

**HUBUNGAN POLA PEM BERIAN MP-ASI DENGAN
KEJADIAN *STUNTING* PADA BADUTA USIA 6-24
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
DESA LONG LOREH PROVINSI
KALIMANTAN UTARA**

**ANGELIA SELDIANI
K021171702**



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

SKRIPSI

**HUBUNGAN POLA PEMBERIAN MP-ASI DENGAN
KEJADIAN *STUNTING* PADA BADUTA USIA 6-24
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
DESA LONG LOREH PROVINSI
KALIMANTAN UTARA**

**ANGELIA SELDIANI
K021171702**



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

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

2022

PERNYATAAN PERSETUJUAN

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, 10 Oktober 2022

Tim Pembimbing

Pembimbing I



Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH
NIP. 19920521 201903 2 024

Pembimbing II



Dr. Healthy Hidayanty, S.KM., M.Kes
NIP. 19810407 2008 01 2 013

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



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

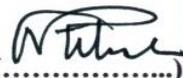
PENGESAHAN TIM PENGUJI

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 Senin, 10 Oktober 2022.

Ketua : **Marini Amalia Mansur, S.Gz, MPH**  (.....)

Sekretaris : **Dr. Healthy Hidayanty, S.KM., M.Kes**  (.....)

Anggota : **Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc**  (.....)

Dr. Abdul Salam, S.KM., M.Kes  (.....)

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Angelia Seldiani

NIM : K021171702

Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi

HP : 085249698985

Email : angeliasel98@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Kejadian *Stunting* pada Baduta Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarisme 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, 10 Oktober 2022
Yang Membuat Pernyataan



Angelia Seldiani

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Ilmu Gizi
Makassar, September 2022

Angelia Seldiani

“Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Kejadian *Stunting* pada Baduta Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara”

(xv + 78 + 16 Tabel + 6 Lampiran)

Stunting merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan asupan gizi yang rendah. Beberapa penyebab *stunting* yaitu pemberian MP ASI dan usia pertama pemberian MP-ASI yang tidak sesuai. Prevalensi *stunting* tahun 2019 di Indonesia yaitu 27,6%. Kemudian, di Kabupaten Malinau yaitu 30,8% tahun 2019. Prevalensi *stunting* di Indonesia masih diatas 20%. Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Desa Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif observasional analitik dengan desain *cross sectional* dengan menggunakan data primer dari pengisian kuesioner oleh responden sendiri dan pengukuran antropometri yang diukur oleh peneliti, sedangkan data sekunder diperoleh dari buku KIA dan Puskesmas Long Loreh. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 82 baduta.

Dari hasil karakteristik sampel lebih banyak baduta berusia 12-18 bulan (39,0%), jenis kelamin laki-laki (51,2%), anak pertama (40,2%), sebagian besar baduta memiliki BB dan PB lahir normal atau 93,9% dan 76,8%, mayoritas baduta lahir normal (84,1%) lebih banyak baduta IMD (84,1%) lebih banyak ASI Eksklusif (51,2%). Berdasarkan distribusi variabel teliti waktu pertama pemberian MP-ASI lebih banyak tepat (68,3%), frekuensi MP-ASI mayoritas tidak tepat (74,4%) dan keberagaman MP-ASI mayoritas kurang beragam (86,6%). Penelitian menunjukkan terdapat hubungan waktu pertama pemberian MP-ASI (($p=0,042<0,05$) dan keberagaman pangan MP-ASI (($p=0,001<0,05$) dengan kejadian *stunting*. Sedangkan tidak terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* ($p=0,077>0,05$) pada baduta usia 6-24 bulan di puskesmas Long Loreh.

Dalam penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara waktu pemberian MP-ASI dan keberagaman MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di Puskesmas Long Loreh dan tidak terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan. Sehingga diharapkan adanya edukasi tentang praktik pemberian MP-ASI yang tepat termasuk waktu, frekuensi dan keberagaman MP-ASI yang tepat.

Kata Kunci: *Stunting*, waktu, frekuensi, keberagaman, MP-ASI

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Nutrition Science
Makassar, September 2022*

Angelia Seldiani

"The Relationship between the Pattern of Complementary Feeding and the Incidence of Stunting in Children aged 6-24 Months in the Working Area of the Long Loreh Village Health Center, North Kalimantan Province"

(xv + 78 pages + 16 Tables + 6 appendices)

Stunting is a chronic malnutrition problem caused by low nutritional intake. Some of the causes of *stunting* are the provision of MP-ASI and the first age of giving MP-ASI that is not appropriate. The prevalence of *stunting* in Indonesia in 2019 was 27.6%. Then, in Malinau Regency, it was 30.8% in 2019. The prevalence of *stunting* in Indonesia is still above 20%. This study was conducted to examine the relationship between the pattern of complementary feeding and the incidence of *stunting* in children aged 6-24 months in the working area of the Long Loreh Village Health Center, North Kalimantan Province.

