

PENGARUH PEMBERIAN MP-ASI TERHADAP TINGKAT MORBIDITAS ANAK DI
INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)

THE INFLUENCE OF COMPLEMENTARY FOOD OF BREAST MILK
TO CHILDREN MORBIDITY LEVEL IN INDONESIA
(DATA ANALYSIS OF IDHS IN 2017)

Nurhalina¹ D Purbayanti² R Ardina³ M Fitriyanto⁴

^{1,2,3} Program Studi Analisis Kesehatan UM Palangkaraya

⁴ BKKBN Provinsi Kalimantan Tengah

Email: nurhalina@umpalangkaraya.ac.id/

ABSTRAK

Hasil SDKI Tahun 2017 menunjukkan bahwa tingkat morbiditas anak di Indonesia masih cukup tinggi dengan gejala utama yang ditemukan adalah ISPA, diare dan demam. Sementara itu terdapat 43% bayi di Indonesia tidak mendapatkan ASI, 48% tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 60% anak mendapatkan pemberian makanan belum sesuai dengan rekomendasi WHO. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pola pemberian makanan terhadap tingkat morbiditas anak di Indonesia dengan melakukan analisis terhadap data SDKI Tahun 2017. Metode penelitian ini adalah *observational study* dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional study*). Populasi studi adalah WUS yang terealisasi dalam SDKI 2017. Sedangkan sampel adalah WUS yang memiliki anak berusia ≤ 2 tahun dengan kriteria inklusi anak mengalami sakit pada periode survey, sampel dieklusi apabila telah meninggal dunia atau tinggal bersama orang lain dan memiliki riwayat berat badan lahir < 2500 gram. Analisis data menggunakan uji *chi-square* dan analisis *multivariate* dengan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola pemberian MP-ASI ($p\text{-value}=0.033$, $OR=1.214$) berpengaruh terhadap tingkat morbiditas anak di Indonesia.

Kata Kunci: MP-ASI, Morbiditas Anak, SDKI

ABSTRACT

The results of the 2017 IDHS show that the level of child morbidity in Indonesia is still quite high with the main symptoms found are ARI, diarrhea and fever. Meanwhile, 43% of infants do not get breast milk, 48% do not get exclusive breastfeeding and 60% of children receive food not in accordance with WHO recommendations. The purpose of this study was to determine the effect of feeding patterns on the level of child morbidity in Indonesia by analyzing the IDHS data 2017. The method was an cross sectional study. The population was women of childbearing age realized in the 2017 IDHS and sample who had children aged ≤ 2 years and having sick during the survey period. Sample was excluded if the children had died or lived with other people and had a history of birth weight <2500 gram. Data analysis used chi-square test and multivariate analysis with logistic regression. The results showed that the pattern of giving complementary food (p -value = 0.033 and OR=1.214) influenced to the level of child morbidity in Indonesia.

Keywords: Complementary food, child morbidity, IDHS

PENDAHULUAN

Di Indonesia trend kematian anak telah menurun yaitu AKN dari 20 per 1000 kelahiran hidup hasil SDKI 2002-2003 menjadi 15 per 1000 kelahiran pada Tahun 2017. Sedangkan AKB dari 35 per 1000 kelahiran hidup hasil SDKI 2002-2003 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup pada SDKI Tahun 2017. Begitupula dengan AKBA sebesar 46 per 1000 kelahiran hidup pada SDKI tahun 2002-2003 menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup pada SDKI Tahun 2017 [1]. Meskipun demikian tujuan SDGs (Goals 3) belum sepenuhnya tercapai yaitu menurunkan AKN menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup dan AKBA menjadi 25 per 1000 kelahiran hidup. Begitupula jumlah kematian AKB dan AKBA secara absolut masih tinggi terutama kematian pada usia neonatal [2].

