BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan zat gizi dalam bentuk variabel tertentu. Contohnya gondok endemik merupakan keadaan ketidakseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh (Supariasa, 2012).

Status gizi dinyatakan sebagai keadaan tubuh yang merupakan akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi dengan empat klasifikasi, yaitu status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih (Almatsier, 2011).

Status gizi adalah cerminan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang didapatkan dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Status gizi dapat ditentukan dengan pemeriksaan klinis, pengukuran antropometri, analisis biokimia, dan riwayat gizi (Asosiasi Dietisien Indonesia, 2014).

a. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

United Nations children's Fund atau UNICEF (1988), salah satu badan internasional di bawah Perserikatan Bangsa-bangsa dan bertujuan meningkatkan derajat kesehatan anak-anak, telah mengembangkan kerangka konseptual penyebab timbulnya kurang gizi sebagai salah satu strategi mengatasi masalah kuarang gizi pada anak-

anak. Faktor penyebab kurang gizi tersebut terdiri dari penyebab langsung dan penyebab tidak langsung, pokok masalah di masyarakat dan akar masalahnya.

1) Penyebab Langsung

Pemberian makan tidak seimbang Penyebab langsung berupa makanan (gizi) yang dikonsumsi dan ada tidaknya penyakit yang diderita seseorang, akan secara langsung sebagai penyebab terjadinya gizi kurang. Hubungan timbal balik antara konsumsi makanan dan penyakit dijelaskan sebagai berikut. Timbulnya gizi kurang tidak hanya disebabkan konsumsi makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit yang diderita. Misalnya, anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit. Faktor penyakit infeksi berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare, cacingan dan penyakit pernapasan akut (ISPA).

2) Penyebab Tidak Langsung

Penyebab tidak langsung digambarkan dengan adanya tiga penyebab tidak langsung gizi kurang, yakni :

a) Tidak cukup persediaan makan, ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai, sehingga setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota

keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik jumlah maupun mutu gizinya.

b) Pola asuh tidak memadai, sehingga setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan normal baik fisik, mental, dan sosial.

c) Sanitasi dan air bersih, pelayanan kesehatan dasar tidak memadai, sehingga sistem pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Ketiga faktor tersebut di atas berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan, maka makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga. Demikian pula, makin baik pola pengasuhan, maka akan makin banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

b. Penilaian Status Gizi

1) Penilaian Status Gizi secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik (Supariasa, dkk, 2012).

a) Antropometri

Antropometri Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, dkk, 2012).

b) Klinis

Metode ini, didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal tersebut dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

c) Biokimia

Adalah suatu pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: urine, tinja, darah, beberapa jaringan tubuh lain seperti hati dan otot.

d) Biofisik Penentuan gizi secara biofisik adalah suatu metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi, khususnya jaringan, dan melihat perubahan struktur jaringan.

2) Penilaian Status Gizi Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga, yaitu survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi (Supariasa, dkk, 2012).

c. Kekurangan Energi Protein (KEP)

Penyakit Kurang Energi Protein (KEP) diberi nama internasional yakni *Calory Protein Malnutrition* (CPM), kemudian diganti dengan istilah *Protein Energy Malnutrion* (PEM) (Andriani, *et al*, 2012). Malnutrisi sebenarnya adalah gizisalah, yang mencakup gizi kurang atau lebih. Di Indonesiadengan masih tinggi angka kejadian gizi kurang, istilah malnutrisi lazim dipakai untuk keadaan ini. Secara umum gizi kurang disebabkan oleh kurangnya energi atau protein. Namun keadaan ini di lapangan menunjukkan bahwa jarang dijumpai kasus yang menderita deferensiasi murni. Anak yang dengan defisiensi protein biasanya disertai pula dengan defisiensi energi. Oleh karena itu istilah yang lazim dipakai adalah malnutrisi Energi Protein (Markum, A.H, 1999).

Kekurangan Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi

(Supariasa, dkk, 2012).

d. Penyebab KEP

Penyebab langsung dari KEP adalah defisiensi kalori maupun protein, yang berarti kurangnya konsumsi makanan yang mengandung kalori maupun protein, hambatan utilisasi zat gizi. Adanya penyakit infeksi dan investasi cacing dapat memberikan hambatan absorpsi dan hambatan utilisasi zat-zat yang menjadi dasar timbulnya KEP.

