

**PENGELOLAAN MP-ASI-LOKAL DAN PENGARUHNYA TERHADAP
PENINGKATAN BERAT BADAN DAN STATUS GIZI BALITA
USIA 6 – 24 BULAN DI PUSKESMAS PURWOKERTO SELATAN
KABUPATEN BANYUMAS**

***THE MANAGEMENT OF LOCAL SUPPLEMENTARY FEEDING AND THE EFFECT
TO THE GROWTH RATE AND NUTRITIONAL STATUS OF UNDER FIVE 6 TO 24
MONTHS OLD AT PURWOKERTO SELATAN
PUBLIC HEALTH CENTER, BANYUMAS REGENCY***

Endo Dardjito dan Suryanto

**Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fak. Kedokteran dan Ilmu-ilmu Kesehatan, Unsoed,
Purwokerto**

ABSTRACT

Lack of nutrition on infant and children can cause interference in growth and development. 0 – 24 months old is the fastest growth sufficient period and should get nutrition intake to support optimum growth dan development. To reach the optimum growth and development age swap of infants should get esclusive breast milk feeding until 6 month old, to give supplementary feeding to infant since 6 month old. The objectives of these research are to know the management of supplementary feeding and the effect to growth rate and nutritional status under five 6 month to 24 month old at public health center Purwokerto Selatan, Banyumas Regency. Methods of this research is retrospective cohort. Sample is under five 6 month to 24 month old as many as 35 from poor families. Data Analysis were used descriptive, ANOVA dan Chi Square test. The result of this research did not show significant weight gain by giving supplementary feeding. After Least Significance Difference test, there was different on second and third month (p value 0,006 and 0,000 (< 0,05)). Chi Square test showed that was different supplementary feeding with nutritional status on third month (p value 0,032 (<0,05)), and closeness of weak relationship (association coefisien 0,289). Conclusions; intervention by supplementary local food 6 – 24 month increased body weight significantly after two month, influenced nutrition status on third month.

Key Words : supplementary feeding, body weight, nutritional status

PENDAHULUAN

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya harus dilakukan secara multi sektor baik dari sektor kesehatan, pertanian, industri, perdagangan dll. Masalah gizi disamping masalah sindroma kemiskinan yang erat dengan masalah ketahanan rumah tangga, juga menyangkut masalah perubahan perilaku yang kurang mendukung pada pola hidup sehat.

Gizi memegang peranan penting dalam siklus hidup manusia. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menyebabkan berat badan lahir rendah dan dapat pula menurunkan tingkat kecerdasan. Pada bayi dan anak, kekurangan gizi akan menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang apabila tidak diatasi secara dini dapat berlanjut hingga dewasa (Depkes RI, 2003).

Usia 0 – 24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat dan perlu memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk dapat tumbuh kembang optimal. Apabila bayi dan anak pada usia ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka akan mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan baik pada masa ini ataupun selanjutnya.

Untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal beberapa hal penting perlu dilakukan antara lain segera memberikan air susu ibu kepada bayi dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP ASI) sejak bayi berumur 6 bulan sampai 24 bulan, meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih. MP-ASI yang diberikan hendaknya dibuat dari bahan pangan yang murah dan mudah diperoleh di daerah setempat (Depkes RI, 2006).

Secara nasional, diperkirakan pada tahun 2003 terdapat sebanyak 27,3 % balita menderita gizi kurang dan 8,0 % diatarannya menderita gizi buruk. Angka tersebut diharapkan dapat menurun menjadi 20% gizi kurang dan 5 % gizi buruk pada tahun 2009. Sementara di Kabupaten Banyumas terdapat sebanyak 11,65 % gizi kurang dan 1,12 % gizi buruk (Depkes RI, 2006). Sebenarnya angka gizi kurang dan gizi buruk di kabupaten Banyumas lebih rendah dari angka nasional, namun demikian kasus gizi kurang dan buruk masih tetap dijumpai pada sebagian desa (Dinkes Banyumas, 2006). Untuk itulah program MP ASI tetap dilaksanakan meski dengan sasaran selektif.

