

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Permasalahan

Krisis moneter terjadi di Indonesia telah ada sejak pertengahan tahun 1997 dan telah berlanjut pada krisis ekonomi yang berkepanjangan. Kondisi ini antara lain telah mengakibatkan penurunan secara drastis kemampuan pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Kelompok yang paling menderita akibat situasi ini adalah ibu dan anak.

Anak balita merupakan salah satu golongan penduduk rawan gizi. Mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, sehingga membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai (Utomo, cit.Himawati,2000)

Apabila nilai gizi makanan berkurang, tubuh manusia berkompromi agar tetap bisa hidup. Sebagian kompromi-kompromi ini tidak terlihat, atau hanya terlihat kemudian oleh mereka yang memiliki kartu menuju sehat untuk mengukur tingkat hambatan pertumbuhan. Kekurangan gizi memperberat akibat-akibat paling buruk dari suatu penyakit yang jauh sebelum kekurangan gizi ini bisa terlihat. Risiko kematian karena suatu penyakit tertentu berlipat dua bagi anak yang menderita kekurangan gizi ringan dan berlipat tiga bagi anak yang menderita kekurangan gizi sedang.

Untuk mengatasi keterlambatan kekurangan gizi maka pemerintah telah berupaya untuk menciptakan suatu wadah peran serta masyarakat dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan dasar agar tersebar luas di seluruh pelosok tanah air yaitu Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), sebagai salah satu sistem penyelenggaraan pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar, peningkatan kualitas manusia yang secara empirik telah dapat pemeratakan pelayanan bidang kesehatan, seperti imunisasi, pendidikan gizi masyarakat serta pelayanan kesehatan ibu dan anak. Posyandu juga merupakan perpanjangan tangan Puskesmas untuk pelayanan dan pemantauan kesehatan secara terpadu di tingkat desa, yang merupakan kegiatan "oleh" dan "untuk" masyarakat setempat. Posyandu juga merupakan wadah peningkatan pengetahuan ibu balita mengenai gizi keluarga, dan status gizi balita.

Status gizi seseorang adalah keadaan yang dapat memberi petunjuk apakah seseorang itu menderita gizi kurang atau tidak. Seseorang disebut menderita status gizi kurang jika orang tersebut menunjukkan gejala kekurangan gizi (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 1991) kekurangan gizi dapat menyebabkan merosotnya mutu kehidupan, antara lain menyebabkan angka kematian yang tinggi pada bayi dan anak, terganggunya pertumbuhan badan, menurunnya daya kerja, gangguan pada perkembangan mental dan kecerdasan, dan lebih mudah terkena penyakit infeksi.

Para sosiolog telah membuktikan bahwa pengetahuan orang tua memegang peranan penting dalam menentukan status gizi anak. Pengetahuan orang tua yang di peroleh baik secara internal, yaitu pengetahuan yang berasal dari diriya sendiri berdasarkan pengalaman hidup.

yang berasal dari orang lain baik pendidikan formal (sekolah) maupun non formal (penyuluhan-penyuluhan) (Sjahmien,1982). Seorang ibu adalah orang yang paling dekat dengan anak haruslah memiliki pengetahuan tentang gizi yang baik. Pengetahuan yang harus dimiliki seorang ibu adalah tentang kebutuhan nutrisi, cara pemberian, dan jadwal pemberiannya pada anak.

Perilaku dan pengetahuan ibu yang baik tentang gizi, cara pemberian, dan jadwal pemberian tambahan makanan kepada anak akan menjamin anak dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal . Anak-anak seperti inilah yang akan menjadi kader harapan bangsa dalam meniti masa depan menuju kehidupan yang makmur dan sejahtera.

Perilaku dan pengetahuan ibu yang memadai tentang Asi, cara pemberian, dan jadwal pemberian tambahan makanan kepada anak akan menjamin anak dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal. Banyak penelitian yang mengungkap adanya hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku seseorang.

Didalam penelitian Wijayanti (1999) bahwa komponen predisposing adalah komponen yang dapat mempengaruhi perilaku ibu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Di dalam komponen tersebut variabel yang paling menentukan adalah variabel "pengetahuan dan sikap" yang mempengaruhi perilaku ibu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Sehingga dalam penelitian ini kami mempunyai pertanyaan penelitian yaitu bahwa apakah pengetahuan dan sikap ibu terhadap ASI serta praktek pemberian PASI

ingin akan mempengaruhi ...