Penyebab tidak langsung dari KEP ada beberapa hal yang dominan, antara lain pendapatan rendah sehingga daya beli terhadap makanan terutama makanan berprotein rendah. Penyebab tak langsung yang lain adalah ekonomi negara, jika ekonomi negara mengalami kerusakan krisis moneter akan menyebabkan kenaikan harga barang, termasuk bahan makanan sumber energi dan sumber protein (beras, ayam, daging dan telur). Penyebab lain yang berpengaruh terhadap defisiensi konsumsi makanan berenergi dan berprotein adalah rendahnya pendidikan umum dan pendidikan gizi, sehingga kurang adanya pemahaman peranan zat gizi bagi manusia. Atau dengan adanya produksi pangan yang tidak mencukupi kebutuhan, jumlah anak yang terlalu banyak, pola pemberian MP-ASI, kondisi higiene yang kurang baik, sistem perdagangan dan distribusi yang tidak lancar serta tidak merata (Andriani, et al, 2012).

2. Pemberian MP-ASI

MPASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. Pada masa itu produksi ASI semakin menurun sehingga suplai zat gizi dari ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi anak yang semakin meningkat sehingga pemberian dalam bentuk makanan pelengkap sangat dianjurkan (Widyawati, *et al*, 2016)

MPASI merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga diberikan secara bertahap mulai dari jenis, frekuensi pemberian, jumlah porsi dan bentuk makanan yang disesuaikan dengan usia dan kemampuan bayi dalam mencerna makanan untuk pemenuhan kebutuhan gizinya (Lestiarini and Sulistyorini, 2020). MPASI secara kualitas harus terpenuhi energi, protein, dan mikronutrien dengan secara seimbang agar dapat tumbuh dengan optimal (Amperaningsih, Sari and Perdana, 2018).

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan bayi (Winarno. 1987, dalam Mufida, dkk. 2015). Pemberian MP-ASI yang cukup kualitas dan kuantitasnya penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak yang sangat pesat pada periode ini, tetapi sangat diperlukan hygienitas dalam pemberian MP-ASI tersebut.

a. Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan pemberian MP-ASI menurut Persatuan Ahli Gizi Indonesia (2010) antara lain :

1) Memenuhi kebutuhan gizi bayi yang kurang dalam ASI. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur yang pada akhirnya mampu menerima makanan keluarga.
2) Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (keterampilan oromotor) (Asosiasi Dietisien Indonesia, 2014).
3) Menanggulangi dan mecegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang sekaligus mempertahankan status gizi baik pada bayi dan anak (Siswanto, 2010).

b. Usia Awal Pemberian MP-ASI

MP-ASI diberikan pada usia 6 bulan karena pada usia 3-4 bulan bayi mengalami peningkatan nafsu makan, namun bukan berarti pada saat umur tersebut bayi sudah siap untuk menerima makanan tambahan selain dari ASI. Bayi sudah siap menerima makanan padat pada usia 6 bulan karena pada usia ini ASI hanya memenuhi 60- 70% kebutuhan gizi bayi (Maryunani, 2013).

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau kurang dari 6 bulan (< 6 bulan) dapat menurunkan konsumsi ASI, meningkatkan risiko alergi, obesitas, dan dapat mengakibatkan gangguan pada pencernaannya atau diare. Pemberian MP-ASI yang terlambat atau lebih dari 6 bulan (> 6 bulan) dapat mengakibatkan kebutuhan gizi anak tidak dapat terpenuhi,

gangguan nutrisi, hambatan pertumbuhan, resiko kekurangan gizi seperti kemampuan oromotor kurang terstimulasi. Oleh sebab itu, anak dianjurkan diberi makanan pendamping ASI pada usia 6 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi (Amalia, 2012).

c. Frekuensi Pemberian MP-ASI

Frekuensi MPASI dan jumlah takaran makanan MPASI yang diberikan dalam panduan MPASI WHO menyesuaikan dengan kapasitas lambung bayi dan rata-rata kandungan kalori.

