

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MPASI TERHADAP  
KEJADIAN STUNTING PADA BADUTA USIA 6-23  
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BONTOKASSI KABUPATEN TAKALAR**

**SAFIRA MAHARANI**

**K021181006**



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

**2022**

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MPASI TERHADAP  
KEJADIAN STUNTING PADA BADUTA USIA 6-23  
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BONTOKASSI KABUPATEN TAKALAR**

**SAFIRA MAHARANI**

**K021181006**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat*

*Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

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

**2022**

## 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, 29 Juli 2022

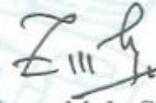
Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D  
NIP.19620318 198803 1 004



Dr. Nurzakiah, SKM., M.KM  
NIP.19830201 202107 4 001

Mengetahui  
Ketua Program Studi Ilmu Gizi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin



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

### 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 Jumat, 29 Juli 2022.

Ketua : Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D



(.....)

Sekretaris : Dr. Nurzakiah, SKM., MKM



(.....)

Anggota : Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes



(.....)

dr. Djunaidi M. Dachlan, MS



(.....)

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Safira Maharani  
NIM : K021181006  
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi  
HP : 081355883330  
Email : [maharanisafira45@gmail.com](mailto:maharanisafira45@gmail.com)

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Hubungan Praktik Pemberian MPASI Terhadap Kejadian Stunting Pada Baduta Usia 6-23 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarism dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 31 Juli 2022

Yang Membuat Pertanyaan



Safira Maharani

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Program Studi Ilmu Gizi

**Safira Maharani**

**“Hubungan Praktik Pemberian MPASI Terhadap Kejadian Stunting pada Baduta Usia 6-23 Bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar”**

**(xii + 64 Halaman + 10 Tabel + 5 Lampiran)**

Pada periode baduta, ASI saja tidak cukup untuk memenuhi semua kebutuhan gizi dan pemberian makanan tambahan (MPASI) harus dimulai. Pengenalan dan pemberian MPASI sebaiknya dilakukan secara bertahap dalam bentuk dan jumlah yang sesuai dengan daya cerna anak untuk mencegah terjadinya stunting. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan praktik pemberian MPASI terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan *Cross Sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 150 baduta usia 6-23 bulan. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan pengukuran panjang badan, data sekunder merupakan data pengukuran antropometri baduta yang diperoleh dari EPPBGM Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar. Hasil analisis kemudian diuji dengan menggunakan uji statistik *chi-square*.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar sampel berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 81 (54.0%), usia sampel yang terbanyak adalah kelompok usia 12-23 bulan yaitu sebanyak 98 (65.3%), sebagian besar memiliki berat dan panjang badan lahir normal yaitu 147 (98%), dan baduta yang memiliki status gizi normal berdasarkan kategori panjang badan menurut usia yaitu 101 (67.3%) dan yang memiliki status gizi stunting sebanyak 49 (32.7%). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa usia pertama pemberian MPASI ( $p=1,000$ ), frekuensi MPASI ( $p=0,124$ ), jumlah MPASI ( $p=1,000$ ), dan tekstur MPASI ( $p=0,330$ ) tidak berhubungan terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar. Namun, Jenis MPASI ( $p=0,006$ ) berhubungan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.

Puskesmas Bontokassi dapat mengoptimalkan memberikan edukasi terkait pemantauan status gizi pada baduta, serta diharapkan ibu baduta usia 6-23 bulan untuk lebih memahami praktik pemberian MPASI yang sesuai dengan tahapan usia baduta.

**Daftar Pustaka:**

**Kata kunci : Baduta Usia 6-23 Bulan, MPASI, Stunting**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi dengan judul “**Hubungan Praktik Pemberian MPASI Terhadap Kejadian Stunting Pada Baduta Usia 6-23 Bulan Di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar**”. Shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW. yang telah mengantarkan dunia dari kegelapan menuju alam yang terang benderang seperti sekarang ini.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana studi strata satu di program studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasnuddin. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Dalam kesempatan ini, penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih sebesar-besarnya, kepada seluruh pihak yang telah membantu selama proses penelitian dan penyusunan skripsi ini, terutama kepada:

1. Kedua orang tua, **Gantini Lanasir** dan **Muh. Syaiful** yang senantiasa memberikan dukungan moril, materil, semangat serta doa yang tidak terhingga dalam setiap sujudnya yang senantiasa dipanjatkan untuk penulis. Terima kasih banyak atas segala nasehat yang senantiasa diberikan kepada penulis selama menempuh pendidikan S1.
2. Saudara saya, **Devicca Yasmin** yang senantiasa memberikan dukungan kepada saya, serta menjadi satu-satunya teman disaat saya pulang ke rumah.
3. **Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D** pembimbing akademik serta pembimbing I yang senantiasa memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan S1 di Ilmu Gizi FKM Universitas Hasanuddin.
4. **Dr. Nurzakiah, S.KM., M.KM** selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan dukungan , bimbingan, serta masukan kepada penulis selama pengerjaan skripsi.
5. **Dr. Abdul Salam, S.KM., M.Kes** selaku penguji I dan **dr. Djunaidi M. Dachlan, MS** selaku penguji II yang telah memberikan masukan, saran, serta kritik demi perbaikan skripsi.

6. **Ibu Hasni Dg. Tommi dan Dg. Anna** selaku petugas gizi Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar yang bersedia membantu penulis selama proses penelitian berlangsung.
7. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama proses menempuh pendidikan, khususnya kepada Bapak/Ibu Dosen Program Studi S1 Ilmu Gizi.
8. Seluruh staf akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Program Studi Ilmu Gizi Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu penulis selama proses menempuh pendidikan.
9. Teman-teman **FLEKS18EL** yang telah bersama dan membantu penulis dalam proses belajar selama masa perkuliahan di Program Studi S1 Ilmu Gizi.
10. **GIZ18URENG**: Baitul Afiah, Indra Ayu Ningsih, Nabilah Azka Tzaniyah, Musfira, Dian Resky Ekawati, Ilmi Anugriani, Tiara Anugrahwati, Nur Rezkyana Asyhad, Mega Mas Putri, Ahmad Fadilah, Muhammad Nurul Akbar, dan Ahmad Arif Hidayat selaku teman yang senantiasa mendukung dan menemani penulis selama masa perkuliahan. Penulis sangat berterimakasih atas segala bantuan yang telah diberikan.
11. **WAO**: Hijriah Nur Istifani, Silviani Aprillia Nilawati, Nur Zahra Saharia, Hayatun Thayyibah, Zakenia Khairunnisa, Khaerunnisa, Amilaton Rosidah, dan Helen Krisnawati yang senantiasa menemani dan memberikan dukungan serta mendoakan penulis dari masa di MTs sampai seterusnya.
12. Farhah Husain Ghanus, Andi Nur Damaiyanti, dan Ariny Poespitasari yang senantiasa menemani dan membantu, serta mendengarkan segala curhatan penulis selama penulisan skripsi ini.
13. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas segala doa dan dukungan yang terbaik yang senantiasa diberikan kepada penulis, selama penulis menempuh pendidikan S1 di Ilmu Gizi FKM Universitas Hasanuddin.
14. Terakhir penulis ingin mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada diri penulis sendiri, atas segala kepercayaan dan keyakinan, serta cinta yang

tiada henti-hentinya diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menjalani hari demi dengan segala rasa syukur. Terima kasih sudah menjaga dirimu sampai saat ini. “kamu bisa melakukan segala hal dengan baik”.

