PENGEMBANGAN DAN PENGORGANISASIAN MASYARAKAT

DOSEN PEMBIMBING

Syamsul Alam, SKM., M.Kes.

DISUSUN OLEH

St. Hamidah

70200119024

KESMAS C

**JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
TAHUN AJARAN 2020**

Tema : Pemberdayaan Potensi Masyarakat Dan Keluarga Sebagai Upaya Perbaikan Gizi Anak Balita

Judul :

PELATIHAN PEMBERIAN ASI DAN MP-ASI KEPADA IBU UNTUK PEMENUHAN STATUS GIZI BALITA DI PERKOTAAN DAN PEDESAAN

PENDAHULUAN

Menurut Depkes tahun 2006 *Global Strategy for Infant and Young Child Fedding WHO/UNICEF* merekomendasikan 4 hal penting yang harus dilakukan untuk mencapai tumbuh kembang anak meliputi memberikan ASI kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan hanya ASI saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan makanan pendamping ASI (MP ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Dwi Erma Kusumawati, Ansar, Bahja, 2019).

Menurut Adriani pada tahun 2014 Golden age (periode emas) merupakan sebuah periode yang sangat penting sejak janin sampai dengan usia dua tahun. Pada dua tahun pertama kehidupan tersebut terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang dimulai sejak janin. Jika pemenuhan gizi pada masa tersebut baik, maka proses pertumbuhan dan perkembangan dapat optimal. Jika kebutuhan zat gizi kurang maka dapat berisiko menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada seluruh organ dan sistem tubuh sehingga akan berdampak pada masa yang akan datang (Sary & Hidayati, 2018).

Menurut Pollard tahun 2016 ASI merupakan makanan utama dan paling sempurna bagi bayi. Dimana ASI mengandung hampir semua zat gizi dengan komposisi sesuai dengan kebutuhan bayi untuk tumbuh dan berkembang secara optimal (Alam & Syahrir, 2016). WHO dan UNICEF menganjurkan agar para ibu

memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping lainnya hingga bayi berusia enam bulan. Karena produksi ASI setelah 6 bulan semakin menurun sedangkan bayi terus mengalami pertumbuhan. Sehingga, kebutuhan gizi pada bayi tidak mencukupi hanya dari ASI saja. Oleh karena itu diberikan makanan pendamping ASI (Widyawati et al., 2016).

Makanan pendamping ASI (MP ASI) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai usia 24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. ASI pun harus tetap diberikan kepada bayi, paling tidak sampai usia 24 bulan. Peranan makanan tambahan bukan sebagai pengganti ASI tetapi untuk melengkapi atau mendampingi ASI (Alam & Syahrir, 2016). Menurut Derapheak tahun 2013 hal itu disebabkan karena pada usia 0-24 bulan merupakan periode masa kritis dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, karena di masa ini periode tumbuh dan kembang anak yang paling optimal baik untuk intelegensi maupun fisiknya. Periode ini dapat juga terwujud apabila anak mendapatkan asupan gizi baik makro dan mikro yang baik sesuai kebutuhannya secara optimal (Abeng & Hardiyanti, 2019).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2008-2009 menunjukkan angka kematian balita sebesar 46 per 1.000 kelahiran hidup atau setiap hari ada 566 kematian balita. Sedangkan status gizi pada tahun 2009 jumlah anak kurang gizi sebesar 5 juta dan anak dengan status gizi buruk sekitar 1,5 juta dan 150.000 anak menderita gizi buruk tingkat berat (marasmuskwasiorkor) (Elisanti, 2017). Kejadian gizi kurang pada anak dapat disebabkan oleh ketidaktahuan ibu tentang pentingnya dan bagaimana cara pemberian ASI dan MPASI yang benar (Sofiana, 2020). Kejadian tersebut dapat dihindari apabila ibu memiliki pengetahuan yang cukup tentang manfaat ASI dan MPASI guna pemeliharaan gizi anak. Pemberian ASI dan MPASI yang tidak tepat akan menimbulkan gangguan pada pencernaan dan status gizi anak. Berdasarkan penelitian bahwa terdapat hubungan antara pemberian MPASI dengan status gizi anak (Lestari, 2012). Sedangkan menurut Afriyani tahun 2016 faktor lain yang dapat berhubungan dengan pemberian MPASI

meliputi pendidikan ibu, pendapatan dan dukungan serta tradisi (Damayanti et al., 2020).