2. Kepentingan Permasalahan

Mengetahui adaya pengaruh pengetahuan dan sikap ibu mengenai ASI dan pemberian PASI terhadap staus gizi balita. Sehingga dalam penelitian ini dapat mengungkapkan masalah yang berhubungan dengan gizi pada balita, yaitu hubungan antara pengetahuan ibu mengenai ASI dan sikap ibu mengenai ASI serta praktek pemberian PASI terhadap status gizi balita . Hasil penelitian tersebut dapat mendukung informasi dalam rangka meningkatkan program KIA mengenai KIE mengenai ASI dan manfaatnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang sasaran program, program dan bagaimana cara memberikan penyuluhan mengenai pentingnya pemberian ASI dan PASI yang tepat dalam rangka mewujudkan berhasilnya program peningkatan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK).

3. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Adakah hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu mengenai ASI dan praktek pemberian PASI dengan status gizi balita.

4. Keaslian Penelitian

Penelitian suatu gizi telah banyak dilakukan oleh para peneliti. Meskipun demikian, penelitian mengenai status gizi khususnya status gizi balita menurut peneliti dirasa masih kurang. Beberapa penelitian tentang status gizi balita antara lain:

- a. Umijati dan Wibowo (1992) di Mojokerto. Penelitian ini difokuskan pada bayi usia 4 bulan hingga 1 tahun dan dihubungkan dengan pendidikan formal ibu. Penelitian ini menghasilkan kesimpulan bahwa penelitian formal ibu berhubungan erat dengan kejadian gizi kurang pada bayi usia 4 bulan-1 tahun, yang ditunjukkan dari adanya perbedaan pengetahuan tentang gizi. Selain itu pola pemberian makanan dan pola menyusui yang salah dapat merugikan keadaan gizi bayi karena dapat menimbulkan gangguan pencernaan, bahaya pencemaran dan ketidak cukupan konsumsi makanan bayi.
- b. Nurnaningsi (1996) di Propinsi Jawa barat, Jawa timur dan Bali. Penelitian ini ingin melihat karakteristik keluarga dan anak hubungannya dengan status gizi balita dan anak dilakukan secara multisenter cross sectional dengan rancangan bangun studi kasus. Kesimpulan yang dihasilkan adalah bahwa karakteristik keluarga seperti jenis pekerjaan orang tua, untuk kelahiran dan interval kelahiran anak, pola pemberian air susu ibu dan jumlah anggota keluarga memiliki hubungan dengan status gizi balita. L
- c. Latifa, dkk (1996) di DKI Jakarta, Jawa Tengah dan Sumatera Barat yang berusaha untuk mengetahui pengaruh lingkungan keluarga (Sosio demografi,

balita. Dalam penelitian tersebut data konsumsi makanan diambil secara recall dan dikombinasikan dengan penimbangan konsumsi makanan anak selama 2 hari berturut-turut. Kesimpulan dari penelitian ini adalah diketahuinya beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi balita seperti infeksi ISPA, konsumsi kapsul yodium dan imunisasi DPT. Penelitian ini, berusaha mengkaji pengaruh pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga status gizi anak dan balita, dengan mempertimbangkan pola konsumsi makanan yang dihitung menurut jenis makanan yang dikonsumsi, dan frekuensi mengkonsumsi bahan-bahan makan tersebut. Disamping itu, penelitian ini hanya terbatas pada balita yang tidak menderita penyakit infeksi.

5. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu mengenai pemberian ASI dan praktek pemberian PASI terhadap status gizi balita

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu mengenai ASI dengan status gizi balita

- c. Untuk mengetahui hubungan antara praktek pemberian PASI dengan status gizi balita

6. Tinjauan Pustaka

Perkembangan kesehatan masyarakat pada hakekatnya untuk meningkatkan angka harapan hidup, meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan kualitas kehidupan guna meningkatkan kesejahteraan keluarga sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Kodyat,1995). Melalui tahap pembangunan selama pembangunan jangka panjang tahap I Pemerintahan Indonesia telah telah dapat meningkatkan derajat kesehatan dilihat dari indikator, angka kematian bayi (AKI) menurun dari 145 per 100.000 kelahiran hidup pada tahap 1967 menjadi sekitar 50 per 100.000 pada tahun 1966 menjadi 450 per 100.000 ibu melahirkan pada tahun 1992 (Samsudin,1995).

