

**TESIS**

**PENGARUH INTERVENSI PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP KUALITAS MP-ASI (*DIETARY DIVERSITY*) PADA BAYI USIA 6-11 BULAN DI BATUI SELATAN KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

***EFFECT MATERNAL MENTORING INTERVENTION ON DIETARY DIVERSITY OF COMPLEMENTARY FEEDING IN INFANTS 6-11 MO IN SOUTH BATUI, BANGGAI REGENCY CENTRAL SULAWESI PROVINCE***

Disusun dan diajukan oleh

**Reny Losa Pagappong**

**K012201033**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**PENGARUH INTERVENSI PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP KUALITAS  
MP-ASI (*DIETARY DIVERSITY*) PADA BAYI USIA 6-11 BULAN DI BATUI  
SELATAN KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi**

**Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:**

**RENY LOSA PAGAPPONG**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PENGARUH INTERVENSI PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP KUALITAS MP-ASI (*DIETARY DIVERSITY*) PADA BAYI USIA 6-11 BULAN DI BATUI SELATAN KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

Disusun dan diajukan oleh


**RENY LOSA PAGAPPONG**  
K012201033


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 18 Agustus 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping,

  
Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK  
NIP. 19630318 199202 2 001

  
Rahayu Indriasari, SKM., MPH, Ph.D  
NIP. 19761123 200501 2 002

  
Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., MSc.PH, Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

  
Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Reny Losa Pagappong  
NIM : K012201033  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**PENGARUH INTERVENSI PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP KUALITAS MP-ASI (*DIETARY DIVERSITY*) PADA BAYI USIA 6-11 BULAN DI BATUI SELATAN KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 19 Agustus 2022

Yang menyatakan



Reny Losa Pagappong

## PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan hasil penelitian yang berjudul **Pengaruh Intervensi Pendampingan Gizi Terhadap Kualitas MP-ASI (*Dietary Diversity*) pada Bayi Usia 6-11 Bulan di Batui Selatan Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah** disusun guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.KM) dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang turut membantu dan penyelesaian penelitian ini. Terima kasih kepada kedua orang tua penulis **Yan Pagappong** dan **Kristina Tanggalo** atas dukungan, motivasi dan doanya yang menghantarkan penulis hingga sampai ke tahap ini.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada Ibu **Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK.** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Ibu **Rahayu Indriasari, SKM, MPHCHN., Ph.D** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, saran dan koreksinya dalam pembuatan tesis ini yakni Bapak **Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes**, Ibu **Dr. Suriah, SKM., M.Kes**, dan Bapak **Prof. Yahya Thamrin, SKM., M.Kes, MOHS., Dr.PH.** Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh yang maha kuasa dengan limpahan rahmat dan karunia-Nya. Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar – besarnya. Rasa hormat dan terimakasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc. selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., MSc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

3. Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D selaku Ketua Tim Penelitian Penanganan Stunting di Luwuk Banggai yang telah mengajarkan dan memberi pengalaman berharga dalam melakukan tugas dan tanggung jawab dalam penelitian.
5. Seluruh dosen dan staff administrasi Jurusan Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan moril bagi penulis, baik selama proses pendidikan maupun dalam penulisan proposal penelitian ini.
6. Kakak saya Irma Citra Pagappong dan Indriani Citra Pagappong yang selalu memberi dukungan dan doanya.
7. Kepada sahabat saya dari kuliah S1 Susanti Mammai, Mitalia Riska, dan Amelia Pasolon yang selalu memberi dukungan dan doanya.
8. Kepada sesama tim peneliti di Luwuk Banggai Kak Fandir, Kak Kina, dan Kak Lulu, kerja sama tim dan suka duka selama penelitian menjadi pengalaman dan pembelajaran untuk saya.
9. Kepada semua teman-teman S2 Kesehatan Masyarakat angkatan Tahun 2020 yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu.

Dalam penulisan tesis ini terdapat berbagai macam hambatan dan tantangan, namun semuanya dapat teratasi dengan penuh kesabaran dan keikhlasan serta bantuan, bimbingan, kritikan dan saran dari berbagai pihak. Penulis juga menyadari bahwa tesis ini jauh dari kata sempurna, sehingga penulis sangat mengharapkan kritikan dan saran yang membangun demi kesempurnaan tulisan ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan khususnya bagi penulis.

Makassar, 11 Agustus 2022

P e n u l i s

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
LEMBAR KEASLIAN TESIS .....	iv
PRAKATA .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
ABSTRAK .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.4 Manfaat Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	11
2.1 Status Gizi .....	11
2.2 Pendampingan Gizi.....	13
2.3 Makanan Pendamping ASI (MP-ASI).....	17
2.4 Asupan Makanan .....	25
2.5 Dietary Diversity.....	34
2.6 Kerangka Teori .....	40
2.7 Dasar Pemikiran Konsep yang Diteliti .....	41
2.8 Kerangka Konsep .....	42
2.9 Hipotesis .....	43
2.10 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	44
BAB III METODE PENELITIAN .....	45
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	45
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	46
3.3 Populasi dan Sampel .....	46
3.4 Pengumpulan Data .....	47
3.5 Instrumen Penelitian .....	48
3.6 Pelaksanaan Intervensi.....	48
3.7 Alur Penelitian.....	56
3.8 Pengolahan dan Analisis Data .....	57
3.9 Penyajian Data.....	58
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	59
4.1 Hasil.....	59
4.2 Pembahasan.....	76
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....	88
5.1 Kesimpulan .....	88
5.2 Saran .....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	90
LAMPIRAN.....	98

## DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 2.1	Penilaian Status Gizi Anak Berdasarkan Antropometri ..... 13
Tabel 2.2	Pola Pemberian Makanan untuk Baduta..... 21
Tabel 2.3	Angka Kecukupan Gizi Makro yang dianjurkan..... 23
Tabel 2.4	Sintesis Penelitian Rujukan..... 37
Tabel 2.5	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif..... 44
Tabel 3.1	Susunan Materi Penyuluhan Kelompok Intervensi..... 51
Tabel 3.2	Matriks Pendampingan MP-ASI pada Ibu Baduta 6-11 Bulan ..... 54
Tabel 4.1	Karakteristik Responden umur ibu, Pendidikan, pekerjaan, Agama, Suku, Pendapatan orang tua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol..... 60
Tabel 4.2	Karakteristik Usia Anak, Jenis Kelamin Anak, Riwayat ASI dan MPASI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ..... 62
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi umur ibu, Pendidikan, pekerjaan, Agama, Suku, Pendapatan orang tua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol..... 64
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi Usia anak, Jenis Kelamin Anak, Riwayat ASI dan MPASI ..... 65
Tabel 4.5	Hubungan Suku Terhadap Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya pada Kelompok Intervensi..... 66
Tabel 4.6	Hubungan Suku Terhadap Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya pada Kelompok Kontrol..... 66
Tabel 4.7	Hasil Uji Beda Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya pada Kelompok Intervensi dan Kontrol ..... 67
Tabel 4.8	Hasil Uji Beda Variabel Berat Badan, Panjang Badan, BB/U, PB/U dan BB/PB ..... 67
Tabel 4.9	Hasil Uji Beda Variabel Asupan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol..... 68
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol ..... 69
Tabel 4.11	Hasil Uji Beda Skor Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya Sebelum dan Sesudah dilakukan Pendampingan pada Kelompok Intervensi..... 70
Tabel 4.12	Hasil Uji Beda Skor Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya Sebelum dan Sesudah dilakukan Penyuluhan pada Kelompok Kontrol..... 71
Tabel 4.13	Hasil Uji Beda Skor Variasi Jenis Makanan Anak Sesuai dengan Usianya pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi ..... 72



Tabel 4.14 Hasil Uji Beda Variabel Selisih Berat Badan, Selisih Panjang Badan, Z Skor BB/U, Z Skor PB/U dan Z Skor BB/PB Sesudah Intervensi .....	73
Tabel 4.15 Hasil Uji Beda Variabel Asupan Zat Gizi Makro dan Mikro Sebelum dan Sesudah Intervensi .....	74

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Bagan Kerangka Teori .....	40
Gambar 2.2 Bagan Kerangka Konsep .....	42
Gambar 3.1 Skema Rancangan Penelitian.....	44
Gambar 3.2 Bagan Alur Penelitian .....	56

## Lampiran

<i>Food Recall</i> 24 Jam .....	1
Kusioner Penelitian ( <i>KoBoCollect</i> ) .....	2
Surat Rekomendasi Kode Etik .....	3
Surat Izin Penelitian .....	4
Surat Selesai Penelitian .....	5
Dokumentasi .....	6
Jurnal .....	7

## DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan/ Pengertian
AKG	Angka Kecukupan Gizi
ARA	<i>Arachidonic Acid</i>
BADUTA	Bawah dua tahun
BB/U	Berat Badan/Umur
BB/PB	Berat Badan/Panjang Badan
BB/TB	Berat Badan/Tinggi Badan
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
cc	<i>cubical centimeter</i>
CFSE	<i>complementary feeding self-efficacy</i>
cm	centi meter
DEPKES	Departemen Kesehatan
DHA	<i>Docosahexaenoic Acid</i>
e-PPGBM	<i>Electronic-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat</i>
g	gram
Gernas PPG	Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
gls	gelas
HPK	Hari Pertama Kehidupan
IMT	Indeks Massa Tubuh
KDT	Kelompok Diskusi Terarah
KKal	Kilo Kalori
kg	Kilo gram
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
m	meter
MDD	<i>Minimum dietary diversity</i>
ml	Mili liter
MP-ASI	Makanan Pendamping-Air Susu Ibu
PB/U	Panjang Badan/Umur
PPT	Power Point
ptg	potong
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
sd	Standar Deviasi
sdm	Sendok makan
Stranas	Strategi Nasional
TB/U	Tinggi Badan/Umur
TGP	Tenaga Gizi Pendamping
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
WHO	<b><i>World Health Organization</i></b>
WUS	Wanita Usia Subur
Zn	Zink

## ABSTRAK

**RENY LOSA PAGAPPONG.** *Pengaruh Intervensi Pendampingan Gizi Terhadap Kualitas MP-ASI (Dietary Diversity) pada Bayi Usia 6-11 Bulan di Batui Selatan Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah* (dibimbing oleh **Citrakesumasari** dan **Rahayu Indriasari**)

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dalam hal variasi jenis makanan anak usia 6-23 bulan di Indonesia masih rendah dan lebih rendah di Sulawesi Tengah. Penelitian ini dilakukan untuk menilai pengaruh intervensi pendampingan ibu dalam pemberian makan pendamping yang beragam pada bayi 6-11 bulan.

Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimental. Kelompok intervensi menerima pendampingan ibu dan kelompok kontrol tidak menerima. Subjek adalah ibu yang terdiri dari kelompok intervensi ( $n = 30$ ) dan kelompok kontrol ( $n = 30$ ). Intervensi dilakukan selama 2 bulan dengan mengunjungi rumah seminggu sekali. Pengukuran MP-ASI (*dietary diversity*) digunakan recall 24 jam, dilakukan sebelum dan sesudah intervensi, analisis distribusi frekuensi digunakan chi square, analisis perbedaan pre post menggunakan wilcoxon dan perbedaan antara kedua kelompok menggunakan mann whitney.

MP-ASI (*dietary diversity*) pada kedua kelompok signifikan dan terjadi peningkatan, dimana pada kelompok intervensi ( $3,07 \pm 1,23$  hingga  $5,10 \pm 1,47$ )  $p=0,001$  dengan selisih ( $2,03 \pm 1,18$ ) dan kelompok kontrol ( $4,77 \pm 1,13$  hingga  $5,33 \pm 1,51$ )  $p=0,011$  dengan selisih ( $0,05 \pm 1,43$ ) dan hasil p-value yang diperoleh 0.001. Dapat disimpulkan bahwa pemberian penyuluhan dan pendampingan gizi selama dua bulan dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam memberikan MP-ASI (*dietary diversity*) yang baik dibanding hanya pemberian penyuluhan. Program pemerintah diharapkan dapat mengadopsi pendampingan gizi untuk memperbaiki kualitas MP-ASI.

**Kata kunci:** Pendampingan, *dietary diversity*, MP-ASI



## ABSTRACT

**RENY LOSA PAGAPPONG.** *Effect of Maternal Mentoring Intervention on Dietary Diversity of Complementary Feeding in Infants 6-11 Mo in South Batui, Banggai Regency, Central Sulawesi Province (supervised by Citrakesumasari and Rahayu Indriasari)*

The provision of complementary foods for breastfeeding in terms of various food types for children aged 6-23 months in Indonesia was inadequate and lower in Central Sulawesi. This study assessed the effect of maternal mentoring intervention Dietary Diversity of Complementary Feeding in Infants 6-11 Mo.

The research was designed quasi-experimental. Intervention group received maternal assistance and control group did not receive. The subject was a mother consisting of an intervention group (n = 30) and a control group (n = 30). The intervention is carried out for 2 months by visiting the house once a week. Measurement of complementary food (dietary diversity) was used 24-hour recall, carried out before and after the intervention, frequency distribution analysis used chi square, pre post difference analysis using wilcoxon and differences between the two groups using mann whitney.

Complementary Feeding (dietary diversity) in both groups was significant and there was an increase, where in the intervention group ( $3.07 \pm 1.23$  to  $5.10 \pm 1.47$ )  $p=0.001$  with a difference ( $2.03 \pm 1.18$ ) and the control group ( $4.77 \pm 1.13$  to  $5.33 \pm 1.51$ )  $p=0.011$  with a difference ( $0.05 \pm 1.43$ ) and the p-value results obtained 0.001. It can be concluded that providing counseling and nutritional assistance for two months can increase mothers' knowledge in providing good complementary food (dietary diversity) compared to just providing counseling. The government program is expected to adopt nutritional assistance to improve the quality of complementary food.

**Keywords:** Maternal Mentoring, dietary diversity, Complementary Feeding



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Anak merupakan generasi penerus bangsa dan harus dipersiapkan sejak dini untuk kelangsungan hidupnya, menciptakan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, dan mampu bersaing dengan bangsa lain. Anak berhak atas kepuasan, perlindungan dan penghormatan terhadap hak asasinya, salah satunya adalah hak atas kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Peningkatan kualitas sumber daya manusia merupakan upaya pemerintah dalam pembangunan kesehatan. Rencana nasional yang dilaksanakan meliputi upaya peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak. Program Percepatan Pengurangan Keterlambatan Motor 1000 HPK merupakan langkah yang tepat dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Perawatan berfokus pada pemantauan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini, yang rentan terhadap keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Anak usia dini adalah masa sejak lahir sampai dengan usia enam tahun, dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat (SUN Movement, 2018).

Temuan dari India menunjukkan bahwa penyebab utama status gizi buruk pada anak di bawah usia dua tahun adalah masalah infeksi dan praktik pemberian makan yang salah (Ali et al., 2014). Salah satu upaya untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal adalah dengan memberikan nutrisi yang baik dan cukup, pemantauan kesehatan dan pola asuh yang baik. Deteksi dini status gizi dan perkembangan merupakan langkah awal dalam perencanaan program. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi di bawah 0-5 bulan cenderung lebih rentan terhadap gizi buruk dan akan berdampak pada status perkembangannya nanti (NIHRD, 2018).

Sebuah ancaman gizi di dunia, 165 juta anak di bawah usia 5 tahun kekurangan pasokan, lebih dari 90% dari mereka di Afrika dan Asia. Pada tahun 2017, sekitar 22,2% (atau 150,8 juta) anak di bawah usia lima tahun mengalami stunting secara global. Anak-anak ini memulai hidup mereka dengan kerugian yang nyata: Mereka menghadapi kesulitan belajar di sekolah, memiliki pendapatan yang lebih rendah sebagai orang dewasa, dan menghadapi hambatan untuk berpartisipasi dalam komunitas mereka (UNICEF *et al.*, 2018). Target global adalah menurunkan stunting sebanyak 40% pada tahun 2025. Untuk itu dibutuhkan penurunan 3,9% per tahun.

Status gizi anak di Indonesia masih menjadi masalah yang perlu diintensifkan. Menurut Riskesdas 2018, prevalensi stunting (PB/U) pada balita sebesar 29,9%, kurus/sangat kurus (BB/PB) pada balita sebesar 11,7%, dan 14,2% kurang gizi/kegemukan Ringan (BB/ L).U Tingginya angka ini mendorong program untuk melakukan terobosan-terobosan dalam mengatasi masalah gizi khususnya stunting yang berpotensi mempengaruhi tumbuh kembang anak. Stunting di Indonesia terjadi sebagai akibat dari kekurangan gizi kronis karena asupan gizi yang tidak mencukupi, penyakit, dan pemeliharaan makanan yang buruk (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, 2018).

Kajian Kesehatan Dasar mencatat bahwa prevalensi stunting pada anak di bawah 5 tahun adalah 30,8% pada tahun 2018, menurun dari tahun 2007 (36,8%) dan 2013 (37,2%). Persentase dibagi menjadi sangat pendek 11,5% dan pendek 19,3%. Prevalensi balita adalah 29,9%, dengan proporsi kategori sangat pendek masing-masing 12,8% dan 17,1%. Selain itu, untuk anak Indonesia yang sangat kurus, masing-masing 3,5% dan 6,7% (Riskesdas, 2018).

Prevalensi Stunting pada anak umur 0-23 bulan (Baduta) di Sulawesi Tengah pada tahun 2018 sebesar 27,78%, dengan pembagian kategori sangat pendek sebesar 11,71% dan pendek sebesar 16,07%. Selain itu, prevalensi anak dalam keadaan sangat



kurus sebesar 4,04% dan kurus sebesar 10,50%. Khusus Kabupaten Banggai Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Kabupaten Banggai sebesar 31,79%, kategori sangat pendek sebesar 15,70%, dan kategori pendek sebesar 16,09%. Sedangkan anak dengan kategori sangat kurus masing-masing sebesar 7,12% dan 9,43% (Sulteng, 2018).

Pemberian MP-ASI yang tidak mencukupi, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Hal ini dapat menyebabkan stunting dan malnutrisi. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah gizi buruk perlu dilakukan peningkatan kuantitas dan kualitas MP-ASI. MP-ASI sendiri diberikan pada usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi selain ASI. Setelah bayi berusia 6 bulan, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi, kebutuhan zat gizi meningkat, dan sekresi ASI mulai berkurang, sehingga bayi membutuhkan makanan tambahan sebagai pendamping ASI. (Arini *et al.*, 2017).

Proporsi konsumsi makanan anak usia 6-23 bulan di Indonesia bervariasi sebesar 46,6%, proporsi tertinggi ada di Wilayah DIY 69,2% dan terendah di Wilayah Maluku Utara 16,7%. Menurut Riskesdas Sulawesi Tengah (2018) hanya 34,6%, dimana pada anak usia 6-11 bulan 20,3%, 12-15 bulan 39,4%, 16-19 bulan 46,8%, 20-23 bulan 39,6% (Riskesdas, 2018).

Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus bertahap dalam bentuk dan kuantitas sesuai dengan kemampuan bayi. Pemberian MP-ASI dengan kualitas dan kuantitas yang memadai sangat penting untuk perkembangan fisik dan perkembangan kecerdasan anak selama masa ini, namun kebersihan sangat penting dalam pemberian MP-ASI. Higiene dan sanitasi yang buruk pada MP-ASI dapat menyebabkan kontaminasi mikroba yang meningkatkan risiko infeksi pada bayi atau infeksi lainnya. Selama 4-6 bulan pertama, ASI masih mampu mencukupi kebutuhan nutrisi bayi, setelah 6 bulan produksi ASI menurun sehingga kebutuhan nutrisi tidak lagi dipenuhi oleh ASI

saja. Peran makanan pendamping ASI penting dalam memenuhi kebutuhan gizi bayi (Umilasari & A'yun, 2018).

Studi literatur yang dilakukan oleh (Blaney *et al.*, 2015) mengenai praktik pemberian makanan pendamping ASI di Indonesia menunjukkan bahwa praktik pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 bulan ke atas masih kurang optimal, sehingga sulit untuk menurunkan angka stunting dan wasting. Faktor-faktor yang diindikasikan mempengaruhi kondisi ini meliputi keanekaragaman makanan, praktik pemberian makanan yang aktif (*responsive feeding*), konsumsi makanan tinggi zat besi serta praktik higiene dalam persiapan dan pemberian makanan (Blaney *et al.*, 2015).

Pengetahuan ibu menjadi faktor yang mendasar penyebab terjadinya stunting, berdasarkan penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa pengetahuan ibu berhubungan dengan kejadian stunting di Kecamatan Nanggalo Kota Padang (Olsa *et al.*, 2017). Kejadian gizi kurang pada anak dapat disebabkan oleh ketidaktahuan ibu tentang pentingnya dan bagaimana cara pemberian ASI dan MP-ASI yang benar. Kejadian tersebut dapat dihindari apabila ibu memiliki pengetahuan yang cukup tentang manfaat ASI dan MPASI guna pemeliharaan gizi anak.

Pemberian ASI dan MP-ASI yang tidak tepat akan menimbulkan gangguan pada pencernaan dan status gizi anak. Berdasarkan penelitian bahwa terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak (Lestari *et al.*, 2012). Faktor lain yang dapat berhubungan dengan pemberian MPASI meliputi pendidikan ibu, pendapatan dan dukungan serta tradisi (Afriyani *et al.*, 2016).