1) Umur 6-8 bulan, frekuensi MPASI diberikan 3 kali. Berikan snack biskuit atau buah matang 1-2 kali sehari.
2) Umur 9-11 bulan, frekuensi MPASI diberikan 3-4 kali sehari. Berikan snack 1-2 kali sehari.
3) Umur 12-24 bulan, frekuensi MPASI diberikan 3-4 kali sehari. Berikan snack 1-2 kali sehari.

Frekuensi MP-ASI makan anak harus sesering mungkin karena anak dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit sedangkan kebutuhan asupan kalori dan zat lain harus terpenuhi. Pada anak normal, waktu rerata pengosongan lambung adalah 50 persen dan waktu 100 menit untuk makanan padat dan 75 menit untuk makanan cair. Waktu pengosongan makin cepat sejalan dengan bertambahnya usia anak (Widodo R, 2009).

d. Porsi Pemberian MPASI

Porsi makanan yang diberikan menyesuaikan kapasitas lambung bayi dan hendaknya diberikan secara bertahap, berangsur mulai dari satu sendok hingga tiga perempat mangkuk berukuran 250 ml sesuai dengan usianya (Widodo R, 2009).

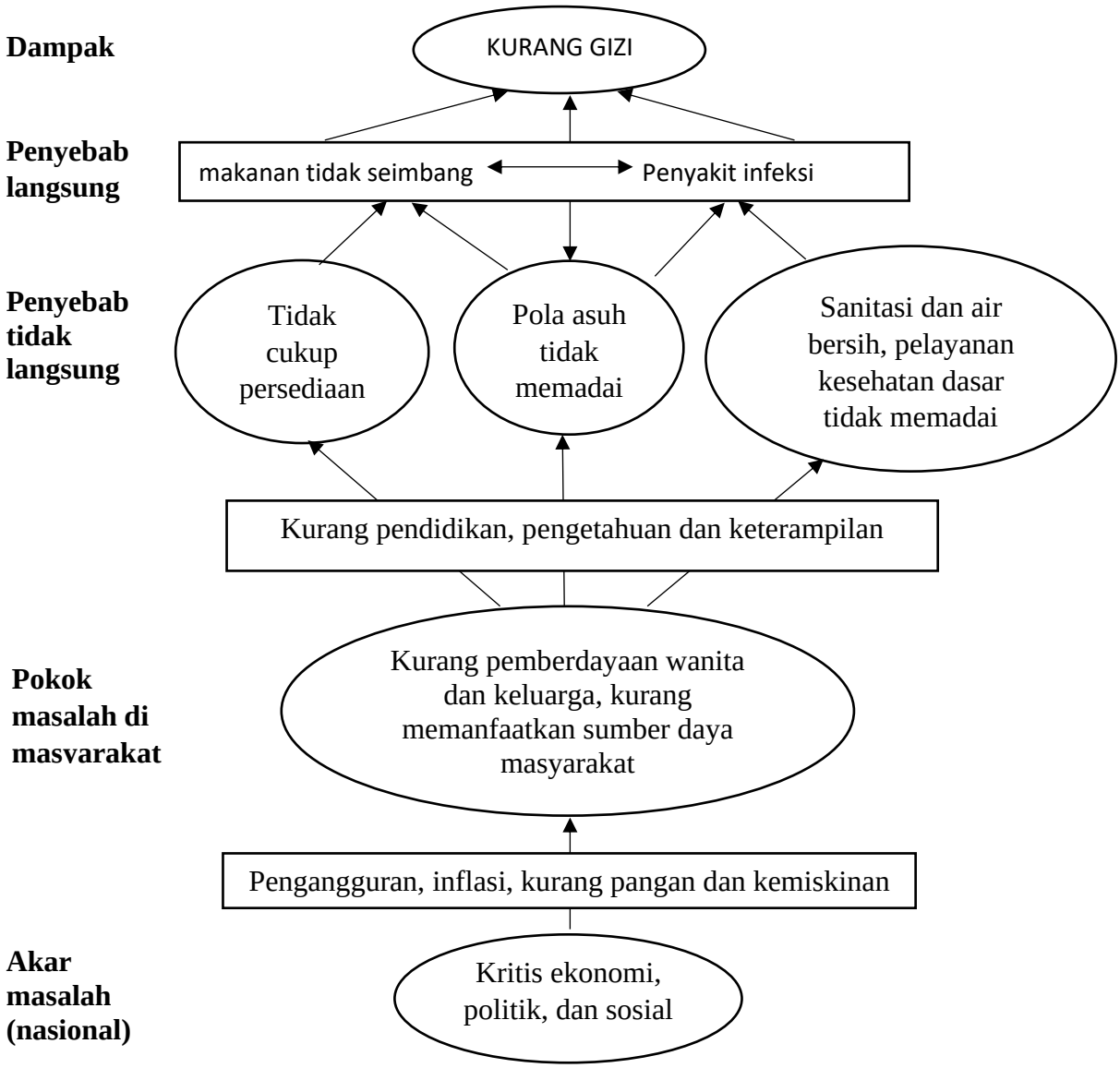
1) Umur 6-8 bulan pemberian MPASI dimulai dengan 2 – 3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml
2) Umur 9-11 bulan pemberian MPASI sebanyak ½ mangkok kecil atau setara dengan 125ml
3) Umur 12-24 bulan pemberian MPASI sebanyak ¾ sampai 1 mangkok kecil atau setara dengan 175 – 250 ml