Dikaitkan dengan tujuan pembangunan nasional (GBHN,1993) Ditegaskan bahwa titik berat pembangunan bangsa Indonesia dalam pembangunan jangka panjang tahap II ini adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia kearah peningkatan kualitas sumber daya manusia kearah pningkatan kecerdasan dan produktivitas kerja, pembangunan kesehatan dalam hal ini upaya peningkatan gizi masyarakat merupakan upaya yang penting karena status gizi masyarakat merupakan upaya yang penting karena status gizi merupakan salah satu faktor

a. **Pertumbuhan Dan Perkembangan**

Definisi Pertumbuhan adalah pertumbuhan dalam ukuran atau nilai-nilai yang memberikan ukuran tertentu dalam kedewasaan (Behrman dan Vaughan 1988). Menurut Soetjiningsih (1995) ukuran atau nilai-nilai tersebut meliputi besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ atau individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, m), dan umur tulang.

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 1990).

Perkembangan dan pertumbuhan bukan merupakan proses yang sama. Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/ individu. Walaupun demikian, kedua proses itu terjadi secara sinkron atau bersama-sama dan saling kait-mengkait serta tidak terpisahkan (Mardhani, 1998).

Soetjiningsih 1995 mengemukakan bahwa secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh terhadap tumbuh kembanganak, yaitu :

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir tumbuh kembang anak. Termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang

Faktor lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan berkembangnya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan berkembangnya potensi bawaan, sebaliknya yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan bio-fsiko-psiko-sosial yang mempengaruhi individu setiap hari mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

Faktor lingkungan secara garis besar dibagi menjadi: faktor lingkungan yang mempengaruhi pada waktu masih didalam kandungan (Faktor pranatal), meliputi gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stres, imunitas dan anoksia embrio.

Faktor lingkungan yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor postnatal), meliputi faktor lingkungan biologis, faktor lingkungan fisik, faktor psikososial, serta faktor keluarga dan adat istiadat.

Gizi termasuk faktor lingkungan biologis yang memegang peranan penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Kebutuhan gizi anak berbeda dengan orang dewasa karena bagi anak makanan gizi dibutuhkan juga untuk pertumbuhan (Mardhani,1988).

b. Makanan Bayi Dan Anak Sehat

• Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi bagian setiap orang berbeda-beda, yang berhubungan dengan perbedaan-perbedaan yang terdapat dalam bidang genetik dan

adalah pencapaian kebutuhan yang memuaskan serta penghindaran terjadinya keadaan kekurangan. Nutrisi yang baik akan membantu pencegahan terjadinya penyakit akut atau kronik, disamping menopang perkembangan kemampuan fisik dan mental anak (Behrman dan Vaughan, 1994).

Berkaitan dengan masalah gizi di Indonesia sekarang, yaitu masalah gizi ganda yang diakibatkan oleh perubahan gaya hidup dan pola makan, maka disatuganda yang diakibatkan oleh perubahan gaya hidup dan pola makan, maka di satu pihak harus dihadapi masalah gizi yang kurang yang masih menjadi kendala untuk ditanggulangi namun dilain pihak masalah gizi lebih mulai bermunculan dengan berbagai resiko penyakit yang ditimbulkannya untuk mengatasi masalah ini perlu dilakukan usaha meningkatkan pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi yang tepat baik kuantitasnya (Samsudin 1995).

Kebutuhan energi bervariasi tergantung pada usia-usia balita memerlukan energi yang cukup banyak makin lama makin turun sesuai pertambahan umur. Penggunaan energi yang tersedia berlangsung kurang lebih 50% untuk metabolisme basah, 5% untuk specific dynamic action, 15% untuk pertumbuhan, 25% untuk aktifitas dan 5% untuk kehilangannya (Ebrahim, 1987).

Menurut Solihin Pudjiadi (1990) energi diperoleh dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan energi terutama disuplai energi, tetapi fungsi

maupun enzim untuk mengatur metabolisme. Jadi protein tidak digunakan sebagai sumber energi.