Pengetahuan ibu mengenai gizi balita menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi pada balita, apabila pengetahuan baik maka pemberian asupan gizi pada balita juga bisa baik. Adanya hubungan pengetahuan ibu dengan pola pemberian MP-ASI, disebabkan karena kurangnya informasi yang diterima oleh ibu balita mengenai pemberian MP-ASI menyebabkan ibu balita tidak tahu

kapan pemberian MP-ASI yang baik dan tepat untuk diberikan kepada anaknya (Wahyuningsih & Khiyatoth, 2014).

Meningkatkan praktik pemberian MP-ASI melalui pendidikan gizi telah dikenal sebagai intervensi yang memiliki efek yang sangat baik yang dapat menurunkan stunting dan penyakit yang berhubungan lainnya. Konsep pendidikan gizi bertujuan untuk masyarakat dapat mengadaptasi pilihan makanan yang baik dan melakukan perilaku makan yang baik agar hidup sehat. Pendidikan gizi dapat memacu masyarakat untuk belajar makan makanan yang sehat dan meningkatkan kemampuan mereka untuk mewujudkannya (Contento, 2016).

Kegiatan intervensi praktik pemberian MP-ASI komprehensif yang berisi materi pengetahuan mengenai MP-ASI, *food preparation skills*, *responsive feeding* dan pesan gizi yang berbasis *problem nutrient* akan diterima oleh ibu Balita. Informasi yang mereka terima lewat penyuluhan dan konseling dengan beberapa media akan mempengaruhi sikap, persepsi kontrol perilaku dan norma subjektif dari ibu (Hendriyani, 2020).

Bukti empiris mendukung pentingnya pendidikan gizi untuk mempromosikan praktik pemberian makanan pendamping ASI yang baik, yang akan meningkatkan pertumbuhan anak dan keragaman makanan. Penelitian yang dilakukan (Kuchenbecker et al., 2017) menunjukkan bahwa pendidikan gizi untuk pengasuh di masyarakat dapat meningkatkan keragaman pola makan anak, bahkan di daerah rawan pangan (Kuchenbecker et al., 2017).

Temuan (Hendriyani, 2020) menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $p=0,000$ ) antara skor rata-rata untuk praktik pemberian makanan pendamping ASI dan asupan makanan antara kelompok intervensi dan kontrol. (Kim, 2016) menemukan peningkatan yang signifikan pada pola makan dan asupan makanan. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan praktik pemberian makan bayi dan

anak melalui implementasi skala besar dari intervensi komunikasi perubahan perilaku dan sosial.

Berdasarkan penelitian Dwi Erma Kusumawati tahun 2017 mengenai kelas edukasi MP-ASI di Kelurahan Pantoloan diperoleh hasil bahwa ada peningkatan yang bermakna pada Z score PB/U pada anak dari kelompok ibu yang diberi edukasi kelas MP-ASI dibandingkan dengan anak dari kelompok kelas non intervensi. Pengetahuan pemberian MP-ASI yang sesuai akan mempengaruhi sikap dan tindakan ibu-ibu pengasuh dalam pemberian makanan bayi dan anak. Indikator Antropometri PB/U merupakan penilaian status gizi untuk menentukan stunting (Kusumawati *et al.*, 2020).

Studi mengenai intervensi gizi dalam bentuk konseling untuk menurunkan stunting yang dilakukan oleh (Mistry *et al.*, 2019) di Bangladesh menemukan peningkatan praktik pemberian makan anak Balita pada kelompok intervensi. Konseling dengan tatap muka langsung dengan ibu sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan mengenai pemberian makan.

Studi mengenai pemberian pendidikan gizi pada ibu balita pernah dilakukan oleh (Hestuningtyas, 2013), tentang pendidikan gizi pada ibu balita, namun belum jelas teknik pendidikan gizi apa yang diberikan dan bagaimana pengaruhnya terhadap pemberian makanan pendamping ASI pada balita. Oleh karena itu, penelitian yang dilakukan oleh (Ismawati, 2018) melihat efektivitas penggunaan media (yaitu media leaflet, media video, media buku saku) untuk meningkatkan perilaku pemberian makanan pendamping ASI. Pemberian edukasi gizi dalam media leaflet diharapkan dapat membantu ibu mengembangkan kebiasaan pemberian makanan pendamping ASI yang baik, karena leaflet tidak hanya mudah dibawa, tetapi juga semenarik mungkin dan dipahami ibu.

Sedangkan untuk pemberian pendidikan gizi media video ibu – ibu kemungkinan untuk paham dan mengerti tentang apa itu MP-ASI juga besar karena media video disini berisikan pengertian MP ASI,

pola pemberian, frekuensi serta contoh pembuatan makanan bayi dengan bahan-bahan lokal yang mudah didapatkan sehingga ibu lebih mudah untuk mempraktikannya di rumah. Sehingga penelitian tentang pengaruh pendidikan dengan media visual, audio, dan audio visual terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita gizi kurang dan buruk menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita yang sangat signifikan.

Awal gizi yang baik akan sangat berdampak pada kehidupan pada perkembangan fisik, kognitif, dan sosial anak. 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. Pendidikan dan pemahaman orang tua khususnya ibu, memiliki peranan yang penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi anaknya (Aprillia *et al.*, 2019).

Pencegahan stunting memerlukan intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menysasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan stunting. Sejalan dengan inisiatif Percepatan Pencegahan Stunting, pemerintah meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1.000 HPK (TNP2K), 2018).

Perbaikan gizi masih perlu dioptimalkan, dan upaya Kementerian Kesehatan dalam rencana kesehatan Indonesia adalah mendorong motivasi untuk meningkatkan status gizi anak melalui pendekatan keluarga atau pemberdayaan keluarga. Kegiatan pemberdayaan keluarga berupa kegiatan pendampingan gizi sebagai strategi

perubahan perilaku untuk menerapkan gizi seimbang dari rumah dan masyarakat. Hal ini dicapai dengan memprioritaskan konsumsi berbagai makanan sesuai dengan kebutuhan tubuh dan memperkenalkan risiko penyakit (Kemenkes RI, 2019).

Dukungan keluarga berhubungan dengan pemberian MP-ASI dini pada bayi (Afriyani *et al.*, 2016; Helmi & Lupiana, 2012). Kurangnya dukungan keluarga mempengaruhi kurangnya pengetahuan anggota keluarga tentang makanan pendamping ASI yang tepat, sehingga kurangnya motivasi atau dorongan keluarga bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif (Afriyani *et al.*, 2016). Untuk menunjang tumbuh kembang anak, anak membutuhkan asupan gizi yang seimbang. Keseimbangan gizi akan berdampak pada kualitas hidup anak, jika anak kurang gizi akan mengakibatkan daya tahan tubuh melemah, mudah sakit, dan tingginya angka kematian anak.

Sejak tahun 2018, Pemerintah Kabupaten Banggai telah melakukan berbagai upaya pada delapan aksi integrasi yang merupakan pilar ketiga dari Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (Stranas Strunting). Program percepatan pencegahan stunting pada balita merupakan prioritas pemerintah saat ini di bidang kesehatan. Pemerintah telah berjanji untuk menurunkan prevalensi stunting sebesar 30,8% pada tahun 2018 menjadi 14% pada tahun 2024 menurut Riskesdas 2018 ((TNP2K), 2018).

Prevalensi stunting di Kabupaten Banggai terus bergerak turun namun masih juga ditemukan beberapa desa yang mengalami prevalensi di atas (30%) salah satunya di Kecamatan Batui Selatan. Studi Pelaksanaan penanganan stunting dan peningkatan kualitas Kesehatan di Kecamatan Batui Selatan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar dan Pemerintah Daerah Banggai, serta merupakan kerjasama pemerintah dengan JOB Pertamina-Medco E&P Tomori Sulawesi yang berkaitan dengan studi penanganan stunting dan peningkatan Kualitas Kesehatan di area operasi JOB Pertamina-Medco E&P Tomori Sulawesi.

Menurut data dasar yang dilakukan oleh peneliti bersama tim di lapangan, prevalensi stunting anak laki-laki sebanyak 25,1% dan anak perempuan sebanyak 19,7%. Praktik pemberian ASI Eksklusif pada anak usia 0-5 bulan sebanyak 75,9%, sementara untuk kualitas MP-ASI  $\geq 4$  jenis 27,7%, untuk anak usia 6-11 bulan hanya 5,7%.

Masalah gizi anak pada anak usia dini terutama saat diberikan makanan pendamping ASI sangat dipengaruhi oleh kebiasaan makan ibu. Praktik pemberian MP-ASI mencakup aspek kuantitatif dan kualitatif. Faktor yang belum banyak mendapat perhatian dan intervensi adalah variasi dalam persiapan MP-ASI, yang akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk memberikan MP-ASI yang paling tepat dan merangsang praktik pemberian makan yang positif. Penelitian yang akan dilakukan bertujuan untuk mengetahui pengaruh bimbingan terhadap kualitas makanan pendamping ASI pada bayi usia 6-11 bulan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dari latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: Apakah ada perbedaan kualitas MP-ASI pada anak usia 6-11 bulan melalui intervensi pendampingan gizi di Kecamatan Batui Selatan Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui perbedaan kualitas MP-ASI pada anak usia 6-11 bulan melalui intervensi pendampingan gizi di Kecamatan Batui Selatan Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menilai perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity* / variasi jenis makanan anak) sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi.
- b. Menilai perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity* / variasi jenis makanan anak) pada kelompok kontrol.

- c. Menilai perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity* / variasi jenis makanan anak) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Aspek Pengembangan Ilmu**

Seluruh tahapan, serta hasil penelitian yang diperoleh dapat memperluas wawasan dan sekaligus memperoleh pengetahuan empirik mengenai penerapan fungsi Ilmu kesehatan masyarakat.

##### **1.4.2 Bagi Akademisi**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber rujukan bagi penelitian selanjutnya dan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk penelitian lanjutan dengan menggunakan teori baru terhadap pengaruh intervensi pendampingan gizi terhadap status gizi dan asupan pada bayi usia 6-11 bulan.

##### **1.4.3 Bagi Pemerintah**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman dan pengetahuan serta mengembangkan pengetahuan peneliti dalam bidang kesehatan dan mengaplikasikannya di masyarakat.

##### **1.4.4 Bagi Masyarakat**

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat utamanya bagi Ibu mengenai pentingnya menjaga asupan dan status gizi anak.



## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Status Gizi**

#### **2.1.1 Pengertian Status Gizi**

Menurut (Hardinsyah & Supariasa, 2017) gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ-organ, serta menghasilkan energi Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu.