This study used a quantitative analytical observational research with a cross sectional design using primary data from filling out questionnaires by the respondents themselves and anthropometric measurements measured by researchers, while secondary data was obtained from the MCH book and the Long Loreh Health Center. The sampling technique used purposive sampling technique. The number of samples in this study were 82 baduta.

From the results of the sample characteristics, there were more children aged 12-18 months (39.0%), male (51.2%), first child (40.2%), most of the baduta had normal birth weight and birth weight or 93.9% and 76.8%, the majority of children born normal (84.1%) had more IMD (84.1%) more exclusive breastfeeding (51.2%). Based on the distribution of the variables, the first time the MP-ASI was given was more appropriate (68.3%), the frequency of MP-ASI was mostly inappropriate (74.4%) and the majority of the MP-ASI diversity was less diverse (86.6%). The study showed that there was a relationship between the first time giving MP-ASI (($p=0.042<0.05$) and food diversity of MP-ASI (($p=0.001<0.05$) with the incidence of *stunting*. While there was no relationship between the frequency of giving MP-ASI with the incidence of *stunting* ($p = 0.077 > 0.05$) in children aged 6-24 months at the Long Loreh Health Center.

In this study, it can be concluded that there is a relationship between the time of giving MP-ASI and the diversity of MP-ASI with the incidence of *stunting* in children aged 6-24 months at the Long Loreh Health Center and there is no relationship between the frequency of giving MP-ASI with the incidence of *stunting* in children aged under two. 6-24 months. So it is hoped that there will be education about the right practice of giving MP-ASI including the right time, frequency and diversity of MP-ASI.

Keywords: *Stunting*, time, frequency, diversity, MP-ASI

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Kejadian *Stunting* pada Baduta Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara” yang merupakan tugas akhir untuk menyelesaikan studi S1 di Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam proses penyelesaian skripsi ini, banyak hal yang terjadi di luar kemampuan penulis, sehingga untuk menyelesaikan skripsi ini sebagai akhir dari suatu perjuangan selama bertahun-tahun di bangku kuliah penulis memperoleh bantuan dari berbagai pihak. Penulis tidak dapat merangkai kata yang indah untuk semua bantuan yang diperoleh selain ucapan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah banyak membantu, baik secara moril maupun materil, oleh karena itu tanpa mengurangi rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada:

1. Ibu Sabaria Manti Battung, SKM., M.Kes., M.Sc sebagai pembimbing I yang telah menjadi pembimbing penulis yang baik selama masa perkuliahan.
2. Ibu Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH dan Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes. sebagai pembimbing I dan II yang telah meluangkan waktunya membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dari awal hingga akhir.
3. Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc dan Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan saran serta arahan dalam penyempurnaan penulisan skripsi ini.

4. Para dosen pengajar Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama menempuh pendidikan di masa perkuliahan.
5. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang telah membimbing dan melayani penulis selama menjalani perkuliahan.
6. Ponakan Nasya Clarosa yang telah menjadi tempat penghibur hati saya melepaskan lelah selama proses penyelesaian skripsi ini.
7. Teman pembimbing saya Tami dan Ateng yang terimakasih sudah menjadi teman selama masa perkuliahan dan untuk tami terimakasih yang selalu membantu saya dalam proses mengerjakan skripsi ini.
8. Staf Tenaga Kesehatan Puskesmas Long Loreh terimakasih sudah banyak membantu penulis selama proses penelitian ini.
9. Kader-kader Posyandu disetiap Desa serta Ibu-ibu petugas Posyandu yang telah memberikan dukungan moril kepada penulis.
10. Kedua orangtua tercinta serta saudara/i penulis yang telah memberikan dukungan moril dan meteril serta doa yang menguatkan untuk penulis.
11. Teman-teman dari Afirmasi angkatan 2017 dan sahabat penulis yang telah memberikan dukungan dan saran-saran kepada penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan dan kekurangan yang terdapat dalam penulisan skripsi ini, maka pada kesempatan ini penulis meminta saran dan kritikan yang bersifat membangun demi penyempurnaan penulisan

skripsi ini. Penulis juga berharap agar skripsi ini dapat menjadi pedoman bagi rekan-rekan mahasiswa/i yang ingin melakukan penelitian ini lebih lanjut.

