

SKRIPSI

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DAN
KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-24
BULAN DI DAERAH EKS ENDEMIK GAKY BERAT
KECAMATAN BUNTU BATU KABUPATEN
ENREKANG**

**USMAN
K021191039**



**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

SKRIPSI

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DAN
KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-24
BULAN DI DAERAH EKS ENDEMIK GAKY BERAT
KECAMATAN BUNTU BATU KABUPATEN
ENREKANG**

**USMAN
K021191039**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

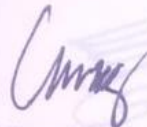
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 13 Juni 2023

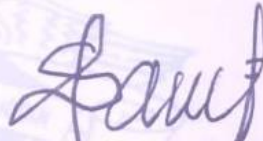
Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



dr. Djunaidi M Dachlan, MS
NIP. 19560427 198702 1 001



Safrullah Amir, S.Gz., MPH
NIP. 19910508 202005 3 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Dr. Abdul Salam SKM., M.Kes
NIP. 19820504 201012 1 008

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, 13 Juni 2023

Ketua : dr. Djunaidi M Dachlan, MS

(.....)

Sekretaris : Safrullah Amir, S.Gz., MPH

(.....)

Anggota : Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med. (.....)

Dr. Healthy Hidayanty, S.KM., M.Kes

(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Usman
NIM : K021191039
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 081524227428
Email : usmanamali410@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa karya tulisan saya yang berjudul **“GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DAN KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI DAERAH EKS ENDEMIK GAKY BERAT KECAMATAN BUNTU BATU KABUPATEN ENREKANG”** adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil ahlian tulisan orang lain, bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 13 Juni 2023


Usman



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi
Juni 2023

Usman

“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan di Daerah Eks Endemik GAKY Berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang”

(ix + 64 halaman + 13 tabel + 3 gambar + 7 lampiran)

Stunting merupakan manifestasi malnutrisi anak yang paling umum, sekitar 149 juta anak di seluruh dunia pada tahun 2020 berada di bawah -2 SD dari median. Salah satu penyebab *stunting* adalah kuantitas dan kualitas MP-ASI yang rendah, pemberian MP-ASI merupakan proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga secara bertahap, seperti jenis, bentuk, jumlah, dan frekuensi kemudian konsistensinya sampai kebutuhan bayi dapat terpenuhi dengan baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan di daerah eks endemik GAKY berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Lokasi penelitian ini yakni Kecamatan Buntu Batu yang dilaksanakan pada bulan Juli-Agustus 2022 dengan populasi baduta sebanyak 110 orang dan sampel sebanyak 71 orang dengan teknik pengambilan sampel *random sampling*. Pada pelaksanaan penelitian digunakan instrumen kuesioner, timbangan berat badan, dan microtoise. Pengolahan data dilakukan dengan metode deskriptif menggunakan SPSS dan WHO Antro.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prevelensi *stunting* sebanyak 60.6%, usia pertama kali MP-ASI dengan kategori 6 bulan berjumlah 52 responden, diantaranya 32 responden (61.5%) yang mengalami *stunting* dan tidak *stunting* sebesar (38.5%). Jenis MP-ASI yang tidak sesuai berjumlah 41 responden, diantaranya 37 responden (90.2%) mengalami *stunting* dan tidak *stunting* sebesar (9.8%). sedangkan yang sesuai berjumlah 30 responden, diantaranya 6 responden (20%) yang mengalami *stunting* dan yang tidak *stunting* sebesar (80%) yang tidak sesuai usia sebanyak 58.5%. Porsi MP-ASI dengan kejadian *stunting*. Adapun bayi yang tidak sesuai dengan porsi MP-ASI berjumlah 61 responden, diantaranya 37 responden (63.9%) mengalami *stunting*. Sedangkan yang sesuai berjumlah 10 responden, diantaranya 4 responden (40%) yang mengalami *stunting*. Frekuensi MP-ASI dengan kejadian *stunting*, diketahui bayi yang tidak sesuai dengan frekuensi MP-ASI berjumlah 51 responden, diantaranya 41 responden (80.4%) mengalami *stunting*. Sedangkan yang sesuai berjumlah 20 responden, diantaranya 2 responden (10%) yang mengalami *stunting*. Tekstur MP-ASI dengan kejadian *stunting*. Dimana bayi yang tidak sesuai dengan Tekstur MP-ASI berjumlah 49 responden, diantaranya 43 responden (87.8% mengalami *stunting*. Sedangkan yang sesuai berjumlah 22 responden, dan tidak yang mengalami *stunting* di Kecamatan Buntu Batu.

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah pada jenis, tekstur, porsi, dan frekuensi MP-ASI sebagian besar (>50%) tidak sesuai dengan usia anak dan cenderung mengalami *stunting*.

Kata Kunci : *Stunting*, *Baduta*, *MP-ASI*, *GAKY*
Daftar Pustaka : 41 (2007 – 2022)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas ridha-Nya saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Daerah Eks Endemik GAKY Berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang”**.

Proposal ini diajukan untuk memenuhi syarat kelulusan mata kuliah Penulisan Skripsi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam proses penyelesaian pengerjaan skripsi ini membutuhkan usaha yang maksimal. Namun, karya ini tidak akan selesai tanpa orang-orang tercinta di sekeliling saya yang mendukung dan membantu. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada keluarga besar penulis, terimakasih atas segala dukungan doa maupun moril yang diberikan kepada penulis selama proses menyelesaikan skripsi ini, serta ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini, yaitu kepada:

1. **Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D** selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. **dr. Djunaidi M. Dachlan,MS** selaku pembimbing 1 yang telah memberikan banyak bantuan, arahan, dan bimbingan mulai dari penentuan judul penelitian, proses penelitian dan sampai pada tahap akhir yaitu penyusunan skripsi ini.

3. **Safrullah Amir, S.Gz.,MPH** selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan, masukan serta bimbingan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. **Prof. Dr. Aminuddin Syam,SKM.,M.Kes., M.Med.ed** selaku penguji I dan **Dr. Healthy Hidayanty, S.KM., M.Kes** selaku penguji II yang telah memberikan arahan, masukan serta saran yang membangun sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik.
5. Keluarga tercinta yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih telah memberikan motivasi untuk saya menyelesaikan pendidikan strata 1 ini.
6. **Kak Rizal** selaku staff Prodi Gizi yang telah banyak membantu pada saat penulisan skripsi dan pada saat pengurusan administratif.
7. **Kak Indar** yang selalu support system , membantu dari berbagai hal manapun, tempat curhat, teman makan dan teman gossip di lab kuliner.
8. Bapak ibu dosen Prodi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan seluruh staf yang telah memberikan banyak pelajaran dan bantuan selama proses perkuliahan serta proses administrasi.
9. Kepala Puskesmas Buntu Batu yang telah memberikan perizinan untuk melakukan penelitian dan banyak membantu selama proses penelitian.
10. Teman-teman **KASSA dan H19IENIS** yang telah memberikan kenangan dan kebersamaan selama 4 tahun ini.