Sementara menurut Depkes tahun 2005 penyebab utama dari gizi kurang pada balita adalah kemiskinan sehingga akses pangan anak terganggu. Setiap keluarga mempunyai masalah gizi yang berbeda-beda tergantung pada tingkat sosial ekonominya. Pada keluarga yang kaya dan tinggal di perkotaan, masalah gizi yang sering dihadapi adalah masalah kelebihan gizi yang disebut gizi lebih. Anggota keluarga ini mempunyai resiko tinggi untuk mudah menjadi gemuk dan rawan terhadap penyakit. Sedangkan pada keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah atau sering disebut keluarga miskin, pada umumnya sering menghadapi masalah kekurangan gizi yang disebut gizi kurang. Resiko penyakit yang mengancam adalah penyakit infeksi terutama diare dan infeksi saluran pernapasan atas (Suryani, 2017).

Ungkapan dari Almatsir tahun 2007 bahwasanya kecukupan gizi dan pangan merupakan salah satu faktor terpenting dalam mengembangkan kualitas sumber daya manusia, sebagai indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Dalam hal ini gizi ternyata sangat berpengaruh terhadap kecerdasan dan produktivitas kerja manusia. Agar perencanaan upaya peningkatan status gizi penduduk dapat dilakukan dengan baik maka semua aspek yang berpengaruh perlu dipelajari termasuk aspek pola pangan. Sosial-budaya dan pengaruh konsumsi makanan terhadap status gizi (Elisanti, 2017).

PEMETAAN STATUS GIZI BALITA DI INDONESIA

Dalam penelitian Alinea Dwi Elisanti pada tahun 2017 terdapat 4 indikator status gizi balita. Berikut ini adalah pemetaan indikator status gizi balita menggunakan program ArchView GIS 3.3.(Elisanti, 2017).

1. Pemetaan Balita Kurang Konsumsi Kalori di Indonesia

Sebaran balita kurang konsumsi kalori yang termasuk dalam kategori tinggi terdapat di Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Bengkulu, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Selatan, NTT, NTB, Maluku

Utara dan Papua. Sedangkan balita kurang konsumsi kalori yang termasuk dalam kategori rendah yaitu di Propinsi Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, Banten, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta dan Irian Jaya Barat.

2. Pemetaan Balita Kurang Konsumsi Protein di Indonesia

Balita kurang konsumsi protein pada tahun 2010 terbanyak di provinsi NTT, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara dan Papua. Sedangkan terendah di provinsi NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur dan Gorontalo.

3. Pemetaan Balita dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Indonesia

Sebaran Bayi BBLR di Indonesia tertinggi di Provinsi Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, NTB, NTT, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Maluku Utara dan Papua. Sedangkan terendah di Provinsi di Banten, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara dan Maluku.

4. Pemetaan Balita Gizi Buruk di Indonesia

Jumlah Balita Gizi Buruk tertinggi terdapat di Provinsi NAD, Sumatera Utara, Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, NTT, NTB, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo dan Maluku. Sedangkan jumlah sebaran gizi buruk terendah yaitu di Provinsi Sumatera Barat, Bengkulu, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali.

Masalah gizi pada balita ini akan menjadi kompleks ketika intervensi dari pemerintah untuk kemiskinan sangat lemah terutama pada komunitas perikanan, komunitas pertanian tradisional dan komunitas perkotaan sehingga tidak mampu memberikan perubahan untuk kesejahteraan masyarakat dan menimbulkan masalah balita gizi buruk dan gizi kurang (Elisanti, 2017). Balita dapat meningka peluang

memiliki gizi lebih apabila balita tersebut tinggal dengan keluarga yang berpendapatan tinggi, memiliki ibu yang berpendidikan lebih lama, tinggal diwilayah perkotaan, mengonsumsi makanan yang beragam, mengonsumsi air minum yang aman, dan memiliki akses terhadap sanitasi yang aman (Rahmawati et al., 2019).

