonesia

Berdasarkan data yang di keluarkan kemenkes, RI 2017 Prevalensi ASI Eksklusif di Indonesia dan di banten. dapat terlihat dengan jelas perbedaannya bayi yang mendapat ASI eksklusif di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 29,5 % dan yang tidak mendapat ASI Eksklusif sebanyak 54,0 %. Sedangkan di banten bayi yang mendapat ASI Eksklusif sebesar 35,0 % dan yang tidak mendapat ASI Eksklusif sebanyak 44,1 %.

2.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif

Menurut Soetjiningsih (1997) dalam Hidajati (2012) antara lain :

- a. Faktor sosial budaya ekonomi (pendidikan formal ibu, pendapatan keluarga, dan status kerja ibu).
- b. Faktor psikologis (takut kehilangan daya tarik sebagai wanita, tekanan batin).
- c. Faktor fisik ibu (ibu yang sakit, misalnya mastitis, dan sebagainya).
- d. Faktor kurangnya petugas kesehatan sehingga masyarakat kurang mendapatkan penerangan atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI eksklusif.

2.5 Asupan Energi

Manusia membutuhkan Makanan untuk kelangsungan hidupnya. Makanan merupakan sumber energi untuk menunjang semua kegiatana atau aktifitas manusia. Energi dalam tubuh manusia dapat timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein dan Lemak. Dengan demikian agar manusia selalu tercukupi energinya diperlukan pemanasan zat-zat makanan yang cukup pula kedalam tubuhnya. Manusia yang kurang makan akan lemah baik daya kegitan, pekerjaan fisik atau daya pemikiranya karena kekurangan zat-zat

makanan yang diterima tubuhnya yang dapat menghasilkan energi (Suharjo, 2003).

Energi juga diperlukan untuk kelangsungan proses-proses di dalam tubuh seperti proses peredaran dan sirkulasi darah, denyut jantung, pernapasan, pencernaan, proses fisiologi lainnya. Untuk bergerak atau melakukan pekerjaan fisik. Energi dalam tubuh dapat timbul karena adanya pembakaran karbohidrat, protein dan lemak, dan oleh karena itu agar energi tercukupi perlu pemasukan makanan yang cukup dengan mengkonsumsi makanan yang cukup dan seimbang (Almatsir, 2009).

Konsumsi makanan seseorang dapat dipengaruhi oleh kebiasaan makan yaitu tingkah laku manusia dalam memenuhi kebutuhannya akan makan yang meliputi sikap, kepercayaan dan pemilihan makanan. Ketersediaan pangan status ekonomi Kebiasaan makan, kepercayaan dan pengetahuan akan mempengaruhi praktek pemberian makan yang akan menentukan jumlah asupan makanan. Asupan makanan ini akan mempengaruhi status kesehatan yang secara langsung dipengaruhi oleh playanan kesehatan yang diperoleh. Pelayanan kesehatan yang tersedia dan status ekonomi. Cukup atau tidaknya pangan konsumsi secara kuantitatif dapat dipikirkan dari nilai energi (kalori) yang dikandungnya. Energi dalam pangan merupakan hasil pembakaran dari zat gizi makro karbohidrat, lemak, protein sedangkan secara kualitatif mutu pangan dapat diperkirakan dari besarnya sumbangan protein terhadap nilai energinya (Khumaidi *dalam* Jurusan Gizi Poltekkes Lampung, 2011).

2.6 Asupan zat gizi makro

Zat gizi makro merupakan komponen terbesar dari susunan diet serta berfungsi menyuplai energi dan zat-zat gizi esensial yang berguna untuk keperluan pertumbuhan sel atau jaringan, fungsi pemeliharaan maupun aktivitas tubuh. Kelompok makro nutrient terdiri dari karbohidrat (hidrat arang), lemak, protein (zat putih telur), (Fitriana., *et al* 2013).

2.6.1 Asupan Karbohidrat

Karbohidrat yang terkandung dalam makanan pada umumnya hanya ada 3 jenis yaitu : *polisakarida, Disakarida dan Monosakarida* (Sediaoetama, 2010). Karbohidrat lebih banyak terdapat dalam bahan makanan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan seperti beras, jagung, ubi kayu dan lain-lain. Fungsi utama karbohidrat yaitu :

- 1) Sebagai sumber energi
- 2) Untuk membentuk volume makanan
- 3) Membantu cadangan energi dalam tubuh
- 4) Penghemat protein
- 5) Membantu pengeluaran feses

Kekurangan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan kurang dari energi yang di keluarkan. Tubuh akan mengalami keseimbangan energi negative. Akibatnya, berat badan kurang dari berat badan seharusnya (*ideal*). Bila terjadi pada bayi akan menghambat pertumbuhan dan kerusakan jaringan tubuh. Akibat pada bayi dinamakan *marasmus* dan disertai kekurangan protein dinamakan *kwashiorkor* (Almatsier, 2009).

Fungsi utama karbohidrat adalah menyedokkan energi bagi tubuh. Karbohidrat merupakan sumber utama energi bagi penduduk diseluruh dunia, karena banyak didapat dialam dan harganya relatif murah. Satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kkalori. Sebagian karbohidrat didalam tubuh berada dalam sirkulasi darah sebagai glukosa untuk keperluan energi segera, sebagian disimpan sebagai glikogen dalam hati dan jaringan otot dan sebagian diubah menjadi lemak untuk kemudian disimpan sebagai cadangan energi di dalam jaringan lemak. Karbohidrat merupakan zat gizi utama sebagai sumber energi bagi tubuh. Terpenuhinya kebutuhan tubuh akan karbohidrat akan menentukan jumlah karbohidrat yang tersedia bagi tubuh setiap hari (Sediaoetama, 2010).

Berdasarkan Bagan UNICEF tahun 1998 bahwa asupan (yang dikontribusi oleh zat makronutrien ; karbohidrat, protein, dan lemak) akan mempengaruhi status gizi bayi. Penelitian Fatimah pada tahun 2008) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara asupan zat gizi makro dengan status gizi bayi.

Penelitian miko (2002) di Kabupaten Tasikmalaya dan Dewi *dalam* Nur'aeni (2003) di Kota Bogor mengatakan ada hubungan bermakna antara asupan energi dengan status gizi Penelitian Mulyaningsih (2010) di Kecamatan Cililin Kabupaten Bandung menyatakan bahwa bayidengan asupan energi 'kurang' mempunyai risiko 6.6 kali menderita gizi kurang dibanding bayi dengan asupan energi 'cukup'.

Penelitian woge (2009) di Nusa Tenggara Timur menentukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi bayi, dengan *p-value* = 0,000 dan rasio prevalensi sebesar 8,5, artinya bayi dengan asupan energy kurang 8,5 kali lebih tinggi mempunyai status gizi tidak baik di bandingkan dengan bayi dengan asupan gizi cukup.

UNICEF (1998) menyatakan bahwa status gizi dipengaruhi secara langsung oleh konsumsi makanan. Hal ini telah di buktikan dalam penelitian di wilayah kerja Puskesmas Depok Jaya bahwa bayi dengan asupan energi kurang ternyata menderita gizi kurang.

Menurut Almatsier, (2009), keseimbangan energi dicapai bila energi yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan sama dengan energi yang di keluarkan. Tubuh akan mengalami keseimbangan negatif bila konsumsi energi melalui makanan kurang energi yang dikeluarkan. Akibatnya, berat badan kurang dari berat badan seharusnya (*ideal*). Bila terjadi pada bayi akan menghambat pertumbuhannya dan menyerang daya tahan tubuhnya terhadap penyakit infeksi.