11. Kedua sahabatku, **Fakhiratunnisa Putri Oceani** dan **Muthia Muthmainnah Mannan** yang selalu ada dalam suka maupun duka di setiap perjalanan penyusunan proposal hingga pengerjaan skripsi ini.
12. Sahabat-sahabatku **SMADAP FOREVER** yang telah menghibur dan memberikan *support* penuh dalam proses proses pengerjaan skripsi ini.
13. Teman-teman Tim Makencang, **Ahmad Amir, Sri Ulfa, Fadhilah Isnaeni, Samintang, Munawwara Ildana, Muh. Figri, Fira, Sarniati, Abd. Gafur, Salman Iskandar, Hartawan Ansar, Zalva Nur Afifah Tamsil, Akbar Waddu, Muh. Alfian Asmari** yang telah menjadi salah satu tim dengan orang-orang terbaik yang telah saya temui yang selalu mendukung setiap proses dalam penyusunan skripsi ini.
14. Semua pihak yang telah membantu penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir yang penulis tidak sebutkan. Semoga Tuhan membalas semua kebaikan dan melimpahkan rahmat-Nya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik dari pembaca demi penyempurnaannya sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Umum tentang Baduta.....	10
B. Tinjauan Umum tentang <i>Stunting</i>	11
C. Tinjauan Umum Hubungan GAKY dan <i>Stunting</i>	20
D. Tinjauan Umum tentang MP-ASI	22
E. Tabel Sintesa Penelitian	32
F. Kerangka Teori.....	35
BAB III KERANGKA KONSEP	35
A. Kerangka Konsep	35
B. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	36
BAB IV METODE PENELITIAN	39
A. Jenis Penelitian.....	39
B. Lokasi dan Waktu penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel	39
D. Metode Pengumpulan Data	42
E. Jenis Data	44

F. Instrumen Penelitian.....	45
G. Alur Penelitian.....	46
H. Pengolahan dan Analisis Data.....	47
I. Penyajian Data.....	48
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	49
A. Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian.....	49
B. Hasil Penelitian	50
C. Pembahasan.....	58
BAB VI PENUTUP	69
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	76
RIWAYAT HIDUP	119

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur.....	11
Tabel 2.2	Angka Kecukupan Gizi Anak Usia 0-36 Bulan	16
Tabel 2.3	Bentuk MP-ASI Bayi Menurut Umur.....	25
Tabel 2.4	Tabel Sintesa Penelitian	31
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	36
Tabel 5.1	Hasil Analisis Karakteristik Sosial-Demografis Responden	52
Tabel 5.2	Karakteristik Praktik Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-24 Bulan.....	53
Tabel 5.3	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Karakteristik Umum Responden.....	54
Tabel 5.4	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Waktu Pemberian MP-ASI Pertama.....	56
Tabel 5.5	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Jenis MP-ASI.....	57
Tabel 5.6	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Porsi Pemberian MP-ASI.....	57
Tabel 5.7	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Frekuensi MP-ASI.....	58
Tabel 5.8	Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Tekstur MP-ASI.....	58

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	35
Gambar 4.1	Cara Pengambilan Sampel	42

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 yang berlaku di negara Indonesia. Oleh karena itu, kesehatan yang baik bagi seluruh warga masyarakat Indonesia merupakan hal yang harus dicapai. Kesehatan yang baik dapat dicapai dengan meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat, salah satunya berupa pelayanan gizi masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat (Kemenkes RI, 2009).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Status gizi memberikan gambaran tentang keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh yang dapat dilihat melalui pertumbuhan fisik, ukuran, tubuh, dan antropometri. *Stunting* merupakan keadaan yang berlangsung secara terus-menerus dan terjadi dalam jangka waktu yang lama yang diakibatkan karena status gizi yang tidak normal (Pantaleon, 2019).

Stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di seluruh dunia. *Stunting* merupakan manifestasi malnutrisi anak yang paling umum, sekitar 149 juta anak di seluruh dunia pada tahun 2020 berada di

bawah -2 SD dari median *World Health Organization (Independence Experts Group, 2020)*.

Diperkirakan 1 dari 4 anak usia di bawah lima tahun mengalami *stunting* (Unicef, WHO, World Bank, 2020). Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi *stunting* cukup tinggi yaitu sebesar 30,8% (Kemenkes RI, 2018) dan tahun 2021 berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia turun menjadi 24,4% (Kemenkes RI, 2021). Meskipun demikian, angka prevalensi Balita *stunting* di Indonesia masih tinggi, di atas batasan yang ditetapkan WHO (20%).

Dampak yang ditimbulkan jika kekurangan gizi anak usia dini menyebabkan tidak adekuatnya pertumbuhan, yang dapat mengganggu perkembangan otak, kesulitan akademis dan menyebabkan kapasitas produktif yang berkurang dan peningkatan risiko penyakit tidak menular (Owino *et al*, 2011). Selain itu, *stunting* dalam kehidupan awal berhubungan dengan konsekuensi *funksional* yang merugikan termasuk kondisi yang buruk dan tingkat pendidikan yang rendah, upah orang dewasa yang rendah, kehilangan produktivitas, kenaikan berat badan yang berlebihan di masa kanak-kanak, peningkatan risiko penyakit kronis yang berhubungan dengan gizi serta risiko terjadinya gangguan metabolik yang berdampak pada risiko terjadinya penyakit degeneratif (diabetes melitus, hiperkolesterol, hipertensi) di usia dewasa (Tessema, 2013). *Stunting* disebabkan oleh berbagai macam faktor. Dari beberapa referensi salah satu

faktor yang menjadi penyebab terjadinya *stunting* yaitu Pemberian MP-ASI (Pantaleon,2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pemberian MP-ASI didefinisikan sebagai proses yang dimulai ketika ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, dan oleh karena itu diperlukan makanan dan cairan lainnya, bersama dengan pemberian ASI. MP-ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada balita usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi selain Air Susu Ibu (ASI). Pemberian MP-ASI merupakan proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga secara bertahap, seperti jenis, bentuk, jumlah, dan frekuensi kemudian konsistensinya sampai kebutuhan bayi dapat terpenuhi dengan baik (Kusumaningrum, 2019).

Berdasarkan *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (2003), terdapat empat standar untuk menyiapkan MP-ASI yaitu tepat waktu (*timely*), adekuat (*adequate*), aman (*safe*), diberikan dengan cara yang benar (*properly fed*). Pemberian MP-ASI dimulai pada usia di atas 6 bulan dimana ASI eksklusif sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi, adekuat dalam aspek kandungan gizi MP-ASI, aspek aman memiliki beberapa hal yang perlu dilakukan yaitu mencuci bahan makanan sebelum dimasak dan dimakan, menggunakan sumber air yang bersih, memasak makanan dengan benar, penyimpanan yang benar, mencuci tangan, dan menggunakan peralatan yang bersih. Sedangkan aspek cara yang benar

yakni MP-ASI diberikan dengan memperhatikan tanda-tanda anak mengalami rasa lapar dan kenyang (*child's signals*), dengan tetap memperhatikan kebutuhan gizi pada anak. Salah satu penyebab *stunting* adalah kuantitas dan kualitas MP-ASI yang rendah, selain kondisi kesehatan dan status gizi ibu yang buruk selama masa kehamilan, asupan zat gizi makro-mikro yang kurang, penyakit infeksi, ketidaktahanan pangan rumah tangga, sanitasi yang buruk, dan karakteristik sosio-demografi keluarga (Frongillo *et.al*, 2017). Bayi di bawah dua tahun (Baduta) berisiko mengalami *stunting* jika pada masa ini asupan zat gizi tidak mencukupi. Pada rentang usia Baduta 7-24 bulan yang telah melewati masa ASI eksklusif, namun menunjukkan tanda-tanda *stunting*, peluang untuk memperbaiki panjang badan anak masih dapat dilakukan dengan dukungan orang tua untuk memberikan asupan gizi yang terbaik pada anak. Penelitian terdahulu menemukan ada hubungan yang signifikan antara usia pengenalan MP-ASI, keragaman MP-ASI, dan frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting*.