PEMBERIAN ASI

Makanan bayi yang paling utama adalah Air Susu Ibu (ASI) karena ASI mengandung hampir semua zat gizi dengan komposisi sesuai kebutuhan bayi tetapi kecukupan komposisinya hanya sampai usia 4 bulan. Cadangan vitamin dan mineral dalam tubuh bayi yang didapat dari ibu semasa dalam kandungan dan selama usia 3 bulan sejak lahir sudah mulai menurun, sedangkan dari ASI kandungan vitamin A dan C serta zat besi sudah tidak terlalu tinggi oleh karena itu sejak usia 4 bulan sudah perlu diberikan makanan tambahan yang mengandung vitamin dan mineral selain tetap memberikan ASI. Menurut Septiana tahun 2014 pada usia 6 bulan pencernaan bayi mulai kuat sehingga pemberian MP-ASI bisa diberikan karena jika terlalu dini akan menurunkan konsumsi ASI dan mengalami gangguan pencernaan tetapi apabila terlambat akan menyebabkan kurang gizi bila terjadi dalam waktu yang panjang (Mahardhika et al., 2018).

Durasi menyusui di Negara berkembang tergolong tinggi tetapi praktek menyusui masih kurang baik. Di Filipina dan Srilanka, praktek menyusui hanya dilakukan sekitar 4 bulan. Sedangkan di Indonesia, Pakistan dan Thailand hanya dilakukan hampir 2 bulan (Singh,2010). Cakupan ASI Eksklusif di Indonesi masih rendah, di antaranya disebabkan penyebarluasan informasi mengenai ASI di antara petugas kesehatan dan masyarakat yang tidak optimal, yaitu hanya sekitar 60% masyarakat tahu informassi tentang ASI dan baru ada sekitar 40% tenaga kesehatan terlatih yang bisa memberikan konseling menyusui. Rendahnya cakupan ASI juga dipengaruhi oleh teknik menyusui yang salah (Kristiyanti, 2014). Faktor yang mempengaruhi dalam pemebrian ASI diantaranya usia ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu dan paritas ibu (Septia,2012). Teknik menyusui

merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produksi ASI (Alam & Syahrir, 2016).

Oleh karena itu perlunya untuk memberikan pengetahuan tentang teknik menyusui harus, langkah-langkah menyusui, cara pengamatan teknik menyusui, lama frekuensi menyusui, dan personal hygiene dalam pemberian ASI. Mengapa personal hygiene juga dimasukkan kedalam materi pengetahuan yang akan diberikan kepada ibu pada saat pelatihan karena didasari pada data dari WHO pada tahun 2014, diare menjadi penyebab 1,5 juta kematian anak di dunia, 80% dari kasus tersebut adalah anak yang berusia dibawah dua tahun. Prosentase yang cukup mencengangkan, dalam sehari ada sekitar 460 balita meninggal karena diare. Angka kejadian diare di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Menurut Piogoma Tahun 2008 faktor yang mempengaruhi kejadian diare, antara lain yang paling sering adalah ketersediaan air bersih, sanitasi buruk dan perilaku hidup tidak sehat, sedangkan secara klinis dapat disebabkan oleh infeksi, malabsorpsi, makanan, dan psikologis (Alam & Syahrir, 2017).

Berdasarkan studi basic human services (BHS) di Indonesia tahun 2014, perilaku masyarakat dalam mencuci tangan adalah sebaiknya dilakukan : setelah buang air besar 12 %, setelah membersihkan bayi dan balita 9 %, sebelum makan 14 %, sebelum membersihkan makanan bayi 7%, dan sebelum menyiapkan makanan 6%. Sementara studi BHS lainnya terhadap perilaku pengelolaan air minum rumah tangga menunjukkan 99,20% merebus air untuk mendapatkan air minum, tetapi 47,5% ini tersebut masih mengandung *Escherichia Coli* (Alam & Syahrir, 2017).

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013, insiden penyakit diare pada balita adalah 17,0%, CFR Kejadian Luar Biasa (KLB) diare di Indonesia pada tahun 2011 adalah 0,29% meningkat menjadi 2,06% di tahun 2012 lalu mengalami penurunan di tahun 2013 menjadi 1,08%. Sedangkan pada tahun 2013 Sulawesi selatan ada pada peringkat ketiga setelah Papua dan NTT yaitu 10,2% balita yang penderita diare (Alam & Syahrir, 2017).

Oleh karena itu penting bagi ibu mengetahui bagaimana dan kapan saja personal hygiene harus dilakukan, karena selain faktor-faktor yang telah disebutkan diatas personal hygiene juga penting untuk kita berikan edukasi kepada ibu agar dapat mengaplikasikannya terhadap diri sendiri, keluarga, dan sekitarnya kare hal tersebut akan sangat bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain dalam melindungi kesahatan kita.