Berdasarkan hasil SDKI Tahun 2017 menunjukkan bahwa prevalensi anak dengan

gejala ISPA cenderung tinggi pada anak yang ibunya tidak sekolah dan anak dari keluarga kuintil terbawah. Sedangkan prevalensi demam pada anak ditemukan bahwa tidak ada perbedaan prevalensi Balita yang demam pada SDKI 2012 dan SDKI 2017, yaitu 31%. Balita yang pernah menderita diare dalam 2 minggu sebelum survey sebanyak 14%, dimana 5 per 1.000 anak menderita diare dengan disertai darah [2].

Refrensi [3] menyebutkan penyebab kematian bayi berumur 0-11 bulan dari tahun 1995-2007 masih tetap sama berturut-turut adalah perinatal *disorder*, diare, pneumonia, meningitis, *congenital malformation*, *tetanus septicaemia*. Sedangkan penyebab kematian neonatal dini (0-6) hari dari seluruh kematian neonatal (0-28 hari) sebesar 77.2% adalah gangguan saluran pernapasan. Sedangkan penyebab kematian anak Balita (12-59 bulan)

adalah diare, gangguan pernapasan, *external cause*, *dengue*, TB paru, malaria dan *malignancy* [4]. D Ismail & E Huriyati (2014) menemukan fakta bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi Balita dengan kejadian penyakit infeksi pada anak ($p < 0.05$) [5].

Sejalan dengan penelitian Refrensi [5] bahwa ada hubungan asupan protein, seng dan zat besi terhadap riwayat penyakit infeksi pada anak. Dimana anak-anak yang memiliki asupan protein, seng dan zat besi yang cukup cenderung terhindar dari penyakit infeksi. Dengan demikian penyebab utama kematian anak sebagian besar dapat dicegah apabila didukung oleh data dan informasi yang akurat [6]. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pola pemberian makanan pada anak terhadap tingkat morbiditas anak di Indonesia Tahun 2017 sehingga dapat menjadi informasi bagi pihak terkait untuk pengembangan program berbasis data SDKI Tahun 2017 terutama yang berhubungan dengan kesehatan anak di Indonesia.

Berdasarkan hasil SDKI Tahun 2017 bahwa di antara anak umur di bawah 2 tahun, 57% mendapat ASI dalam 1 jam setelah lahir. Begitupula dengan pemberian ASI eksklusif; Separuh (52%) anak umur di bawah 6 bulan mendapat ASI eksklusif. Median lama pemberian ASI eksklusif adalah 3 bulan. Berdasarkan praktek pemberian makanan pendamping ASI yaitu kelompok makanan

yang banyak dikonsumsi oleh anak 6-23 bulan, yaitu makanan yang terbuat dari biji-bijian, buah dan sayuran kaya vitamin A, serta daging/ikan/daging unggas.

Jika dilihat dari praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA): 4 (Empat) dari sepuluh anak 6-23 bulan mendapatkan praktik PMBA sesuai dengan rekomendasi. Sedangkan berdasarkan konsumsi zat gizi mikro anak, persentase anak 6-23 bulan yang mengkonsumsi makanan kaya vitamin A cukup tinggi yaitu 86% dan zat besi 71%. Berdasarkan konsumsi zat gizi mikro ibu: Separuh (52%) wanita menerima kapsul vitamin A masa nifas dan 44% wanita mengkonsumsi tablet/sirup tambah darah masa kehamilannya sesuai dengan yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan. Jika dilihat dari data tersebut maka pola pemberian makanan pada anak di Indonesia sudah cukup baik, namun angka kesakitan terutama ISPA, diare dan demam masih cukup tinggi [2]. Oleh karena diperlukan analisis lebih lanjut tentang pengaruh pola pemberian makanan terhadap tingkat morbiditas anak di Indonesia.