#### **2.1.2 Klasifikasi Status Gizi**

Menurut (Ariani, 2017), dalam menentukan klasifikasi status gizi harus ada ukuran baku yang sering disebut *reference*. Buku antropometri yang sekarang digunakan di Indonesia adalah WHO–NCHS (*World Health Organization–National Centre for Health Statistic*). Berdasarkan buku Harvard status gizi dapat dibagi menjadi 4 yaitu :

- a. Gizi lebih untuk *over weight*, termasuk kegemukan dan obesitas
- b. Gizi baik untuk *well nourished*
- c. Gizi kurang untuk *under weight* yang mencakup mild dan moderate PCM (*Protein Calori Malnutrition*).
- d. Gizi buruk untuk *severe PCM*, termasuk marasmus, marasmik-kwashiorkor dan kwashiorkor.

#### **2.1.3 Penilaian Status Gizi dengan Antropometri**

Antropometri adalah pengukuran ukuran tubuh, berat badan, dan proporsi tubuh. Pengukuran yang diperoleh dari antropometri dapat menjadi indikator sensitif kesehatan, perkembangan dan pertumbuhan bayi dan anak. Pengukuran

antropometri dapat digunakan untuk menilai status gizi, termasuk kelebihan dan kekurangan gizi. Antropometrik membantu memantau dampak intervensi gizi pada penyakit, trauma, pembedahan, dan malnutrisi (Lee & Nieman, 2013).

Salah satu ukuran penting dalam penilaian gizi adalah berat badan. Berat badan merupakan variabel penting dalam perhitungan prediksi kalori ekpenditur dan mengindikasikan komposisi tubuh. Berat badan harus diukur menggunakan timbangan elektronik daripada timbangan biasa. Timbangan elektronik lebih ringan, mudah di bawa dan lebih cepat dan mudah ketika digunakan. Timbangan elektronik juga menampilkan hasil secara digital dan lebih akurat. Bayi sebaiknya ditimbang di atas timbangan elektronik dengan wadah dengan keakuratan paling sedikit 10 gr (0,01 kg) (Lee & Nieman, 2013).

Panjang badan diperoleh dengan cara subjek berbaring telentang dan wajah menghadap ke atas dan dilakukan pada anak hingga usia dua puluh empat bulan atau anak yang belum bisa berdiri sendiri. Kurva pertumbuhan untuk anak hingga dua puluh empat bulan berdasarkan pada panjang badan sedangkan untuk anak usia dua hingga dua puluh tahun berdasarkan tinggi badan. Pengukuran panjang badan membutuhkan alat ukur tertentu (penahan kepala dan papan kaki yang dapat digerakkan (Lee & Nieman, 2013).

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). pendek (stunting) dapat diketahui bila seorang anak sudah

diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal.

**Tabel 2.1**  
**Penilaian Status Gizi Anak Berdasarkan**  
**Antropometri**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur ( <b>BB/U</b> ) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	<-3 SD
	Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur ( <b>PB/U</b> atau <b>TB/U</b> ) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	<-3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan ( <b>BB/PB</b> atau <b>BB/TB</b> ) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur ( <b>IMT/U</b> ) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut	Gizi buruk ( <i>severely thinness</i> )	<-3 SD

Sumber : PMK No.2 Tahun 2020 (Standar Antropometri Anak)

## 2.2 Pendampingan Gizi

### 2.2.1 Definisi Pendampingan Gizi

Pendampingan Gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi,

menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama.

### 2.2.2 Prinsip-prinsip pendampingan gizi

- a. Pemberdayaan keluarga atau masyarakat;
- b. Partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi;
- c. Melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan
- d. Tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007)

Pertimbangan yang sehat adalah aktivitas ibu, keluarga atau figur orang tua anak dalam merawat, mendukung, benar-benar fokus, dan mengevaluasi perkembangan dan perkembangan anak. Pendampingan asuhan gizi anak adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang Tenaga Gizi Pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, Kelompok Diskusi Terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Sulsel, 2007).

### 2.2.3 Indikator Kinerja Pendampingan Gizi

Indikator kinerja ini mencerminkan kinerja kader pendamping terhadap kegiatan pendampingan yang dilaksanakan. Indikator sebagai berikut (Dali, 2008):

- a. Indikator Input:  
Setiap pendamping gizi memiliki:
  - 1) Buku pedoman pendampingan
  - 2) Buku saku
  - 3) Formulir pencatatan pendampingan

- 4) Media pendampingan (Video mengenai MP ASI yang bersumber dari Kemenkes)
  - 5) Data jumlah sasaran
  - 6) Informasi masalah gizi kurang dan buruk (KEP)
  - 7) Rencana kunjungan rumah dan nasehat gizi
- b. Indikator Proses
- 1) Adanya diskusi mengenai pemberian MP ASI pada anak dan hambatan-hambatan.
  - 2) Frekuensi nasihat gizi pada keluarga sasaran.
- c. Indikator Output:
- 1) Meningkatnya skor *dietary diversity* sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
  - 2) Meningkatnya asupan makanan dari MP-ASI sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### 2.2.4 *Literatur Review* mengenai pendampingan gizi

Pendidikan ibu dan pendidikan gizi sangat berhubungan dengan status gizi anak. Pemberdayaan ibu akan sangat membantu dalam penanganan gizi terutama pada seribu hari pertama kehidupan karena akan menciptakan lingkungan dan pola asuh gizi yang baik (Ruel, MT & H, 2013). Studi yang dilakukan oleh (Bentley *et al.*, 2011) menunjukkan ibu Balita yang menerima pendidikan gizi pada pemeriksaan antenatal akan lebih cenderung memberikan makan lebih dari dua kali sehari daripada ibu yang tidak menerima pendidikan gizi sehingga anak akan tumbuh seoptimal mungkin.

Sementara itu studi yang dilakukan oleh (Christian *et al.*, 2016) menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap gizi ibu/pengasuh berhubungan signifikan dengan asupan makanan dan protein hewani rumah tangga pada anak balita.

Mereka merupakan pintu gerbang utama dalam hal memilih, menyiapkan dan menyajikan makanan pada anak-anak dan keluarga. (Smith *et al.*, 2016) menyatakan bahwa intervensi ke depan sebaiknya mempertimbangkan pendekatan keluarga dan memberikan pendidikan keterampilan menyiapkan makanan berbasis budaya lokal.

Hasil studi literatur oleh (Blaney *et al.*, 2015) menyatakan bahwa pada level individual praktik pemberian makan yang buruk di Indonesia berkaitan dengan kurangnya pengetahuan ibu/pengasuh dan kepercayaan dan persepsi salah mengenai pemberian makan yang baik untuk anak. Kurangnya pengetahuan ini berkontribusi pada kurangnya keterampilan dan kepercayaan diri ibu dalam menyiapkan makanan yang cukup dan higienis. Studi yang dilakukan oleh (Hamilton *et al.*, 2011) menyarankan pentingnya pengaruh sikap, faktor normative dan karakteristik ibu dalam keputusan pemberian MP-ASI sehingga faktor-faktor ini yang sebaiknya dilakukan dalam intervensi pemberian MP-ASI untuk memastikan ibu untuk mematuhi pedoman pemberian MP-ASI.

Banyak penelitian yang telah membuktikan adanya hubungan antara kurangnya keterampilan memasak, kepercayaan diri dalam memasak dan pilihan makanan yang buruk (Hartmann *et al.*, 2013). Sementara semakin baik keterampilan memasak akan semakin kepercayaan diri dan pembelian makanan yang sehat khususnya sayuran (Van der Horst K *et al.*, 2011). Penelitian skala besar yang dilakukan (Hamilton *et al.*, 2011) di Australia mengenai intervensi keterampilan memasak secara signifikan dapat meningkatkan kepercayaan diri responden dalam memasak dan hal lain yang berkaitan dengan penyajian makanan bergizi.

## 2.3 Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

### 2.3.1 Definisi MP-ASI

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. 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 higienitas dalam pemberian MP-ASI tersebut.

Sanitasi dan *hygienitas* MP-ASI yang rendah memungkinkan terjadinya kontaminasi mikroba yang dapat meningkatkan risiko atau infeksi lain pada 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 (Umilasari & A'yun, 2018).

Secara alamiah, bayi dilahirkan dengan kemampuan refleks terhadap makanan, seperti menghisap, menelan, dan mengunyah. Pemberian MP-ASI harus disesuaikan dengan kemampuan organ pencernaan bayi. Pertama-tama makanan yang diberikan bertekstur cair, kental, semi padat, dan terakhir makanan padat.

### 2.3.2 Tujuan Pemberian MP-ASI

- a. Memenuhi kebutuhan gizi bayi.
- b. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan

tekstur yang pada akhirnya mampu menerima makanan keluarga.

- c. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (keterampilan oromotor) (Asosiasi Dietisien Indonesia, 2014).
- d. Menanggulangi dan mencegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang sekaligus mempertahankan status gizi baik pada bayi dan anak (Siswanto, 2010).

### 2.3.3 Manfaat

Manfaat MP ASI dalam pemberian makan bayi dan anak antara lain:

- a. Memenuhi kekurangan zat gizi makro dan zat gizi mikro (terutama Vitamin A, zat besi, dan Zink) pada ASI yang sudah mulai berkurang saat usia 6 bulan.
- b. Protein hewani diutamakan dalam pemberian MP ASI untuk mencegah terjadinya anak stunting (pendek).
- c. Stimulasi keterampilan gerakan otot rongga mulut karena usia 6-9 bulan merupakan periode kritis untuk mengenalkan makanan padat untuk melatih keterampilan gerakan otot rongga mulut yang berguna untuk fungsi bicara. Apabila keterampilan tersebut tidak dilatih maka akan berisiko gangguan sulit makan dan fungsi bicara (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

### 2.3.4 Persyaratan Pemberian MP-ASI

- a. Tepat waktu (*Timely*) : MP-ASI mulai diberikan saat kebutuhan energi dan zat gizi melebihi yang didapat dari ASI.
- b. Adekuat (*Adequate*) : MP-ASI harus mengandung cukup energi, protein, dan mikronutrien.
- c. Aman (*Safe*) : penyimpanan, penyiapan dan sewaktu diberikan, MP-ASI harus higienis.



- d. Tepat Cara Pemberian (*Properly*) : MP-ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan ada nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi dan cara pemberiannya sesuai dengan umur bayi (Asosiasi Dietisien Indonesia, 2014).
- e. Bahan makanan mudah diperoleh, mudah diolah, dan harga terjangkau.
- f. Memenuhi nilai sosial, ekonomi, budaya, dan agama (Siswanto, 2010).