e. Bentuk Pemberian MPASI

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) dibagi menjadi tiga yaitu makanan lumat, makanan lunak, dan makanan padat dengan penjelasan (WHO,2003) :

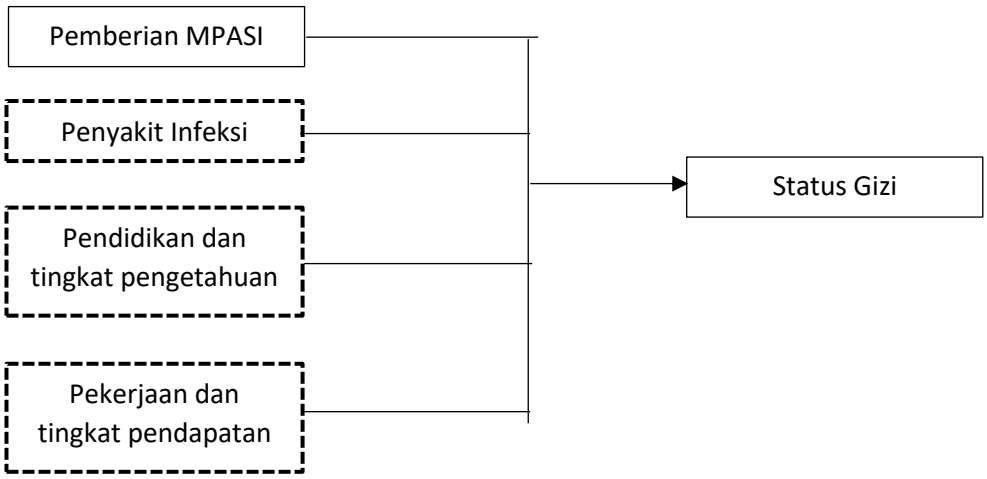
1) Umur 6-8 bulan tekstur makan yang diberikan semi cair (dihaluskan), secara bertahap kurangi campuran air sehingga menjadi semi padat
2) Usia 9-11 bulan tekstur makanan yang dicincang halus atau lunak (disaring kasar), ditingkatkan sampai semakin kasar sehingga bisa digenggam
3) Usia 12-24 bulan tekstur makanan yang diberikan berupa makanan padat.

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori penyebab masalah gizi (Unicef,1998)

C. Kerangka Konsep



Ket :

= variabel yang tidak diteliti

= variabel yang diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

1. Pada usia berapa pemberian MP-ASI baduta di Desa Tirtomulyo, Kabupaten Bantul?
2. Berapa kali baduta di Desa Tirtomulyo, Kabupaten Bantul diberi MP-ASI dalam sehari?
3. Berapa jumlah porsi MP-ASI yang diberikan pada baduta di Desa Tirtomulyo, Kabupaten Bantul sesuai usia?
4. Apakah bentuk MP-ASI yang diberikan pada baduta di Desa Tirtomulyo, Kabupaten Bantul sesuai usia?
5. Bagaimana status gizi baduta di Desa Tirtomulyo, Kabupaten Bantul?