METODOLOGI

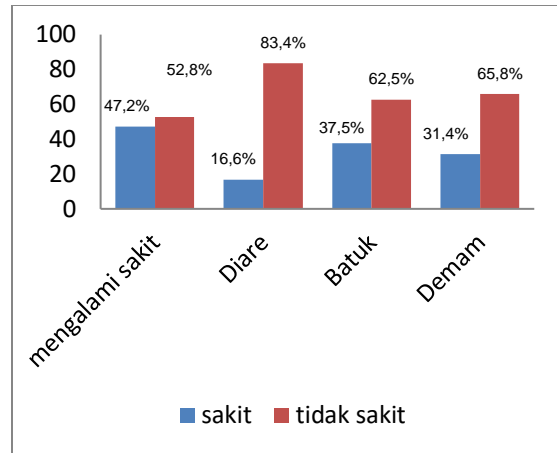
Design penelitian ini adalah *observasional Study* dengan menggunakan rancangan potong lintang (*cross sectional study*) yaitu meneliti pejanan studi sekaligus faktor pejanan (*exposure*) dengan sebuah penyakit/ masalah kesehatan tanpa arah dimensi penyelidikan tertentu (*non-directional*

dimension) [12]. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) Tahun 2017 yang dilakukan oleh BKKBN, BPS dan Kemenkes RI Tahun 2017. Populasi studi dalam penelitian ini adalah Wanita Usia Subur yang terealisasi dalam SDKI Tahun 2017 Sedangkan sampel adalah wanita usia subur yang memiliki anak < 2 tahun dan mengalami sakit. Metode penarikan sampel dalam penelitian ini menggunakan *metode total sampling* dengan kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah WUS telah memiliki anak yang berusia ≤ 2 tahun dan mengalami sakit pada periode survei. Sampel dieklusi apabila: (1) Anak telah meninggal dunia; (2) Anak tidak tinggal serumah dengan ibu; (3) Anak dengan riwayat kelahiran BBLR. Data SDKI yang digunakan dalam penelitian ini adalah IDKR71FL dengan sistem pengkodean SDHS.

Data kemudian dianalisis secara bivariate dengan menggunakan *Uji Chi-Square*, dan multivariate dengan dengan regresi logistic untuk melihat variable yang paling dominan dan Odds Ratio (OR) dalam pengaruhnya terhadap tingkat morbiditas anak di Indonesia.

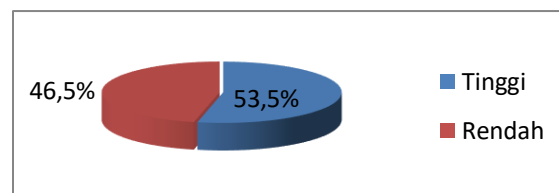
HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang ditujukan pada gambar 1 menunjukkan bahwa anak yang mengalami sakit sebesar 47.2% diantaranya mengalami diare 16.6%, BAB disertai darah (3.3%), batuk (37.5%), napas cepat dan pendek (28.0%), demam (34.1%).



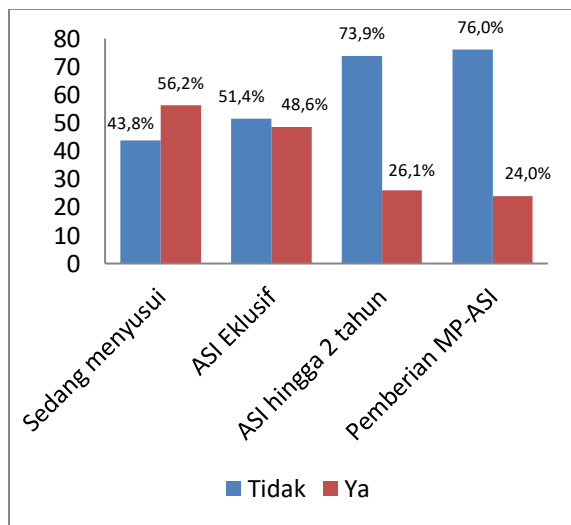
Gambar 1 Gambaran Morbiditas Anak di Indonesia Tahun 2017 (SDKI, 2017)