2.6.2 Asupan Protein

Asupan protein zat gizi yang sangat penting karena yang paling penting erat hubungannya dengan pertumbuhan. Protein mengandung unsur C, H, O, dan unsur khusus yang tidak terdapat pada karbohidrat maupun lemak seperti nitrogen. Protein nabati dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan, sedangkan protein hewani didapat dari hewan. Protein merupakan faktor utama dalam jaringan tubuh. Protein membangun, memelihara, dan memulihkan jaringan tubuh, seperti otot dan organ. Saat bayi tumbuh dan berkembang, protein yaitu gizi yang sangat penting diperlukan untuk memberikan pertumbuhan yang optimal. Asupan protein harus terdiri sekitar 10% sampai 20% dari asupan energi perhari. Rekomendasi ini untuk memastikan bahwa energi cukup disediakan untuk tubuh dari semua zat gizi sehingga protein hanya untuk pertumbuhan dan perkembangan jaringan tubuh (Sharlin, 2011).

Asupan protein yaitu jumlah total protein yang bersumber dari makanan, minuman dan ASI yang dikonsumsi bayi. Jumlah protein yang dikonsumsi oleh bayi berdasarkan pada angka kecukupan gizi yang dianjurkan. Protein yaitu bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Beberapa enzim, hormone, pengangkut zat-zat gizi dan darah. Protein mempunyai fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain yaitu membangun serta memelihara sel-sel dan jaringan tubuh. Protein berfungsi sebagai fondasi sel pada manusia. Protein merupakan zat pembangun jaringan, membentuk struktur tubuh, pertumbuhan dan transportasi (Kartaspoetra, 2003).

Berat badan sangat menentukan banyaknya protein yang diperlukan. Berat badan erat sekali hubungannya dengan jumlah jaringan yang aktif yang selalu memerlukan protein lebih banyak untuk pembentukan, pemeliharaan, dan pengaturan dibandingkan dengan jaringan tidak aktif. Oleh karena itu jika bayi yang beratnya lebih besar memerlukan protein yang lebih banyak daripada berat badan bayi yang lebih ringan (Suhardjo, Kusiharto, 2006).

2.6.3 Asupan Lemak

Lemak dan minyak merupakan sumber energi paling padat, yang menghasilkan 9 kkalori untuk setiap gram. Lemak merupakan cadangan energi terbesar. Kebutuhan lemak untuk manusia tidak dinyatakan secara mutlak (Almatsier, 2009). WHO menganjurkan konsumsi lemak sebanyak 20% - 30% kebutuhan energi total dianggap baik untuk kesehatan.

Menurut Sediaoetama (2008) dalam penelitian Rahmah (2010), lemak merupakan sekelompok ikatan *organic* yang terdiri atas unsur-unsur Karbon (C), Hidrogen (H), dan Oksigen (O) yang dapat larut dalam zat pelarut lemak. Lemak dapat berasal dari hewan yang terutama mengandung asam lemak jenuh dan lemak dari tumbuh-tumbuhan yang lebih banyak mengandung asam lemak tak jenuh.

Menurut Soegeng Santoso dan Anne Lies (2004) dalam Rahma (2010), fungsi lemak antara lain :

- 1) Sumber utama energi atau cadangan dalam jaringan tubuh dan bantalan bagi organ tertentu dari tubuh.
- 2) Sebagai plarut vitamin-vitamin (A, D, E, K) yang larut dalam lemak

Merupakan komponen utama membrane sel otak dan selubung *myelin* disekeliling saraf otak. Lemak mempengaruhi perkembangan dan kemampuan otak, terutama pada dua tahun pertama. DHA (asam lemak omega 3) dan AA (asam lemak omega 6) adalah komponen utama struktur otak dan mempunyai peran penting dalam perkembangan fungsi otak dan retina. *Sphingomyelin* adalah komponen utama darisel saraf, jaringan otak dan selubung myelin disekitar saraf. *Sphingomyelin* mempunyai peran dalam mengirim sinyal dan membawa informasi dari satu sel saraf ke sel saraf otak lainnya. Sumber lemak antara lain seperti yang terdapat dalam minyak, santan, dan mentega, roti dan kue juga mengandung omega 3 dan 6 yang penting untuk perkembangan otak (Nursalam,2006).

Lemak dan minyak merupakan sumber energi paling padat, yang menghasilkan 9 kkalori untuk tiap gram, yaitu 2½ kali besar energi yang dihasilkan oleh karbohidrat dan protein dalam jumlah yang sama (Almatsier, 2009).

Sebagai simpanan lemak, lemak merupakan cadangan energi tubuh paling besar. Simapanan ini berasal dari konsumsi berlebihan salah satu atau kombinasi zat-zat energi : karbohidrat, lemak, dan protein. Lemak tubuh pada umumnya disimpan sebagai berikt : 50% di jaringan bawah kulit (subkutan),45% di sekeliling organ dalam rongga perut dan 5% di jaringan intramuscular (Almatsier, 2009).

Lemak menghemat penggunaan protein untuk sintesis protein sehingga protein tidak digunakan sebagai sumber energi. Lemak memperlambat sekresi asam lambung dan memperlambat pengosongan lambung, sehingga lemak memberikan rasa kenyang lebih lama. Lapisan lemak dibawah kulit mengisolasi tubuh dan mencegah kehilangan panas tubuh secara cepat, dengan demikian lemak berfungsi juga dalam memelihara suhu tubuh. Lapisan lemak yang menyelubung organ-organ tubuh, seperti jantung, hati dan ginjal membantu menahan organ-organ tersebut tetap ditempatnya dan melindungi dari benturan dan bahaya lain (Almatsier, 2009).