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) (2018), ada empat rekomendasi pemberian makanan pada bayi dan anak yaitu: memberikan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) segera setelah lahir selama minimal 1 jam, memberikan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif pada bayi sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan, memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI)

yang bergizi sesuai tumbuh kembangnya pada saat bayi usia 6 bulan, dan menyusui anak diteruskan sampai umur 24 bulan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurlela Apriani dkk 2016, MP-ASI adalah makanan atau minuman yang diberikan secara beragam pada bayi selain ASI. Ada dua jenis MP-ASI yaitu MP-ASI di rumah (rumahan) dan MP-ASI siap saji (pabrikan), jumlah MP-ASI harus mencukupi dengan kualitas gizi yang baik dan seimbang. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI dibedakan menjadi tiga, yaitu faktor pemudah (pendidikan, pengetahuan, tradisi atau adat budaya), faktor pendukung (pendapatan keluarga, pekerjaan/ketersediaan waktu, kesehatan ibu) faktor pendorong (dukungan keluarga, dukungan suami dan dukungan petugas kesehatan) (Haryono, 2014). Pengetahuan tentang makanan pendamping ASI masih rendah. Rendahnya tingkat pengetahuan disebabkan karena pendidikan yang rendah, kurangnya paparan informasi dan pengaruh budaya yang masih besar terhadap pemberian makanan tambahan sebelum umur 6 bulan. Penelitian Mahpuzah (2020) menunjukkan bahwa dari 27 responden yang tidak terpengaruh budaya memberikan MP-ASI dini pada bayi usia 0-6 bulan sebanyak 23 orang (85,2%). Dari 31 responden yang terpengaruh budaya mayoritas memberikan MP-ASI dini pada bayi usia 0-6 bulan sebanyak 14 orang (45,2%). Berdasarkan hasil penelitian ini juga terdapat hubungan signifikan antara pemberian MP-ASI dengan budaya di Desa Lampihong Kabupaten Balangan tahun 2020. Jadi dapat disimpulkan bahwa kualitas

MP-ASI yang diberikan kepada Baduta masih kurang dilihat dari jenis MP-ASI yang diberikan masih kurang bervariasi. Selain itu edukasi terkait MP-ASI kepada ibu dalam memberikan MP-ASI masih kurang, terlihat dari masih adanya kebudayaan dan kepercayaan turun-temurun dalam mengasuh anak sehingga kualitas MP-ASI kurang bervariasi (monoton).

Berdasarkan data hasil SSGI Tahun 2022 didapatkan prevalensi *stunting* pada Balita di Indonesia turun menjadi 21,6% dari sebelumnya 24,4% dengan selisih penurunan sebesar 2,8 %. Kabupaten Enrekang merupakan salah satu kabupaten dengan prevalensi *stunting* tertinggi di Sulawesi Selatan. Prevelensi ini tidak banyak berubah dan bahkan bertambah dari 42,7% pada tahun 2018 menjadi 43,71% pada tahun 2019. mengalami penurunan di tahun 2022 menjadi 26,4% sehingga *stunting* di Kabupaten Enrekang masih tinggi dari yang ditetapkan oleh *World Health Organization* yaitu 20% (Kemenkes RI, 2018; Kemenkes RI, 2019, SSGI,2022). Berdasarkan Data EPPBGM Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang Bulan Agustus tahun 2020 menunjukkan angka prevalensi *stunting* di 30 Desa Lokus *Stunting* sebanyak 22,01%. Dari 13 kecamatan di Kabupaten Enrekang, prevalensi *stunting* tertinggi terdapat pada Kecamatan Buntu Batu dengan angka di atas 40%. Tingginya prevalensi *stunting* ini berbanding terbalik dengan tingkat Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Enrekang yang menempati urutan nomor dua (72,15) di Sulawesi Selatan setelah Luwu Timur (72,16) dan berada di atas rata-rata IPM Sulawesi Selatan (72,16). Berdasarkan data Dinas

Kesehatan, daerah dengan prevalensi *stunting* yang tinggi ternyata berada di daerah endemik GAKY (Survey Nasional, 2003). Kecamatan yang dipilih adalah Kecamatan Buntu Batu yang merupakan kecamatan dengan prevelensi *stunting* tertinggi yaitu di atas 40% dari 13 Kecamatan yang ada di Kabupaten Enrekang (Risksedas, 2018).

Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan di Daerah Eks Endemik GAKY Berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang” dan menjadi bagian dari penelitian lanjutan Prof.Dr.dr.Abdul Razak Thaha, M.Sc dan tim dosen FKM UNHAS.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan di daerah eks endemik GAKY berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk melihat gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan di daerah eks endemik GAKY berat Kecamatan Buntu Batu Kabupaten Enrekang.

2. Tujuan Khusus

1) Mengetahui pravelensi *stunting* di Kecamatan Buntu Batu.

- 2) Mengetahui waktu pemberian MP-ASI pertama pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Buntu Batu.
- 3) Mengetahui jenis MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Buntu Batu.
- 4) Mengetahui porsi pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Buntu Batu.
- 5) Mengetahui frekuensi pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Buntu Batu.
- 6) Mengetahui tekstur MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Buntu Batu.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah dan memperkaya ilmu pengetahuan terkait pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting*.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-24 Bulan sehingga dapat dimanfaatkan oleh masyarakat sesuai peranannya.

b. Bagi Instansi Pendidikan

Menjadi referensi dan sumber kepustakaan terkait *stunting* dan pemberian MP-ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Baduta

Baduta kepanjangan dari bayi dua tahun merupakan kelompok anak usia 0–24 bulan yang dianggap sebagai periode kritis. Pada masa ini anak memerlukan asupan zat gizi seimbang baik dari segi jumlah, maupun kualitas dan kuantitasnya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal (Dwiyanti et.al, 2007). Baduta sering dikatakan sebagai *golden age periode* karena pada masa ini masih termasuk dalam 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) yang mana segala pertumbuhan dan perkembangan anak sangat pesat dan sangat menentukan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak di usia selanjutnya (Bellieni, 2016).

Baduta merupakan masa dimana proses pertumbuhan dan perkembangan terjadi sangat pesat. Pada masa ini, balita membutuhkan asupan zat gizi yang cukup dalam kualitas dan kuantitas yang lebih banyak. Apabila asupan zat gizi tidak terpenuhi, maka pertumbuhan fisik dan intelektual balita akan mengalami gangguan. Pada akhirnya akan menyebabkan mereka menjadi generasi yang hilang (*lost generation*) dan berdampak secara luas pada negara yang akan kehilangan sumber daya manusia yang berkualitas. Masa balita merupakan kelompok umur yang rawan gizi dan penyakit. Status gizi merupakan indikator kesehatan yang penting bagi balita dan dapat diukur secara antropometri serta dikategorikan berdasarkan standar baku WHO dengan indeks BB/U (Berat Badan/Umur),

TB/U (Tinggi Badan/Umur) dan BB/TB (Berat Badan/Tinggi Badan) (Khoeroh, 2017).

Pemenuhan gizi pada anak usia di bawah lima tahun (Balita) merupakan faktor yang perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan, karena masa balita merupakan periode perkembangan yang rentan gizi. Kasus kematian yang terjadi pada balita merupakan salah satu akibat dari gizi buruk. Gizi buruk dimulai dari penurunan berat badan ideal seorang anak sampai akhirnya terlihat sangat buruk. Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Sedangkan untuk indeks TB/U dan BB/TB, memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut. Salah satu masalah gizi akut-kronis yang terdapat di Indonesia adalah anak pendek (*stunting*) (Kemenkes, 2013).

B. Tinjauan Umum tentang *Stunting*

1. Definisi *Stunting*

Stunting atau malnutrisi kronik merupakan bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. *Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan linear yang disebabkan adanya kekurangan asupan zat gizi secara kronis dan atau penyakit infeksi kronis maupun berulang yang ditunjukkan dengan nilai *Z-Score* tinggi badan menurut usia (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar *World Health Organization* (WHO) (Dizha, 2012).

Definisi lain menyebutkan bahwa pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut usia

(PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severly stunted* (sangat pendek). Kategori status gizi berdasarkan indeks panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi sangat pendek, pendek, normal, dan tinggi (*Nutrition Landscape Information System* (NLIS, 2012)).

Tabel 2.1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur

Indeks	Status Gizi	Z-Score
PB/U	Sangat Pendek	< - 2 SD
Atau	Pendek	-3 s/d < -2 SD
TB/U	Normal	-2 s/d +3 SD
	Tinggi	> +3 SD

Sumber : Permenkes 2 tahun 2020

Stunting pada bayi usia di bawah dua tahun (baduta) biasanya kurang disadari karena perbedaan dengan anak yang tinggi badannya normal tidak terlalu tampak. *Stunting* lebih banyak disadari setelah anak memasuki usia pubertas atau remaja. Hal ini merugikan karena semakin terlambat disadari, semakin sulit mengatasi *stunting* (WHO, 2007). Kondisi *stunting* menggambarkan kegagalan pertumbuhan yang terjadi dalam jangka waktu yang lama, dan dihubungkan dengan penurunan kapasitas fisik dan psikis, penurunan pertumbuhan fisik, dan pencapaian di bidang pendidikan yang rendah. Anak yang *stunting* memerlukan waktu yang cukup lama untuk dapat berkembang dan pulih kembali (WNPG, 2004). Anak yang gagal tumbuh dapat mengalami defisit perkembangan, gangguan kognitif, prestasi yang rendah saat usia sekolah dan saat dewasa menjadi tidak produktif yang akan mempengaruhi

pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan suatu bangsa (Dizha, 2012).