Karbohidrat yang penting bagi gizi adalah polisakarida, disakarida (sukrosa, laktosa) dan monosakarida (glukosa, fruktosa). Pencernaan karbohidrat polisakarida sudah dimulai sejak dalam mulut oleh aktifitas amilase air liur, hingga berubah menjadi dekstrin. Pencernaan dilanjutkan dalam usus halus dengan bantuan amilase dan polisakarida, maltase, sukrase, dan laktase. Dengan demikian polisakarida diubah menjadi monosakarida glukosa dan fruktosa. Ketika monosakarida diserap oleh usus dan masuk ke dalam hepar, fruktosa dan glukosa diubah menjadi glukosa. Glukosa ini dapat digunakan secara langsung sebagai sumber energi oleh anak yang sedang tumbuh. Tidak ada ketentuan tentang kebutuhan minimal karbohidrat, masukan yang dianggap optimal berkisar antara 40 - 60% dari jumlah energi dalam diet (Solihin Pudjiadi, 1990).

Lemak merupakan sumber energi lain dalam bentuk yang lebih pekat (1 gram lemak menghasilkan 4 kkal). Lemak juga merupakan sumber energi vitamin-vitamin yang larut dalam lemak, dalam tarap yang lebih luas lemak memberikan kelezatan dalam makanan. Asam linoleat dan arakhidonat adalah lemak yang mempunyai arti esensial bagi bayi. Lemak esensial digunakan untuk pertumbuhan integritas kulit dan rambut, pengaturan metabolisme kolesterol, kegiatan hipotropik, sintesis prostoglandin, menurunkan sifat agregasi trombosit serta untuk reproduksi (Behrman dan Vaughn, 1994)

energi total berasal dari asam lemak esensial (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 1994)

Zat lain yang memegang penting adalah protein. Protein yang didapat dari makanan sehari-hari harus diubah dulu menjadi asam amino sebelum dapat diserap oleh usus. Pencernaan protein dimulai dengan hidrolisis ikatan peptidanya untuk menghasilkan asam amino dengan bantuan enzim. Asam amino hasil hidrolisis protein hewani dapat diserap lebih cepat dan lebih efisien jika dibandingkan hasil hidrolisis protein nabati (Solihin Pudjadi, 1990). Kebutuhan protein dalam masa bayi dan anak termasuk tinggi karena kebutuhan cepat. Selama masa bayi, kebutuhan setiap harinya adalah 2,5-3,5 g/kg bb/ hari (Ebrahim, 1987) Angka kebutuhan protein sebenarnya tergantung pula pada mutu protein, semakin baik mutu protein ini tergantung pada susunan asam amino yang membentuknya, terutama asam amino esensial (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 1994)

- **Makanan Bayi**

Berdasarkan pentingnya ASI, semua jenis makanan bayi dikelompokkan menjadi dua macam yaitu : (1) air susu ibu (ASI), atau makanan pengganti ASI (PASI). Sebagai alternatif jika ASI kurang atau tidak keluar, (2) Makanan pendamping ASI biasa disebut dengan makan tambahan, makan pelengkap, atau

- **Air Susu Ibu (ASI)**

Pemberian ASI (menyusui bayi) merupakan cara pemberian makan tradisional ideal. ASI adalah makan cair, lengkap gizi dan sebagai makanan tunggal, umumnya dapat memenuhi kebutuhan psikologis bayi sampai usia 4-6 bulan, jika diberikan sesuai kehendak bayi. Dikemukakan oleh Jelliffe (1966) dan kesepakatan internasional tentang ASI seluruh kebutuhan gizi sampai usia 4-6 bulan pertama dan dapat dipengaruhi oleh ASI secara tunggal atau eksklusif, pada sebagian besar bayi yang sehat oleh ibu-ibu yang sehat pula.

Selama masih mendapatkan ASI bayi tersebut sangat tergantung pada ibunya. Oleh karena itu kuantitas dan kualitas ASI sangat dipengaruhi oleh makan dan keadaan gizi ibu itu (Soedibjodan Samsudi, 1995). Keunggulan ASI dibandingkan dengan makanan lain adalah: (1) mengandung semua zat gizi dalam susunan dan jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi selama 4-6 bulan pertama, (2) Tidak memberatkan fungsi saluran pencernaan dan ginjal, (3) Mengandung berbagai zat anti bodi yang dapat mencegah terjadinya infeksi, (4) Mengandung laktoferin untuk meningkatkan zat besi, (5) Tidak mengandung B-laktoglobulin yang dapat menyebabkan alergi, (6) Ekonomis dan praktis. Tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar, serta bebas dari kuman sehingga mengurangi kemungkinan timbulnya gangguan saluran pencernaan, (7) Berfungsi menjarangkan kelahiran, karena proses menyusui menimbulkan lactational infertility sehingga...

kasih sayang antara ibu dan bayi (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia,1994) .