Berdasarkan Provinsi, insiden diare tertinggi di Kalimantan Utara (23.5%). Sedangkan di Kalimantan Tengah kejadian diare diatas angka nasional yaitu 22.5%. Sedangkan insiden demam secara nasional dilaporkan mencapai 34.1 %. Kejadian tertinggi di Provinsi Yogyakarta (73.1%) dan Papua Barat (73.0%) sedangkan di Provinsi Kalimantan Tengah kejadian demam diatas angka nasional yaitu 63.1%. Begitupula dengan insiden batuk pada anak secara nasional sebesar 37.5 %. Dimana insiden tertinggi di Provinsi Kalimantan Utara (48.3%) dan Gorontalo (48.1%) sedangkan di Provinsi Kalimantan Tengah kejadian batuk diatas angka nasional yaitu 40.1%.



Gambar 2. Tingkat Morbiditas Anak di Indonesia (Sumber: SDKI, 2017)

Tingkat morbiditas tinggi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami lebih dari satu gejala sakit secara bersamaan pada periode survey. Sedangkan tingkat morbiditas rendah adalah anak yang hanya mengalami 1 gejala sakit pada periode survey. Tabel 4.7 menunjukkan mayoritas anak memiliki tingkat morbiditas yang tinggi (53.5%).



Gambar 3. Pola Pemberian Makanan Pada anak di Indonesia

Gambar 3 menunjukkan bahwa anak yang berusia >6 bulan sebagian besar yang mengalami morbiditas tinggi tidak menerima ASI eksklusif (57.4%). Sedangkan pada usia 0-2 tahun sebagian besar sedang menerima ASI (55.7%), tidak menerima ASI hingga 2 tahun (72.8%), dan pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan rekomendasi WHO (77.3%)

Tabel 1 Pengaruh Pola Pemberian Makanan Terhadap Tingkat Morbiditas Anak

Variabel	B	SE	p-value	OR	95% CI	
					Low	Upper
Pola Pemberian MP-ASI	.14	.09	0.03	1.21	1.01	1.45

Tabel 1. Menunjukkan hasil analisis multivariat bahwa variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat morbiditas anak di Indonesia adalah pola pemberian MP-ASI dan tingkat kekayaan keluarga serta tidak ada confounding dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak dengan pola pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan rekomendasi WHO memiliki risiko 1.214 kali mengalami lebih dari satu gejala sakit pada waktu bersamaan dari pada anak yang diberi MP-ASI sesuai dengan rekomendasi WHO setelah dikontrol dengan variabel umur, tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, pemberian ASI eksklusif, pekerjaan suami/pasangan, tingkat pendidikan suami/pasangan dan tipe tempat tinggal. Begitupula dengan anak yang berasal dari keluarga dengan kuartil kekayaan menengah ke bawah (sangat miskin dan miskin) berisiko 0.915 kali mengalami lebih dari satu gejala sakit pada periode yang sama (morbiditas tinggi) disbanding anak yang berasal dari

keluarga dengan kuartil kekayaan menengah ke atas.

PEMBAHASAN

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan pada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain 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. Selama kurun waktu 4-6 bulan pertama ASI masih mampu memberikan kebutuhan gizi bayi, setelah 6 bulan produksi ASI menurun sehingga kebutuhan gizi tidak lagi dipenuhi dari ASI saja. Peranan makanan tambahan menjadi sangat penting untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi tersebut [7].