Masa satu tahun pertama kehidupan, anak laki-laki lebih rentan mengalami malnutrisi daripada perempuan karena ukuran tubuh laki-laki yang besar dimana membutuhkan asupan energi yang lebih besar pula sehingga bila asupan makan tidak terpenuhi dan kondisi tersebut terjadi dalam waktu lama dapat meningkatkan gangguan pertumbuhan. Namun pada tahun kedua kehidupan, perempuan lebih berisiko mengalami *stunting*. Hal ini terkait pola asuh orang tua dalam memberikan makan pada anak dimana dalam kondisi lingkungan dan gizi yang baik, pola pertumbuhan anak laki-laki lebih baik daripada perempuan (Tessema *et.al*, 2013).

2. Faktor Penyebab Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Penyebab *stunting* sangat beragam dan kompleks, namun secara umum dikategorikan menjadi tiga faktor yaitu faktor dasar (*basic factors*), faktor yang mendasari (*underlying factors*), dan faktor dekat (*immediate factors*). Faktor ekonomi, sosial, politik, termasuk dalam *basic factors*; faktor keluarga, pelayanan kesehatan termasuk dalam *underlying factors* sedangkan faktor diet dan kesehatan termasuk dalam *immediate factors*. Faktor keluarga seperti tingkat pendidikan orang tua, kondisi sosial ekonomi, dan jumlah anak dalam keluarga merupakan faktor risiko terjadinya *stunting*. Kondisi lingkungan di dalam maupun di sekitar rumah juga dapat mempengaruhi terjadinya *stunting*. Lingkungan yang kotor dan banyak polusi menyebabkan anak mudah sakit sehingga dapat

mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya (Udoh and Amudo, 2017).

Berikut ini merupakan faktor risiko *stunting* pada anak usia 6-24bulan:

1) Asupan Makanan

Asupan makanan berkaitan dengan kandungan zat gizi yang terdapat di dalam makanan yang dikonsumsi. Asupan makan merupakan salah satu faktor risiko *stunting* secara langsung. Asupan makan yang dikonsumsi oleh anak usia 6-24 bulan terdiri dari ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI (MP-ASI).

a. MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu)

Sejak usia 6 bulan ASI saja sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan energi dan zat gizi yang dibutuhkan oleh bayi sehingga diperlukan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang dapat melengkapi kekurangan zat gizi makro dan mikro tersebut (Galleti et.al, 2016). 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. Zat gizi pada ASI hanya memenuhi kebutuhan gizi bayi sampai usia 6 bulan, untuk itu ketika bayi berusia 6 bulan perlu diberi makanan pendamping ASI dan ASI tetap diberikan sampai usia 24 bulan atau lebih. Meskipun sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan zat gizi secara lengkap, pemberian ASI tetap dianjurkan karena dibandingkan dengan susu formula bayi, ASI mengandung zat

fungsional seperti imunoglobulin, hormonoligosakarida, dan lain-lain yang tidak terdapat pada susu formula bayi. Makanan Pendamping ASI pertama yang umum diberikan pada bayi di Indonesia adalah pisang dan tepung beras yang dicampur ASI. *WHO Global Strategy for Feeding Infant and Young Children* pada tahun 2003 merekomendasikan agar pemberian MP-ASI memenuhi 4 syarat, yaitu tepat waktu, bergizi lengkap, cukup dan seimbang, aman, dan diberikan dengan cara yang benar. Jika bayi diberikan makanan pendamping ASI terlalu dini (sebelum enam bulan) maka akan meningkatkan risiko penyakit diare dan infeksi lainnya. Selain itu juga akan menyebabkan jumlah ASI yang diterima bayi berkurang, padahal komposisi gizi ASI pada 6 bulan pertama sangat cocok untuk kebutuhan bayi, akibatnya pertumbuhan bayi akan terganggu. Praktik pemberian MP-ASI pada anak usia di bawah dua tahun dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain faktor predisposisi yang meliputi pendapatan keluarga, usia ibu, pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu, dan jumlah balita dalam keluarga; faktor pendorong yang meliputi penyuluhan gizi, dukungan anggota keluarga, dukungan kader posyandu dan petugas kesehatan serta faktor pendukung yaitu adanya partisipasi ibu ke posyandu (Notoatmodjo, S, 2007).

Usia 6-9 bulan adalah masa kritis untuk mengenalkan makanan padat secara bertahap sebagai stimulasi keterampilan

promotor. Jika pada usia di atas 9 bulan belum pernah dikenalkan makanan padat, maka kemungkinan untuk mengalami masalah makan di usia batita meningkat. Oleh karena itu konsistensi makanan yang diberikan sebaiknya ditingkatkan seiring bertambahnya usia. Mula-mula diberikan makanan padat berupa bubur halus pada usia 6 bulan. Makanan keluarga dengan tekstur yang lebih lunak (*modified family food*) dapat diperkenalkan sebelum usia 12 bulan. Pada usia 12 bulan anak dapat diberikan makanan yang sama dengan makanan yang dimakan anggota keluarga lain (*family food*) (Prosper, 2006).

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Anak Usia 0-36 Bulan

Komponen	Usia 0-6 bulan	Usia 7-11 bulan	Usia 12-36 bulan
Berat Badan (kg)	6	9	13
Tinggi Badan (cm)	61	71	91
Energi (kkal)	550	725	1125
Protein (g)	12	18	26
Karbohidrat (g)	58	82	155
Lemak (g)	31	36	44
Serat (g)	0	10	16
Air (ml)		800	1200
Vitamin A (RE)	375	400	400
Vitamin D (mg)	5	6	15
Vitamin E (mg)	4	5	6
Vitamin K (g)	5	10	15
Vitamin C (mg)	40	40	40
Tiamin (mg)	0,3	0,4	0,6
Riboflavin (mg)	0,3	0,4	0,7
Niasin (mg)	3	4	6
Vitamin B12 (mg)	0,4	0,5	0,9
Zat besi (mg)	0,25	10	7

Sumber: WNPG, 2019

b. ASI Eksklusif

ASI eksklusif atau pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi yang diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, biskuit, dan tim. ASI merupakan makanan yang ideal diberikan kepada bayi sehingga pemberian ASI secara eksklusif dianjurkan selama masih mencukupi kebutuhan bayi. Salah satu cara untuk meningkatkan produksi ASI sehingga pemberian ASI secara eksklusif dapat berhasil adalah dengan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) pada 1 jam pertama atau <1 jam setelah melahirkan dengan cara kontak dengan kulit secara langsung (Lonnerdal, 2000).

WHO pada tahun 2003 mengeluarkan rekomendasi tentang praktik pemberian makan bayi yang benar yaitu memberikan ASI sesegera mungkin setelah melahirkan (<1 jam) dan secara eksklusif selama 6 bulan serta memberikan MP-ASI pada usia genap 6 bulan sambil melanjutkan ASI hingga usia 24 bulan. Pengaruh ASI eksklusif terhadap perubahan status *stunting* disebabkan oleh fungsi ASI sebagai anti-infeksi. Pemberian ASI yang kurang dan pemberian makanan atau formula terlalu dini dapat meningkatkan risiko *stunting* karena bayi cenderung lebih mudah terkena penyakit infeksi seperti diare dan penyakit

pernafasan.

2) Berat Badan Lahir Rendah

Ukuran bayi ketika lahir berhubungan dengan pertumbuhan linear anak (Kusharisupeni, 2002). Menurut WHO, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dapat didefinisikan sebagai berat badan bayi ketika lahir kurang dari 2500 gram dengan batas atas 2499 gram, sedangkan berdasarkan Riskesdas 2013, kategori berat badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu <2500 gram (BBLR), 2500-3999 gram, dan ≥ 4000 gram. Persentase bayi lahir pendek pada anak perempuan (21,4%) lebih tinggi daripada anak laki-laki (19,1%). Di Jawa Tengah, persentase bayi lahir pendek sebesar 24,5% melebihi prevalensi nasional sebesar 20,2% (Syarif DR, 2011).