#### 2.3.5 Diberikan dengan Cara yang Benar

Pemberian MP-ASI memenuhi syarat sebagai berikut

- a. Terjadwal
  - 1) Jadwal makan termasuk makanan selingan teratur dan terencana
  - 2) Lama makan maksimum 30 menit
- b. Lingkungan yang mendukung
  - 1) Hindari memaksa meskipun hanya makan 1-2 suap (perhatikan tanda lapar dan kenyang)
  - 2) Hindari pemberian makan sebagai hadiah
  - 3) Hindari pemberian makan sambil bermain atau nonton televisi
- c. Prosedur makan
  - 1) Porsi kecil
  - 2) Jika 15 menit bayi menolak makan, mengemut, hentikan pemberian makan
  - 3) Bayi distimulasi untuk makan sendiri dimulai dengan pemberian makanan selingan yang bisa dipegang sendiri
  - 4) Membersihkan mulut hanya setelah makan selesai (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

### 2.3.6 Jenis dan Bahan MP-ASI

Makanan Pendamping ASI yang baik adalah terbuat dari bahan makanan segar, seperti tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayur, dan buah-buahan. Jenis-jenis MP-ASI yang dapat diberikan adalah :

- a. Makanan saring, makanan saring adalah makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang merata dan bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus, contoh: bubur susu, bubur sumsum, pisang saring/dikerok, pepaya saring, nasi tim saring, dan lain-lain.
- b. Makanan lunak, makanan lunak adalah makanan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair, contoh : bubur nasi, bubur ayam, nasi tim, pure kentang, dan lain-lain.
- c. Makanan padat, makanan padat adalah makanan lunak yang tidak nampak berair dan biasanya disebut makanan keluarga, contoh : lontong, nasi tim, kentang rebus, biskuit, dan lain-lain (Proverawati *et al.*, 2010)

### 2.3.7 Pola Pemberian Makan

Pola pemberian makan yang diterapkan pada baduta meliputi tekstur, frekuensi dan variasi makanan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan baduta, karena kondisi kurang gizi pada baduta akan bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih), sehingga pada masa ini baduta membutuhkan asupan makan yang berkualitas. Pola pemberian makan pada baduta dipengaruhi oleh budaya setempat yang dapat mempengaruhi pemilihan makanan (Notoatmodjo, 2003).

Kebiasaan makan dan selera makan anak bergantung dari pola pemberian makan untuk baduta sejak awal dikenalkan dengan bahan makanan. Pola pemberian makan

pada baduta harus dilakukan dengan tepat baik dari segi frekuensi pemberian makanan, porsi setiap makan dan variasi bahan makanan yang selalu disesuaikan dengan usia baduta. Berikut merupakan tabel pola pemberian makan yang tepat pada baduta:

**Tabel 2.2**  
**Pola Pemberian Makanan untuk Baduta**

Usia	Frekuensi Pemberian Makanan	Porsi Setiap Makan	Variasi Makanan
6-8 Bulan	2-3x/hari, tetap diberi ASI secara rutin, dapat diberikan selingan 1-2x/hari	2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml	Makanan lumat : MP-ASI saring/lumat. Dapat diberikan selingan berupa buah, biskuit, ataupun bubur sum-sum
9-11 Bulan	3-4x/hari, tetap diberi ASI secara rutin, dapat diberikan selingan 1-2x/hari	$\frac{1}{2}$ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml.	Makanan utama : MP-ASI kasar/makanan keluarga yang dimodifikasi dengan tekstur lebih lembek, bumbu ringan namun tidak pedas. Dapat diberikan selingan berupa buah, biskuit, pudding.
12-24 Bulan	3-4x/hari, tetap diberi ASI secara rutin, dapat diberikan selingan 1-2x/hari	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkok kecil atau setara dengan 175-250 ml	Makanan Utama : Makanan keluarga yang dimodifikasi dengan tekstur sedikit lembek, bumbu ringan namun tidak pedas. Dapat diberikan selingan berupa buah, kue, biskuit, pudding, bubur kacang hijau.

Sumber : (WHO, 2009)

Frekuensi makan adalah seringnya seseorang melakukan kegiatan makan dalam sehari, baik makanan utama maupun selingan. Jadwal makan sehari dibagi menjadi makan pagi (sebelum pukul 09.00), makan siang (pukul 12.00-13.00) dan makan malam (pukul 18.00-19.00). Jadwal makan tersebut disesuaikan dengan waktu pengosongan lambung yaitu 3-4 jam, sehingga akan lebih baik untuk makan dalam

rentang waktu tersebut, sehingga lambung tidak dibiarkan kosong dalam waktu yang lama (Oktaviani, 2011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Nurkomala, 2018), frekuensi makan yang direkomendasikan oleh WHO untuk anak usia 6-8 bulan adalah 2-3 kali/hari, sedangkan untuk anak usia 9-24 bulan adalah sebanyak 3-4 kali/hari. Pada subyek di usia 6-8 bulan baik pada kelompok stunting maupun kelompok tidak stunting mengkonsumsi MP-ASI sebanyak 2-3 kali/hari sesuai dengan rekomendasi. Hal ini berbeda dengan kelompok usia 9-24 bulan, lebih dari setengah subyek pada kedua kelompok mengkonsumsi MP-ASI dengan frekuensi yang rendah  $\geq 2$  kali/hari dan 2-3 kali/hari. Untuk frekuensi konsumsi MP-ASI  $\leq 2$  kali/hari pada kelompok stunting lebih tinggi dari kelompok tidak stunting, yaitu sebanyak 32,35%.

Jumlah atau porsi makan adalah suatu ukuran makan yang dikonsumsi setiap kali makan (Pratiwi, 2013). Dalam sekali makan harus mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan setiap orang atau kelompok umur (Kemenkes RI, 2014). Pada penelitian yang dilakukan oleh Widyawati, sebagian besar subyek pada kelompok stunting mengkonsumsi MP-ASI dengan porsi yang rendah, yaitu berkisar 2-3 sendok makan nasi atau bubur. Sedangkan pada kelompok tidak stunting mayoritas mengkonsumsi MP-ASI dengan porsi yang sesuai dengan usia. Sedangkan pada hasil penelitian lain menunjukkan tidak adanya hubungan porsi MP-ASI sesuai anjuran dengan status gizi anak (Widyawati *et al.*, 2016). Oleh karena itu belum dapat dipastikan bahwa porsi pemberian MP-ASI dapat mempengaruhi status gizi anak.

**Tabel 2.3**  
**Angka Kecukupan Gizi Makro yang dianjurkan**

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
0-5 Bulan	6	60	550	9	31	59	0	700
6-11 Bulan	9	72	800	15	35	105	11	900
1-3 tahun	13	92	1350	20	45	215	19	1150
4-6 tahun	19	113	1400	25	50	220	20	1450

Sumber : (AKG, 2019)

### 2.3.8 Penyediaan dan Keamanan MP-ASI

Menurut (Wardlaw, 1999) Keamanan makanan meliputi pembelian, penyimpanan, persiapan dan pemasakan makanan yang tepat yang dimana merupakan hal penting yang harus diperhatikan dalam mengelola dan menyediakan makanan untuk mencegah kesakitan yang disebabkan oleh makanan yang mengandung racun yang dihasilkan oleh organisme *foodborne illnesses* meliputi (Wardlaw, 1999).

#### a. Pembelian makanan

Kegiatan yang sebaiknya dilakukan ibu pada saat membeli makanan diantaranya: (1) ketika membeli makanan beku dan yang mudah rusak seperti daging, unggas atau ikan letakkan makanan ini di plastik terpisah agar cairannya tidak mengontaminasi makanan lain dan langsung disimpan di lemari pendingin, (2) membeli makanan dari produsen yang telah diinspeksi kesehatan dan sanitasinya, (3) hanya membeli makanan yang baik kualitasnya, segar dan tidak rusak, (4) membeli makanan yang mudah rusak sebelum waktu kadaluarsanya, (5) makanan yang mudah rusak harus disimpan di lemari pendingin, (6) memisahkan unggas dan daging dari makanan yang lain, (7) tidak membeli makanan kaleng dan dikemas yang sudah rusak, (8) tidak menghirup makanan kaleng jika sudah terbuka,

kemungkinan ada racun *clostridium botulinum* di dalamnya (Wardlaw, 1999).

b. Persiapan makanan

Aturan standar untuk persiapan makanan yang aman menurut Badan kesehatan Dunia (WHO) adalah: (1) memilih makanan kemasan yang aman, (2) memasak makanan hingga matang, (3) mengkonsumsi sesegera mungkin makanan matang, (4) menyimpan makanan matang dengan baik, (5) menghindari kontak antara makanan mentah dan makanan matang, (6) mencuci tangan sesering mungkin, (7) mengupayakan permukaan ruang dapur selalu bersih, (8) melindungi makanan dari serangga, tikus dan binatang lainnya serta (9) menggunakan air bersih (Wardlaw, 1999).

c. Pemasakan makanan

Kegiatan pemasakan merupakan kegiatan yang krusial dalam penyiapan makanan. Beberapa hal yang harus diperhatikan saat pemasakan adalah: (1) memasak makanan hingga benar-benar matang terutama daging, ikan, unggas dan telur, (2) menyajikan daging, unggas dan ikan di wadah yang bersih yang bukan wadah makanan mentah dan (3) selalu memasak daging pada temperatur yang tepat (Wardlaw, 1999).

d. Penyimpanan dan Pemanasan Kembali Makanan Matang

Saat menyiapkan makanan, tidak semua makanan habis setelah dihidangkan. Beberapa hal harus diperhatikan dalam kegiatan menyimpan dan memanaskan kembali makanan matang. Hal-hal tersebut diantaranya: (1) menyimpan makanan panas tetap panas dan makanan dingin tetap dingin dan menyimpan makanan yang telah dipotong-potong di

lemari pendingin, (2) menyimpan daging, unggas dan ikan di plastik yang tertutup rapat dan (3) mengemas semua makanan yang disimpan dalam kontainer (Wardlaw, 1999).

## **2.4 Asupan Makanan**

### **2.4.1 Definisi Asupan Makanan**

Asupan makanan adalah sejumlah makanan yang mengandung gizi yang dimakan atau dimasukkan ke dalam tubuh untuk mempertahankan hidup, memperoleh energi atau memacu pertumbuhan (Mahan & Raymond, 2017).