MP-ASI yang baik harus mencakup makanan yang beragam untuk menjamin kecukupan zat gizi terutama zat gizi mikro. Keragaman makanan minimal paling sedikit 4 kelompok makanan dalam menu anak ditambah 1 (satu) kelompok makanan hewani dan 1 (satu) kelompok makanan buah dan sayur. Kelompok makanan hewani, buah dan sayur harus dimasukkan dalam MP-ASI. Empat kelompok makanan tersebut harus berasal dari 7 kelompok makanan berikut ini: umbi-umbian dan biji-bijian; kacang-kacangan; susu dan produk olahannya; daging (daging sapi,

daging unggas, ikan, hati/jeroan); telur; buah dan sayur sumber vitamin A; serta buah dan sayur lainnya) [8].

Berdasarkan keragaman, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak dengan morbiditas tinggi memperoleh makanan yang kurang beragam dalam hal ini tidak sesuai dengan rekomendasi WHO (< 4 jenis makanan) yaitu 77.3%. Dimana sebagian besar tidak pernah menerima/ mengkonsumsi: kentang dan sejenisnya (71.9%), telur (56.8%), daging (73%), kabu/wortel (61.9%), sayuran hijau (49.7%), buah yang mengandung vitamin A (67.1%), buah jenis lain (77.5%), hati/ organ lainnya (88.5%), ikan (63.9%) dan tidak pernah diberi kacang-kacangan (75.7%).

Berdasarkan informasi sebagian besar anak berusia 6 bulan di Indonesia belum mendapat MP-ASI, rata-rata pemberian MP-ASI dimulai sejak bayi berusia 7 bulan. Namun peneliti tidak memperoleh informasi yang memadai dalam SDKI yang dapat menjelaskan fenomena tersebut. Ada kemungkinan ibu atau keluarga menunda inisiasi pemberian makanan pendamping ASI sampai bayi mau menerima makanan pendamping atau karena faktor lain yang belum diketahui. Namun hal tersebut dapat memberikan efek nutrisi yang buruk dan mengganggu pencegahan alergi [9], [10].

Menurut WHO, MP-ASI harus diberikan tepat waktu (diberikan mulai dari 6 bulan ke atas), cukup (jumlah, frekuensi,

konsistensi dan keragaman) dan tekstur makanan yang diberikan sesuai dengan umur anak. Pertumbuhan dan perkembangan bayi yang sehat membutuhkan asupan nutrisi dan energi yang tinggi per kilogram berat badan [8]. Namun keterbatasan dalam penelitian ini, peneliti tidak menemukan informasi yang memadai dalam SDKI tentang jumlah, frekuensi dan konsistensi pemberian makanan pada anak, sehingga yang menjadi ukuran peneliti terbatas pada indikator keragaman makanan yang diperoleh anak.

Selain kualitas dan kuantitas makanan yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI adalah sanitasi dan higienitas makanan. Makanan dan minuman yang terkontaminasi parasit, dapat menyebabkan berbagai penyakit termasuk diare dan keracunan makanan [9], [10]. Makanan dan minuman dapat terkontaminasi dengan tinja manusia atau hewan melalui air, makanan kaleng yang terkontaminasi, susu yang belum dipasteurisasi atau daging yang kurang matang dari hewan yang terinfeksi [11]. Kontak dekat dengan sekresi hewan yang terinfeksi juga dapat menularkan infeksi ke manusia [12]. Dalam penelitian ini sebagian besar keluarga memiliki sumber air minum berupa air isi ulang (30.0%), namun tidak ada informasi dalam SDKI tentang sumber air minum isi ulang yang dikonsumsi oleh keluarga dan kualitas fisik air. Begitupula dengan kepemilikan jamban, sebagian besar telah memiliki toilet (65.6%), namun tidak ada

informasi dalam SDKI tentang jarak jamban dengan sumber air keluarga.