ASI diberikan secepat mungkin bila ibu dan bayi sehat. ASI yang diproduksi 1-5 hari pertama dinamakan kolostrum, yaitu cairan relatif lebih kental dari pada ASI matur dan berwarna kekuningan. kolostrum ini sangat menguntungkan bayi, karena mengandung lebih banyak antibodi, protein, mineral, dan vitamin A. Pemberian ASI tidak dibatasi dan dapat diberikan setiap saat. Isapan bayi dan keadaan ibu yang tenang akan merangsang produksi ASI. Selanjutnya ASI dapat terus dapat diberikan hingga anak berumur 2 tahun (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia,1994).

- **Makanan Pengganti Air Susu Ibu (PASI)**

ASI tidak perlu diragukan lagi merupakan makanan bayi yang paling baik tetapi ada kalanya oleh suatu sebab Ibu harus menambah atau mengganti ASI dengan makanan lain (Solihin Pudjiadi, 1989). Samsudin (1991) juga menemukan , untuk memenuhi zat gizi bayi usia diatas 4-6 bulan , pemberian ASI saja tidak mencukupi , karena meningkatnya kebutuhan bayi, di samping berkurangnya produksi ASI . Oleh karena itu perlu ditambahkan berbagai jenis makanan lain, dengan syarat PASI harus mampu memenuhi kebutuhan fisiologis bayi (Soedibjo dan Samsudin , 1995).

Penganti air susu ibu (PASI)adalah makanan yang diberikan kepada bayi sebagi pengganti ASI, karena ASI kurang atau suatu st

Gizi Indonesia , 1994). PASI dapat berupa susu sapi segar atau susu formula. Komposisi susu sapi segar berbeda dengan komposisi susu ASI. Perbedaan yang penting terdapat dalam konsentrasi protein dan mineral yang lebih tinggi serta laktosa yang lebih rendah dalam air susu sapi (Solihin Pudjiadi, 1990).

Formula bayi pada umumnya dibuat dari susu sapi yang susunan gizinya sudah diubah menjadi hampir sama dengan susunan zat gizi seperti ASI. Formula bayi ini dibagi dua jenis, yaitu formula awal lanjutan. Formula awal dibagi menjadi dua golongan, Formula adaptasi dan formula lengkap (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 1994).

Menurut Pudjiadi (1995) formula lanjutan adalah formula yang diberikan setelah bayi mendapatkan makanan pelengkap, yaitu bagi bayi umur enam bulan keatas. Syarat bagi pembuatan formula lanjutan adalah jika diencerkan menurut petunjuk pembuatnya dan diberikan dalam jumlah yang cukup, walaupun bayi tersebut menolak makanan pelengkap, dapat menunjang pertumbuhannya. Kecukupan pemberian ASI maupun PASI dinilai memadai apabila : (1) sesudah menyusu atau minum, bayi tampak puas dan tidak menangis serta dapat tidur nyenyak, (2) PASI yang diberikan tidak bersisa, (3) selambat-lambatnya sesudah dua minggu lahir tidak melebihi 10 % waktu lahir, (4) bayi tumbuh dengan baik umur 5-6 bulan berat badan mencapai dua kali berat badan waktu lahir. Umur satu tahun berat badan mencapai tiga kali berat badan waktu lahir. Pemberian ASI/ PASI dilakukan berdasarkan kebutuhan gizi

banyak makan yang sesuai dengan kebutuhannya. (PRSC dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 1994)

- **Makanan Tambahan**

Makanan tambahan disebut juga disebut dengan beberapa istilah lain yaitu makanan pelengkap, makanan pendamping ASI, makanan padat atau makanan sapihan. Pengertian makanan tambahan adalah makanan yang secara berangsur diberikan kepada bayi untuk memenuhi kecukupan gizi menjelang dan sesudah disapih, sebelum bayi untuk memenuhi kecukupan gizi menjelang dan sesudah disapih, sebelum bayi diberikan makanan anak (Soedibjo dan Samsudin, 1995). Tujuan pemberian makanan tambahan ini adalah : (1) Melengkapi zat gizi yang kurang terdapat dalam ASI / PASI , (2) Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur, (3) Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan, (4) Melakuakn adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi yang tinggi (RSCM dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 1994)

Perlu diperhatikan pula tentang cara memberikan makanan pada bayi. Ada kiat-kiat khusus untuk keberhasilannya, antara lain :
Berikan secara berhati-hati sedikit demi sedikit dari bentuk encer berangsur-angsur ke bentuk yang lebih kental.