Seperti yang dinyatakan dalam teori green (1990) bahwa nilai-nilai dan keyakinan seseorang merupakan faktor predisposisi suatu perilaku. Hal itu juga yang dianut oleh ibu-ibu dewasa ini dalam memberikan ASI kepada anak mereke, nilai yang baik yang diberikan oleh ibu menyusui akan memotivasi ibu untuk terus menyusui bayinya. Walaupun demikian masih ada ibu multipara yang tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya disebabkan karena pengetahuan ibu yang kurang, kondisi payudara yang kurang memungkinkan untuk menyusui dan pemberian makanan atau minuman prelaktal (Alam & Syahrir, 2016)

PEMBERIAN MP-ASI

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi dan diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan, guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. MP-ASI diberikan sesuai dengan uur dari balita yaitu MPASI bayi umur 6-9 bulan, MP-ASI bayi umur 9-12 bulan dan MP-ASI bayi umur 12-24 bulan (Abeng & Hardiyanti, 2019). Tujuan dari pemberian MPASI adalah sebagai pelengkap zat gizi pada ASI yang kurang dibandingkan dengan usia anak yang semakin bertambah. Dengan usia anak yang semakin bertambah maka kebutuhan anak pun bertambah, sehingga perlu adanya MPASI untuk melengkapi. MPASI juga mengembangkan kemampuan anak untuk menerima berbagai variasi makanan dengan bermacam-macam rasa dan bentuk sehingga dapat meningkatkan kemampuan bayi untuk mengunyah, menelan, dan beradaptasi terhadap makanan baru (Damayanti et al., 2020).

Pemberian MP-ASI harus memperhatikan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang didasarkan pada kelompok usia dan tekstur makanan yang sesuai dengan usia balita. Pemberian MP-ASI dini juga tidak baik dilakukan karena di usia tersebut kemampuan pencernaan balita belum siap menerima makanan tambahan sehingga akan berakibat banyak balita mengalami diare. Ibu memiliki peran sangat penting terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita. Pengetahuan gizi ibu menjadi faktor yang mempengaruhi peningkatan status gizi balita. Pengetahuan gizi berkaitan erat dengan praktik pemberian makan balita, baik itu dari sikap maupun perilaku dalam pemilihan makanan. Minimnya pemberian konseling gizi yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan dan petugas masyarakat menyebabkan para ibu tidak mampu mencegah dan mengatasi sendiri masalah gizi balitanya. Tanpa konseling yang efektif dan efisien, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan tidak akan efektif dalam menurunkan gizi yang bermasalah pada balita (Khusna & Rizkawati, 2018).

Pada kenyataannya, praktek pemberian MP-ASI dini sebelum usia 6 bulan masih banyak dilakukan di negara berkembang seperti Indonesia. Hal ini akan berdampak terhadap kejadian infeksi yang tinggi, seperti diare, infeksi saluran napas, alergi, hingga gangguan pertumbuhan. Menurut Fitriana tahun 2013 asupan nutrisi yang tidak tepat juga akan menyebabkan anak mengalami malnutrisi yang akhirnya meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Mahardhika et al., 2018).

Selain itu adapun kategori pemberian MP-ASI yang tidak cukup gizi secara kualitas dan kuantitas berdampak terhadap malnutrisi yaitu gizi kurang dan terjadinya stunting terutama pada anak di bawah usia 2 tahun. Bila tidak tertangani secara dini maka anak yang mengalami malnutrisi tersebut menjadi sumber daya manusia yang produktivitasnya rendah dan berisiko mengalami penyakit tidak menular. Peran petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan MP-ASI terbukti dapat meningkatkan pola pikir dan tingkat kepedulian ibu untuk memberikan asupan makanan yang baik, namun perlu ditambahkan praktik cara pembuatan MP-ASI

supaya perilaku pemberian MP-ASI menjadi tepat secara jumlah dan jenisnya (Arini et al., 2016).