Penulis mohon maaf bila ada kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja, serta kekurangan selama pengerjaan skripsi ini.

Makassar, Juli 2022

Safira Maharani

## DAFTAR ISI

	Halaman
PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI .....	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT .....	iv
RINGKASAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Stunting .....	10
B. Tinjauan Umum MPASI .....	19
C. Kerangka Teori .....	28
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
A. Kerangka Konsep .....	29
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	29
C. Hipotesis Penelitian .....	33
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian .....	34
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	34
C. Populasi dan Sampel .....	34
D. Pengumpulan Data .....	37
E. Instrumen Penelitian .....	38
F. Alur Penelitian .....	39

G. Pengolahan dan Analisis Data.....	39
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	43
B. Hasil Penelitian .....	43
C. Pembahasan.....	51
D. Keterbatasan Penelitian .....	62
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan .....	63
B. Saran.....	64
DAFTAR ISI	
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 1. Kategori Dan Ambang Batas Status Gizi Stunting .....	10
Tabel 4. Tabel Indikator dan Cara Pengumpulan Data .....	38
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	44
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Sampel di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	45
Tabel 5.3 Distribusi Praktik Pemberian MPASI di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	46
Tabel 5.4 Hubungan Usia Pertama Pemberian MPASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	47
Tabel 5.5 Hubungan Jenis MPASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	48
Tabel 5.6 Hubungan Frekuensi MPASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	49
Tabel 5.7 Hubungan Tekstur MPASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	49
Tabel 5.8 Hubungan Jumlah MPASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar .....	50

## **DAFTAR GAMBAR**

<b>Nomor</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Bagan Kerangka Teori .....	28
Gambar 2. Kerangka Konsep .....	29
Gambar 3. Bagan Alur Penelitian .....	39
Gambar 5. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Bontokassi .....	43

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hak gizi yang cukup merupakan hak dasar setiap anak. Anak-anak yang mendapatkan makanan yang cukup dan diberikan dengan cara yang benar pada tahap perkembangan yang tepat lebih mungkin untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembang dan belajar. Mereka siap untuk berkembang dalam menghadapi penyakit, bencana atau krisis (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020). Sebuah studi baru-baru ini menemukan bahwa gizi yang tepat selama 1000 hari pertama kehidupan dapat menentukan kualitas hidup anak dalam jangka pendek dan panjang. Seribu hari pertama kehidupan (sejak lahir hingga berusia dua tahun), merupakan momen penentu yang menentukan kualitas generasi penerus bangsa. Periode baduta (kurang dari 2 tahun) adalah *Windows of Opportunity*, pada periode ini diperlukan asupan gizi yang seimbang dari segi kuantitas dan kualitasnya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal. Gizi buruk atau malnutrisi yang terjadi pada masa Baduta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya. Hal Ini dapat berdampak langsung pada status kesehatan baduta di masa depan (dewasa). Masa ini disebut juga masa keemasan (*Golden Time*), yang dimana jika tidak dimanfaatkan dengan baik dapat menyebabkan masalah yang bersifat permanen salah satunya masalah stunting (Rahayu *et al.*, 2018).

Stunting atau kadang disebut dengan kerdil atau pendek adalah suatu keadaan dimana anak mengalami malnutrisi kronis dan infeksi berulang dari

janin hingga anak berusia 24 bulan atau selama periode 1.000 hari pertama kehidupan (HPK). Anak dikatakan stunting jika panjang badan menurut umur anak kurang dari -2 standar deviasi (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2018). Di Indonesia, stunting merupakan masalah serius dan masalah gizi utama yang dihadapi (Kemenkes RI, 2018). Jika masalahnya bersifat kronis, maka akan mempengaruhi fungsi kognitif anak, yaitu tingkat kecerdasan yang rendah, dan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia. Masalah stunting cukup serius. Diantaranya, jangka pendek terkait dengan kesakitan dan kematian anak, jangka menengah terkait dengan rendahnya kecerdasan dan kemampuan kognitif, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumber daya manusia dan penyakit degeneratif di masa dewasa (Ketut Aryastami *et al.*, 2017)

Data World Bank tahun 2020 menunjukkan, prevalensi stunting Indonesia berada pada urutan ke 115 dari 151 negara di dunia. Kemudian, Bank Pembangunan Asia (*Asian Development Bank/ADB*) melaporkan prevalensi anak penderita stunting usia di bawah lima tahun (balita) Indonesia merupakan yang tertinggi kedua di Asia Tenggara setelah Timor Leste (Kementrian Kesehatan, 2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi stunting Balita di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Kemudian, berdasarkan hasil SSGI (Studi Status Gizi Indonesia) tahun 2019, prevalensi stunting di Indonesia turun menjadi 27,67% dan kembali menurun

di tahun 2021 menjadi 24,4% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Sementara itu, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) Sulawesi Selatan berada pada urutan ke-4 sekitar 37% secara nasional. Kemudian mengalami penurunan sebesar 30,6% ditahun 2019, namun angka ini masih lebih tinggi dari angka nasional ditahun yang sama (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Sehingga Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan telah menetapkan 10 Kabupaten darurat stunting. Yang dituangkan dalam Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan No 440.2.1/13175/DINKES tertanggal 5 April 2019 “tentang penetapan 10 Kabupaten Lokasi Khusus (Lokus) Dalam Percepatan Penanggulangan Masalah Stunting”. Hal ini terlihat dari hasil prevalensi stunting di Sulawesi selatan yang menurun di tahun 2021 menjadi sebesar 27,4% (Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi selatan, 2019).

Salah satu kabupaten yang ada di Sulawesi Selatan, yaitu Kabupaten Takalar termasuk dalam 1 dari 10 Kabupaten di Sulawesi Selatan yang daerah menempati urutan ke 4 tingginya angka kejadian stunting sebesar 40,6% di tahun 2018 dan turun menjadi 25% di tahun 2019 (Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi selatan, 2019). Kemudian, mengalami kenaikan menjadi 34,7% di tahun 2021 dan menempati urutan ke 3 di Sulawesi Selatan sebagai kabupaten dengan prevalensi stunting tertinggi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Berdasarkan data status gizi dinkes Kabupaten Takalar tahun 2021, prevalensi balita stunting di wilayah kerja puskesmas bontokassi

menempati urutan pertama dengan tingginya kejadian stunting di kabupaten Takalar yaitu sebesar 27,19%, kemudian berdasarkan hasil rekapitan data status gizi baduta di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar melalui aplikasi EPPGBM, baduta yang mengalami stunting sebesar 25,68%. Angka tersebut masih sangat tinggi dari target prevalensi stunting yang telah ditetapkan di Peraturan Presiden (Perpres) nomor 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting yaitu sebesar 14% di tahun 2024 dan masih sangat jauh dari target yang ditetapkan oleh pemerintah provinsi Sulawesi Selatan yaitu sebesar 21,59% di tahun 2022 dan jika berdasarkan standar yang telah ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO), wilayah kerja Puskesmas Bontokassi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya di atas 20% (Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, 2021).