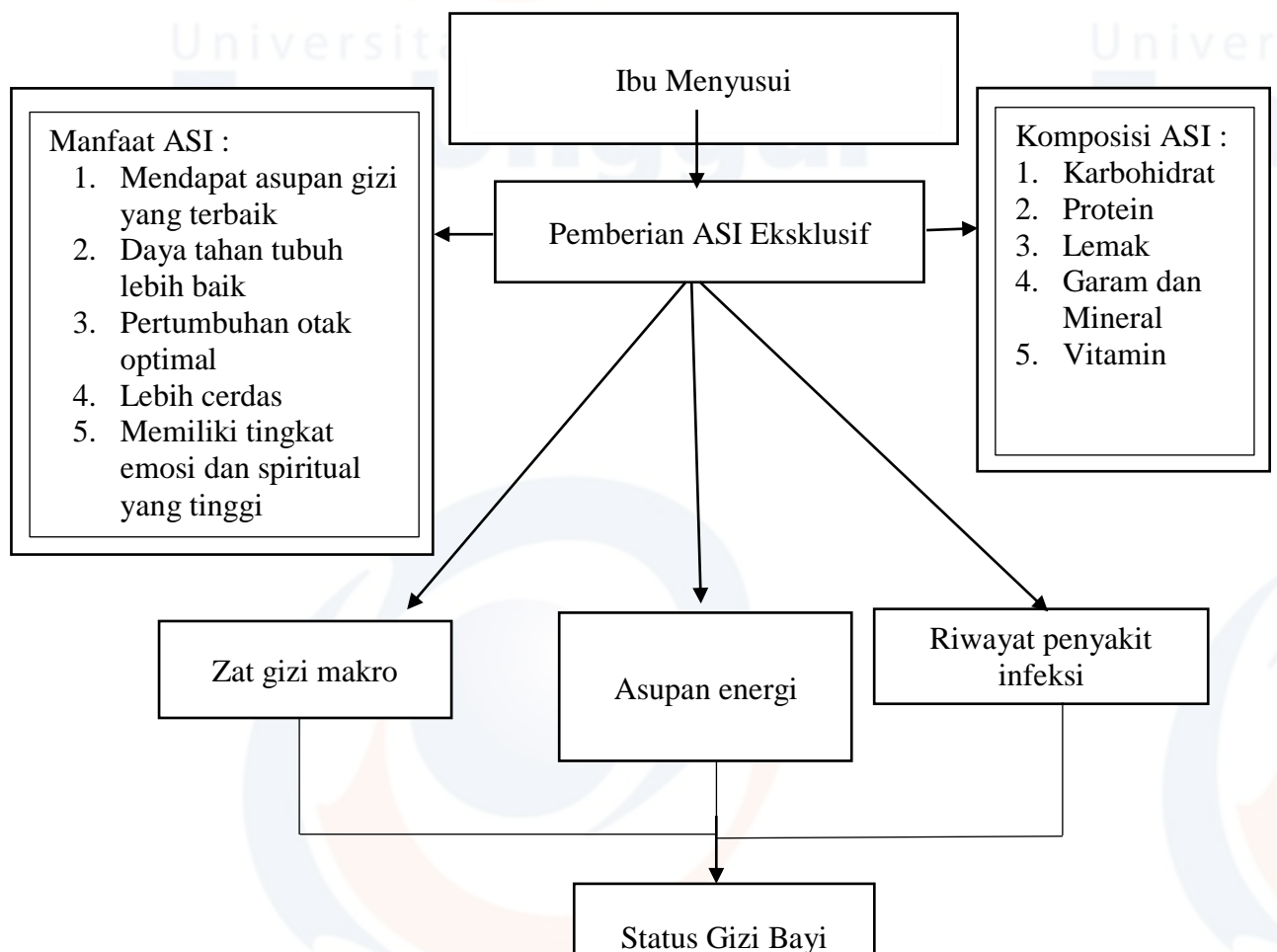
Asam lemak yaitu jumlah total lemak yang bersumber dari makanan, minuman dan ASI yang dikonsumsi bayi. Jumlah lemak yang dikonsumsi oleh bayi berdasarkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan 80-110% AKG, kurang : < 80% AKG, lebih : > 110% AKG (WNPG, 2009).

2.7 Riwayat Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang terdapat dalam hospes hidup akibat terdapat mikroorganisme dalam jaringan hidup (Tambayong, dalam Fatimah, 2008). Penyakit infeksi dan pertumbuhan yang tercermin dari status gizi, seringkali dijumpai bersama-sama dan keduanya dapat saling mempengaruhi. Infeksi dapat disebabkan kekurangan gizi. Sebaliknya kekurangan gizi dapat menurunkan daya tahan tubuh dari serangan penyakit infeksi. Infeksi juga mempunyai kontribusi terhadap kekurangan energi, protein dan zat gizi lain karena menurunnya nafsu makan sehingga tingkat kecukupan gizi menjadi berkurang. Kebutuhan energi pada saat infeksi bias mencapai dua kali kebutuhan normal karena meningkatnya metabolisme basal, dan semua infeksi meningkatkan kebutuhan glukosa. Hal ini menyebabkan depleksi otot dan glikogen hati. Infeksi juga berpengaruh terhadap absorbs dan katabolisme serta mempengaruhi praktek pemberian makanan selama dan sesudah sakit (Thaha 1995, dalam M Endi Pranyoto, 2012).

Penyakit infeksi dapat dicegah dengan pemberian air susu ibu (ASI) yang merupakan makanan terbaik untuk bayi. ASI memiliki kandungan gizi yang ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan otak bayi. ASI mengandung karbohidrat, lemak, dan protein. Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa yang bermanfaat untuk perkembangan otak bayi. Karbohidrat lain yang terdapat dalam ASI mampu menghambat pertumbuhan kuman patogen seperti *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenzae* (Sedisotama, 2010).

2.8 Kerangka Berpikir

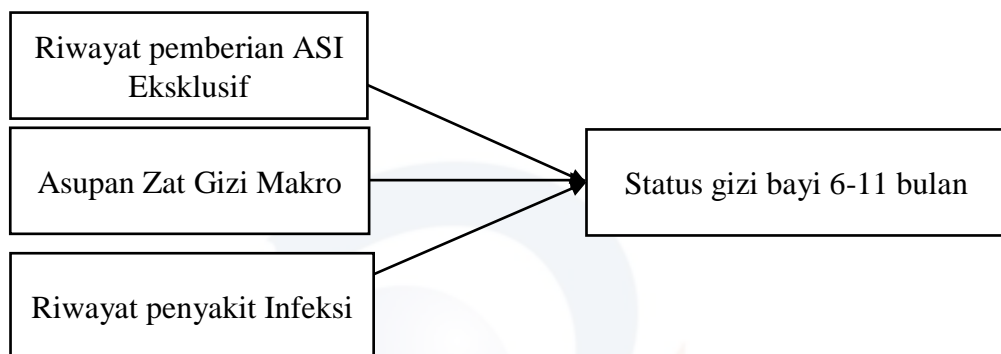


Bagan 1. Kerangka Teori UNICEF (1998) dalam Gizi Dalam Angka (Depkes, 2005)

Berdasarkan bagan UNICEF tahun 1998 bahwa asupan (yang dikontribusi oleh zat makronutrien ; karbohidrat, protein, dan lemak) akan mempengaruhi status gizi bayi. Penelitian Fatimah pada tahun 2008) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan anatra asupan zat gizi makro dengan status gizi bayi.

Bayi yang diberikan ASI oleh ibu sampai bermur 6 bulan adalah bayi dengan ASI Eksklusif, ASI Eksklusif memiliki manfaat : Mendapat asupan gizi yang terbaik Daya tahan tubuh lebih baik, Pertumbuhan otak optimal, Lebih cerdas, Memiliki tingkat emosi dan spiritual yang tinggi. Karena didalam ASI memiliki komposisi : karbohidrat, protein lemak, mineral dan garam, vitamin. Didalam ASI terdapat Zat gizi Makro yaitu : karohidrat, protein, lemak. Pemberian ASI Eksklusif juga mempengaruhi asipan energi bayi, bayi yang tidak diberikan ASI Eksklusif rentan terkena penyakit infeksi : diare,demam, yang akan memengaruhi status gizi bayi.

2.9 Kerangka Konsep



Bagan 2. Kerangka Konsep

2.10 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep, hipotesis ini adalah sebagai berikut :

H_{01} : Tidak ada hubungan antara riwayat pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi bayi usia 6 – 11 bulan Desa Kadudampit

H_{a1} : Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi bayi usia 6 – 11 bulan Desa Kadudampit

H_{02} : Tidak ada hubungan Antara asupan zat gizi makro dengan status gizi bayi usia 6 – 11 bulan di Desa Kadudampit

H_{a2} : Ada hubungan Antara asupan zat gizi makro dengan status gizi bayi usia 6 – 11 bulan di Desa Kadudampit

H_{03} : Tidak ada hubungan Antara riwayat infeksi dengan status gizi bayi usia 6 - 11 bulan di Desa Kadudampit

H_{a3} : Ada hubungan Antara riwayat infeksi dengan status gizi usia 6 – 11 bulan Desa Kadudampit

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan di Desa Kadudampit Kecamatan Saketi, Pandeglang. Februari 2020 sampai Maret 2020.