Berdasarkan SDKI 2012 menunjukkan bahwa 71,5% anak usia 6-24 bulan mendapatkan makanan dari sayuran dan buah yang kaya vitamin A dan sebesar 37% diberi makan sesuai dengan semua praktik IYCF (Infant and Young Child Feeding Practice) yang direkomendasikan (produk susu atau susu dengan keragaman yang memadai dan frekuensi makan). Hal ini menunjukkan bahwa masih ada anak yang belum mendapatkan makanan yang kaya vitamin A dan pemberian MP-ASI yang belum sesuai standar WHO (Cooperative assistance and Relief Everywhere). Menurut Kementerian RI, 2014, peningkatan derajat kesehatan masyarakat salah satunya dilakukan melalui peningkatan peran serta masyarakat termasuk swasta dan masyarakat madani. Kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan peran serta masyarakat di antaranya adalah menggerakkan masyarakat untuk memanfaatkan posyandu sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan dasar yang tumbuh dan berkembang di masyarakat. Salah satu yang berperan serta dalam menggerakkan masyarakat adalah petugas kesehatan (Abeng & Hardiyanti, 2019).

Hal ini juga ditunjang dengan pernyataan Fuada, Mulyati dan Hidayat (2011) bahwa faktor yang berhubungan dengan status gizi pada anak balita tergantung dengan tempat tinggalnya dimana di perkotaan tingkat sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan orang tua dan tinggi badan orang tua, sedangkan di pedesaan faktor yang berhubungan adalah status sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan, tinggi badan orang tua, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan angka kecukupan konsumsi protein. Kehidupan di daerah perkotaan lebih tergantung pada pendapatan yang dicapai dibanding dengan sektor pertanian dan sumber daya alam. Menurut Lisa dkk tahun 2004 persentase perempuan perkotaan yang mendapatkan pendapatan diluar rumah lebih banyak sedangkan jumlah anggota keluarga lebih sedikit, sehingga pengasuhan anak terjangkau. Selain itu di daerah perkotaan lebih besar ketersediaan pangan, perumahan, layanan kesehatan, dan kesempatan kerja. Listrik, air dan sanitasi rata-rata lebih luas tersedia daripada di daerah pedesaan (Sholikah et al., 2017).

Oleh karena itu dibutuhkan pelatihan kepada ibu dalam pemberian MP-ASI yang secara kualitas dan kuantitas dapat memenuhi kebutuhan gizi balita. Selain itu diperlukan inovasi MP-ASI guna memperkaya pengetahuan ibu dalam mengelola sumber daya alam yang ada di sekitarnya seperti hasil laut, hasil pembudidayaan sayur-sayuran dan sebagainya. Selain untuk konsumsi pribadi pengetahuan yang dimiliki juga dapat dikembangkan menjadi sebuah usaha yang dapat meningkatkan perekonomian masyarakat setempat.

Hasil laut yang diolah menjadi MP-ASI dengan proses memilih bahan dan teknik olah yang benar, mengemas dan menyajikan hasil olahan yang lebih menarik konsumen, menerapkan sanitasi hygiene pada pengolahan, menerapkan perhitungan keuntungan dan metode penjualan ke pasar atau swalayan besar (Fitri, Rahmawati, 2015). Produk MP-ASI yang laku keras di pasaran adalah pudding rumput laut, bubur ikan dan kerupuk ikan (Aryani, 2010) (Sary & Hidayati, 2018).

Sebagaimana dalam penelitian Yessy Nur Endah Sary dan Tutik Hidayati pada tahun 2018 di wilayah pesisir Kalibuntu Probolinggo dimana terdapat banyak penduduk miskin perkampungan nelayan di Pesisir Kalibuntu sangatlah kumuh. Anak-anak bayi dan balita banyak yang mengalami gizi kurang bahkan gizi buruk. Hal ini sangatlah kontras dengan kekayaan alam laut di Pesisir Kalibuntu. Bayi dan balita setiap hari hanya makan makanan seadanya. Mereka jarang sekali mengkonsumsi makanan seimbang. Penyebabnya adalah karena pendapatan orang tua yang rendah, selain itu juga karena ketidaktahuan tentang manfaat dan cara mengolah hasil laut yang ada. Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan April 2017 didapatkan data bahwa Probolinggo mendapat peringkat kedua untuk daerah gizi kurang di Jawa Timur. Di Tahun 2016 terdapat 200 balita yang mengalami gizi kurang tepatnya di Pesisir Kalibuntu Kabupaten Probolinggo. Penyebab gizi kurang adalah karena pola dan asupan makanan balita yang mengandung gizi kurang (Sary & Hidayati, 2018).