Pada tahun 2006 di Kabupaten Banyumas telah melakukan sejumlah kegiatan yang bertumpu pada perubahan perilaku dengan cara mewujudkan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Melalui penerapan perilaku Kadarzi, keluarga didorong untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan dan memberikan MP-ASI yang cukup dan bermutu kepada bayi dan anak usia 6 – 24 bulan dari keluarga miskin. Pemilihan keluarga miskin sebagai sasaran karena mereka berpendapatan rendah yang berpengaruh terhadap keterbatasan pangan di rumah tangga dan berlanjut pada rendahnya mutu MP ASI yang diberikan kepada bayi dan anak. Adapun jenis MP ASI yang diberikan adalah MP ASI lokal yang bahan dan cara pengolahannya disesuaikan dengan kebiasaan masyarakat setempat dimana mereka tinggal, dengan memberikan MP - ASI lokal diharapkan ibu lebih memahami dan lebih terampil dalam membuat

MP-ASI dari bahan pangan lokal sesuai kebiasaan dan sosial budaya setempat, ibu dapat melanjutkan pemberian MP-ASI lokal secara mandiri, meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat serta memperkuat kelembagaan PKK dan posyandu, memiliki potensi meningkatkan pendapatan masyarakat melalui penjualan hasil pertanian dan sebagai sarana pendidikan atau penyuluhan gizi (Dinkes Banyumas, 2006).

Melalui MP – ASI lokal diharapkan meningkatkan kegiatan kader dan partisipasi masyarakat untuk datang ke posyandu. Hal ini penting untuk menggairahkan kegiatan Posyandu, karena MP – ASI lokal dapat menjadi *entry point*” revitalisasi posyandu. Di Kabupaten Banyumas telah dilaksanakan MP-ASI lokal sejak tahun 2006, namun belum dilakukan evaluasi secara khusus. Tujuan penelitian adalah untuk pengelolaan MP ASI lokal dan pengaruhnya terhadap peningkatan berat badan anak usia 6 – 24 bulan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah studi kohort retrospektif, yaitu peneliti ingin melihat pengelolaan pemberian MP – ASI lokal dan pengaruhnya terhadap perkembangan berat badan balita usia 6 – 24 bulan dan status gizi yang mendapatkan MP-ASI lokal yang telah dilaksanakan pada tahun 2007

Populasi penelitian ini adalah semua balita usia 6 – 24 bulan di wilayah kerja puskesmas di Purwokerto Selatan, Kabupaten Banyumas yang mendapatkan MP – ASI lokal tahun 2007.

Sampel adalah semua populasi yang mendapatkan MP-ASI lokal di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan dan didapat 35 balita usia 6 – 24 bulan.

Penelitian menggunakan data primer dan sekunder. Data primer seperti profil puskesmas dan perkembangan berat badan diambil dari laporan puskesmas, data pengelolaan MP-ASI di tingkat puskesmas dan desa dilakukan dengan wawancara. Data status gizi didapatkan dengan cara mengolah data berat badan hasil rekapan oleh puskesmas dengan menggunakan indeks BB/U WHO – NCHS (Supriasa dkk, 2000)

Analisis data dilakukan secara deskriptif untuk mekanisme pengelolaan MP ASI, karakteristik penerima MP ASI. Sedangkan data berat badan diolah dengan program *soft ware* SPSS versi 11.5. Status Gizo dihitung dengan menggunakan standar Z Skor berdasarkan WHO-NCHS. Untuk mengetahui pengaruh MP ASI lokal terhadap perkembangan berat badan dilakukan uji Anova dan status gizi dilakukan dengan Chi Square

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah Balita Usia 6 – 24 Bulan Yang Mendapatkan MP ASI Lokal

Jumlah balita usia 6 – 24 bulan yang mendapatkan MP ASI lokal sebanyak 35 anak dan dibagi merata pada semua kelurahan dan masing-masing kelurahan 5 anak. Menurut buku pedoman dari Depkes RI, 2006 tentang pemberian MP ASI lokal bahwa penerima MP ASI lokal adalah anak yang berasal dari keluarga miskin sudah tepat, namun karena jumlah penduduk miskin yang mempunyai balita usia 6 – 24 bulan pada setiap kelurahan berbeda, maka pembagian secara merata yang dilakukan oleh puskesmas adalah tidak tepat. Seharusnya pembagian dilakukan secara proporsional sesuai jumlah balita usia 6 – 24 bulan dari keluarga miskin dan bergizi kurang/buruk yang ada pada masing-masing kelurahan di Puskesmas Purwokerto Selatan. Akibatnya terdapat anak dengan gizi sedang juga mendapat MP ASI lokal.