3.3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dilakukan bersifat *cross sectional*, dimana variabel bebas dan variabel terkait diukur pada saat yang bersamaan.

3.3.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari kuisioner, meliputi variabel bebas dan variabel terkait, variabel bebas (independen), meliputi riwayat pemberian ASI, riwayat penyakit infeksi, dan status gizi makro, sedangkan variabel terkait (dependent), yaitu status gizi bayi usia 6-11 bulan

2. Sumber Data

Data yang dikumpulkan merupakan data primer yaitu kuisioner dari responden. Pengambilan data primer dilakukan oleh peneliti sendiri kepada responden yaitu ibu yang mempunyai bayi 6-11 bulan.

3.2 Teknik pengambilan sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi usia 6-11 bulan di Desa Kadudampit Kecamatan Saketi untuk menjadi sampel yang berjumlah 48 bayi.

2. Sampel

Sampel adalah bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

Sampel untuk penelitian ini adalah bayi berusia 6-11 bulan berjumlah 48 bayi.

3.3 Instrumen Penelitian

a. Instrument yang digunakan peneliti adalah :

1. Alat untuk mengukur berat badan menggunakan timbangan digital *baby scale* dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.
2. Kuesioner untuk mengetahui riwayat status gizi bayi 6-11 bulan dan riwayat penyakit infeksi dan asupan zat gizi makro.

3.3.1 Definisi Konseptual

- a. Status gizi bayi adalah keadaan gizi pada rentang 6-11 bulan.
- b. Riwayat pemberian ASI eksklusif merupakan lama bayi hanya diberikan ASI saja selama 6 bulan.
- c. Berat badan lahir adalah bobot badan bayi pada saat lahir.
- d. Status ekonomi adalah tangga yang berdiri dari pengeluaran makanan dan pengeluaran bukan makanan.
- e. Status pekerjaan merupakan kegiatan ibu sehari-hari yang memberikan penghasilan utama bagi keluarga.
- f. Pendidikan ibu adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang ditanamkan oleh ibu sampai saat penelitian.
- g. Paritas adalah jumlah anak layak hidup yang pernah dilahirkan oleh ibu (dapat dilihat dirincian Matriks)

3.4 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan komputer melalui tahap sebagai berikut :

1. Pengeditan

Data sekunder yang dikumpulkan diteliti kembali (pengecekan) untuk melihat kelengkapan, kejelasan dari kesesuaian jumlah dan jawaban dengan pertanyaan dalam penelitian.

2. Pengkodean

Mengklasifikasikan jawaban sesuai macamnya dan memberi tanda atau kode-kode untuk mempermudah proses pengolahan data.

3. Pembersihan

Melakukan proses pembersihan data untuk mengidentifikasi dan menghindari kesalahan sebelum data di analisis.

4. Pengolahan

Pada tahap ini melakukan pengolahan data ke dalam program komputer yang akan digunakan untuk menganalisis data



3.5 Definisi oprasional

3.5.1 Teknik Analisis Data

1. Analisis Data Univariat

Analisis dilakukan dengan membuat tabel distribusi frekuensi masing-masing variable yang diukur dalam penelitian ini yaitu, karakteristik bayi yang mendapat ASI Eksklusif maupun yang tidak mendapat ASI Eksklusif.

2. Analisis Bivariat

Karena data penelitian yaitu Ordinal, maka uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square*. Uji *Chi Square* digunakan untuk melihat hubungan antara variable independen (riwayat penyakit dan riwayat asi eksklusif) dengan variable dependen. Uji pearson correlation digunakan untuk melihat hubungan variabel independen (asupan gizi makro; karbohidrat, protein, lemak) dengan variabel dependen. Bila nilai $P < 0,05$ maka H_0 ditolak atau dengan kata lain ada hubungan antara variable independen dengan variable dependen.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian dan Karakteristik Responden

Wilayah kerja Puskesmas Saketi terdiri dari 14 Desa: satu Desa yang menjadi lokasi penelitian yaitu: Desa Kadudampit. Desa Kadudampit merupakan salah satu dari 14 Desa yang ada di kecamatan Saketi Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten. Desa Kadudampit yang merupakan desa padat penduduk, kurangnya pengetahuan ibu pada ASI eksklusif yang masih kurang mementingkan status gizi, di Kecamatan Saketi Kabupaten Pandeglang dengan jumlah Sesuai dengan hasil Sensus Penduduk, yaitu: 5714 jiwa. Waktu penelitian di laksanakan selama bulan februari 2020.

Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat tertuang dalam tabel berikut:

Tabel 4.1 distribusi frekuensi karakteristik bayi

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	19	39,6
Perempuan	29	60,4
Usia (dalam bulan)		
6	7	14,6
7	7	14,6
8	12	25
9	7	14,6
10	10	20,8
11	5	10,4

Berdasarkan tabel 4.1 bayi berjenis kelamin laki-laki berjumlah 19 (39,6 %), dan berjenis kelamin perempuan 29 (60,4 %). Bayi yang berusia 6 bulan sebanyak 7 (14,6 %), bayi yang berusia 7 bulan sebanyak 7 (14,6 %), bayi yang berusia 8 bulan sebanyak 12 (25 %), bayi yang berusia 9 bulan sebanyak 7 (7 %),

bayi yang berusia 10 bulan sebanyak 10 (20,8 %) dan bayi yang berusia 11 bulan sebanyak 5 (10,4 %).

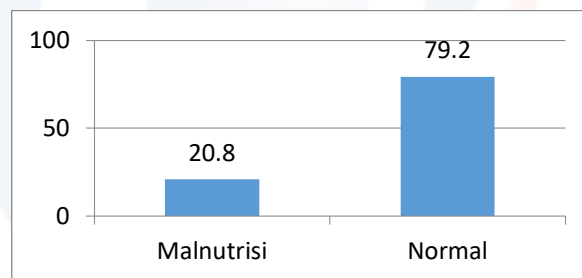
Analisis Univariat

4.2 Distribusi Frekuensi Status Gizi Bayi

Tabel 4.2 Gambaran status gizi bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Status Gizi	N	%
Malnutrisi	10	20,8
Normal	38	79,2
Total	48	100

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa ada 10 (20,8%) bayi mengalami malnutrisi. Mayoritas bayi 38 (79,2%) memiliki status gizi yang normal.



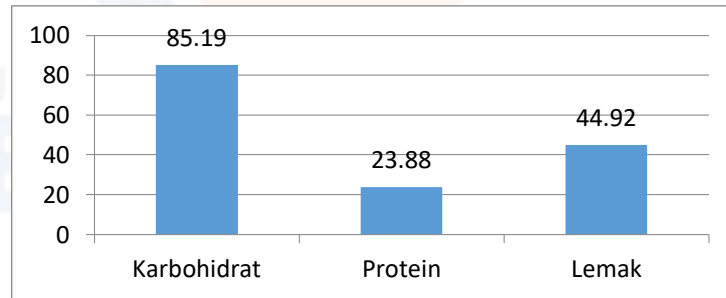
Grafik 4.2 gambaran status gizi bayi

4.3 Gambaran Asupan Gizi Makro Bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Tabel 4.3 Gambaran Asupan Gizi Makro Bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Zat gizi	Mean	Standar Deviasi	Minimal	Maksimal
Karbohidrat	85,19	1,3	84,81	85,57
Protein	23,88	1,4	23,46	24,29
Lemak	44,92	1,4	44,48	45,35

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan bahwa rata-rata mean konsumsi karbohidrat adalah 85,19, \neq 1,3 dengan nilai minimal 84,81 dan nilai maksimal 85,57, selain itu, rata-rata konsumsi protein adalah 23,88, \neq 1,4 dengan nilai minimal 23,46 dan nilai maksimal 24,29, sedangkan rata-rata konsumsi lemak adalah 44,92, standar \neq 1,4, dengan nilai minimal 44,48 dan nilai maksimal 45,35.