Anak berisiko mengalami stunting setelah usia 6 bulan. Pada periode ini, ASI saja tidak cukup untuk memenuhi semua kebutuhan gizi dan pemberian makanan tambahan (MPASI) harus dimulai (Pérez Lizaur, 2011). Setelah usia 6 bulan, semua anak membutuhkan makanan lunak bergizi yang sering disebut makanan pendamping ASI (MPASI). Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada anak usia 6 sampai 24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. MP-ASI merupakan makanan transisi dari ASI ke makanan keluarga. Pengenalan dan pemberian MPASI sebaiknya dilakukan secara bertahap dalam bentuk dan jumlah yang sesuai dengan daya cerna anak. Anak harus menerima makanan tambahan (MPASI) untuk mencegah malnutrisi.

Oleh karena itu, perlu bahan pangan yang bervariasi sebagai tambahan mineral dan vitamin bagi anak, karena tidak ada satu jenis bahan makanan yang dapat memenuhi semua kebutuhan gizi anak (Rahayu *et al.*, 2018).

Makanan tambahan sering diberikan dalam jumlah yang tidak mencukupi dan seringkali kualitasnya lebih rendah daripada ASI (Pérez Lizaur, 2011). Kualitas MPASI dipengaruhi oleh variasi bahan makanan yang digunakan, sedangkan jumlah MPASI berkaitan dengan frekuensi pemberian perharinya. Kualitas dan kuantitas MPASI dapat memiliki efek positif pada pertumbuhan linier, tetapi hanya meningkatkan jumlah makanan tidak akan berhasil jika kualitas makanan buruk (Dewey and Adu-Afarwuah, 2008). Menyediakan MPASI yang tepat berarti memenuhi kebutuhan anak dengan syarat pada waktu yang tepat, adekuat, aman, dan dengan cara yang benar (WHO, 2003). Selain MPASI, ASI tetap diberikan karena dapat memberikan gizi dan menjadi faktor pelindung terhadap penyakit sampai anak berusia 2 tahun (Nurkomala, Nuryanto and Panunggal, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rakhmahayu *et al* (2019) menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian makanan pendamping ASI terhadap kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan. Penelitian ini menunjukkan bahwa anak usia 6-23 bulan yang mendapat makanan pendamping ASI yang tidak memadai memiliki kecenderungan yang lebih yaitu sebesar 0,16 kali mengalami stunting (Rakhmahayu, Dewi and Murti, 2019). Hal ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh Wandini *et al* (2020) pada balita usia 7-23 bulan bahwa terdapat hubungan pemberian

makanan pendamping ASI (MPASI) dengan kejadian stunting, yang dimana responden dengan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) yang tidak sesuai memiliki resiko 0.083 kali untuk menjadikan balita mengalami stunting (Wandini *et al.*, 2020).

Anak di bawah 2 tahun masih rentan terhadap penyakit, sehingga penting untuk menerapkan praktik pemberian makan yang baik bagi anak, terutama bagi ibu yang memiliki anak di bawah 2 tahun, untuk menghindari masalah gizi. Hal ini sesuai dengan penelitian Wulandari, dkk (2016) bahwa anak di bawah usia 2 tahun sangat rentan terhadap penyakit karena sistem imunnya belum terbentuk sempurna (Wulandari, Budiasturtik and Alamsyah, 2016). Oleh karena itu, UNICEF (1997) mengemukakan teori tentang prinsip-prinsip praktik pemberian makan yang baik, termasuk tiga aspek yang mencakup penyediaan makanan pendamping ASI yang berkelanjutan: pengenalan makanan pendamping ASI, keragaman makanan, gizi yang tepat, dan frekuensi pemberian makan. Aspek selanjutnya mengenai sikap ibu terhadap praktik pemberian makan adalah penyesuaian metode pemberian makan dengan kemampuan psikomotorik anak, pemberian makan yang responsif, dan penciptaan situasi makan yang baik. Aspek terakhir menyangkut adaptasi anak terhadap makanan keluarga (Khaerunnisa, Nurhayati and Yulia, 2019). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Bela *et al* (2020) menyatakan bahwa ibu dengan kebiasaan pemberian makan yang kurang baik pada balitanya mempunyai kecenderungan 8,8 kali lebih besar untuk memiliki balita stunting

dibandingkan ibu dengan kebiasaan pemberian makan yang baik pada balitanya (Bela, Fazar and Misnaniarti, 2020).

Setelah usia 6 bulan, MPASI diberikan untuk mengisi kekurangan gizi karena ASI saja tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi anak. Jika makanan pendamping tidak diberikan, maka kebutuhan gizi baik makronutrien maupun mikronutrien tidak akan terpenuhi. Hal ini juga mempengaruhi pertumbuhan linier anak (Rusmil *et al.*, 2019). Anak yang diberi ASI eksklusif dan diberikan makanan pendamping ASI sesuai kebutuhan dapat mengurangi risiko stunting. Hal ini karena anak yang diberi ASI eksklusif pada usia 0 sampai 6 bulan dapat mengembangkan kekebalan untuk menghindari penyakit menular. Kemudian, pada usia 6 bulan makanan pendamping ASI diberikan dalam jumlah, frekuensi, dan tekstur yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan gizi anak dan mengurangi risiko stunting (Wangiyana *et al.*, 2020).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan praktik pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.

## **B. Rumusan Masalah**

Adakah hubungan praktik pemberian MPASI terhadap kejadian stunting pada baduta usai 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar?.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan praktik pemberian MPASI terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan usia pertama pemberian MPASI pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.
- b. Mengetahui hubungan jenis pemberian MPASI pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.
- c. Mengetahui hubungan frekuensi MPASI yang diberikan pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.
- d. Mengetahui hubungan tekstur MPASI yang diberikan pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.
- e. Mengetahui hubungan jumlah MPASI yang diberikan pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.

### **D. Manfaat penelitian**

#### 1. Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu khususnya yang berkaitan dengan hubungan praktik pemberian MPASI terhadap stunting pada baduta usia 6-23 bulan sebagai acuan penelitian selanjutnya.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi data mengenai praktik pemberian MPASI dan stunting pada baduta usia 6-23 bulan serta hal ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan serta evaluasi program gizi khususnya mengenai praktik pemberian MPASI pada baduta stunting.