Sehingga dengan adanya penelitian tersebut memberikan jalan bagi masyarakat pesisir Kalibuta untuk memperoleh pengetahuan baru dalam mengolah sumber daya alamnya dan juga untuk meningkatkan perekonomian mereka. Dimana

telah dilakukan pemberdayaan masyarakat pesisir Kalibuntu untuk mengolah hasil laut menjadi makanan pendamping ASI yang bisa dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhan gizi anak mereka dan juga dapat diperjualbelikan di supermarket, indomart atau alfamart sehingga hasil laut tidak hanya dijual langsung dalam mentahan sehingga pendapatan masyarakat bisa meningkat, selain itu ibu-ibu rumah tangga yang tidak mempunyai pekerjaan bisa diberdayakan (Sary & Hidayati, 2018).

Selain itu dalam rujukan penelitian yang lain juga didapati pemanfaatan rumput laut lawi-lawi dan pangan local lainnya untuk menghasilkan sebuah produk pangan local untuk meningkatkan kebutuhan gizi masyarakat. Rumput laut lawi-lawi memiliki kandungan gizi yang cukup tinggi sebagai sumber protein nabati maupun mineral. Jenis rumput laut ini, mengandung protein 17 – 27%, lemak 0,08 – 1,9%, karbohidrat 39 – 50%, serat 1,3 -12,4%, dan kadar abu 8,15 – 16,9% serta kadar air yang tinggi 80 – 90% (Verlaque et al, 2003 dalam Burhanuddin, 2014: 8). Untuk menambah kandungan gizi produk olahan berbahan dasar rumput laut lawi-lawi, dibutuhkan penambahan pangan lokal lain yang dapat dioptimalkan keberadaannya dan merupakan sumber protein nabati serta kaya akan Fe dan zat gizi lainnya. Sebenarnya kualitas protein dari golongan nabati masih tergolong rendah dibandingkan protein hewani, namun kombinasi sumber nabati yang bervariasi mampu memberikan efek komplementari asam amino esensial (Winarno, 2002 dalam Estiningtyas, 2014: 9). Tempe merupakan salah satu bahan makanan yang tepat. Setiap 100 gram tempe mengandung protein 20,8 gram, lemak 8,8 gram, serat 1,4 gram, kalsium 155 mg, fosfor 326 mg, zat besi 4 mg, vitamin B1 0,19 mg, dan karoten 34 µg (Bastian, dkk, 2013: 5). Salah satu jenis produk makanan yang saat ini sering dikonsumsi di masyarakat mulai dari anak-anak hingga dewasa adalah roti, maka dari itu dari bahan lokal tersebut diolah menjadi roti yang bercita rasa local (Syarfaini et al., 2019).

Tidak hanya pemanfaatan hasil laut dan rumput laut yang dapat kita olah menjadi makanan yang bernilai gizi tinggi, tetapi dalam penelitian M. Syarfaini, Fais Satrianegara, Samsul Alam dan Amriani pada tahun 2017 juga memanfaatkan ubi

jalar ungu yang di olah menjadi biskuit sebagai alternative perbaikan gizi di masyarakat. Pemanfaatan ubi jalar didasari pada data dimana produktivitas ubi jalar di Indonesia pada tahun 2014 sebanyak 152,00 ku/ha meningkat 5,61% pada tahun 2015 sebesar 160,53 ku/ha (Badan Pusat Statistik, 2015). Berdasarkan data dari Dinas Pertanian Sulawesi Selatan tahun 2015 tercatat pada tahun 2015 produksi ubi jalar di Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 71.677 ton terjadi kenaikan sebesar 4.035 ton dari tahun 2014 dengan produksi sebesar 67.642 ton. Penghasil ubi jalar terbesar di Sulawesi Selatan ada di Kabupaten Bone dengan produksi sebesar 21.688 ton, disusul Kabupaten Gowa sebesar 6.033 ton, Kabupaten Takalar 5.731 ton dan Kabupaten Maros sebesar 4.612 ton (Syarfaini et al., 2017).