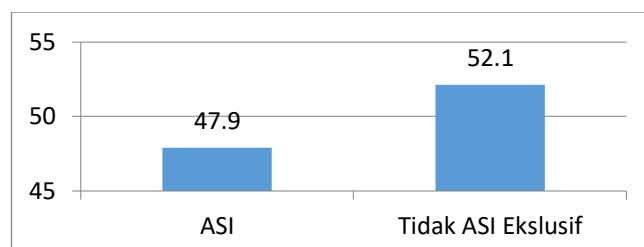
Grafik 4.3 rata-rata asupan zat gizi makro

4.4 Distribusi Frekuensi Riwayat ASI Eksklusif dengan status gizi pada Bayi

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Pada Bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Riwayat ASI eksklusif	N	%
ASI	23	47,9
Tidak ASI Eksklusif	25	52,1
Total	48	100

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 25 Bayi (52,1%) dan sebanyak 23 Bayi (47,9%) responden mendapatkan ASI eksklusif. Gizi baik maka pola ASI eksklusif yang ibu berikan pada balita maka, daya tahan bayi akan baik pula hal ini disebabkan pemberian ASI merupakan anti body untuk bayi sehingga tidak mudah terserang penyakit.



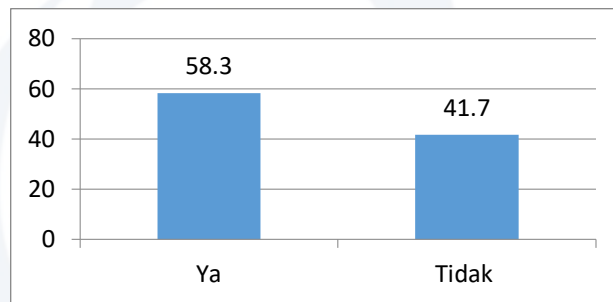
Grafik 4.4 gambaran bayi ASI eksklusif

4.5 Distribusi Frekuensi Penyakit Penyerta dengan Status Gizi Pada Bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Berdasarkan tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penyakit Penyerta dengan Status Gizi Pada Bayi di Desa Kadudampit Tahun 2020

Riwayat Penyakit	N	%
Ya	28	58,3
Tidak	20	41,7
Total	48	100

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa mayoritas responden mengalami penyakit sebanyak 28 Bayi (58,3%) dan responden yang tidak mengalami penyakit sebanyak 20 Bayi (41,7%).



Grafik 4.5 gambaran riwayat penyakit bayi

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing faktor-faktor yang berhubungan terhadap status gizi dan antara masing-masing variabel independen. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji independent t test untuk semua variabel.

4.6 Perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Tabel 4.6 perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Kelompok	Mean	Std. Deviasi	Std Error	N	Nilai p
Ya	-0,13	1,33	0,25	28	0,999
Tidak	0,48	1,09	0,24	20	

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa perbedaan mean antara kelompok bayi yang malnutrisi dan normal berdasarkan riwayat penyakit tidak signifikan berbeda. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p yaitu 0,999 yang mana lebih dari alpha 0,05.

4.7 Perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Tabel 4.7 perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Kelompok	Mean	Std. Deviasi	Std Error	N	Nilai p
Malnutrisi	-0,12	1,43	0,29	23	0,204
Normal	0,35	1,07	0,21	25	

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa perbedaan mean antara kelompok bayi yang malnutrisi dan normal berdasarkan riwayat asi eksklusif tidak signifikan berbeda. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p yaitu 0,204 yang mana lebih dari alpha 0,05.

4.8 Perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Tabel 4.8 perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Kelompok	Mean	Std. Deviasi	Std Error	N	Nilai p
Malnutrisi	84,6	1,9	0,6	10	0,113
Normal	85,3	1,0	0,1	38	

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa perbedaan mean antara kelompok bayi yang malnutrisi dan normal berdasarkan asupan karbohidrat tidak signifikan berbeda. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p yaitu 0,113 yang mana lebih dari alpha 0,05.

4.9 Perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Tabel 4.9 perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Kelompok	Mean	Std. Deviasi	Std Error	N	Nilai p
Malnutrisi	23,6	1,9	0,6	10	0,605
Normal	23,9	1,2	0,2	38	

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa perbedaan mean antara kelompok bayi yang malnutrisi dan normal berdasarkan asupan protein tidak signifikan berbeda. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p yaitu 0,605 yang mana lebih dari alpha 0,05.

4.10 Perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Tabel 4.10 perbedaan rata-rata mean status gizi antara bayi

Kelompok	Mean	Std. Deviasi	Std Error	N	Nilai p
Malnutrisi	44,6	1,9	0,6	10	0,555
Normal	45	1,3	0,2	38	

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa perbedaan mean antara kelompok bayi yang malnutrisi dan normal berdasarkan asupan lemak tidak signifikan berbeda. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p yaitu 0,555 yang mana lebih dari alpha 0,05.

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1 Perbedaan status gizi berdasarkan riwayat ASI eksklusif

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa diperoleh nilai $p = 0,204$ artinya ada hubungan pemberian makanan dengan kejadian gizi buruk pada bayi menunjukkan bahwa status gizi buruk memiliki faktor resiko untuk memiliki status gizi buruk pada bayi yang tidak ASI eksklusif dibandingkan bayi yang ASI eksklusif.

Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa status gizi tidak ada hubungan dengan riwayat asi eksklusif. Hal ini dikarenakan Pemberian ASI eksklusif dipengaruhi banyak faktor, diantaranya sosial budaya, pengaruh promosi susu formula, dukungan petugas kesehatan, kesehatan ibu, kesehatan bayi, status pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu dan pengetahuan serta sikap ibu. Pendidikan pada satu sisi mempunyai dampak positif yaitu ibu mengerti akan pentingnya pemeliharaan kesehatan termasuk pemberian ASI eksklusif. Pemberian ASI pada bayi dianggap tidak modern dan menempatkan ibu pada kedudukan lebih rendah dibandingkan dengan ibu golongan atas (Nilakesuma, Jurnalis, Rusjdi, 2015).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja sejak bayi dilahirkan sampai usia 6 bulan. Selama itu bayi tidak diharapkan makanan tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, air teh, madu, air putih. Pada pemberian ASI eksklusif, bayi juga tidak diberikan makanan tambahan seperti pisang, biskuit, bubur nasi, nasi tim dan sebagainya. ASI eksklusif diharapkan dapat diberikan sampai 6 bulan. Pemberian ASI secara benar akan mencukupi kebutuhan bayi sampai usia 6 bula, tanpa makanan pendamping. Diatas usia 6 bulan, bayi memerlukan makanan tambahan tetapi pemberian ASI dapat dilanjutkan sampai ia berumur 2 tahun (Maryunani, 2012).