### b. Bagi Almamater

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan acuan dan referensi dalam melakukan penelitian mengenai praktik pemberian MPASI dan stunting pada baduta usia 6-23 bulan.

### c. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi mengenai praktik pemberian MPASI dan baduta stunting usia 6-23 bulan khususnya bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bontokassi Kabupaten Takalar.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Stunting

##### 1. Pengertian Stunting

Stunting adalah akibat buruk dari kekurangan gizi jangka panjang atau anak sering sakit saat dalam kandungan yang menyebabkan tinggi badan anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Anak yang stunting mungkin tidak dapat mencapai tinggi badan yang optimal dan tidak sepenuhnya dapat mengembangkan potensi kognitif otaknya. Dalam pengertian lain, stunting adalah keadaan gizi berdasarkan indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U), yaitu pendek dan sangat pendek. Anak tergolong pendek (*Stunted*) dan sangat pendek (*Severely Stunted*) bila nilai *Z-Score* indeks panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut usia kurang dari  $-2SD$ /standar deviasi (*Stunted*) dan kurang dari  $-3SD$ /standar deviasi (*Severely Stunted*) (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Tabel 1. Kategori Dan Ambang Batas Status Gizi Stunting

<b>Indeks</b>	<b>Status Gizi</b>	<b>Z-Scores</b>
Panjang badan atau Tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek ( <i>Severely Stunted</i> )	$< -3 SD$
	Pendek ( <i>Stunted</i> )	$-3 SD \text{ s.d } < -2 SD$
	Normal	$-2 SD \text{ s.d } +3SD$

*Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2 tahun 2020*

##### 2. Stunting Pada Baduta

Stunting mencerminkan kekurangan gizi kronis dan dapat memiliki efek jangka panjang termasuk pertumbuhan anak terhambat, penurunan

kemampuan kognitif dan mental, kerentanan terhadap penyakit, produktivitas ekonomi dan kualitas reproduksi yang rendah. Gizi buruk bisa terjadi saat anak dalam kandungan atau awal setelah anak lahir dan stunting biasanya muncul setelah anak berusia 2 tahun. Rentang usia terjadinya stunting adalah 24-59 bulan. Hal ini dikarenakan asupan makanan anak yang mulai diberikan saat usia 6 bulan sering kali tidak memadai dalam hal kuantitas dan kualitas yang menyebabkan pertumbuhan anak tidak stabil, serta paparan lingkungan yang dapat meningkatkan resiko anak terkena penyakit infeksi. Gangguan pertumbuhan pada anak disebabkan oleh asupan makanan yang tidak memadai dan penyakit infeksi yang berulang sehingga menyebabkan anak kehilangan nafsu makan dan meningkatkan kebutuhan 11sicut11c anak (Rahayu *et al.*, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wandini *et al* (2021) distribusi frekuensi usia stunting yang lebih sering yaitu pada usia 12-23 bulan, hal ini disebabkan karena stunting terjadi sejak anak dalam kandungan hingga awal setelah anak lahir (Wandini *et al.*, 2020).

Stunting pada anak di bawah usia 2 tahun biasanya tidak disadari karena perbedaan antara anak stunting dan normal pada usia tersebut tidak terlihat (Siringoringo *et al.*, 2020). Baduta yang mengalami stunting akan menyebabkan jaringan otot mereka kurang berkembang sehingga tidak dapat mencapai tinggi badan yang sesuai dengan usia mereka ketika dewasa. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa perkembangan anak

stunting lebih kurang (94,1%) dibandingkan dengan anak yang tidak stunting (62,2%). Uji statistik menghasilkan  $p\text{-value} = 0,021$ , menunjukkan hubungan yang signifikan antara stunting dan perkembangan anak di bawah usia 2 tahun (Wulandari *et al.*, 2021).

### 3. Faktor Penyebab Stunting Pada Baduta

Penyebab stunting pada anak dapat dikaitkan dengan beberapa faktor, antara lain faktor penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsungnya adalah asupan makanan dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung antara lain ketahanan pangan keluarga, pola asuh, pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan (Rahayu *et al.*, 2018).

#### a. Penyebab Langsung

##### 1) Asupan Makan

Asupan makanan yang tidak tepat merupakan salah satu faktor langsung penyebab stunting. Zat gizi yang penting untuk tumbuh kembang anak terdiri dari zat gizi makro (energi, karbohidrat, lemak, protein) dan zat gizi mikro (vitamin, mineral). Ketidakseimbangan jangka panjang dalam asupan zat gizi makro seperti energi, protein, lemak, dan karbohidrat dapat mempengaruhi perubahan jaringan massa tubuh, yang dapat mempengaruhi pertumbuhan tinggi dan berat badan pada anak (Siringoringo *et al.*, 2020). WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan terus menyusui hingga usia 2 tahun untuk meningkatkan kekebalan anak dan

mengurangi risiko kontaminasi dengan makanan/minuman selain ASI. Kemudian, setelah usia 6 bulan, anak diberikan makanan pendamping ASI (MPASI) (Rahayu *et al.*, 2018).

Menurut Khaerunnisa, dkk (2019) salah satu faktor tumbuh kembang yang optimal pada anak adalah praktik pemberian makan yang baik. Hal ini dikarenakan praktik pemberian makan sangat berpengaruh terhadap asupan gizi anak (Khaerunnisa, Nurhayati and Yulia, 2019). Pemberian makanan pada anak usia 6-23 bulan harus diperhatikan baik kualitas maupun kuantitasnya, karena berbagai jenis makanan juga diberikan pada tahap ini. Pada masa ini, anak akan mengalami kesulitan dalam mengkonsumsi makanan pendamping ASI akibat transisi dari makanan ASI ke makanan lunak yang telah dilumatkan dengan ASI, dan pengenalan makanan keluarga untuk anak 1 tahun ke atas (Septamarini, Widyastuti and Purwanti, 2019).

## 2) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung status gizi pada balita, selain pola makan terdapat hubungan antara gizi buruk dengan penyakit infeksi (Alfian S. Abas, Gobel and Arman, 2021). Penyakit infeksi yang disebabkan oleh 13isucit dan sanitasi yang buruk (seperti diare dan cacingan) dapat mengganggu penyerapan gizi selama proses pencernaan. Beberapa penyakit menular yang diderita bayi dapat menyebabkan bayi kehilangan

berat badan. Jika kondisi tersebut berlangsung lama dan tidak disertai dengan asupan makanan yang cukup untuk proses penyembuhan, dapat menyebabkan stunting (Kemenkes RI, 2018).