3) Panjang Badan Lahir Rendah

Jika seorang ibu hamil mengalami kurang gizi sejak awal kehamilan maka akan berdampak pada berat badan maupun panjang badan lahir bayi yaitu kurus dan pendek. Panjang badan lahir bayi dikategorikan normal apabila ≥ 48 cm dan pendek apabila <48 cm (Kemenkes, 2010). Jika diamati dari bayi lahir, prevalensi bayi dengan panjang badan lahir rendah (<48 cm) dengan angka nasional adalah 20,2%.

4) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi akibat virus atau bakteri dalam waktu

singkat dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kebutuhan tubuh terhadap cairan, protein, dan zat-zat gizi lain. Di sisi lain, adanya penyakit infeksi dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan keterbatasan dalam mengonsumsi makanan. Hal ini dapat menyebabkan malnutrisi akibat penyakit infeksi (Ruaida, 2018).

5) Pola Asuh

Pola asuh merupakan praktik di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lain untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan anak. Pemberian pola asuh makan yang memadai berhubungan dengan baiknya kualitas konsumsi makanan balita, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Unicef, 2012)

6) Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan ibu yang tidak memadai terkait gizi dan praktik-praktik yang tidak tepat merupakan hambatan signifikan terhadap peningkatan status gizi pada anak. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa kurang dari satu dari tiga bayi di bawah usia enam bulan diberi ASI eksklusif dan hanya 42% anak usia 6-23 bulan menerima makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dengan praktik-praktik yang direkomendasikan tentang pengaturan

waktu, frekuensi, dan kualitas (Faiza R,2007).

7) Pendidikan Ibu

Tinggi rendahnya pendidikan ibu berkaitan erat dengan pengetahuan terhadap gizi. Berdasarkan hasil penelitian Faiza tahun 2007 di Bogor, lama pendidikan ibu berhubungan dengan status gizi balita menurut skor Z Indeks TB/U. Demikian juga dengan hasil penelitian yang dilakukan di Kenya yang menyatakan bahwa anak-anak yang dilahirkan dari ibu berpendidikan berisiko lebih kecil untuk mengalami malnutrisi yang dimanifestasikan sebagai *wasting* atau *stunting* daripada anak-anak yang dilahirkan dari ibu tidak berpendidikan. Dalam masyarakat dimana proporsi ibu berpendidikan tinggi, memungkinkan untuk menyediakan sanitasi yang lebih baik, pelayanan kesehatan, dan saling berbagi pengetahuan atau informasi mengenai kesehatan. Prevalensi anak pendek yang tinggal di rumah tangga dengan kepala keluarga yang tidak berpendidikan adalah 1,7 kali lebih tinggi dari prevalensi di antara anak-anak yang tinggal di rumah dengan kepala keluarga yang berpendidikan tinggi (Faiza, 2007).

C. Tinjauan Umum Hubungan GAKY dan *Stunting*

Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) sendiri masih merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian, karena dampak sosial yang diakibatkannya cukup tinggi. Yodium diperlukan dalam

produksi hormon tiroid untuk perkembangan otak (Kapil, 2007). Studi pemberian suplementasi multimikronutrien dan suplementasi besi folat menunjukkan bahwa berat lahir dan ukuran badan saat kelahiran lebih tinggi pada keturunan ibu menerima multimikronutrien (Masthalina, Hakimi and Helmyati, 2012).

Masalah GAKY merupakan masalah yang sangat serius mengingat dampaknya secara langsung dapat mempengaruhi kelangsungan hidup manusia terutama berkaitan erat dengan kualitas sumber daya manusia karena menyangkut pertumbuhan, kecerdasan, maupun produktivitas kerja. Hal ini karena yodium memiliki peran penting dalam hormon pertumbuhan yaitu hormon tiroid. Yodium membantu mengubah hormon stimulasi tiroid menjadi *triiodotironin* (T3) dan *tiroksin* (T4). Apabila tubuh kekurangan hormon tiroid, proses mineralisasi tulang terhambat sehingga lempeng epifisis menjadi tidak lentur menyebabkan gangguan pertumbuhan yaitu tubuh menjadi pendek atau *stunting*. Kekurangan yodium dapat menyebabkan kehilangan IQ 10 hingga 15 poin pada tingkat populasi di seluruh dunia. Kurang yodium juga menjadi penyebab utama kerusakan otak dan retardasi mental. Sebuah penelitian menjelaskan bahwa responden yang menderita GAKY memiliki prestasi belajar kurang dan cukup sebesar 45,83%. Sedangkan responden yang tidak menderita GAKY memiliki prestasi belajar baik dan sangat baik sebanyak 85,29% (Izati & Mahmudiono, 2017).

D. Tinjauan Umum tentang MP-ASI

1. Pengertian MP-ASI

Menurut WHO Pemberian MP-ASI didefinisikan sebagai proses yang dimulai ketika ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, dan oleh karena itu diperlukan makanan dan cairan lainnya, bersama dengan pemberian ASI. MP-ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada balita usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi selain Air Susu Ibu (ASI). Pemberian MP-ASI merupakan proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga secara bertahap, seperti jenis, bentuk, jumlah, dan frekuensi kemudian konsistensinya sampai kebutuhan bayi dapat terpenuhi dengan baik (Kusumaningrum, 2019).

Bayi yang sudah berusia 6 bulan, pada kebutuhan zat gizinya semakin bertambah seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi tersebut, kemudian pada produksi ASI mulai menurun, oleh karena itu bayi membutuhkan makanan atau minuman tambahan sebagai pendamping ASI (Arini, 2017). MP-ASI yang baik ialah memenuhi persyaratan tepat waktu, bergizi lengkap, aman, seimbang dan diberikan dengan cara yang tepat. MP-ASI pertama yang pada umumnya masyarakat berikan pada bayi di Indonesia adalah pisang dan tepung beras yang dicampur ASI (Ardiana, 2019).

2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan dari pemberian MP-ASI adalah untuk menambah energi dan juga zat gizi baik yang diperlukan anak bayi sebab jika hanya ASI saja tidak akan dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus-menerus. Oleh karena itu, agar bayi dapat mengalami proses tumbuh kembang yang optimal dan dapat menghindari terjadinya gizi kurang maupun defisiensi zat gizi mikro seperti zat besi, folat, zink, kalsium, vitamin A, dan vitamin C, maka perlu menyediakan makanan bergizi yang dibutuhkan untuk mengisi kesenjangan energi dengan zat gizi. Dilihat dari segi kekebalan tubuh pada pemberian MP-ASI dapat menjaga kesehatan tubuh anak bayi dan dapat mencegah penyakit lainnya (Nurastrini, 2013).

3. Indikator dalam Menilai Praktik Pemberian MP-ASI

Pada praktik pemberian MP-ASI pada bayi dan anak usia 6–24 bulan harus dilakukan secara benar dan tepat. Kesalahan pemberian makanan di periode tersebut dapat mengakibatkan masalah gizi kurang maupun balita pendek. Menurut WHO (2021), indikator yang digunakan untuk menilai praktik pemberian MP-ASI yaitu usia anak pertama menerima MP-ASI, frekuensi pemberian MP-ASI, keragaman bahan makanan. Masing-masing indikator ini diukur secara terpisah (Rohmawati, 2020).

4. Usia Pertama Pemberian MP-ASI

Setelah anak balita sudah masuk umur 6 bulan ke atas balita sudah mulai membutuhkan makanan dan minuman tambahan yang padat dengan zat gizi yang tepat. Oleh sebab itu, sangat penting agar tidak menunda

pemberian MP-ASI hingga balita berumur lebih dari 6 bulan, karena saat menunda pemberian MP-ASI pada anak balita dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan balita tersebut. Saat balita berumur 6 bulan, secara perlahan-lahan perlu MP-ASI seperti bubur, nasi tim, buah-buahan maupun makanan lainnya yang diperlukan balita (Rohmawati, 2020).