Kolostrum mengandung zat kekebalan 10-17 kali lebih banyak dari susu matang (mature). Zat kekebalan yang terdapat pada ASI antara lain akan melindungi bayi dari penyakit mencret (diare). Pada suatu penelitian di brasil selatan bayi-bayi yang tidak diberi ASI mempunyai kemungkinan meninggal karena mencret 14,2 kali lebih banyak dari pada ASI eksklusif. ASI juga

menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi telinga, batuk, pilek, dan penyakit alergi (Maryunani, 2012).

Bayi ASI eksklusif ternyata akan lebih sehat dan lebih jarang sakit dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif. Anak yang sehat tentu lebih berkembang kependaiannya dibanding anak yang sering sakit terutama bila sakitnya berat (Maryunani, 2012). Proporsi terbesar pada kelompok gizi buruk adalah balita yang tidak diberi ASI oleh ibu balita sebanyak 23 balita (57,5%). Pada kelompok gizi baik proporsi terbesar adalah balita yang diberi ASI oleh ibu balita sebanyak 35 balita (87,5%). Setelah diuji dengan Pearson Chi Square didapatkan $p = 0,001$ yang mempunyai arti bahwa terdapat hubungan bermakna antara ASI dengan kejadian gizi buruk. Didapatkan pula CI 95% = 3,067-29,242 yang memiliki arti bahwa ASI merupakan faktor risiko kejadian gizi buruk (Novita, 2012).

5.2 Perbedaan status gizi berdasarkan riwayat penyakit

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan bayi sekarang saat pengkajian dilakukan, riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah bayi mempunyai riwayat penyakit seperti diare, tuber kolosis, HIV /AIDS, penyakit tersebut di atas dapat mempengaruhi keadaan status gizi melalui gangguan asupan makanan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi didalam tubuh.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa diperoleh nilai $p=0,999$ artinya tidak ada hubungan penyakit penyerta dengan kejadian gizi buruk. Status gizi buruk memiliki faktor resiko untuk memiliki status gizi buruk pada bayi yang tidak memiliki riwayat penyakit dibandingkan bayi yang memiliki riwayat penyakit.

Hal ini dapat terjadi gizi buruk pada bayi yang mengalami penyakit yang paling sering yaitu diare karena balita akan mengalami asupan makanan dan banyak asupan gizi yang terbuang serta kekurangan cairan. Selain itu bayi dengan ISPA salah satu penyakit infeksi yang sering dialami oleh bayi, dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan sehingga asupan zat gizi ke dalam tubuh bayi menjadi berkurang.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Novita 2012 yang dilakukan uji statistik diperoleh 38 bayi (95%) mempunyai penyakit penyerta yang merupakan proporsi terbesar dalam kelompok gizi buruk. Pada kelompok gizi baik proporsi terbesar diperoleh 26 bayi (65%) tidak mempunyai penyakit penyerta. Uji pearson chi square menunjukkan nilai $p = 0,001$ yang berarti bahwa penyakit penyerta mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian gizi buruk. Selain itu diperoleh CI 95% = 7,390-168,476 yang merupakan faktor risiko dari kejadian gizi buruk. Setelah dilakukan penelitian diperoleh 38 bayi (95%) mempunyai penyakit penyerta yang merupakan proporsi terbesar dalam kelompok gizi buruk.

Penyakit dapat diartikan sebagai sebuah keadaan dimana terdapat gangguan terhadap bentuk ataupun fungsi salah satu bagian tubuh yang menyebabkan tubuh menjadi tidak dapat bekerja dengan normal (Novita, 2012). Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan balita sekarang saat pengkajian dilakukan, riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah balita mempunyai riwayat penyakit seperti diare, tuber kolosis, HIV /AIDS, penyakit tersebut di atas dapat memperjelek keadaan gizi melalui gangguan masukan makanan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh. Terdapat hubungan timbal balik antara kejadian penyakit dan gizi kurang maupun gizi buruk. bayi yang menderita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit. Di sisi lain anak yang menderita sakit akan cenderung menderita gizi buruk (WHO,2014).

Penyakit infeksi, sebagai penyebab langsung masalah gizi, keduanya saling berkaitan. bayi yang tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat gizi buruk. Oleh karena itu, mencegah terjadinya infeksi juga dapat mengurangi kejadian gizi kurang dan gizi buruk. BBLR akibat kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil, dapat meningkatkan angka kematian bayi dan anak balita. Anemia kurang zat besi pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko kematian waktu melahirkan dan melahirkan bayi yang juga menderita

anemia. Kurang vitamin A (KVA) pada bayi dan anak balita dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan resiko kebutaan, dan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian akibat infeksi (Bappenas, 2015).

Bayi yang menderita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit. Di sisi lain anak yang menderita sakit akan cenderung menderita gizi buruk. Menurut penelitian yang dilakukan di Jogjakarta terdapat perbedaan penyakit yang bermakna antara bayi KEP dengan balita yang tidak KEP ($p=0,034$) CI 95%.

5.3 Perbedaan rata-rata asupan zat gizi makro (karbohidrat, protein, lemak) dengan Status Gizi pada Bayi

Hasil uji statistik dari penelitian ini diperoleh nilai $p=0,000$ yang mana nilai $p(0.000)<0.05$ yang berarti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan karbohidrat dengan status gizi pada bayi. Kecakupan asupan karbohidrat ini dikarenakan keragaman makanan sumber karbohidrat responden sudah bervariasi ini dapat dilihat pada hasil *recall* 2x24 jam. Konsumsi karbohidrat ini lebih banyak dikonsumsi karena sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa karbohidrat adalah merupakan penyedia energi utama dan sumber makna yang relatif lebih murah dibanding dengan zat gizi lain (Ardin, Kartini, Lestari, 2018).

Hasil uji statistik dari penelitian ini diperoleh nilai $p=0,000$ yang mana nilai $p(0.000)<0.05$ yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan protein dengan status gizi bayi. Hal ini seiring dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara asupan protein pada anak (Isdaryanti, 2007). Situasi ini mungkin dapat dijelaskan bahwa orant tua balita sebagian besar mengkonsumsi telur dan ikan yang diberikan juga sebagai makanan tambahan pada balita. Sehingga, sumber protein yang banyak didapat oleh responden yaitu dari telur dan ikan. Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa tidak adanya hubungan antara asupan protein dengan status gizi menurut pada anak di Wilayah Pesisir Kota Makassar (Yulni, 2013).

Hasil uji statistik dari penelitian ini diperoleh nilai $p=0,000$ yang mana nilai $p(0.000)<0.05$ yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan

antara asupan lemak dengan status gizi. Dari hasil *recall* yang dilakukan didapat gambaran bahwa sumber lemak pada responden sebagian besar berasal dari gorengan tempe dan tahu yang diberikan kepada responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa ada hubungan antara konsumsi lemak dengan status gizi bayi (Fidiani, 2009).

Penelitian ini menunjukkan bahwa semua zat gizi makro memiliki hubungan yang bermakna dengan status gizi pada bayi. Serta realita yang didapatkan di lapangan bahwa rata rata bayi tersebut mempunyai asupan zat gizi makro yang lebih dan juga rata-rata mempunyai status gizi yang normal.