Kandungan gizi ubi jalar ungu varietas antin-3 yaitu sebanyak 150,7 mg antosianin, 1,1% serat, 18,2%, pati, 0,4% gula reduksi, 0,6% protein, 0,70 mg zat besi dan 20,1 mg vitamin C (Balitbangtan, 2016). Sehingga diolahlah ubi jalar ungu tersebut menjadi biskuit, karena berdasarkan pada data asosiasi tahun 2012 konsumsi biskuit diperkirakan meningkat 55-85% didorong oleh kenaikan konsumsi domestik. Biskuit dikonsumsi oleh seluruh kalangan usia, baik bayi maupun dewasa mengkonsumsi biskuit dengan jenis yang berbedabeda (Sari, 2013). Oleh karena itu segala bahan pangan dapat kita olah menjadi makanan yang bermanfaat dalam pemenuhan kebutuhan gizi dan juga dari sisi peningkatan perekonomian masyarakat setempat (Syarfaini et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Abeng, A. T., & Hardiyanti, L. (2019). Pengaruh Pelatihan Oleh Kader Posyandu Terhadap Praktek Ibu Dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). *Bina Generasi: Jurnal Kesehatan*, 1(11), 1–7.
- Alam, S., & Syahrir, S. (2016). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Teknik Menyusui Pada Ibu Di Puskesmas Patallang Kabupaten Takalar. *Al-Sihah*, 8(2),

1–9.

- Alam, S., & Syahrir, S. (2017). Hubungan Personal Hygiene Pemberian Susu Formula Dengan Kejadian Diare Pada Bayi di Kelurahan Dannaung Kecamatan Ujung Loe Kabupaten Bulukumba Tahun 2016. *Higiene*, 3(2), 76–86. <http://journal.uin-alaudidin.ac.id/index.php/higiene/article/view/3699/3372>
- Arini, F. A., Sofianita, N. I., & Ilmi, I. M. B. (2016). Pengaruh Pelatihan Pemberian MP ASI Kepada Ibu dengan Anak Baduta Di Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Terhadap Pengetahuan dan Perilaku Pemberian MP ASI. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 13(1), 80–89.
- Damayanti, L., Utami, M. P., Muhammad, R. W., Rahmawati, U., Wimpy, & Listiawati, E. (2020). Pelatihan Siapkan ASI Bunda Sadari, Paham Dan Upgrade Kebutuhan MP-ASI Balita Anda. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 2(4), 59–64.
- Dwi Erma Kusumawati, Ansar, Bahja, F. H. (2019). Workshop Praktek Pemberian Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) Bagi Baduta Pada Kader Posyandu. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Elisanti, A. D. (2017). Pemetaan Status Gizi Balita di Indonesia. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 1(1), 37–42. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v1i1.2017.pp37-42>
- Khusna, A. N., & Rizkawati, L. (2018). Perancangan Sistem Informasi Panduan Gizi Makanan Balita. *Seminar Nasional Informatika Medis (SNIMED)*, 3–8.
- Mahardhika, F., Malonda, N. S. ., & Kapantow, N. H. (2018). Hubungan Antara Usia Pemberian Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) Pertama Kali Dengan Status Gizi Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kombos Kota Manado. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 7(3), 1–7.

- Rahmawati, F. N., Mulyaningsih, T., & Daerobi, A. (2019). Pengaruh Karakteristik Rumah Tangga, Keragaman Makanan, Lingkungan Hidup terhadap Status Gizi Balita. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(4), 367. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v15i4.7929>
- Sary, Y. N. E., & Hidayati, T. (2018). Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Dalam Mengolah Hasil Laut Menjadi Mp Asi Terhadap Ekonomi. *Jurnal Kesehatan Terpadu*, 2(2), 613–618. <https://doi.org/10.36002/jkt.v2i2.534>
- Sholikah, A., Rustiana, E. R., & Yuniastuti, A. (2017). Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Pedesaan dan Perkotaan. *Public Health Perspective Journal*, 2(1), 9–18.
- Suryani, L. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru. *Journal Of Midwifery Science*, 1(2), 47–53.
- Syarfaini, Damayati, D. S., Susilawaty, A., Alam, S., & Humaerah, A. M. (2019). Analisis Kandungan Zat Gizi Roti Rumput Laut Lawi-Lawi (*Ceulera racemosa*) Substitusi Tempe Sebagai Alternatif Perbaikan Gizi Masyarakat. *Al-Sihah : Public Health Science Journal*, 11(1), 95.
- Syarfaini, Satrianegara, M. F., Alam, S., & Amriani. (2017). Analisis Kandungan Zat Gizi Biskuit Ubi Jalar Ungu (*Ipomoea batatas* L . Poiret) Sebagai Alternatif Perbaikan Gizi Di Masyarakat. *Public Health Science Journal*, 9(2), 138–152.
- Widyawati, Febry, F., & Destriatania, S. (2016). Analisis Pemberian MP-ASI Dengan Status Gizi Pada Anak Usia 12-24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lesung Batu, Empat Lawang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 139–149. <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.2.139-149>