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini pada balita di bawah usia 6 bulan dapat mengalami kejadian *stunting* (Sari, 2019). Begitu juga menurut penelitian Teshome (2009), anak balita yang diberikan MP-ASI yang terlalu dini yaitu di bawah 4 bulan akan berisiko menderita kejadian *stunting*. Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fahrini (2013) yang menunjukkan bahwa waktu memulai pemberian MP-ASI mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting* dengan nilai $p=0,038$ dan $OR = 1,71$ (95% CI 1,02-2,85), hal ini berarti anak yang mendapatkan MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan berisiko untuk mengalami kejadian *stunting* 1,71 kali lebih besar dibandingkan anak yang mendapatkan MP-ASI ≥ 6 bulan. Sebaliknya, penundaan pemberian MP-ASI akan menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi pada balita tersebut (Rahayu, 2018).

5. Bentuk/Tesktur Pemberian MP-ASI

Dalam pemberian MP-ASI sebaiknya dapat disesuaikan dengan perkembangan bayi, misalnya bayi baru belajar mengunyah pada umur

enam dan tujuh bulan. Pada saat itu bayi siap mengonsumsi MP-ASI yang padat. Jika pada saat itu bayi tidak diberikan makanan padat, bayi dapat mengalami kekurangan zat gizi dikarenakan ASI ataupun susu formula saja tidak cukup untuk memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi tersebut. Pemberian MP-ASI terlalu lambat mengakibatkan bayi mengalami kesulitan untuk belajar mengunyah, dan tidak akan menyukai makanan padat, dan bayi dapat mengalami kekurangan gizi. Pada tekstur MP-ASI dibagi menjadi tiga kategori yaitu (Atikah, 2015):

- a. Makanan lumat merupakan makanan yang dihancurkan terlebih dahulu dan disaring tampak kurang merata dan bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus, misalnya seperti bubur susu, bubur sumsum, nasi tim saring, tomat saring, pisang saring, dan lain- lainnya.
- b. Makanan lunak merupakan makanan yang dimasak banyak air dan tampak berair, misalnya seperti bubur nasi, nasi tim, kentang puri bubur ayam, dan lain-lainnya.
- c. Makanan padat merupakan makanan lunak yang tidak tampak berair dan biasanya disebut makanan keluarga, misalnya seperti lontong, kentang rebus, biskuit, dan lain-lainnya.

Pola pemberian ASI dan MP-ASI untuk bayi dan anak yaitu (Kemenkes RI, 2018):

Tabel 2.3 Bentuk MP-ASI Bayi Menurut Umur

Umur (bulan)	ASI	Makanan Lumat	Makanan Lembik	Makanan Keluarga
0-6				
6-9				
9-12				
12-24				

Sumber: Kemenkes RI (2018)

6. Jenis-Jenis MP-ASI

Jenis MP-ASI secara umum terdapat dua yaitu olahan hasil pabrik dan buatan rumah (MP-ASI lokal). Menurut Permenkes RI (2014) jenis-jenis MP-ASI yaitu (Kemenkes RI, 2014):

- a. Makanan tambahan pendamping ASI buatan pabrik merupakan makanan hasil olahan yang dapat digunakan secara instan dalam bentuk kemasan atau botol yang beredar di pasaran guna menambahkan energi dan zat gizi esensial pada anak bayi.
- b. Makanan tambahan pendamping ASI buatan rumah sendiri (MP-ASI lokal) merupakan makanan tambahan yang diolah sendiri dengan menggunakan bahan makanan yang disiapkan dalam rumah tangga atau di tempat lainnya untuk dikonsumsi oleh anak bayi tersebut.

7. Frekuensi Pemberian MP-ASI

Frekuensi pemberian MP-ASI adalah proporsi anak bayi yang menerima makanan pelengkap minimal yang telah direkomendasikan. Tanpa frekuensi makan dan bahan MP-ASI yang beragam, bayi dan anak berisiko mengalami kekurangan zat gizi, sehingga menyebabkan terjadinya *stunting* pada anak yang pada akhirnya meningkatkan

morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Wandini, 2021). WHO menganjurkan agar anak bayi dapat mulai mendapatkan makanan dan minuman sebagai MP-ASI saat berumur 6 bulan. Awalnya, frekuensi anak bayi menerima MP-ASI 2-3 kali sehari saat berusia antara 6-8 bulan, kemudian usia antara 9-11 bulan, dan usia 12- 24 bulan menerima 3-4 kali sehari, makanan selingan berbentuk kudapan bergizi sebagai tambahan juga dapat diberikan 1-2 kali sehari antara usia 9-11 bulan dan 12-24 bulan. Pada frekuensi MP-ASI, anak bayi harus sesering mungkin makan karena anak bayi dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit agar kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya dapat terpenuhi dengan baik (Kemenkes RI ,2018).

8. Keberagaman Pangan (*Dietary Diversity*) dalam MP-ASI

Pada pola konsumsi makanan yang beranekaragaman pada anak merupakan masalah yang masih terjadi di Indonesia. Kondisi tersebut dibuktikan dengan proporsi konsumsi makanan beragam pada anak 6-23 bulan di Indonesia sebesar 46,6% (Rahayu, 2018).

Keberagaman bahan makanan pada bayi penting karena tidak ada satupun makanan yang hanya cukup untuk kebutuhan bayi, keberagaman bahan makanan yang diberikan sejak bayi akan diingat sampai dewasa, makanan yang diberikan harus sesuai dengan kemampuan pencernaan balita (Rosita, 2021).

MP-ASI disiapkan keluarga dengan memperhatikan keanekaragaman pangannya. Guna memenuhi kebutuhan zat gizi mikro

dari MP-ASI keluarga agar tidak terjadi gagal tumbuh pada balita. Berdasarkan Permenkes (2014), komposisi bahan makanan MP-ASI dikelompokkan menjadi dua yaitu (Umilasari & A'yun, 2018):

- a. MP-ASI lengkap yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur, dan buah.
- b. MP-ASI sederhana yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani atau nabati dengan sayur atau buah.

MP-ASI yang baik apabila (Umilasari & A'yun, 2018):

- a. Padat energi, protein, dan zat gizi mikro (antara lain Fe, zinc, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat) yang tidak dapat dipenuhi dengan ASI saja untuk anak mulai 6 bulan.
- b. Tidak berbau tajam.
- c. Tidak menggunakan gula dan garam tambahan, penyedap rasa, pewarna dan pengawet.
- d. Mudah ditelan dan disukai anak.
- e. Diupayakan menggunakan bahan pangan lokal dengan harga terjangkau.

Pada tingkat keberagaman MP-ASI dilakukan secara bertahap- tahap seiring dengan bertambahnya umur anak bayi agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan yang anak bayi dapat terima (Nurkomala, 2018). Anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi makanan dan minuman dari setidaknya minimal lima dari delapan kelompok makanan yang ditentukan

selama hari sebelumnya. Delapan kelompok makanan yang digunakan untuk tabulasi indikator ini yaitu (Nurkomala, 2018):

- a. ASI
- b. Biji-bijian, akar, umbi-umbian, dan pisang raja
- c. Kacang-kacangan (kacang polong, lentil)
- d. Produk susu (susu formula, yogurt, keju)
- e. Makanan daging (daging ikan, unggas, jeroan)
- f. Telur
- g. Buah dan sayuran yang kaya vitamin A
- h. Lainnya

Konsumsi makanan atau minuman dalam jumlah berapa pun dari suatu kelompok makanan cukup untuk “dihitung”, yaitu tidak ada jumlah minimal (WHO, 2021). Berdasarkan hasil penelitian Udoh (2016) di Negeria mengatakan bahwa adanya hubungan antara keberagaman makanan dengan kejadian *stunting* pada anak. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Nurkomala,2018) menyebutkan bahwa ada hubungan antara keberagaman bahan makanan terhadap kejadian *stunting* pada balita.