Penyakit infeksi memiliki dampak yang signifikan terhadap pertumbuhan linier anak melalui mekanisme yang pertama mempengaruhi status gizi dan kemudian mempengaruhi pertumbuhan linier pada anak. Infeksi dapat mempengaruhi pola konsumsi dengan cara menurunkan nafsu makan, mengganggu penyerapan zat gizi, meningkatkan kebutuhan metabolisme atau menurunkan katabolisme zat gizi dan akibatnya mempengaruhi status gizi anak (Alfian S. Abas, Gobel and Arman, 2021). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumardilah dan Rahmadi (2019) bahwa anak dengan riwayat penyakit infeksi memiliki risiko 8,8 kali lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan dengan anak tanpa riwayat penyakit infeksi (Sumardilah and Rahmadi, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfian S. Abas, Gobel and Arman (2021) Hasil pengujian variabel penyakit infeksi diperoleh OR = 8,33 (95% CI: 2,92 – 23,75) pada nilai p 0,000. Artinya, balita dengan riwayat penyakit infeksi memiliki kemungkinan 8,33 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan balita yang tidak dengan riwayat penyakit infeksi (Alfian S. Abas, Gobel and Arman, 2021).

b. Penyebab Tidak Langsung

1) Ketahanan Pangan Keluarga

Ketahanan pangan adalah keadaan dimana setiap rumah tangga memiliki akses fisik dan ekonomi bagi seluruh anggota keluarga. Ketahanan pangan di tingkat rumah tangga merupakan aspek penting dalam pencegahan stunting. Masalah ketahanan pangan meliputi ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, kualitas pangan yang dikonsumsi, serta ketersediaan dan stabilitas pangan itu sendiri dalam kaitannya dengan akses masyarakat untuk membeli. Masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga masih menjadi masalah global dan juga terjadi di Indonesia dan erat kaitannya dengan kejadian kurang gizi, dengan indikator prevalensi kurus di semua kelompok umur. Dalam jangka panjang, masalah ini akan berkontribusi pada peningkatan prevalensi stunting. Akibat kurangnya asupan gizi sebelum dan selama kehamilan (Kemenkes RI, 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aritonang, Margawati and Dieny (2020) berdasarkan hasil uji *chi-square* pada penelitian ini menemukan adanya hubungan antara ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian stunting menurut indeks US-HFSSM (*United States Household Food Security Survey Module*) ( $p=0,018$ ) (Aritonang, Margawati and Dieny, 2020).

Keluarga yang mengalami kerawanan pangan dapat timbul dari kurangnya ketersediaan dan akses terhadap pangan akibat asupan atau gizi yang tidak mencukupi. Jika ketahanan pangan suatu rumah tangga selalu masuk dalam kategori rawan pangan dalam jangka waktu tertentu, maka dapat mengakibatkan asupan gizi yang tidak mencukupi dan mempengaruhi status gizi. Berdasarkan hasil pada penelitian ini bahwa kerawanan pangan lebih besar pada kelompok stunting dibandingkan kelompok tidak stunting. Tingkat kerawanan pangan pada kelompok stunting sebesar 41,7%, dengan kerawanan pangan tanpa kelaparan 36,1% dan kerawanan pangan dengan kelaparan sedang 5,6% (Fadzila and Tertiyus, 2019).

## 2) Pola Asuh

Pola asuh merupakan praktik pengasuh, seperti ibu, ayah, nenek, atau pengasuh lainnya yang memberikan perawatan kesehatan, laktasi, dukungan emosional kepada anak dan stimulasi yang dibutuhkan anak selama pertumbuhan dan perkembangan. Penyediaan dan kualitas makanan pada anak sangat tergantung pada pengetahuan dan pendidikan ibu serta ketersediaan makanan tersebut. Persepsi seorang ibu tentang gizi yang baik bagi anaknya berperan penting dalam menentukan kualitas makanan (Putri, 2020). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Permatasari (2020) menunjukkan bahwa risiko stunting pada anak di bawah 5 tahun adalah pola asuh pemberian makan yang paling

dominan (p-value = 0,000; oods ratio = 6,496; 95% CI =2,486-16,974). Balita yang mendapat pola asuh dengan asupan makanan yang rendah memiliki risiko enam kali lipat lebih tinggi mengalami stunting daripada balita yang menerima pola asuh dengan asupan makanan yang baik (Permatasari, 2021).

Pola asuh yang tidak baik dalam keluarga merupakan salah satu penyebab terjadinya masalah gizi. Pengasuhan mencakup kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental, dan sosial anak-anak yang tumbuh dalam keluarga. Pengasuhan anak diwujudkan dalam banyak hal dalam bentuk pola perawatan saat anak sakit, pemberian ASI dan makanan pendamping ASI, stimulasi psikososial, praktik 17iscuit dan sanitasi lingkungan, serta praktik kesehatan di rumah. Kebiasaan pengasuhan yang ada dalam keluarga tersebut berhubungan secara signifikan dengan angka stunting. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa, secara statistik menunjukkan bahwa ibu dengan pola asuh yang buruk memiliki kemungkinan 6,62 kali lebih besar untuk memiliki anak stunting dibandingkan dengan ibu dengan pola asuh yang baik (Bela, Fazar and Misnaniarti, 2020).

### 3) Pelayanan Kesehatan dan Sanitasi Lingkungan

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit, seperti

imunisasi, dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Status imunisasi juga diharapkan berdampak positif pada status gizi jangka panjang, karena kontak dengan layanan kesehatan dapat membantu mengatasi masalah gizi yang muncul (Maywita, 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati, Rahardjo and Sari (2015) bahwa anak dengan riwayat pelayanan kesehatan dan imunisasi yang buruk memiliki risiko mengalami stunting 3.167 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang memiliki riwayat pelayanan kesehatan dan imunisasi yang baik (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015).

Derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh kondisi sanitasi lingkungan. Kebersihan lingkungan yang tidak memenuhi syarat dapat menurunkan kualitas hidup masyarakat dan menimbulkan gangguan kesehatan. Sanitasi lingkungan yang baik tercermin dari tersedianya fasilitas sanitasi yang memadai. Sarana sanitasi yang terpenting adalah sumber air bersih, toilet, dan sarana pengolahan air limbah (Ernawati, 2020). Konsekuensi signifikan yang dapat dicapai oleh pengasuh yang masih menerapkan praktik kebersihan yang buruk adalah dapat mempengaruhi asupan makanan yang dikonsumsi anak. Anak yang makan makanan akibat kebiasaan sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko tertular penyakit menular, biasanya ditandai dengan gangguan nafsu makan, muntah, atau diare, dimana asupan makan anak

tersebut tidak memenuhi kebutuhan dan kondisi tersebut berdampak buruk pada tumbuh kembang anak. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aisah, Ngaisyah and Rahmuniyati (2019) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara personal hygiene dengan kejadian stunting ( $p = 0,000$ ), dengan nilai odds ratio (OR) 0,116 atau ( $OR < 1$ ) 95% CI 0,45- 0,301. Menunjukkan bahwa *personal hygiene* merupakan faktor protektif terhadap stunting. Artinya kebersihan lingkungan yang baik dapat mencegah stunting (Aisah, Ngaisyah and Rahmuniyati, 2019).