Waktu Pelaksanaan MP ASI Lokal

Kegiatan pendataan dilakukan bulan Agustus 2006, sedangkan pelaksanaan MP ASI dilaksanakan mulai bulan Januari 2007. Mundurnya pelaksanaan MP ASI menyebabkan beberapa anak sebenarnya sudah tidak masuk kriteria yang mendapatkan MP ASI dilihat dari segi usia. Sebanyak 15 anak (43%) sudah berusia lebih dari 24 bulan. Meskipun demikian pemberian MP ASI tetap dilaksanakan sesuai pendataan bulan Agustus 2006 dengan alasan

sudah terdaftar dan tidak mungkin dirubah karena calon sasaran sudah diberi tahu, dari keluarga miskin dan sudah tersedia dana dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. Apabila petunjuk dari Depkes RI, 2006 diikuti dan berdasar kriteria usia, maka yang berhak mendapatkan MP ASI hanya sebanyak 20 anak (57%) yang saat pemberian MP ASI berusia 6 – 24 bulan.

Keadaan Sosial Ekonomi

Semua responden berasal dari keluarga miskin dengan pendidikan yang relatif rendah yaitu hanya tamat sekolah dasar 54,3% dan hanya 2,9% yang tamat \geq SMA). Rendahnya pendidikan dan kemiskinan secara tidak langsung berpengaruh terhadap status gizi anak (Soekirman, 2000). Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suskind *dalam* Suarti dkk, 2003, bahwa gambaran sosial ekonomi dan latar belakang pendidikan dan tingkat pendapatan yang rendah (bekerja sebagai buruh) berpengaruh terhadap status gizi. Dari hasil pendataan awal ternyata sebagian besar berstatus gizi buruk dan kurang.

Jumlah Anak Yang Dimiliki

Dilihat dari banyaknya anak yang dimiliki responden, sebanyak 10 (28,6%) responden mempunyai 1 anak dan 9 responden (25,7%) mempunyai 2 anak dan sebanyak 16 responden (45,7%) mempunyai lebih 3 anak. Banyaknya anak yang dimiliki dan rendahnya penghasilan memungkinkan ketahanan pangan dalam keluarga rendah rendah, responden tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi anggota keluarganya (Pemerintah RI bekerjasama dengan WHO, 2000). Hal ini berakibat pada distribusi pangan yang kurang dan pada akhirnya berpengaruh pada status gizi keluarga terutama anak balita.

Bentuk MP ASI Lokal Yang Diberikan

Bentuk MPASI lokal yang diberikan sebagian besar berupa bahan makanan mentah sebanyak 15 responden (42,9%). Pemberian makanan dalam bentuk mentah dilakukan oleh kader karena dirasakan praktis, mudah dilaksanakan dan kader tidak mau repot harus memasaknya. Sebanyak 9 responden (25,7 %) menerima makanan dalam bentuk masak, karena responden mempunyai anak seusia sasaran dan lokasinya dekat dengan rumah kader dan sekalian memasak untuk anaknya. Sebanyak 7 responden (20,0 %) menerima MP ASI dalam bentuk masak dan mentah dengan alasan sesuai petunjuk dari petugas puskesmas.

Sedangkan responden yang menerima dalam bentuk uang sebanyak 4 responden (11,4%) dengan alasan tidak mengetahui selera sasaran, praktis dan tidak mau repot. Pemberian tersebut tidak sesuai dengan pedoman MP ASI lokal dari Depkes RI, 2006 yaitu berupa makanan jadi 1 kali dalam 1 minggu dan 6 hari berikutnya berupa bahan makanan. Selain itu, makanan yang diberikan juga tidak sesuai dengan buku pedoman. Anjuran Depkes RI bahwa MP ASI diberikan 1 kali masak dan dimakan secara bersama sama oleh sasaran sangat sulit dilaksanakan dikarenakan 1 posyandu hanya 1 sasaran dan lokasi posyandu yang berjauhan.