9. Jumlah Pemberian MP-ASI

Seiring dengan bertambahnya usia balita, pertumbuhan anak balita akan bertambah dan jumlah makanan yang dibutuhkan juga akan meningkat. Orang tua secara bertahap akan menambah jumlah porsi makanan dalam setiap kali makan pada balita hingga balita dapat

menghabiskan porsi makan sesuai usianya (Amperaningsih et al., 2018). Pembagian pemenuhan kebutuhan gizi pada balita menurut usia balita jika jumlah MP-ASI diberikan sesuai standar (Kemenkes, 2018):

- a. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 6-9 bulan 2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, dan tingkatkan perlahan-lahan hingga $\frac{1}{2}$ mangkok berukuran 250 ml
- b. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 9-12 bulan $\frac{1}{2}$ mangkok sampai dengan $\frac{3}{4}$ mangkok berukuran 250 ml
- c. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 12-24 bulan $\frac{3}{4}$ mangkok makanan berukuran 250 ml
- d. Dampak pemberian MP-ASI yang salah.

Menurut pemberian MP-ASI yang salah, ada dua kategori yaitu terlalu cepat atau terlalu lambat (Amperaningsih, 2018):

- a. Dampak dari pemberian MP-ASI terlalu dini kebanyakan ibu umumnya (jika bayi adalah anak pertama) bersemangat untuk segera memberikan MP-ASI karena perasaan ibu-ibu memiliki perasaan yang bahagia telah mencapai besar. Hal inilah yang dapat memicu orangtua balita untuk memberikan MP-ASI yang dini. Berbagai dampak-dampak dari pemberian MP-ASI terlalu dini:

- 1) Berbagai macam reaksi muncul akibat sistem pencernaan bayi belum siap. Jika MP-ASI diberikan sebelum sistem pencernaan bayi siap untuk menerimanya, makanan yang masuk tersebut tidak dapat dicerna dengan baik oleh usus bayi dan juga bisa

menimbulkan berbagai reaksi, seperti diare, perut kembung atau bergas. Tubuh bayi belum memiliki pencernaan yang lengkap untuk protein.

- 2) Balita lebih rentan terkena berbagai penyakit yang dapat menyerang balita. Dimana pada saat balita menerima asupan lain selain ASI, imunitas/kekebalan tubuh yang diterima balita akan menurun.
- 3) Bayi berisiko mengalami obesitas, pemberian MP-ASI dini sering dihubungkan dengan peningkatan berat badan sehingga dihubungkan dengan akibat pemberian MP-ASI terlalu dini.
- 4) Bayi dapat kurang memproduksi ASI. Semakin banyak makanan padat yang dikonsumsi oleh bayi maka semakin tinggi potensi bayi mengurangi permintaan menyusui.

b. Dampak Menunda Pemberian MP-ASI

Sebagian orang menunda pemberian MP-ASI pada bayi hingga usia bayi lebih dari 6 bulan dengan alasan agar bayi terhindar dari risiko mengalami alergi pada makanan. Padahal suatu tinjauan dari sebuah penelitian menyimpulkan bahwa menunda pemberian MP-ASI hingga usia bayi melewati 6 bulan tidak memberikan perlindungan yang berarti. Berikut akibat jika menunda pemberian MP-ASI:

1. Kebutuhan zat gizi makro dan mikro lainnya tidak dapat terpenuhi sehingga mengakibatkan balita berisiko menderita malnutrisi.
2. Kebutuhan energi bayi tidak dapat terpenuhi, jika kebutuhan bayi

tidak terpenuhi pertumbuhan bayi akan tidak optimal dan bayi juga akan dapat berhenti tumbuh, bahkan jika dibiarkan bayi akan dapat menderita gagal tumbuh.

3. Bayi kemungkinan dapat menolak berbagai jenis makanan dan sulit menerima rasa makanan baru di kemudian hari.
4. Pada perkembangan fungsi motorik oral bayi dapat terlambat.
5. Bayi berisiko mengalami kekurangan zat besi.

E. Tabel Sintesa Penelitian

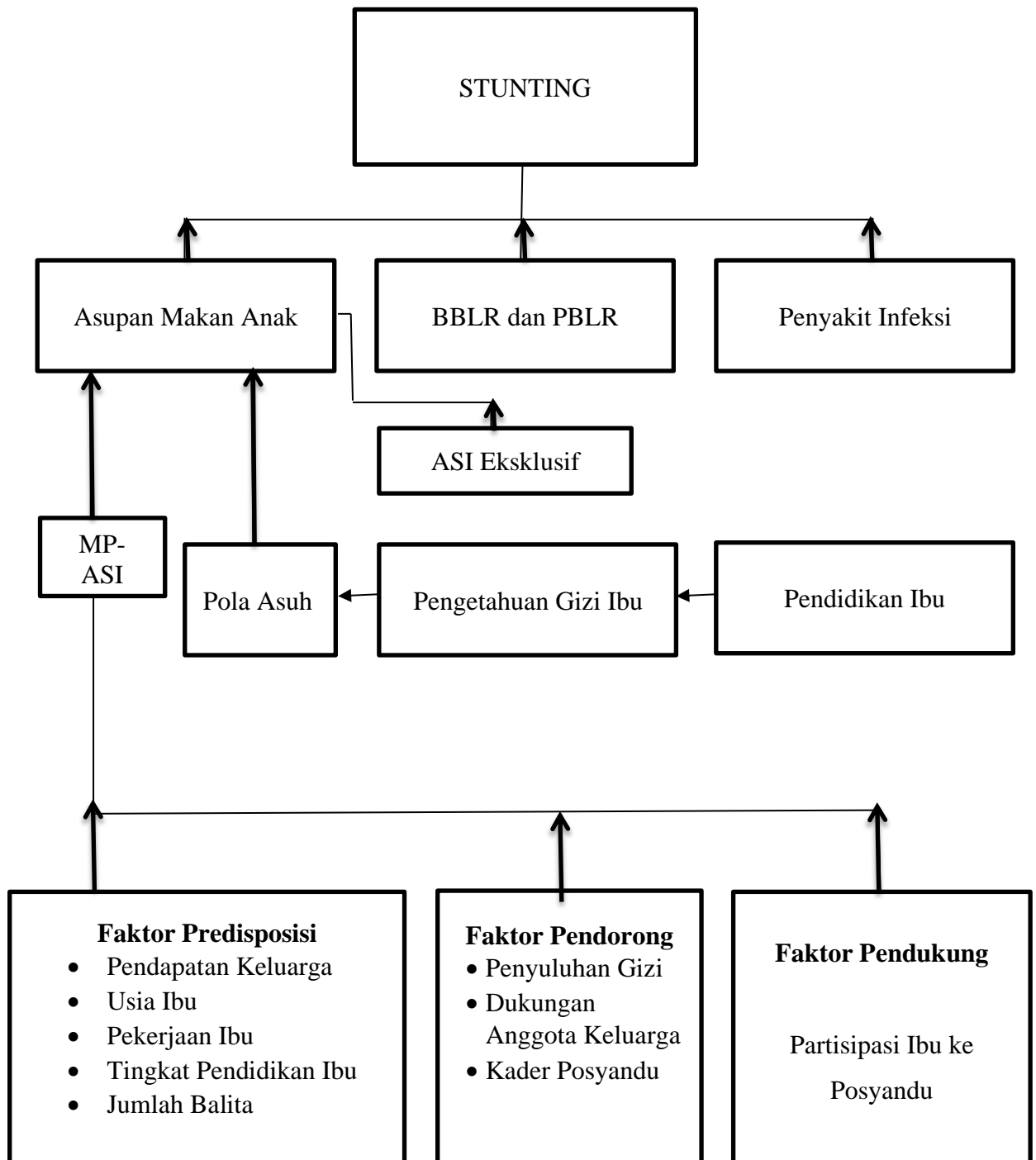
Tabel 2.4 Tabel Sintesa Penelitian

No	Peneliti dan Tahun	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1.	Permadi,M Rizal (2016)	Hubungan inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI Eksklusif dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-24 bulan di Kabupaten Boyolali	Penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain <i>cross-sectional</i> .	Terdiri dari 33 anak <i>stunting</i> dan 67 tidak <i>stunting</i> yang berusia 6-24 bulan di lima puskesmas wilayah Kabupaten Boyolali	Sebanyak 22,2% dan 9,5% anak usia 6-24 bulan yang mengalami IMD dan mendapatkan ASI eksklusif mengalami <i>stunting</i> . Pelaksanaan IMD dan pemberian ASI eksklusif berhubungan bermakna secara statistik dengan kejadian <i>stunting</i> pada anak usia 6-24 bulan. Anak