### **2.4.2 Zat-zat Gizi yang Penting untuk Pertumbuhan Anak**

#### **a. Energi**

Selama satu tahun pertama usia bayi dapat terjadi kenaikan dan penurunan berat badan. Jika bayi mengalami penurunan berat badan, berat badannya tidak bertambah ataupun berat badannya sangat turun, asupan zat gizi dan energinya harus diperhatikan dan dimonitor dengan baik. Begitu pula jika tidak terjadi penambahan tinggi badan pada bayi serta terjadi potensi malnutrisi hal ini harus dicari penyebabnya (Mahan & Raymond, 2017)

#### **b. Karbohidrat**

Energi dari air susu ibu hampir 40% berasal dari laktosa atau karbohidrat lain. Beberapa bayi mengalami laktosa intoleran dan membutuhkan formula yang dimodifikasi dalam makanannya. Botulism pada bayi berhubungan dengan konsumsi karbohidrat dari madu yang mengandung spora bakteri. Spora tersebut tahan panas dan tidak rusak dengan proses pengolahan sehingga madu dan sirup jagung sebaiknya tidak diberikan pada bayi kurang dari satu tahun karena

sistem imunitas mereka untuk mencegah perkembangan spora tersebut belum terbentuk (Mahan & Raymond, 2017)

c. Protein

Protein diperlukan untuk penggantian jaringan tubuh, pertumbuhan tinggi badan dan pertumbuhan. Kebutuhan protein selama pertumbuhan yang cepat saat bayi adalah yang paling tinggi per kilogram berat badan dibandingkan anak usia lain dan orang dewasa. Rekomendasi untuk asupan protein didasarkan pada komposisi air susu ibu dan diasumsikan efisiensi air susu ibu sebesar 100%. Sejak usia enam bulan makanan bayi harus ditambah dengan sumber protein yang tinggi seperti makanan hewani, susu dan sereal ditambah susu (Mahan & Raymond, 2017)

d. Lemak

Rekomendasi terbaru untuk asupan lemak pada bayi kurang dari satu tahun adalah minimum 30 gr lemak per hari. Jumlah ini sudah terpenuhi pada air susu ibu atau susu formula. Asupan lemak yang rendah akan mengakibatkan total asupan kalori yang kurang. Air susu ibu mengandung asam lemak esensial yaitu *linoleic acid* dan *alpha-linolenic acid* serta *Arachidonic Acid* (ARA) and *Docosahexaenoic Acid* (DHA). Zat-zat tersebut di atas ditemukan dalam jumlah yang cukup besar di air susu ibu tergantung dari makanan ibu (Mahan & Raymond, 2017).

e. Vitamin A

Semua bayi secara umum dilahirkan dengan cadangan vitamin A yang rendah dan bergantung pada sumber dari luar seperti air susu ibu untuk membangun cadangan tubuh. Air susu wanita di negara berkembang



biasanya mengandung konsentrasi vitamin A yang lebih rendah daripada di negara maju, yang berarti bayi baru lahir tidak memperoleh suplai yang cukup sehari-harinya. Studi yang dilakukan di Bangladesh, India dan Indonesia menunjukkan pemberian suplementasi vitamin A dapat menurunkan semua penyebab kematian pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Pemberian vitamin A pada bayi juga dapat menurunkan *case fatality rate* dan insiden demam. (Rotondi & Khobzi, 2010).

f. Zat besi

Bayi yang lahir cukup bulan memiliki cadangan zat besi yang cukup untuk pertumbuhan. Asupan zat besi yang direkomendasikan meningkat seiring peningkatan usia, pertumbuhan dan cadangan zat besi. Saat usia empat hingga enam bulan anak yang hanya diberi ASI akan berisiko mengalami kekurangan zat besi dan akan berlanjut saat usia enam hingga sembilan bulan. Zat besi pada ASI sangat tinggi bioavailibilitasnya namun bayi perlu zat besi dari makanan lain saat usia empat hingga enam bulan ke atas. Makanan pendamping ASI yang tinggi akan zat besi diantaranya daging dan sereal bayi yang difortifikasi. Sebagai tambahan, saat usia enam bulan bayi diberikan makanan kaya vitamin C setiap hari dapat memacu absorpsi sumber zat besi dari selain hewani.

Defisiensi zat besi dan anemia defisiensi zat besi merupakan masalah yang banyak terjadi pada bayi. Kebutuhan zat besi per kilogram berat badan pada usia enam hingga dua puluh empat bulan merupakan angka yang lebih tinggi daripada periode lain selama hidup. Faktor risiko yang berhubungan dengan prevalensi yang

tinggi dari anemia defisiensi zat besi termasuk diantaranya berat lahir rendah, MP-ASI yang rendah makanan kaya zat besi, asupan susu sapi yang tinggi, status sosial ekonomi yang rendah (Mahan & Raymond, 2017).

g. Seng

Bayi yang baru lahir segera bergantung pada makanan sumber seng (Zn). Seng lebih baik diserap dari ASI daripada susu formula. ASI dan susu formula menyediakan seng yang cukup (0.3 - 0.5 mg/100 kcal) pada tahun pertama kehidupan. Pada tahun kedua kehidupan seng harus disediakan dari makanan yang lain seperti daging dan sereal. Bayi yang mengalami defisiensi seng dapat mengalami gangguan pertumbuhan (Mahan & Raymond, 2017).

2.4.3 Cara Pengukuran Asupan Makanan

a. *Food Recall*

Pada metode *recall* makanan, pewawancara terlatih menanyakan pada responden semua makanan dan minuman yang dikonsumsi pada satu periode waktu tertentu di saat lalu. Pewawancara kemudian mencatat informasi tersebut dan menganalisisnya. Umumnya, periode waktu yang digunakan adalah 24 jam kemarin, sehingga metode ini dikenal dengan *recall* 24 jam. Sebagai tambahan pada jawaban yang diberikan pewawancara juga membantu responden untuk mengingat semua makanan yang dikonsumsi selama periode tersebut serta membantu pula dalam mengestimasi porsi makanan (Lee & Nieman, 2013).

b. *Food Frequency Questionnaire* (Kuesioner Frekuensi Makanan)

Kuesioner frekuensi makanan mengukur asupan energi dan atau zat gizi dengan menentukan berapa sering seseorang mengkonsumsi sejumlah makanan yang menjadi sumber utama zat gizi dari serangkaian makanan di kuesioner. Kuesioner terdiri dari susunan kurang lebih 150 atau kurang makanan atau kelompok makanan yang menjadi kontributor penting pada asupan energi dan zat gizi di populasi. Responden mengindikasikan berapa kali dalam sehari, seminggu, sebulan atau setahun mereka biasanya mengonsumsi makanan (Lee & Nieman, 2013)

c. *Food Record* (Pencatatan Makanan)

Pada metode *food record* (pencatatan makanan), pada saat mengkonsumsi, identitas dan jumlah dari semua makanan dan minuman yang dikonsumsi pada periode waktu tertentu biasanya satu sampai tujuh hari. Konsumsi makanan dan minuman dapat dihitung dengan mengestimasi ukuran porsi, ukuran rumah tangga atau menimbang makanan atau minuman dengan timbangan. Ukuran rumah tangga yang sering digunakan untuk mengukur besar porsi adalah sendok makan, sendok teh dan mangkuk. Selain itu ukuran lain untuk item tertentu juga digunakan seperti telur, apel dan minuman ringan. Jika makanannya ditimbang catatan ini akan dinamakan *weighed food record* (Lee & Nieman, 2013).

#### 2.4.4 Tolak Ukur dalam Menentukan Kualitas Suatu Makanan (Tri Anggoro, 2019).

##### a. Rasa makanan

Rasa makanan merupakan salah satu faktor yang menentukan cita rasa makanan. Tujuan mengolah dan memasak makanan adalah untuk menghasilkan makanan yang bercita rasa tinggi sehingga memuaskan bagi yang memakannya. Karena itu, seorang juru masak bukan saja harus memiliki keterampilan dalam mengolah dan memasak makanan, tetapi juga ia harus memiliki cukup pengetahuan tentang bahan makanan dan sifat-sifatnya (Moehyi, 1992).

Sedangkan menurut pendapat (Marsum, 2005) menyebutkan bahwa di dalam menyediakan suatu hidangan rasa makanan harus enak dengan aromanya yang sedap. Walaupun rasa bersifat relatif namun makanan dengan rasa yang enak dapat menjadi unsur penting dalam kualitas makanan.

##### b. Aroma makanan

Aroma yang dikeluarkan dari suatu makanan adalah daya tarik yang sangat kuat dan mampu merangsang serta membangkitkan selera makan. Timbulnya aroma makanan disebabkan oleh terbentuknya suatu senyawa yang mudah menguap. Terbentuknya senyawa yang mudah menguap tersebut dapat disebabkan oleh reaksi enzim, tetapi dapat juga disebabkan tanpa reaksi enzim.

Aroma yang dikeluarkan setiap makanan berbeda-beda, hal tersebut dapat disebabkan karena aroma alami bahan utama yang digunakan atau karena cara pengolahannya. Cara memasak makanan akan menghasilkan aroma yang berbeda-beda pula, seperti

pada makanan yang digoreng, dibakar atau dipanggang dengan menggunakan panas yang tinggi akan menghasilkan aroma yang kuat. Lain halnya dengan makanan yang direbus hampir tidak mengeluarkan aroma yang merangsang karena senyawa yang mengeluarkan aroma sedap terlarut dalam air (Moehyi, 1992).

c. Konsistensi makanan

Konsistensi merupakan keadaan yang berkaitan dengan tingkat kepadatan dan kekentalan makanan. Tekstur dan konsistensi suatu bahan mempengaruhi cita rasa yang ditimbulkan. Berkaitan dengan tekstur makanan yang dirasakan saat di dalam mulut yang meliputi rasa, keempukan dan tingkat kerasan makanan. Makanan yang berkonsistensi padat atau kental akan memberikan rangsangan yang lebih lambat terhadap indera pengecap kita. Cara memasak dan lama waktu memasak akan mempengaruhi tekstur dan konsistensi dari hasil makanan yang diolah (Rotua et al., 2015).

d. Kesegaran

Kesegaran makanan diartikan sebagai pernyataan segar dari makanan yang dihubungkan dengan tekstur, rasa dan aroma. Makanan yang baru dan sudah lama dimasak dapat mudah dilihat perbedaannya. Temperatur makanan saat disajikan berperan penting dalam menentukan cita rasa makanan, sehingga harus sesuai (Wijaya, 2017). Makanan yang harus dihidangkan dalam keadaan panas harus menggunakan tempat yang tertutup atau dapat juga menggunakan panci yang dilengkapi alat pemanas. Sebaliknya makanan yang harus dihidangkan dalam keadaan dingin hendaknya dihidangkan dalam keadaan dingin (Moehyi, 1992).

e. Penampilan

Penyajian makanan merupakan suatu cara untuk menyuguhkan makanan kepada konsumen untuk disantap secara keseluruhan yang berisikan komposisi yang telah diatur dan disesuaikan dengan permainan warna yang di susun secara menarik agar dapat menambah nafsu makan (Wijaya, 2017). Kesan pertama seseorang ketika hendak mengkonsumsi makanan adalah dengan melihat terlebih dahulu penampilan makanan tersebut. Penyajian makanan yang baik dan menarik dapat memancing indera pengecap untuk segera mencicipi makanan yang disajikan. Hiasan makanan atau garnish juga dapat menambah daya tarik untuk mempercantik penampilan makanan. Banyak sayur-mayur dan buah-buahan yang dapat digunakan untuk menghias makanan, seperti daun selada, tomat, cabai, seledri, wortel, pandan, mentimun dan buah jeruk nipis. Untuk makanan yang berwarna pucat misalnya ikan atau ayam dapat digunakan hiasan yang berwarna tajam misalnya merah atau hijau tua untuk menutupi warna pucat tersebut. Sedangkan untuk makanan yang berwarna gelap seperti ikan goreng atau ikan bakar dapat digunakan hiasan dengan warna terang seperti irisan jeruk nipis.

f. Kematangan

Tingkat kematangan makanan dalam masakan Indonesia pada umumnya harus dimasak sampai benar-benar matang. Kecuali untuk makanan tertentu seperti telur yang dibedakan antar telur setengah matang dan telur matang sempurna. Berbeda dengan masakan seperti steak yang dapat dibedakan tingkat kematangannya disebut dengan istilah medium rare atau

setengah matang, medium well atau mendekati matang sempurna dan welldone atau matang sempurna (Moehyi, 1992).