Makanan baru sebaiknya diperkenalkan satu persatu dengan

tersebut betul-betul diterima dengan baik. Menurut Ebrahim (1987) setiap makan yang baru akan ditolak pada umumnya. Oleh karena itu, ketika mulai pemberian makanan yang baru, harus diberikan sedikit demi sedikit untuk memberikan kesempatan pada anak agar dapat mengembangkan selera pada makanan tersebut.

Makanan yang mudah menimbulkan energi, yaitu sumber protein hewani diberikan terakhir. Urutan pemberian makanan tambahan biasanya adalah : buah-buahan, tepung-tepungan, sayuran, dan daging ikan dan telur biasanya diberikan setelah bayi berumur 6 bulan, bahkan kalau ada gejala alergi diberikan setelah satu tahun.

Cara pemberian makanan bayi mempengaruhi perkembangan emosionalnya, oleh karena itu jangan dipaksakan. Sebaiknya diberikan pada waktu bayi lapar (Tuti Soenardi, 1995).

Menurut Soedibjo dan Samsudin (1995) diatas 6 bulan kebutuhan giziz bayi meningkat dan bayi membutuhkan makanan yang lebih padat dan berserat. Oleh karena itu pemberian ASI dilengkapi dengan pemberian berbagai jenis makanan yang lain (makanan pendamping ASI), yang cair maupun yang lebih padat. Makanan padat harus diberikan secara bertahap, dimulai umur 4-5 bulan sampai 6-7 bulan (Soelihin Pudjiadi, 1990). Urutan pemberian makanan pelengkap adalah sari buah atau buah-buahan segar, makanan lumat dan akhirnya makanan lembek (BSCM).

Pengaturan pemberian jadwal makan tambahan berbeda dengan pemberian ASI. Makanan tambahan diberikan pada waktu-waktu tertentu untuk membina reflek kebiasaan pada saluran cerna. Usia 4 bulan sampai 1 tahun, merupakan masa transisi dalam pengaturan makanan. Dari makanan tunggal ke makanan gabung yang terdiri dari gabungan ASI, berbagai jenis makanan yang cair maupun yang padat. Akhir tahun pertama diharapkan bayi telah terbiasa mendapatkan makanan besar, yaitu makan pagi, makan siang dan makan sore. Disamping mendapatkan dua kali makanan kecil misalnya buah-buahan (Samsudin,1991).

c. **Status Gizi Dan Pengukurannya**

• **Masalah Gizi Di Indonesia**

Masalah gizi di Indonesia merupakan gangguan kesehatan sebagai akibat terjadinya ketidakeimbangan antara jumlah dan jenis makanan serta zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Umumnya zat gizi ada dua macam yaitu : (1) Masalah gizi kurang, (2) Makanan gizi yang lebih (Tuti Soenardi,1995) . Menurut Direktorat Bina Gizi (1991) sampai sekarang di Indonesia masih terdapat empat masalah gizi kurang yang utama, yaitu kurang energi protein (KEP), kurang vitamin A (KVA) , gangguan akibat kekurangan iodin(GAKI), dan kekurangan mineral gizi yang disebut amenio gizi. Program perbaikan gizi yang telah dilaksanakan pemerintah sejak Repelita I hingga tahun ke empat

Repelita V telah ...

Penyakit KEP adalah keadaan patologis pada derajat yang paling ringan sampai derajat yang paling berat. Pada keadaan yang sangat ringan tidak banyak ditemukan kelainan dan hanya terdapat pertumbuhan yang kurang sedangkan kelainan biokimiawi dan gejala klinisnya tidak ditemukan. Beberapa sarjana menamakannya marginal malnutrition. Pada keadaan yang berat ditemukan dua tipe ialah tipe kwashiorkor dan tipe marasmus, masing-masing dengan gejalanya yang khas, dengan kwashiorkor marasmik diantaranya (Solihin Pudjiadi,1990).

Dikemukakan oleh Dawiesah (1990) umumnya kwashiorkor terdapat pada balita yang lebih tua dan anak-anak kecil yang dietnya mengandung cukup energi, tetapi kekurangan protein untuk jangka waktu yang cukup lama. Penderita kwashiorkor bercirikan pertumbuhan terlambat, apatis, rewel, takaktif dan mengalami edemaserat pola makan hati. Sering pula ditemukan perubahan pada rambut, kulit, hepatomegali, hipotermia.