					yang tidak mengalami IMD dan tidak mendapatkan ASI Eksklusif berisiko 3,69 dan 9,5 kali secara berturut-turut mengalami <i>stunting</i> .
2.	Jelantik, Geria Dan Desi (2014)	Hubungan Pengetahuan,Sikap, dan Tindakan Ibu tentang Makanan Pendamping Asi dengan Pertumbuhan Anak Usia 6-24 bulan di Desa Pakuan Narmada Lombok Barat	Observasional analitik dengan menggunakan desain <i>cross-sectional</i>	Semua ibu yang memiliki anak berusia 6-24 bulan	Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu tentang MP-ASI dengan pertumbuhan anak usia 6-24 bulan.
3.	Wahyuni, Sri Wahyuningsih, dan Astri (2015)	Pemberian Makan pada Bayi dan Anak dengan Kenaikan Berat Badan Bayi di Kabupaten Klaten	Penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain <i>cross-sectional</i> .	Semua balita berusia 6-12 bulan	Pemberian makanan bayi dan anak dengan tepat kepada usia 6-12 bulan di Posyandu Kabupaten Klaten sebanyak 62,2%. Kenaikan berat badan bayi usia 6-12 bulan adalah 73%. Ada hubungan

					antara pemberian makanan bayi dan anak dengan kenaikan berat badan bayi usia 6-12 bulan di Posyandu Desa Pakahan, Jagolan, Klaten.
4.	Prakoso, Bayi Adi (2015)	Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Vitamin A dan Perilaku Kadarzi pada Anak Balita <i>Stunting</i> di Desa Kopen Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali	Observasional analitik dengan menggunakan desain <i>cross-sectional</i>	Semua balita berusia 24-59 bulan yang bertempat tinggal di Desa Kopen Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali	Ada perbedaan tingkat konsumsi energi, protein, vitamin A, dan tingkat perilaku kadarzi secara signifikan antara anak balita <i>stunting</i> dan tidak <i>stunting</i> di Desa Kopen Kecamatan Teras Kabupaten Boyolali

F. Kerangka Teori



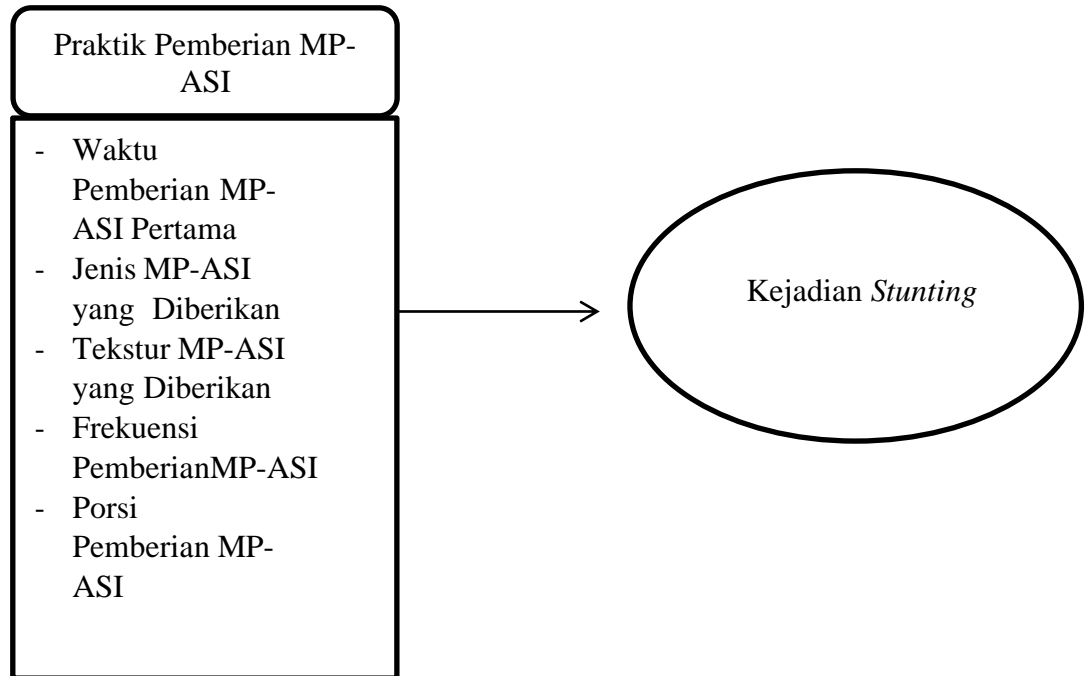
Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Teori oleh Lawrence Green (1993) dalam Notoatmodjo (2014)

BAB III


KERANGKA KONSEP


A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

Variabel Dependen : 

Variabel Independen : 

B. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
<i>Stunting</i>	<i>Stunting</i> merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang, ditunjukkan dengan nilai <i>Z-Score</i> PB/U <-2 standar deviasi (SD) <i>Permenkes 2 tahun 2020</i>	Pengukuran Panjang badan dilakukan dengan menggunakan microtoise.	Menggunakan Aplikasi WHO- <i>Anthropometri Plus</i> , panjang badan dibandingkan dengan standar panjang badan WHO dengan memperhatikan usia, tanggal pengukuran, ada /tidak ada odema, dan jenis kelamin.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = -2 s/d +2 SD (tidak <i>stunting</i>) • 0 = <-2 SD (<i>stunting</i>) 	Nominal
Waktu Pemberian MP-ASI Pertama	Waktu pertama kali makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan kepada bayi dalam satuan usia (bulan) (Sari, 2019).	Kuesioner	Menanyakan kepada ibu tentang usia bayi saat mendapatkan MP-ASI pertama kali.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = usia \geq 6 bulan • 0 = usiz < 6 bulan 	Nominal
Jenis MP-ASI yang Diberikan	Jenis makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dengan usia bayi sekarang, antara lain: <ul style="list-style-type: none"> • MP-ASI lengkap yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur, dan buah.,yaitu berdasarkan standar WHO 2003 (Kemenkes RI, 2014). 	Kuesioner	Menanyakan kepada ibu tentang jenis MP-ASI yang diberikan kepada bayi.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = sesuai standar • 0 = tidak sesuai standar 	Nominal

Tekstur MP-ASI yang Diberikan	Tekstur MP-ASI yang diberikan kepada bayi, yaitu terdiri dari semi cair, semi padat, makanan lunak, dan makanan padat yang disesuaikan dengan usia bayi, yaitu berdasarkan standar WHO 2003 (Atikah, 2015).	Kuesioner	Menanyakan kepada ibu tentang jenis MP-ASI yang diberikan kepada bayi.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = sesuai standar • 0 = tidak sesuai standar 	Nominal
Frekuensi Pemberian MP-ASI	<p>Frekuensi pemberian MP-ASI yang diberikan kepada bayi setiap harinya yang disesuaikan dengan usia bayi, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6-8 bulan: makanan utama 2-3 kali sehari, • 9-11 bulan: makanan utama 3-4 kali sehari, • 12-24 bulan: makanan utama 3-4 kali sehari, (Kemenkes RI, 2018) 	Kuesioner	Menanyakan kepada ibu tentang frekuensi pemberian MP-ASI yaitu terdiri dari makanan utama dan makanan selingan	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = sesuai standar • 0 = tidak sesuai standar 	Nominal

Porsi MP-ASI	Jumlah makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan kepada bayi setiap makan, antara lain: <ul style="list-style-type: none">- 6-8 bulan: 2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml.- 9-11 bulan: $\frac{1}{2}$ mangkok kecil atau setara dengan 3-4 sendok makan penuh- 12-24 bulan: $\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkok kecil atau setara >4 sendok makan (Kemenkes, 2018).	Kuisisioner	Menyakan kepada ibu bayi secara langsung porsi MP-ASI yang diberikan kepada bayi setiap makan	<ul style="list-style-type: none">• 1 = sesuai standar• 0 = tidak sesuai standar	Nominal
--------------	--	-------------	---	---	---------