5.4 Perbedaan rata-rata mean antara bayi dengan malnutrisi dan normal

Hasil uji statistik menggunakan uji t independen, 0,091 yang mana nilai $p > 0.05$ yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan status gizi yang signifikan antara kelompok bayi dengan malnutrisi dengan kelompok bayi yang normal. Hal ini dimungkinkan pola asupan makanan terhadap responden yang sama. Kecakupan asupan karbohidrat ini dikarenakan keragaman makanan sumber karbohidrat responden sudah bervariasi ini dapat dilihat pada hasil *recall* 2x24 jam. Konsumsi karbohidrat ini lebih banyak dikonsumsi karena sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa karbohidrat adalah merupakan penyedia energi utama dan sumber makna yang relatif lebih murah dibanding dengan zat gizi lain (Ardin, Kartini, Lestari, 2018).

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

- a. Tidak ada perbedaan signifikan mean antara kelompok bayi yang malnutisi dan normal berdasarkan riwayat penyakit
- b. Tidak ada perbedaan signifikan mean antara kelompok bayi yang malnutisi dan normal berdasarkan riwayat asi eksklusif
- c. Tidak ada perbedaan signifikan mean antara kelompok bayi yang malnutisi dan normal berdasarkan asupan karbohidrat
- d. Tidak ada perbedaan signifikan mean antara kelompok bayi yang malnutisi dan normal berdasarkan asupan protein
- e. Tidak ada perbedaan signifikan mean antara kelompok bayi yang malnutisi dan normal berdasarkan asupan lemak

6.2 Saran

Perlu adanya kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang dengan berbagai pihak untuk dapat menanggulangi masalah gizi dengan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat Kadudampit tentang gizi dan penyebab bayi gizi buruk serta penggerakan masyarakat dalam upaya menurunkan angka gizi buruk, dengan menggalakan gerakan 1000 HPK, penggalakan program ASI eksklusif dan perilaku hidup sehat yang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi serta pembentukan keluarga sadar gizi (KADARZI).

Bagi petugas Desa Kadudampit sebaiknya membuat kebijakan kesehatan dengan meningkatkan promosi kesehatan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang penanganan bayi yang menderita gizi buruk kepada ibu dan bayi setiap kegiatan posyandu dan berkerja sama dengan lintas sektor serta melakukan pendekatan kepada masyarakat dan meningkatkan peran para petugas kesehatan khususnya di bagian kesehatan ibu dan bayi, dalam pelayanan agar lebih memberi dukungan secara emosional.

Bagi masyarakat umum khususnya yang memiliki bayi yang gizi buruk agar dapat memperbaiki asupan zat gizi dalam keluarga.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melanjutkan penelitian tentang status gizi dengan variabel lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, H. (2012). Mengapa seorang ibu harus menyusui. Jogjakarta. *Flasbook*.
- Abu a. 2010. Ilmu Sosial Dasar. Jakarta : Rineka Cipta.
- Asrar, M., Hadi, H., & Boediman, D. 2017. Pola Asuh, Pola Makan, Asupan Zat Gizi dan Hubungannya dengan Status Gizi Anak Balita Masyarakat Suku Nuaulu di Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia (The Indonesian Journal of Clinical Nutrition)*, 6(2), 84- 94.
- Arikunto. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Penelitian Praktek. Jakarta : Cipta.
- Abdullah, N. T., Paratmanitya, Y., & hati, F. s. (2015). Gambaran status gizi anak 12-24 bulan di puskesmas Margangsang kota yogyakarta tahun 2015 : tinjau riwayat pemberian ASI Eksklusif dan kejadian penyakit infeksi. *JURNAL gizi dan dietetik indonesia*, vol. 3, No. 3, september.
- Astari, LD. (2006). Hubungan Konsumsi ASI dan MP-ASI serta Kejadian Stunting anak usia 6-12 Bulan di Kabupaten Bogor . *Media Gizi dan keluarga*, 30 (1):15-23.
- Almatsier. (2010). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Anik Maryunani. 2012. Inisiasi Menyusui Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi : Jakarta: Egc.
- Anggraeni, R. (2015). *Klasifikasi Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator Antropometri Berat Badan Menurut Umur Menggunakan Learning Vector Quantization*. Pekanbaru: Seminar Nasional Teknologi Informasi, Komunikasi dan Industri (SNTIKI).
- Bappenas, B. P. (2011). *Perencanaan Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. Jakarta: Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bayu, K. (2013). determinan keberhasilan pemberian Air susu ibu Eksklusif. *jurnal kedokteran brawijaya*, Vol. 27, No.4, agustus .
- Depkes, R. (2007). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes, R. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia* . Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Devriany, A. (2018). Perbedaan Status Pemberian ASI Eksklusif terhadap Perubahan Panjang Badan Bayi Neonatus . *JURNAL MKMI*, Vol. 14 No. 1.
- Diana, F. M. (2006). Hubungan pola asuh dengan status gizi anak balita di kecamatan kurunji kelurahan pasar ambacang kota padang . *Kesehatan masyarakat*.
- Giri, M. W., Muliarta. N.P, I., & Wahyuni, D. s. (2013). hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi balita usia 6-24 bulan di kampung kajanan buleleng. *Jurnal sains dan teknologi*, VIL. 2, No. 1, april.

- Nurlisa, T. (2015). Gambaran Status Gizi Anak 12-24 Bulan di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta tahun 2015: Tinjauan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dan Kejadian Penyakit Infeksi. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, Vol. 3, No. 3, 149-154.
- Juliana, M., Kunayanti, W., & Susilo, j. (2014). pengaruh taburi terhadap status anemia dan status gizi balita gizi kurang. *gizi klinik indonesia*.
- Kadir. MPH, D. A. (2014). menelusuri akar masalah rendahnya presentase pemberian ASI Eksklusif di Indonesia. *jurnal al himah*, Vol. XV Nomor 1.
- Karuniawati, M. C. (2016). Perbedaan Status Gizi berumur 4–6 bulan pada Pemberian ASI Eksklusif dengan ASI Non Eksklusif. *Biomedika*, Volume 8 Nomor 1.
- Kementrian Kesehatan Republik indonesia, K. R. (2016). *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes, RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes, RI. (2011). *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*.
- Lestari, D., Zuraida, r., & Larasai, T. (2013). Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang air susu ibu dan pekerjaan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif di kelurahan fajar bulan. *medical jurnal of lampung university*, volume 2 No 4 Februari .
- Nilakusuma. (2015). Hubungan Status Gizi Bayi dengan Pemberian ASI Eksklusif Tingkat Pendidikan Ibu Status Ekonomi Keluarga diwilayah Kerja Puskesmas Padang Pasir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 38.
- Normayanti. (2013). Status pemberian ASI terhadap status gizi bayi usia 6-12 bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, Vol. 9, No. 4, 155-161.
- Prabasiwi, A. (2015). ASI Eksklusif dan Persepsi Ketidacukupan ASI. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* , Vol. 9, No. 3.
- Putri, D. S. (2015). Asupan Zat Besi dan Seng pada Bayi umur 6 —11 bulan di Kelurahan Jati Cempaka, Kota Bekasi, Tahun 2014 . *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 14 No 4.
- Rachmadewi, A. (2009). Pengetahuan, Sikap, Dan Praktek Asi Eksklusif Serta Status Gizi Bayi Usia 4-12 Bulan Di Pedesaan Dan Perkotaan. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 4(2): 83 – 90.
- Rachmadewi, A., & Khomsan, A. (2009). pengetahuan sikap dan praktek ASI Eksklusif serta status gizi bayi usia 4012 bulan di pedesaan dan perkotaan. *jurnal gizi dan pangan* , 83-90.
- Razak, A. A., Gunawan, m. A., & budiningsari, R. d. (2009). pola asuh ibu sebagai faktor-faktor kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita. *gizi klinik indonesia*.