Marasmus dapat terjadi pada segala umur, tetapi sering dijumpai pada bayi yang tidak mendapatkan cukup ASI dan diberi makanan penggantinya (Solihin Pudjiadi,1990) Marasmus dicirikan oleh pemborosan umum jaringan subhutan, penghambatan pertumbuhan yang nyata, dan tidak terlihatnya adanya edema. Berbagai penyakit seperti infeksi, kelainan saluran pencernaan atau jantung, malabsorpsi, gangguan metabolik, penyakit ginjal menahun, dan gangguan sistem syaraf pusat merupakan penyebab-penyebab terjadinya marasmus (Dawiesah,1990).

Kwasiorkos marasmik memperlihatkan gejala campuran antara penyakit marasmus dan kwasiorkor. Makan sehari-harinya tidak cukup mengandung protein dan energi untuk pertumbuhan yang normal. Penderita mengalami penurunan dibawah 60% dari normal dan memperlihatkan tanda-tanda kwasiorkor seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit dan juga kelainan biokimiawi(Solihin Pudjiadi,1990)

Masalah gizi lebih juga banyak di Indonesia. Memasuki era globalisasi telah terjadi perubahan gaya hidup, termasuk pola makan/konsumsi masyarakat sehingga prevalensi penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetesmilitus, tingginya kadar kolesteerol darah serta kanker semakin meningkat (Kodyat,1990)

Penilaian tumbuh kembang dilakukan untuk menentukan apakah pertumbuhan seorang anak berjalan normal atau tidak, baik dilihat dari segi medis maupun statistik. Anak yang sehat akan menunjukkan tumbuh kembang yang optimal, apabila diberikan lingkungan biofisiko- psikososial yang adekuat (Soetjiningsih,1995)

Menurut Samsudin dan Soedibjo (1995) tata cara pengukuran keadaan gizi dan pertumbuhan dibedakan menjadi dua macam, yaitu : (1) Tata cara klinis yang dilakukan pada seorang individu dalam pelayanan medis, (2) Tata cara antropometis yang dipergunakan sebagai penunjang dalam berbagai kegiatan medis dan sebagai alat utama yang penting untuk menilai status gizi

Tata cara klinis terdiri dari 3 jenis pemeriksaan, yaitu (1) Anamnesis, misalnya berat lahir, riwayat makanan dan keadaan gizi ayah / ayah ; (2) Pemeriksaan fisik ; dan (3) Pemeriksaan penunjang (antropometri, laboratorium, dan radiologi). Kesimpulan yang dapat diambil dari pengukuran dengan tata cara klinis adalah tentang diagnosis kerja yang meliputi corak pertumbuhan, hasil proses pertumbuhan dan perawakan. Juga dapat disimpulkan status gizi dari pengukuran tersebut (Samsudin dan Soedibjo, 1995).

Tata cara antropometri adalah cara penilaian status gizi dan pertumbuhan yang dapat digunakan untuk 3 macam kegunaan yaitu yaitu : (1) Pelayanan medik, (2) Kesehatan masyarakat, dan (3) Penelitian pada tahun 1978 WHO mengemukakan bahwa antropometri yang berkaitan dengan pertumbuhan dapat dipergunakan baik bahwa antropometri yang berkaitan dengan pertumbuhan dapat dipergunakan baik untuk pemantauan pertumbuhan anak secara individual maupun untuk mengukur status nutrisi populasi (Dibley, 1987)

Jeliffe (1966) memberikan 3 macam pengukuran antropometri gizi, yaitu : (1) Masa tubuh, ditetapkan dengan berat badan ; (2) Dimensi linier, terutama ditetapkan dengan tinggi / panjang badan dan lingkar bagian tubuh tertentu; (3) Komposisi tubuh dan cadangan energi dan protein terutama mengukur jaringan lemak

Pada pelayanan di Posyandu saat ini pengukuran status gizi berdasarkan

median BB/U , gizi kurang adalah 60% - 69,9% median BB/U. gizi sedang adalah 70% - 79,9% median BB/U, gizi baik adalah 80% - 120% median BB/U dan Gizi lebih adalah > 120% median BB/U.