Menurut Kivela dalam (Wijaya, 2017) menjelaskan bahwa makanan yang dihidangkan hendaknya dimasak atau diolah terlebih dahulu dengan baik dan higienis sehingga aman untuk dikonsumsi. Jika makanan tidak dimasak dengan matang, maka bakteri yang terdapat dalam bahan makanan tidak mati dan dapat menimbulkan penyakit jika dikonsumsi.

g. Variasi makanan

Makanan yang disajikan harus dapat memenuhi kebutuhan gizi penerima makanan tersebut. Susunan menu makan sebaiknya terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk hewani dan nabati, sayur-mayur dan buah-buahan. Ketidakeimbangan makanan dapat mengganggu fungsi tubuh yang berakibat negatif terhadap kebutuhan gizi dan kesehatan pada manusia.

Oleh karena itu, sangat penting untuk mengkonsumsi jenis makanan yang beragam agar zat gizi yang diperlukan tubuh tercukupi dengan baik. Jenis makanan yang disajikan maupun bahan makanan dasar yang digunakan juga harus bervariasi. Satu jenis makanan yang dihidangkan berkali-kali dalam jangka waktu yang singkat akan membosankan konsumen, begitu juga penggunaan bahan makanan dasar untuk membuat masakan berkali-kali dalam jangka waktu yang singkat akan membuat penerima merasa jenuh (Moehyi, 1992).

## 2.5 *Dietary Diversity*

### 2.5.1 Definisi

*Dietary diversity* atau keragaman makanan adalah ukuran kualitatif konsumsi makanan yang mencerminkan akses rumah tangga ke berbagai makanan, dan menggambarkan dari kecukupan asupan gizi untuk individu. *Dietary diversity* adalah jumlah kelompok makanan yang dikonsumsi anak untuk kesehatannya dari empat atau lebih dari tujuh kelompok makanan jika diberi ASI dan menerima makanan empat atau lebih dari enam kelompok makanan jika tidak diberi ASI (Hendriyani, 2020).

Variasi makanan minimal sebagai proporsi makanan yang diterima anak usi 6-23 bulan setidaknya mencakup empat dari tujuh kelompok bahan makanan, meliputi :

- a. Biji-bijian, akar, dan umbi
- b. Kacang polong dan kacang-kacangan
- c. Produk susu
- d. Daging
- e. Telur atau ikan
- f. Buah dan sayur kaya vitamin A
- g. Sayur dan buah lainnya (WHO, 2017).

### 2.5.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Dietary Diversity*

Banyak penelitian yang secara konsisten mengindikasikan anak yang mengalami kekurangan dalam hal praktik pemberian makan berhubungan dengan faktor budaya seperti pemilihan bahan makanan untuk MP-ASI, tabu, kepercayaan tradisional yang ketat dan faktor sosial lainnya termasuk pengetahuan gizi yang kurang dari pengasuh dan kurangnya pengetahuan keanekaragaman makanan di daerah mereka. Pada akhirnya, semua faktor di atas akan menuju pada *dietary diversity* yang rendah, frekuensi pemberian makan yang kurang serta kurangnya



asupan makanan dan energi untuk anak (*Sunguya et al.*, 2013).

Studi yang dilakukan oleh *Christian et al.*, (2016) memperoleh fakta bahwa pengetahuan gizi dan sikap positif dalam pemberian makan oleh pengasuh dapat memprediksi baik *dietary diversity* di tingkat rumah tangga dan keragaman dan frekuensi konsumsi makanan berasal dari hewani setelah dikontrol dengan efek zona ekologi pertanian. Studi ini menyarankan perlunya membekali pengasuh dengan pengetahuan yang memadai mengenai rekomendasi pemberian MP-ASI yang spesifik untuk memastikan kepatuhan yang baik dengan pedoman gizi. Lebih dari setengah dari responden menyatakan mereka akan memprioritaskan anggota keluarga lain daripada anak ketika sumber makanan hewannya terbatas, hal ini menegaskan masih berlangsungnya ketentuan dari kepercayaan dan budaya yang merugikan praktik pemberian makan pada anak (*Christian et al.*, 2016).

Beberapa studi mendapatkan bukti bahwa skor *dietary diversity* berhubungan positif dengan kualitas diet secara keseluruhan dan asupan mikronutrient anak-anak dan ditemukan juga sebagai satu proxy indikator dari keamanan pangan rumah tangga dan dalam jangka waktu panjang dapat berimplikasi pada stunting (*Labadarios et al.*, 2011). Skor *dietary diversity* yang tinggi juga berhubungan dengan status gizi yang lebih baik pada anak-anak di negara berkembang (*Arimond & Ruel*, 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh (*Mekonnen et al.*, 2017) menunjukkan persentase anak yang memenuhi level rekomendasi minimal dari *dietary diversity*, frekuensi makan dan *acceptable diet* baru mencapai masing-masing sebesar 27,3%, 68,9% dan 21,1%. Pengetahuan akan praktik

pemberian MP-ASI perlu terus dilakukan untuk melengkapi program gizi dan memonitor perubahan dalam praktik pemberian makan di masyarakat disamping itu juga perlu mendesain program intervensi untuk meningkatkan rekomendasi pemberian makan (Mekonnen *et al.*, 2017).

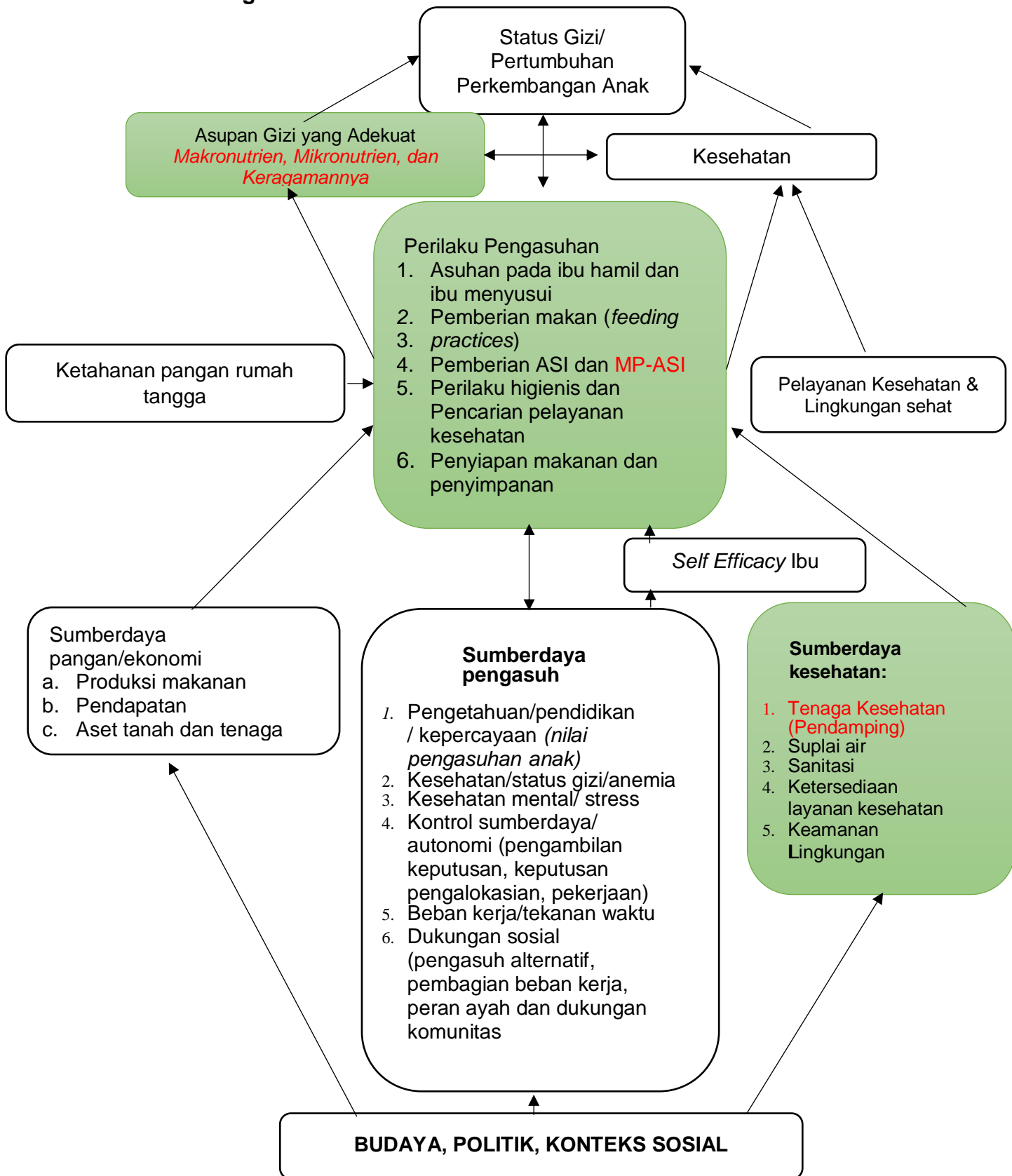
**Tabel 2.4**  
**SINTESA PENELITIAN RUJUKAN**