Secara umum pemberian MP ASI lokal yang dilaksanakan di puskesmas Purwokerto Selatan tidak berjalan sesuai dengan buku pedoman dari Depkes RI, 2006, sehingga tujuan pemberian MP ASI yang keempat yaitu meningkatnya pemahaman dan ketrampilan keluarga dalam menyiapkan dan memberikan MP ASI lokal yang baik kepada bayi dan anak tidak tercapai. Proses pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan responden tidak dapat terlaksana dengan baik. Kader tidak menerapkan menu yang dibuat oleh Depkes, kader memberikan MP ASI sesuai dengan selera masing-masing kader.

Selain itu pemberian MP ASI lokal dilihat dari kandungan zat gizi hampir pasti juga tidak tercapai, meskipun dari hasil penimbangan terdapat peningkatan berat badan dan adanya perbaikan status gizi. Hal ini dikarenakan MP ASI yang diberikan tidak semuanya dikonsumsi oleh sasaran tetapi juga dikonsumsi oleh balita/anak yang lain. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden (71,4%) mempunyai balita ≥ 2 anak. Bagi responden yang mendapatkan bahan makanan masak ternyata tidak hanya dimakan oleh sasaran, tetapi dibagi dengan balita lain yang ada dirumah. Sementara responden yang mendapatkan bahan makanan masak dan mentah juga dimakan oleh seluruh anggota keluarga. Untuk responden yang mendapatkan uang, uang tersebut mungkin tidak hanya dibelikan bahan makanan untuk sasaran, bahkan untuk membeli rokok bapaknya..

Kandungan Zat Gizi

Kandungan zat gizi yang harus ada dalam MP ASI lokal untuk anak 6 – 12 bulan adalah sebesar 250 kalori, 6 – 8 gram protein dan anak 12 – 24 bulan sebesar 450 kalori, 12 – 15 gram protein diperkirakan tidak bisa tercapai selama pelaksanaan MP ASI lokal berjalan. Adapun alasannya adalah menu yang disajikan sangat berbeda dengan menu contoh yang ada pada buku pedoman Depkes RI. Adapun besarnya dana untuk sehari makan anak sebanyak 3.200 rupiah dengan siklus menu 10 hari. Bagi responden yang menerima makanan masak,

setiap hari diantar oleh kader atau responden mengambil kerumah kader. Responden yang menerima makanan masak dan bahan makanan mentah, mereka menerima makanan masak 1 hari dan 9 hari berikutnya berupa bahan makanan mentah. Responden yang menerima bahan makanan mentah, mereka setiap 10 hari menerima bahan makanan. Sedangkan responden yang menerima uang, mereka mendapat uang sebesar 32.000 setiap 10 hari.

Jenis MP ASI Yang Diberikan

Jenis MP ASI yang diberikan sangat bervariasi mulai hanya satu jenis bahan makanan (susu saja) sampai 10 jenis. Banyak sedikitnya jenis bahan makanan yang diberikan pada anak usia 6 – 24 bulan tergantung pada usia kemampuan anak menerima bahan makanan tersebut. Anak usia 6 – 9 bulan sebaiknya diberikan makanan lumat, anak usia 10 – 12 bulan diberikan makanan lunak dan usia lebih 12 bulan diberikan makanan dewasa (Almatsier, 2004). Berhubung semua penerima MP ASI lokal berusia lebih dari 12 bulan, maka MP ASI yang diberikan adalah makanan orang dewasa. Hampir sebagian besar responden (74,3%) menerima MP ASI lebih dari dua jenis atau kombinasi berbagai bahan makanan dan hanya dua orang (5,7%) responden yang menerima susu, 3 orang responden (8,6%) menerima susu dan biskuit dan sebanyak 4 responden menerima uang (11,4%).

Perkembangan Berat Badan

Dari hasil analisis secara deskriptif dengan berdasarkan rata-rata berat badan, terlihat adanya kecenderungan peningkatan berat badan pada setiap bulannya seperti terlihat pada Tabel 1

Tabel 1. Peningkatan Berat Badan Balita Usia 6 – 24 Bulan Yang Mendapat MP ASI Lokal di Puskesmas Purwokerto Selatan

No	Saat pengukuran BB	Rata-rata BB	Selisih penam bahan BB	% Peningkatan BB per bulan
1	Awal	8,0057	0	0
2	1 bulan setelah MP ASI	8,2486	0,2429	3,03
3	2 bulan setelah MP ASI	8,6000	0,5943	7,42
4	3 bulan setelah MP ASI	9,0543	1,0486	13,10