Selain itu keterbatasan penelitian ini, kami tidak memiliki informasi yang memadai tentang jenis susu yang dikonsumsi anak, kondisi atau sumber daging atau ikan yang dikonsumsi serta kepemilikan kandang hewan dekat rumah sehingga memungkinkan kontaminasi terhadap anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. BKKBN, BPS, Kementrian Kesehatan RI. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. 2018. Jakarta : BKKBN
2. United Natio. Sustainable Development Goals; Knowledge Platform. Sustainabledevelopment.un.org. 2017
3. S Djaja, Y Wuriawan, Iram., Maisya. *Tren Penyakit Penyebab Kematian Bayi dan Anak Balita di Indonesia dalam Periode Tahun 1997-2007*. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 2009; Vol.8, No.4; 1100-1107
4. AT Abeng D Ismail & E Huriyati. Sanitasi, Infeksi dan Status Gizi Anak Balita di Kecamatan Tenggara Kabupaten Kutai Kartanegara. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2014; Vol.10 (3) : 159-168
5. E Sundari., Nuryanto. Hubungan Asupan Protein, Seng, Zat Besi, dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Z Score TB/ U Pada Balita. *Journal of Nutrition College* .2016; Vol 5 (4) : 520-529
6. Mufida, Lailina., TD Widyaningsih., JM Maligan. Prinsip dasar makanan

- Pendamping Air Susu Ibu untuk anak 6-24 bulan : Kajian Pustaka. *Jurnal Pangan dan Agroindustri*. September 2015 : Vol 3 (4), Hal :1446-1651
7. WHO. *Guiding principles for complementary feeding of the breast child*. Geneva: Switerland, 2008.
 8. Hilbig A, Alexy U, Kersting M. Beikost: Breimahlzeiten oder Finger Food? Ein Kommentar des FKE zum ‚Baby-led Weaning‘ Monatschr Kinderheilkd. 2014; 162:616–622.
 9. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Schulz H, et al. Allergic manifestation 15 years after early intervention with hydrolyzed formulas—the GINI Study. *Allergy*. 2016; 71:210–219.
 10. Farhadi T, Hashemian SM. Constructing novel chimeric DNA vaccine against *Salmonella enterica* based on SopB and GroEL proteins: An *in silico* approach. *J Pharm Investig* 2017. [In press]. [doi: 10.1007/s40005-017-0360-6].
 11. Singh BB, Khatkar MS, Aulakh RS, Gill JPS, Dhand NK. Estimation of the health and economic burden of human brucellosis in India. *Prev Vet Med* 2018; 154:148-55.
 12. Saleh, M., Rahcim, LH. Hubungan Kondisi sanitasi lingkungan dengan kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja puskesmas baranti kabupaten sidrap tahun 2013. *Jurnal kesehatan*. 2014 : Vol.2 (1)
 13. Putra, ADP,., Rahardjo, Mursid,., Joko, tri. Hubungan sanitasi dasar dan personal higiyene dan kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas tasikmadu Kabupaten KarangAnyar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Januari 2017; Vol 5 (1), Hal 422-429.
 14. RJR Sinaga,., SM Lubis,.,MB Darus. Kajian Faktor Sosial Ekonomi Masyarakat Terhadap Ketahanan Pangan Rumah Tangga di Medan. *Journal on Social Economic of Agroculture and agribussines*. 2013: Vol 2 (5).
 15. Casey PH, Szeto K, Lensing S, Bogle M, Weber J. Children in Food-Insufficient, Low-Income Families: Prevalence, Health, and Nutrition Status. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155 (4):508–514. doi:10.1001/archpedi.155.4.508
 16. Chen E, Karen AM, Boyce WT. Socioeconomic differences in children’s health: how and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*. 2002; 128 (2): 295-329).
 17. Machmud Rizanda. Pengaruh Kemiskinan Keluarga Pada Kejadian Pnemonia Balita di Indonesia. *Jurnal kesehatan Masyarakat Nasional*. Agustus 2009.Vol 4 (1), Hal : 36-41
 18. J. Lawrence Aber and and Neil G. Bennett Dalton C. Conley Jiali Li [The](#)

[Effects of Poverty on Child Health and Development.](#) Annual Review of Public Health 1997 18:1, 463-483