## **B. Tinjauan Umum MPASI**

### **1. Pengertian MPASI**

MPASI adalah makanan dan minuman yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi anak usia 6 sampai 23 bulan. WHO bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) menegaskan bahwa hanya ASI eksklusif yang diberikan hingga usia 6 bulan. Oleh karena itu, makanan pendamping ASI baru bisa diperkenalkan kepada bayi saat mereka berusia 6 bulan atau lebih. MPASI merupakan makanan alternatif dari ASI ke makanan keluarga, yang berlangsung secara bertahap, seperti jenis, jumlah makan, frekuensi asupan, dan jenis makanan, sesuai dengan usia dan kemampuan pencernaan bayi. Karena bayi lebih aktif setelah usia 6 bulan, mereka membutuhkan makanan yang dapat melengkapi ASI untuk memenuhi kebutuhan gizi perkembangan dan pertumbuhannya. Sejak usia 6 bulan,

bayi mengalami pertumbuhan yang sangat pesat sehingga membutuhkan asupan yang lebih banyak (Lestiarini and Sulistyorini, 2020).

## 2. Tujuan Pemberian MPASI

Tujuan pemberian MPASI adalah untuk melengkapi zat gizi dalam ASI yang terus berkurang seiring dengan bertambahnya usia anak. Seiring bertambahnya usia anak, kebutuhan zat gizinya juga meningkat, sehingga anak membutuhkan makanan pendamping untuk melengkapinya. MPASI juga mengembangkan kemampuan anak untuk menerima berbagai makanan dalam berbagai rasa dan bentuk untuk meningkatkan kemampuan anak dalam mengunyah, menelan, dan beradaptasi dengan makanan baru (Lestiarini and Sulistyorini, 2020).

Pemberian MPASI, selain mendidik bayi untuk menerapkan kebiasaan makan yang baik, bertujuan untuk memberikan gizi yang memenuhi kebutuhan bayi dan balita untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dan psikomotorik yang optimal. Tujuan ini dapat dicapai secara memadai dengan memberikan MPASI sesuai penambahan umur anak, kualitas dan kuantitas serta makanan yang beragam (Mufida, Widyaningsih and Maligan, 2015).

## 3. Praktik Pemberian MPASI

Tindakan atau praktik adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang sebagai perwujudan dari sikapnya. Untuk mengambil tindakan, diperlukan elemen pendukung, termasuk salah satunya adalah fasilitas. Ada tiga tingkat yang membentuk praktik individu. Dalam hal ini,

tingkatan praktik ibu memberikan MP-ASI kepada anak dapat berupa; (1) respon terbimbing, ibu secara berurutan memberikan MP-ASI kepada anak sesuai mekanisme yang didapatkan, (2) mekanisme, yaitu ketika ibu dapat secara otomatis melakukan praktik pemberian MPASI dengan benar dan menjadi sebuah kebiasaan, dan (3) adaptasi, ketika praktik ibu dalam memberikan makanan tambahan kepada anak berkembang dengan baik. Sehingga ibu dapat memodifikasi praktik tersebut tanpa mengurangi kebenaran dari praktik sesungguhnya (Notoatmodjo, 2012).

Pengertian makanan pendamping tidak terbatas pada apa yang disajikan, tetapi berkaitan dengan beberapa hal: (a) bagaimana makanan tersebut diberikan. Pastikan jumlah makanan yang dimakan cukup. (b) Waktu Pemberian: Mengenai makanan yang disajikan dengan frekuensi yang cukup per hari untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi; (c) Tempat pemberian: Berkaitan dengan memberikan makanan di tempat yang bersih; (d) orang yang memberikan: Berkaitan dengan seorang ibu atau pengasuh yang berpengetahuan dan berpengalaman dalam pemberian MPASI (Mufida, Widyaningsih and Maligan, 2015).

#### 4. Prinsip Pemberian MPASI

##### a. Usia Pertama Pemberian MPASI

Pada usia 6 bulan, anak harus diperkenalkan dengan makanan lunak, semi-padat, atau padat pertama mereka. Pengenalan makanan pertama yang tepat waktu sangat penting, karena ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan anak untuk pertumbuhan dan

perkembangan yang optimal (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020). Meskipun pemberian makanan tambahan sejak dini memiliki pengaruh yang kecil terhadap pertumbuhan anak, hal ini jelas dapat berdampak negatif terhadap kesehatan anak dan mempengaruhi kelangsungan hidup anak. Pemberian MPASI terlalu dini, terutama sebelum usia 4 bulan, dapat meningkatkan risiko penyakit gastrointestinal, defisiensi mikronutrien, dan kerentanan terhadap berbagai penyakit menular yang dapat menyebabkan pertumbuhan terhambat selama dua tahun pertama kehidupan (Wangiyana *et al.*, 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2018) pada balita di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Sidomulyo Pekanbaru, bahwa berdasarkan uji chi square diperoleh nilai  $p$  value  $=0,001 < 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pemberian MP-ASI dini dengan kejadian stunting pada balita (Fitri, 2018). Kemudian, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aryastami *et al* (2017) usia pertama pemberian MPASI berhubungan dengan kejadian stunting ( $p= 0.047$ ), yang dimana asupan gizi yang dibutuhkan anak sebagian besar dari MPASI. Jika ibu mengalami kekurangan gizi, maka produksi ASI menjadi rendah sehingga menyebabkan pengenalan MPASI lebih dini (Aryastami *et al*, 2017).

b. Jenis MPASI

Praktik pemberian MPASI yang baik dan akurat, dengan frekuensi dan variasi pemberian MPASI yang minimal. Tanpa frekuensi makan dan jenis MPASI yang beragam, anak dapat berisiko kekurangan gizi, yang mengakibatkan terjadinya stunting, serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurkomala, Nuryanto and Panunggal (2018), bahwa terdapat hubungan variasi makanan dengan kejadian stunting pada anak (Nurkomala, Nuryanto and Panunggal, 2018). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Noor Prastia and Listyandini (2020) bahwa 31,7% anak stunting tidak memiliki pola konsumsi makanan yang beragam. Keragaman makanan berhubungan dengan angka stunting pada anak usia 6-23 bulan. Risiko anak mengalami stunting tiga kali lebih tinggi pada anak yang memiliki pola konsumsi makanan yang tidak beragam (Noor Prastia and Listyandini, 2020). Oleh karena itu, Unicef menyarankan anak usia 6-23 bulan perlu mengonsumsi setidaknya empat dari tujuh jenis makanan untuk memenuhi kebutuhan gizinya dan memperkenalkannya pada berbagai rasa dan tekstur. Makanan yang beragam setiap hari mencakup makanan dari berbagai kelompok pangan: (1) biji-bijian, akar dan umbi-umbian; (2) kacang polong dan kacang-kacangan; (3) produk susu (susu, yoghurt, keju); (4) daging (sapi, ikan, unggas, dan hati atau jeroan); (5) telur; (6) buah dan sayuran yang kaya vitamin A (wortel,

mangga, sayuran berdaun hijau tua, labu, ubi jalar kuning); dan (7) buah dan sayuran lainnya (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020).

c. Frekuensi MPASI

Frekuensi pemberian makanan tambahan tergantung pada tahap perkembangan dan pertumbuhan bayi usia 6-23 bulan. Frekuensi pemberian makanan tambahan harus dilakukan sesering mungkin, karena anak harus mengonsumsi makanan dalam jumlah yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya. Jika frekuensi asupan MPASI cukup, maka dapat memenuhi asupan makanan dan asupan gizi anak berdasarkan usianya. Pada penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi MPASI dan risiko stunting. Anak yang menerima MPASI pada frekuensi yang tidak tepat memiliki risiko 2,02 kali lebih tinggi mengalami stunting ( $p=0,047$ ) (Wangiyana *et al.*, 2020).