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa pada bulan ke-1 terjadi peningkatan berat badan sebesar 0,24 kg (3,03 %), bulan ke 2 sebesar 0,59 kg (7,4 %) dan pada bulan ke 3 terjadi peningkatan sebesar 1,05 kg (13,09 %) dari berat badan awal. Berdasarkan analisis ANOVA, nilai signifikansinya (p) 0,000 lebih kecil dari alpha 0,05 sehingga tidak ada perbedaan antara pemberian MP ASI lokal dengan peningkatan berat badan dari berat badan kondisi awal. Untuk mengetahui pada bulan keberapa MP ASI lokal memberikan pengaruh terhadap peningkatan berat badan dilakukan uji lanjut ANOVA dengan *Least Significance Difference/LSD*) ternyata ada perbedaan berat badan antara kondisi awal dengan berat badan setelah dua dan tiga bulan. Hasil uji ANOVA didapatkan bahwa antara berat badan bulan 1 tidak signifikan karena angka signifikansinya lebih dari alpha 0,258. Sedangkan antara bulan ke 2 dan ke 3 pemberian MP ASI menunjukkan perbedaan berat badan secara signifikan dengan nilai signifikansi 0,006 bulan ke 2 dan 0,000 bulan ke 3.

Tidak berpengaruhnya pemberian MP ASI lokal bulan 1 dengan peningkatan berat badan kemungkinan disebabkan oleh status gizi yang kurang baik sebelum MP ASI dan sasaran tidak terbiasa mengkonsumsi makanan yang bergizi terutama susu. Lambatnya peningkatan berat badan karena anak perlu menyesuaikan dengan beberapa makanan baru terutama susu, biskuit dan beberapa makanan lainnya. Susu juga bukan merupakan makanan yang biasa dikonsumsi oleh sasaran MP ASI karena harga yang mahal dan tidak terjangkau. Memasuki bulan kedua dan ketiga pertambahan berat badan terlihat lebih banyak terutama bulan ketiga. Keadaan ini disebabkan anak mulai terbiasa menerima bahan makanan baru tersebut terutama susu dan biskuit. Hasil penelitian ini tidak sesuai yang dilakukan oleh Vita dkk, 2003 bahwa pemberian MP ASI pada bulan pertama telah memberikan pengaruh yang bermakna terhadap peningkatan berat badan sasaran.

Perkembangan Status Gizi

Berdasarkan data pada tabel 2, terlihat bahwa perubahan status gizi berjalan relatif lambat terutama pada status gizi kurang yang hanya menurun dari 25,0 % menjadi 21,6 %. Sementara status gizi buruk yang tadinya 50,0% sebelum MP ASI, menurun tajam menjadi 12,5% pada bulan ke 3.

Tabel 2. Perkembangan status Gizi Balita usia 6 – 24 Bulan Yang Mendapat MP ASI Lokal di Puskesmas Purwokerto Selatan

Status Gizi	Kondisi Berat Badan saat Pengukuran									
	BB awal	%	BB telah 1 bulan	se %	BB telah 2 bulan	se %	BB telah 3 bulan	se %	Total	%
Gizi Burur	8	50,0	4	25,0	2	12,5	2	12,5	16	100
Gizi Kurang	22	25,0	23	26,1	24	27,3	19	21,6	88	100
Gizi Sedang	5	15,6	8	25,0	8	25,0	11	34,4	32	100
Gizi Baik					1	25	3	75	4	100
	35	100	35	100	35	100	35	100	140	100