Saptiti, s. y. (2013). Analisis Implimentasi Asi Program Pemberian Asi Eksklusif Di Puskesmas Brangsong 02 Kabupaten Kendel. *jurnal kesehatan masyarakat*, volume 2, nomor 1.

Sediaoetama. (2010). *Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi* . Jakarta: Dian Rakyat.

Sediaoetama. (2010). *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi*. jakarta: Dian Rakyat.

Supariasa. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Widyawati. (2016). Analisis Pemberian MP-ASI dengan Sstatus Gizi pada Anak Usia 12-24 bulan di wilayah Kerja Puskesmas Llesung Batu Empat lawang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(2):139-149.

Wulandari, F. I., & irina. (2013). karakteristik ibu menyusui yang tidak membiarkan ASI Eksklusif di upt pukemas banyolali kabupaten boyolali. *jurnal ilmiah rekamedis dan informatika kesehatan*, volume.3 NO.2 agustus.

Yudianto, B H., & Titi, s. (2017). *Data dan informasi*.

Balaluka, G. B., Nabugobe, P. S., Mitangala, P. N., Cobohwa, N. B., Schirvel, C., Dramaix, M. W., & Donnen, P. (2012). Community Volunteers Can Improve Breastfeeding Among Children Under Six Months of Age in the Democratic Republic of Congo Crisis. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 2.

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2010. "Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Rajawali Pers, Jakarta.

Depkes RI. 2013. "Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan : Jakarta.

Devi, M. 2012. Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. *Teknologi dan Kejuruan*, 33(2).

Giri, M. K. W. 2013. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan di Kampung Kajian, Buleleng. *JST (Jurnal Sains dan Teknologi)*, 1(1).

Hidayat, 2014. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Bebidanan. Jakarta : Salemba Medika.

Jayant, D., Purushottam, A., Deepak, B., Vaishali, D., Piyush, K., & MM Aarif, S. 2010. Socio-cultural Practices in Relation to Breastfeeding, Weaning and Child

Rearing Among Indian Mothers and Assessment of Nutritional Status of Children Under Five in rural India. *Australasian Medical Journal*, 3(9).

Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional 2011-2015. BAPENAS
Perencanaan Aksi Nasional Pangan dan gizi. Jakarta.

Kementrian Kesehatan RI , 2014 Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta.

Kementrian Kesehatan RI, 2010 Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta.

Litbang Kemdikbud. 2014. Kementrian Pendidikan. Jakarta.

Muchfoedz, Mahmud. 2010. Komunikasi Pemasaran Modern. Yogyakarta : Cakra Ilmu.

Nadimin. 2014. Hubungan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan. *Jurnal Media Gizi Pangan Internet* available://jurnalmediagizipangan.files.wordpress.com/2017/03/1-hubungan-keluarga-sadar-gizi-dengan-status-gizi-balita.

Notoatmodjo S. 2010. ''Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Rineka Cipta.

2011 Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : PT. Rineke Cipta.

Novitasari, A., & Puruhita, N. 2012. Faktor-faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk pada Balita yang Dirawat Di RSUP dr. Kariadi Semarang (Doctoral Dissertation, Fakultas Kedokteran).

Nency Y, Arifin M.T., 2010. Gizi Buruk Ancaman Generasi yang Hilang. Jakarta.

Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Keperawatan: Jakarta.

Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Batu Bara. "Data Gizi Buruk Tahun 2015"
Batubara : Dinkes Batu Bara.

Profil Profinsi Sumatra Utara. Data Gizi Buruk Tahun 2015. Medan : Dinkes Sumatra Utara.

Rumiasih. 2003. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Buruk pada Anak Balita di Kabupaten Magelang[karya tulis ilmiah].Semarang: Universitas Diponegoro.

Sattar, S., Ahmed, T., Rasul, C. H., Saha, D., Salam, M. A., & Hossain, M. I. (2012). Efficacy of a High-Dose in Addition to Daily Low-dose Vitamin A in

Children Suffering from Severe Acute Malnutrition with Other Illnesses. PLOS one, 7(3), e33112.

Supartini Y. 2012. Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta : Egc. Setiawan dkk. 2010 . Buku Kebidanan. Jakarta.

Sedigdo Sastroasmoro, Sofyan Ismail. 2013. ''Dasar Metode Penelitian. Jakarta : Egc.

Setyawati, V. A. V., & Faizah, Z. 2012. Hubungan antara Asupan Protein, Besi dan Seng dengan Status Gizi pada Anak Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang. Jurnal Visikes. April, 11, 48.

Taruna j. 2010. Hubungan Status Ekonomi Keluarga dengan Terjadinya Kasus Gizi Buruk pada Anak Balita di Kabupaten Kampar Provinsi Riau Tahun 2014[karya tulis ilmiah].jakarta : Universitas Indonesia.

Tim Paket Pelatihan Klinik Poned. 2010. Buku Acuan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (poned). Jakarta : Egc.

World Health Organisation.2014. Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Jakarta : Who Indonesia.

Walker, Allan. 2014. Pediatric Gastrointestinal Disease.Usa:dc Decker.

Yohannes, T., Laelago, T., Ayele, M., & Tamrat, T. 2017. Mortality and Morbidity Trends and Predictors of Mortality in Under-Five Children with Severe Acute Malnutrition in Hadiya Zone, South Ethiopia: A Four-Year Retrospective Review of Hospital-Based Records (2012–2015). BMC Nutrition, 3(1), 18.

Zhou, H., Wang, X. L., Ye, F., Zeng, L. X. P., & Wang, Y. 2012. Relationship Between Child Feeding Practices and Malnutrition in 7 Remote and Poor Counties, PR China. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 21(2), 234- 240.

DAFTAR PUSTAKA

Abstrak

Status gizi menentukan tumbuh kembang bayi baik fisik maupun kognitif. Tingginya masalah status gizi pada bayi dan balita di Indonesia menyebabkan turunnya derajat kesehatan masyarakat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan status gizi antara bayi manutrisi dan normal di Desa Kadu Damput, wilayah Kerja Puskesmas Saketi. Penelitian ini menggunakan *quasy eksperimental design* dengan jenis rancangan *case control*. Teknik sampling yang digunakan adalah semua populasi yaitu 48 bayi. Berdasarkan analisis menggunakan komputersasi dengan uji *independent t test* terdapat 10 malnutrisi dan 38 bayi dengan status gizi normal. Hasil uji statistik dengan uji *independent t test* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara status gizi dengan riwayat penyakit, riwayat asi eksklusif, dan asupan gizi makro (karbohidrat, protein, lemak). Pendidikan kesehatan tentang imunisasi sebaiknya diberikan dalam bentuk promosi kesehatan dalam upaya pencegahan permasalahan yang berkaitan dengan status gizi.

Abstract

Nutritional status determines the growth and development of babies both physically and cognitive. The high problem of nutritional status in infants and toddlers in Indonesia causes a decrease in the degree of public health. The purpose of this study was to determine differences in nutritional status between nourished and normal babies in Kadu Damput Village, Saketi Public Health Center (Puskesmas). This research uses quasy experimental design with case control design type. The sampling technique used was all populations, namely 48 infants. Based on computerized analysis using independent t test, there were 10 malnutrition and 38 infants with normal nutritional status. Statistical test with independent t test results show that there is no significant difference between nutritional status with a history of illness, a history of exclusive breastfeeding, and macro-nutrient intake (carbohydrates, protein, fat). Health education about immunization should be given in the form of health promotion in an effort to prevent problems related to nutritional status.