Frekuensi makanan yang sesuai dengan usia anak yang direkomendasikan untuk anak yang disusui dan tidak disusui adalah sebagai berikut:

- 6-8 bulan : makanan utama 2-3 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari
- 9-11 bulan : makanan utama 3-4 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari
- 12-23 bulan : makanan utama 3-4 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari (Nurkomala, Nuryanto and Panunggal, 2018).

#### d. Tekstur MPASI

Tekstur MPASI harus berkembang secara bertahap (dari lumat menjadi lunak lalu menjadi padat) seiring bertambahnya usia, sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan anak. Tekstur makanan anak berpindah dari makan makanan yang dihaluskan, ke makanan lunak, ke makanan keluarga pada saat mencapai tahun pertamanya. Tektur yang tidak tepat dapat mengganggu asupan gizi, karena anak mungkin hanya dapat mengonsumsi dalam jumlah yang sedikit (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Purnama *et al* (2022) mengenai tekstur pemberian MPASI pada baduta di Kab. Bima, didapatkan bahwa sebanyak 77% responden masih salah dalam menentukan tekstur MPASI pada baduta (Purnama *et al.*, 2022).

Tekstur MPASI terbagi menjadi 3 jenis tekstur, yaitu:

- makanan lumat adalah makanan yang telah dihancurkan atau disaring sebelumnya, dan bentuknya lebih kasar daripada makanan yang lumat halus. Contoh: bubur susu, bubur sumsum, pisang saring, tomat saring, nasi saring dan lain-lain.
- Makanan lunak adalah makanan yang terlihat berair karena dimasak dengan menambahkan banyak air seperti bubur nasi, bubur ayam, kentang puri, dan lain-lain.

- Makanan padat adalah makanan lunak yang tidak berair, biasa disebut sebagai makanan keluarga. Misalnya lontong, kentang rebus, biskuit, dan lain-lain (Rahmawati, 2019).

e. Jumlah MPASI

Pengasuh harus memperkenalkan anak pada makanan dalam jumlah kecil pada awalnya dan meningkatkan jumlah setiap makan secara bertahap seiring bertambahnya usia anak. Jumlah makanan yang sesuai dengan usia yang direkomendasikan untuk anak yang disusui dan tidak disusui adalah sebagai berikut:

- 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 125 ml.
- 12-23 bulan:  $\frac{3}{4}$  sampai 1 mangkok kecil atau setara dengan 175-250 ml (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Wangiyana (2020) bahwa ada hubungan yang signifikan antara jumlah pemberian MPASI dan risiko stunting ( $p=0,020$ ). Hasil analisis yang didapatkan bahwa anak yang diberikan jumlah MPASI yang tidak tepat memiliki risiko 2,2 kali lebih tinggi mengalami stunting (Wangiyana *et al.*, 2020).

f. Kebersihan Persiapan, Penyimpanan, dan Pemberian MPASI

Makanan pendamping ASI harus disiapkan, disimpan, dan diberikan secara higienis dengan tangan, piring, dan peralatan yang bersih. Pengasuh harus mencuci tangan dengan sabun dan

mempraktikkan kebersihan yang baik (termasuk pembuangan kotoran anak yang aman) dan penanganan makanan yang tepat (termasuk memisahkan makanan mentah dan matang). Makanan akan cepat rusak setelah kontak dengan kuman; jadi anak harus diberi makan dari piring saji yang terpisah, dengan sisa makanan yang dibuang. Paparan makanan dan air yang tidak aman meningkatkan risiko kontaminasi mikroba, serta dapat menyebabkan anak diare dan kehilangan zat gizi. Untuk menghindari pembusukan makanan dan kontaminasi dari serangga, hewan, dan bakteri:

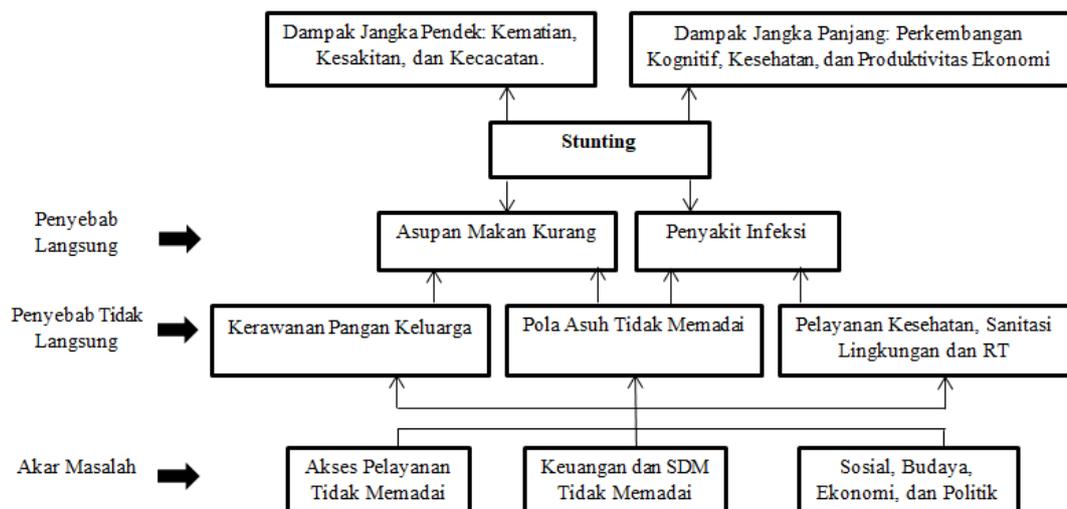
- Makanan harus tertutup.
- Makanan yang dimasak tidak boleh dibiarkan pada suhu kamar lebih dari dua jam.
- Makanan harus disimpan pada suhu rendah (di bawah 5 °C) dan sebaiknya didinginkan.
- Makanan mentah dan matang harus disimpan secara terpisah.
- Buah dan sayuran mentah harus dicuci dengan air bersih dan disimpan di tempat yang sejuk (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020).

g. *Responsive Feeding*

Pemberian makan membutuhkan hubungan timbal balik antara anak dan pengasuhnya. Ada empat tahap pemberian makan responsif: (1) anak memberi sinyal rasa lapar atau kenyang melalui tindakan dan ekspresi; (2) pengasuh mengenali isyarat; (3) respons pengasuh cepat

dan sesuai dengan perkembangan anak; dan, (4) anak merasakan respon yang diberikan pengasuh. Pemberian makan yang responsif membantu anak untuk mengembangkan pengaturan diri atas asupan makanan dan memfasilitasi transisi mereka untuk makan secara mandiri. Interaksi sosial antara pengasuh dan anak (seperti berbicara dengan anak, bernyanyi, dan menyemangatnya) juga merangsang koneksi di otak anak dan mendorong perkembangan kognitif. Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan positif antara pemberian makan yang responsif dan perbaikan gizi anak. Praktik pemberian makan yang responsif, di mana pengasuh berinteraksi dengan anak dan menanggapi isyarat lapar dan kenyang, telah terbukti meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan dan asupan makanan yang memadai (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020).