Sejalan dengan menurunnya gizi buruk, terjadi peningkatan gizi sedang dari 15,6 % menjadi 34,4 % dan gizi baik terdapat 4 anak. Hasil uji *Chi Square* pemberian MP ASI lokal memberikan pengaruh terhadap perbaikan status gizi setelah bulan ketiga, meskipun hubungannya lemah dengan nilai p 0,032, kurang dari nilai alpha 0,05 dan koefisien asosiasinya 0,289. Lambatnya penurunan status gizi buruk dan kurang diduga karena asupan gizi yang tidak optimal dan tidak sesuai dengan ketentuan yaitu karbohidrat sebanyak 450 kalori dan protein sebanyak 12 – 15 gram. Penelitian ini tidak melakukan analisis terhadap jumlah energi dan protein yang ada dalam makanan, dikarenakan study ini merupakan retrospektif dan tidak melihat secara langsung kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi oleh sasaran. Pemberian MP ASI lokal dilakukan bulan Januari sampai dengan Maret 2007, sementara pengumpulan data dilakukan bulan Agustus 2007. Dari menu yang ada, dapat diperkirakan bahwa asupan zat gizi yang dikonsumsi oleh sasaran masih jauh dari anjuran zat gizi yang dianjurkan oleh Depkes, sehingga perubahan status gizi sangat lambat. Lambatnya perubahan status gizi sesuai hasil penelitian Sandjaja dkk, 2005, pemberian MP ASI selama 3 bulan belum dapat meningkatkan status gizi secara signifikan. Hal ini disebabkan berbagai faktor antara lain nilai gizi MP ASI lokal yang belum memadai untuk menutup kebutuhan, konsumsi makanan sehari-hari dibawah kecukupan, jangka waktu pemberian MP ASI yang kurang lama, MP ASI sebagai substitusi bukan sebagai suplementasi, sebagian MP ASI dikonsumsi bukan oleh sasaran. Dengan demikian MP ASI berperan dalam pencegahan penurunan status gizi dan bukan berperan dalam peningkatan status gizi.

Status gizi sebelum MP ASI dilaksanakan gizi buruk sebanyak 0,23 % dan sesudah MP ASI selama 3 bulan terjadi penurunan yang relatif tajam. Penurunan ini setelah diuji secara statistik ternyata bermakna., gizi kurang tidak ada perubahan, sedangkan gizi sedang terjadi peningkatan menjadi gizi baik.

SIMPULAN

1. Jumlah balita usia 6 – 24 bulan yang mendapat MP ASI lokal sebanyak 35 anak
2. Waktu pelaksanaan MP ASI lokal mundur 5 bulan dari pedataan awal sehingga 43 % sudah berusia lebih dari 24 bulan
3. Keadaan sosial ekonomi responden sangat rendah, semua dari keluarga miskin dengan tingkat pendidikan yang \geq SMA hanya 2,9 %
4. Jumlah anak yang dimiliki responden sebanyak 71,4 % lebih dari 2 anak
5. Bentuk MP ASI lokal yang diberikan tidak sesuai dengan petunjuk dari Depkes, sebagian besar 42,9 % diberikan bahan makanan mentah, 11,4 % diberikan dalam bentuk uang
6. Jenis MP ASI lokal sebagian besar lebih dari dua jenis sebanyak 74,3% dan uang 11,4 %.
7. Ada pengaruh pemberian MP ASI lokal dengan peningkatan berat badan terutama pada bulan ke 2 dan 3
8. Ada pengaruh pemberian MP ASI lokal terhadap peningkatan status gizi terutama pada bulan ke 3, meski hubungannya rendah dengan nilai p 0,032 dan nilai asosiasi 0,289

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Depkes, RI, 2003. *Petunjuk Teknis Pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu*, Jakarta
- Depkes RI, 2006. Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP – ASI) lokal Tahun 2006. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, 2006. *Laporan Tahunan Program Perbaikan Gizi*. Purwokerto
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) Lokal di Kabupaten Banyumas*. Purwokerto
- Endy, P.P., 1997. Gizi Dalam Masa Tumbuh Kembang. Sub Bagian Gizi Anak SMF Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

Notoatmodjo, S. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta

Pemerintah Republik Indonesia bekerjasama dengan WHO, 2000. *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001 – 2005*. Jakarta

Sanjaja, Mulyati, M., Saidin, M., Suhartato, dan Yekti, W. Peranan Pemberian Makanan Tambahan Pada Anak Umur 6 – 23 Bulan Pada Saat Krisis Ekonomi, Puslitbang Gizi, Bogor.

Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta

Suwarti, S. Amelia, Muljati, S. Rustan, E., Reviana, Harahap, H dan Sihadi. 2003. *Pemulihan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan di Puskesmas*. Puslitbang Gizi Bogor.

Supariasa, I. D. N., Bachyar B dan Ibnu F. 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta

Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP, 1977. *Simposium Peningkatan Penggunaan ASI pada Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi dan Anak*, Semarang.