<b>NO</b>	<b>Author/Year</b>	<b>Place</b>	<b>Title</b>	<b>Subject</b>	<b>Design</b>	<b>Study Outcome</b>
1	(Vazir <i>et al.</i> , 2013)	India	<i>Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers</i>	Anak	<i>Cluster-Randomized Trial</i>	Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan asupan makanan dan peningkatan kadar hemoglobin. Pesan-pesan pemberian MP- ASI yang sesuai dengan ketersediaan makanan setempat tanpa suplementasi dapat meningkatkan asupan energi, protein, vitamin A, kalsium, zatbesi dan seng.
2	(Kim, 2016)	Ethiopia	<i>Exposure to Large-Scale Social and Behavior Change Communication Interventions Is Associated with Improvements in Infant and Young Child Feeding Practices in Ethiopia.</i>	Anak	<i>Repeated Cross Sectional survey.</i>	Praktik pemberian makan dan intake makanan meningkat signifikan namun tidak berpengaruh signifikan pada ukuran antropometri <i>Minimum dietary diversity</i> dan <i>minimum acceptable diet</i> ditemukan masih rendah. Penelitian ini tidak mengukur kuantitas makanan yang dikonsumsi anak.
3	(Aprillia <i>et al.</i> , 2019)	Depok, Indonesia	Efektifitas Kelas Edukasi Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) dalam Peningkatan Pengetahuan Ibu Bayi	Anak	Eksperimen semu ( <i>quasi experiment</i> ) dengan rancangan <i>one group pre-posttest design</i>	Pada penelitian ini, terlihat perbedaan nilai mean sebelum dan setelah intervensi adalah 1.27. Hasil uji statistic P Value 0.03 (<0.05) maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara skor pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi. Dimana Kelas Edukasi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) berpengaruh terhadap

						peningkatan pengetahuan tentang MP-ASI.
4	(Kuchenbecker <i>et al.</i> , 2017)	Malawi	<i>Nutrition education improves dietary diversity of children 6-23 months at community-level: Results from a cluster randomized controlled trial in Malawi</i>	Anak	<i>Cluster Randomized Controlled trial</i>	Hasil penelitian menunjukkan adanya dampak positif dari intervensi terhadap dietary diversity anak. Tidak ditemukan efek intervensi yang positif terhadap tinggi badan anak.
5	(Hendriyani, 2020)	Yogyakarta, Indonesia	Pengaruh Intervensi Praktik Pemberian MP-ASI Komprehensif terhadap <i>Self-Efficacy</i> Ibu, Praktik Pemberian Mp-Asi, <i>Dietary Diversity</i> , Asupan Makanan dan Pertumbuhan Balita Usia 6 – 12 Bulan	Anak	Studi Eksperimen	Terdapat perbedaan bermakna pada kelompok intervensi dan kontrol setelah intervensi pada skor <i>complementary feeding self-efficacy</i> (CFSE), tidak ada perbedaan bermakna pada <i>minimum dietary diversity</i> (MDD), Analisis SEM menunjukkan usia ibu berhubungan dengan praktek MP-ASI CFSE berhubungan dengan praktik MP-ASI praktik MP-ASI berhubungan dengan asupan gizi .dan asupan gizi berhubungan dengan selisih berat badan dan panjang badan
6	(Sayuningsih <i>et al.</i> , 2020)	Lamongan, Indonesia	Edukasi Gizi Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Status Gizi Baduta di Desa Sumberwudi Kecamatan Karanggeneng Kabupaten Lamongan	Anak	Pengukuran Berat Badan, Panjang Badan/Tinggi Badan dan status gizi	Status gizi berdasarkan BB/U sebesar 80% baduta memiliki status gizi normal sebelum dan setelah pemberian makanan tambahan. Sebagian besar asupan baduta tergolong normal. Asupan energi normal sebelum pemberian makanan tambahan sebesar 70% dan asupan energi normal setelah pemberian makanan tambahan sebesar 80%.
7	(Fahmida <i>et al.</i> , 2015)	Lombok, Indonesia	<i>Effectiveness in improving knowledge, practices, and intakes of</i>	Anak	<i>Community Intervention</i>	Intervensi ini dapat meningkatkan pengetahuan ibu dan praktik

			<i>“key problem nutrients” of a complementary feeding intervention developed by using linear programming: experience in Lombok, Indonesia</i>		<i>Trial dengan Quasi Experimental Design</i>	pemberian makan oleh ibu serta asupan kalsium, zat besi dan seng. Penelitian ini membuktikan bahwa dengan promosi penggunaan pesan spesifik berdasarkan pendekatan linear programming dalam waktu yang cukup dapat meningkatkan asupan zat gizi
8	(Shi <i>et al.</i> , 2014)	China	<i>Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomized controlled trial</i>	Anak	<i>Cluster Randomised Controlled Trial</i>	Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi keanekaragaman makanan, frekuensi makan, praktik higiene meningkat. Selain itu pada kelompok intervensi terjadi kenaikan berat badan dan panjang badan yang berarti dibandingkan kelompok kontrol

## 2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Unicef (Modifikasi Engle, 1996)

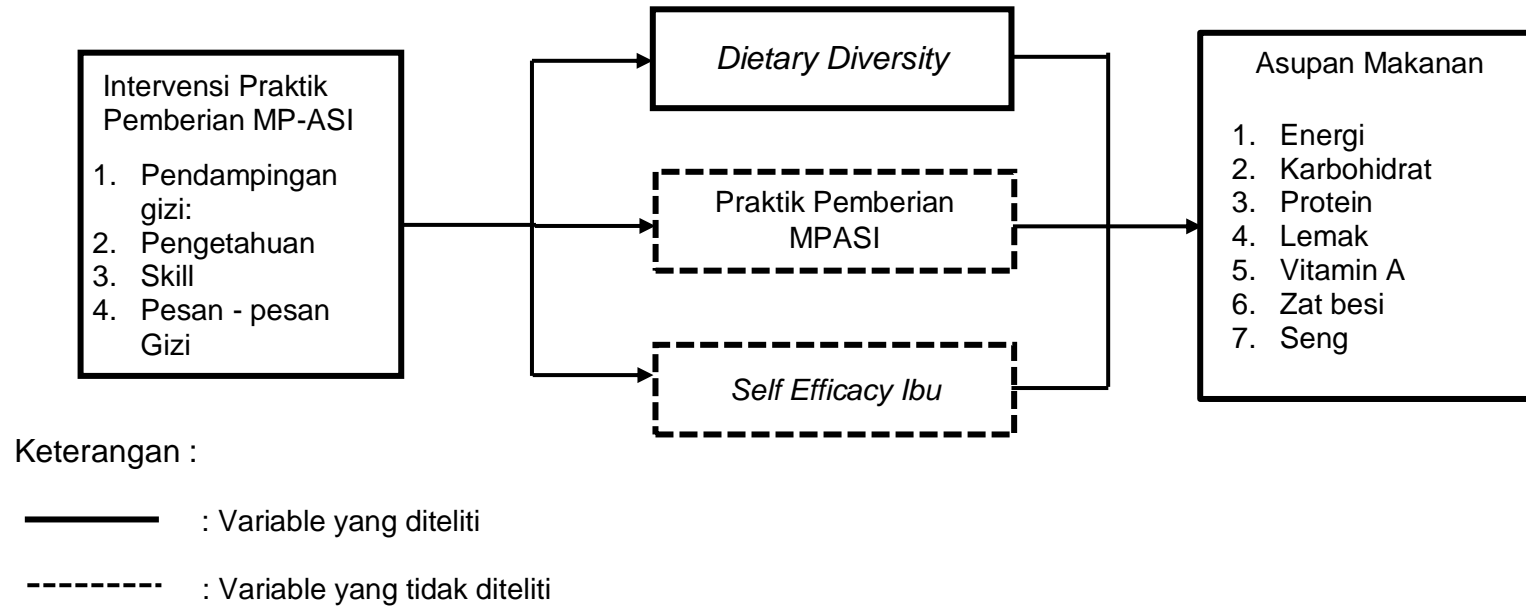
## 2.7 Dasar Pemikiran Konsep yang diteliti

Pada anak usia baduta adalah masa dimana terjadi pertumbuhan dan perkembangan anak, terutama otak. Masa pertumbuhan merupakan periode yang menentukan. Perhatian yang ketat sangat diperlukan terutama dalam tumbuh-kembangnya. Hal ini didasarkan pada fakta bahwa periode ini peluang emas dalam pembentukan jaringan tubuh termasuk otak, dan pembentukan perkembangan sosial kognitif lainnya. Kekurangan gizi pada masa tersebut dapat menghambat pertumbuhan jaringan (otak) dan tidak dapat dipulihkan. Di berbagai negara berkembang, gizi anak masih merupakan pokok masalah yang perlu menjadi perhatian khusus (Fuada, 2017).

Kesehatan anak membutuhkan perhatian, karena mereka merupakan kelompok rawan untuk mengalami masalah kesehatan dan kematian serta berdampak besar pada generasi penerus bangsa. Salah satu upaya pemantauan kondisi gizi dan kesehatan dilakukan dalam bentuk pemantauan pertumbuhan balita yang dilaksanakan di posyandu (Aditianti *et al.*, 2019).

Penilaian status gizi anak usia di bawah 23 bulan, pada umumnya hanya menggunakan indikator berat badan menurut usia (BB/U). Prevalensi indikator ini hanya memberi gambaran tentang adanya masalah gizi, tetapi tidak menunjukkan masalah gizi dari waktu ke waktu. Indeks berat menurut tinggi badan (BB/TB) menjelaskan dari kondisi dalam waktu sesaat, seperti nafsu makan berkurang karena sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan seperti berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak proporsional dengan tinggi badan sehingga anak menjadi kurus. Selain menunjukkan masalah gizi yang akut, indeks ini juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan, berat badan anak melebihi proporsi normal (Efrizal *et al.*, 2021).

## 2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 : Kerangka Konsep Penelitian



## Gambar 2.2 : Bagan Kerangka Konsep

Gambar bagan diatas menjelaskan intervensi praktik pemberian MP-ASI yang meliputi pendampingan gizi, pengetahuan, skill, dan pesan-pesan gizi yang diharapkan dapat berkontribusi dalam meningkatkan *self efficacy* Ibu untuk memberikan MP-ASI yang beragam (*dietary diversity*) kepada anak sehingga dapat meningkatkan asupan makan anak sesuai dengan %AKG.

### 2.9 Hipotesis

Berdasarkan tujuan khusus, maka dapat dibuat beberapa hipotesis dari penelitian ini sebagai berikut :

- a. Ada perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity*) sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi.
- b. Ada perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity*) pada kelompok kontrol.
- c. Ada perbedaan kualitas MP-ASI (*dietary diversity*) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

**2.10 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif**  
**Tabel 2.5**

Variabel	Definisi	Metode	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Kriteria Objektif	Skala Ukur
Pendampingan Gizi	Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya.	Penyuluhan & home visit (Edukasi)	Memberikan kuesioner terkait pendampingan gizi	Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	Nilai atau skor	1. Kurang (<50) 2. Cukup (>50)	Ordinal
Asupan	Asupan adalah semua jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi tubuh setiap hari.	Video Edukasi	Wawancara recall 24 jam	Food Picture (Kemenkes RI)	Nilai / Skor AKG	1. Kurang (<%AKG) 2. Cukup (>%AKG)	Rasio
<i>Dietary Diversity /</i> Variasi Jenis Makanan Anak	Anak menerima minimal 4 atau lebih dari 7 kelompok makanan jika diberi ASI dan menerima makanan 4 atau lebih dari 6 kelompok makanan jika tidak diberi ASI yang ada di form <i>dietary diversity</i>	Video Edukasi	Mengisi Form	Form <i>dietary diversity</i>	Menerima dan tidak menerima	1. Sesuai 2. Tidak Sesuai	Ordinal