### C. Kerangka Teori

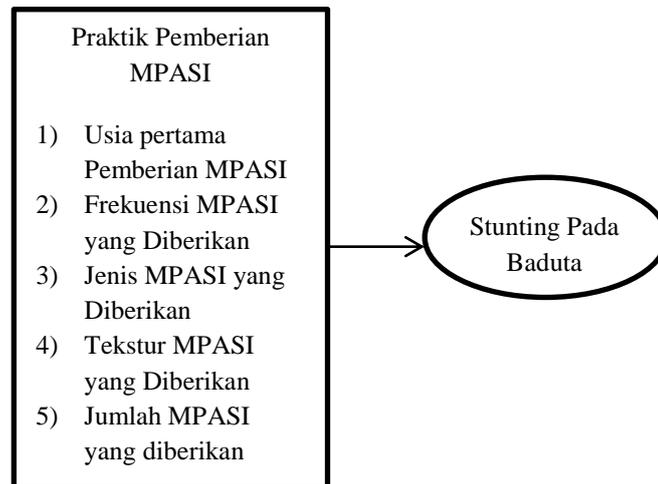


Gambar 1 Bagan Kerangka Teori diadaptasi dari (UNICEF, 2013)

## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### A. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

Keterangan:

□ : Variabel Independen

○ : Variabel Dependen

#### B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

##### 1. Stunting

##### a. Definisi Operasional

Stunting adalah keadaan gizi berdasarkan indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U), yaitu pendek dan sangat pendek yang nilainya mengacu pada tabel *Z-Score*.

##### b. Kriteria Objektif

- 1) Baduta stunting usia 6-23 bulan dengan PB pendek ( $-3\text{ SD}$  sd  $< -2\text{ SD}$ ) dan sangat pendek ( $< -3\text{ SD}$ ).

- 2) Baduta tidak stunting usia 6-23 bulan dengan PB normal (-2 SD s.d +3SD).

## 2. Usia pertama Pemberian MPASI yang Pertama

### a. Definisi Operasional

Waktu pertama kali makanan pendamping ASI (MPASI) diberikan kepada bayi dalam satuan usia (bulan).

### b. Kriteria Objektif

- 1) MPASI dini: < 6 bulan
- 2) Tidak MPASI dini:  $\geq$  6 bulan

## 3. Jenis MPASI

### a. Definisi Operasional

Jenis makanan pendamping ASI (MPASI) untuk anak usia 6-23 bulan yaitu setidaknya mengonsumsi empat dari tujuh jenis makanan yang beragam setiap hari mencakup makanan dari berbagai kelompok pangan, diantaranya: (1) biji-bijian, akar dan umbi-umbian; (2) kacang polong dan kacang-kacangan; (3) produk susu (susu, yoghurt, keju); (4) daging (sapi, ikan, unggas, dan hati atau jeroan); (5) telur; (6) buah dan sayuran yang kaya vitamin A (wortel, mangga, sayuran berdaun hijau tua, labu, ubi jalar kuning); dan (7) buah dan sayuran lainnya.

### b. Kriteria Objektif

- 1) Tidak sesuai standar: < 4 Jenis bahan makanan
- 2) Sesuai standar:  $\geq$  4 Jenis bahan makanan

#### 4. Frekuensi MPASI

##### a. Definisi Operasional

Frekuensi pemberian MPASI yang diberikan kepada bayi setiap harinya yang disesuaikan dengan usia bayi, antara lain :

- 6-8 bulan : makanan utama 2-3 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari
- 9-11 bulan : makanan utama 3-4 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari
- 12-23 bulan : makanan utama 3-4 kali sehari, camilan 1-2 kali sehari.

##### b. Kriteria Objektif

- 1) Tidak sesuai standar: tidak memberikan frekuensi MPASI yang sesuai dengan usia bayi.
- 2) Sesuai standar: memberikan frekuensi MPASI sesuai usia bayi.

#### 5. Tekstur MPASI

##### a. Definisi Operasional

Tekstur MPASI yang diberikan kepada bayi, yaitu terdiri dari makanan lumat, makanan lunak, dan makanan padat yang disesuaikan dengan usia bayi, antara lain:

- Usia 6-8 bulan: makanan lumat. Makanan yang telah dihancurkan atau disaring sebelumnya, dan bentuknya lebih kasar daripada makanan yang lumat halus. Contoh: bubur susu, bubur sumsum, pisang saring, tomat saring, nasi saring dan lain-lain.

- Usia 9-11 bulan: Makanan lunak. Makanan yang terlihat berair karena dimasak dengan menambahkan banyak air seperti bubur nasi, bubur ayam, nasi tim, kentang puri, dan lain-lain.
- Usia 12-23 bulan: Makanan padat. Makanan lunak yang tidak berair, biasa disebut sebagai makanan keluarga. Misalnya lontong, kentang rebus, 32iscuit, dan lain-lain.

b. Kriteria Objektif

- 1) Tidak sesuai standar: tidak memberikan tekstur MPASI yang sesuai dengan usia bayi.
- 2) Sesuai standar: memberikan tekstur MPASI sesuai usia bayi.

6. Jumlah MPASI

a. Definisi Operasional

Jumlah makanan pendamping ASI (MPASI) yang diberikan kepada bayi setiap makan, antara lain:

- 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 125 ml.
- 12-23 bulan:  $\frac{3}{4}$  sampai 1 mangkok kecil atau setara dengan 175-250 ml.

b. Kriteria Objektif

- 1) Tidak sesuai standar: tidak memberikan jumlah MPASI yang sesuai dengan usia bayi.
- 2) Sesuai standar: memberikan jumlah MPASI sesuai usia bayi.

### C. Hipotesis Penelitian

#### 1. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

- a. Tidak ada hubungan usia pertama pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- b. Tidak ada hubungan jenis MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- c. Tidak ada hubungan frekuensi pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- d. Tidak ada hubungan tekstur MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- e. Tidak ada hubungan jumlah MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.

#### 2. Hipotesis Alternatif ( $H_1$ )

- a. Ada hubungan usia pertama pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- b. Ada hubungan jenis MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- c. Ada hubungan frekuensi pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- d. Ada hubungan tekstur MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.
- e. Ada hubungan jumlah MPASI yang diberikan dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.