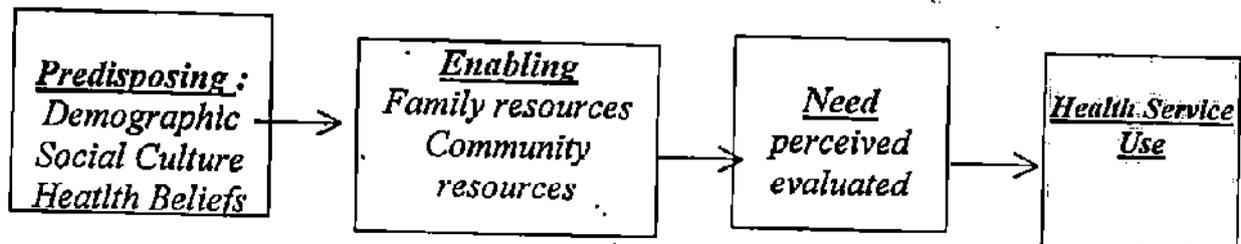
- **Berat Badan**

Berat badan merupakan hasil peningkatan/ penurunan semua jaringan yang ada dalam tubuh, antara lain tulang, lemak, cairan tubuh, dll. Pengukuran berat badan merefleksikan secara kasar masukan, penggunaan, dan keluaran zat-zat gizi dalam tubuh, sehingga berat badan dipakai sebagai indikator untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak. Perlu diketahui bahwa terdapat fluktuasi wajar berat badan dalam sehari sebagai akibat masukan makanan dan minuman, dengan keluaran cairan melalui urin, feses, keringat dan bernafas. Besarnya fluktuasi berat badan tergantung pada kelompok umur dan bersifat sangat individual, yang berkisar antara 100-200 gram sampai 500-1000 gram bahkan lebih, sehingga dapat mempengaruhi hasil penilaian (Satoto, 1990).

d. **Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Sejauh ini sudah banyak model yang dikembangkan untuk meneliti faktor-faktor yang berperan dalam pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan (Aday, cit. Wibowo 1996)) Dari sekian banyak model Andersen. Alun dan Aday menggunakan model dasar yang sama, yaitu menilai pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan dari komponen *Predisposing*, komponen *enabling* dan komponen *need*. Di dalam model ini keputusan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan bergantung pada tiga faktor tersebut.

memakai pelayanan (komponen *predisposing*), (2). Kemampuan seseorang untuk mencari pelayanan (komponen *enabling*), dan (3). Kebutuhan seseorang akan pelayanan kesehatan (komponen *need*).



Sumber : Ronald Andersen , Joana Kravits and Odin Anderson, (1975).

Gambar 1. Model pemanfaatan pelayanan kesehatan

Komponen yang disebut komponen *predisposing* karena faktor-faktor pada komponen ini menggambarkan ciri perorangan yang sudah ada sebelum seseorang itu berperilaku yang memberikan variasi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam penelitian ini adalah Posyandu.

Andersen membagi komponen *predisposing* kedalam 3 faktor, yaitu faktor demografi, faktor struktur sosial dan faktor keyakinan terhadap kesehatan (*health belief*). Faktor demografi dalam penelitian ini diwarnai oleh variabel usia. Faktor struktur sosial yang mencerminkan pola hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun dalam penelitian ini kami menganggap bahwa faktor struktur sosialnya homogen sehingga tidak kami teliti.. Faktor ketiga adalah sikap atau pandangan seseorang terhadap suatu objek. Sehubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sikap diartikan sebagai sikap terhadap subyek kesehatan dan/atau sikap terhadap

perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Misalnya sikap positif seseorang terhadap pelayanan dokter menguatkan penjelasan bahwa ia akan lebih sering berobat ke dokter daripada orang-orang yang mempunyai sikap negatif terhadap pelayanan kesehatan oleh dokter. Begitu juga dalam penelitian ini bahwa sikap yang positif terhadap program Posyandu akan rajin ke Posyandu untuk mengikuti program yang ada termasuk dapat menambah pengetahuan tentang pemberian ASI dan praktek pemberian PASI pada anak dan pemantauan dini pada status gizi anak balita sehingga dapat mewujudkan status gizi yang baik pada anak balita.

7. Hipotesis

- a. Ada hubungan antara pengetahuan ibu mengenai ASI terhadap sikap ibu terhadap ASI.
- b. Ada hubungan antara sikap ibu mengenai PASI terhadap praktek pemberian ASI.