Makassar, 10 September 2022

Angelia Seldiani

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR DIAGRAM	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang <i>Stunting</i>	9
B. Tinjauan Umum Tentang Pemberian MP-ASI.....	15
C. Tinjauan Umum tentang Balita	26
D. Kerangka Teori.....	31
BAB III	32
KERANGKA KONSEP	32
A. Kerangka Konsep	32
B. Hipotesis Penelitian.....	32
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	33
BAB IV	35
METODE PENELITIAN	35
A. Jenis Penelitian.....	35
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	35

C. Populasi dan Sampel Penelitian	35
D. Instrumen Penelitian.....	37
E. Pengumpulan Data	38
F. Pengolahan Data.....	39
G. Metode Analisis Data.....	40
H. Penyajian Data	41
BAB V.....	42
HASIL DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Penelitian	42
B. Pembahasan.....	54
BAB VI.....	69
KESIMPULAN DAN SARAN	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	77

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan Indeks TB/U	11
Tabel 2.2	Bentuk MP-ASI Balita Menurut Usia	20
Tabel 2.3	Angka Kecukupan Gizi Baduta	28
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	33
Tabel 5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian Posyandu Wilayah kerja Puskesmas Long Loreh Tahun 2022	43
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan dan Jumlah anak, di Wilayah Kerja Puskesmas Long Loreh Tahun 2022	44
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Subjek berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Baduta ke dan Riwayat lahir baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Long Loreh Tahun 2022	46
Tabel 5.4	Kejadian <i>Stunting</i> Pada Baduta 6-11 Bulan dan 12-24 Bulan	47
Tabel 5.5	Distribusi waktu pertama pemberian MP-ASI pada baduta 6-24 bulan	48
Tabel 5.6	Distribusi Penyebab pemberian MP-ASI untuk pertama kali	48
Tabel 5.7	Distribusi Jenis MP-ASI pertama kali diberikan pada Baduta	49
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Pemberian	49
Tabel 5.9	Distribusi Keberagaman Pangan dalam MP-ASI Baduta	50
Tabel 5.10	Analisis Hubungan Waktu pertama pemberian MP-ASI terhadap kejadian <i>Stunting</i> pada Baduta	52
Tabel 5.11	Analisis Hubungan antara Frekuensi pemberian MP-ASI terhadap Kejadian <i>Stunting</i> Pada Baduta	52
Tabel 5.12	Analisis Hubungan antara Keberagaman Pangan dalam Pemberian MP-ASI terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Baduta	53

DAFTAR DIAGRAM

Nomor		Halaman
Diagram 5.1	Distribusi Konsumsi keberagaman bahan makanan pada baduta usia 6-24 bulan	51

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori <i>Framework Stunting</i>	31
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	32

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
Lampiran 1.	<i>Informed Consent</i>	78
Lampiran 2.	Formulir Identitas Responden dan Baduta	80
Lampiran 3.	Kuesioner Pertanyaan Penelitian	82
Lampiran 4.	<i>Output</i> Analisis Statistik	85
Lampiran 5.	Surat Izin Penelitian	94
Lampiran 6.	Dokumentasi Penelitian	97

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gizi merupakan hal yang sangat penting dan mendasar dari kehidupan manusia. Salah satu dampak dari kekurangan gizi yaitu dapat mengganggu masalah bagi pertumbuhan balita sehingga memiliki gizi yang baik sangat penting bagi pertumbuhan balita (Linawati, 2020). Salah satu masalah pertumbuhan yang rentan dialami balita adalah *stunting* yang dapat mengakibatkan berbagai masalah jangka pendek maupun jangka panjang yang berdampak terjadinya masalah kesehatan, perkembangan dan ekonomi. Masalah kesehatan akibat *stunting* yaitu peningkatan kematian dan kesakitan, pendek, peningkatan kasus obesitas, juga penurunan kesehatan reproduksi. *Stunting* juga dapat menyebabkan penurunan perkembangan kognitif, motorik, penurunan kapasitas belajar. Masalah ekonomi yaitu peningkatan pengeluaran akibat masalah kesehatan yang dialami, peningkatan kemungkinan biaya perawatan balita sakit dan penurunan kapasitas maupun produktivitas kerja (Stefanus, 2020).

Secara global tahun 2019 terdapat 21,3% atau 144 juta balita mengalami *stunting*. Lebih dari setengah balita *stunting* di dunia berasal dari Asia (54%) sedangkan lebih dari sepertiganya (40%) tinggal di Afrika (WHO, 2020). Tahun 2018 dari 83,6 juta balita *stunting* di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) kedua berasal dari Asia Tenggara (14,9%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%) (Buletin Jendela Pusat Data dan

Informasi Kementerian, 2018). Indonesia termasuk ke dalam Negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR), prevalensi tertinggi pertama berasal dari Timor Leste sebesar 50,5%, tertinggi kedua India yaitu 38,4%, kemudian prevalensi tertinggi ketiga Indonesia sebesar 36,4% (Buletin Jendela Pusat Data dan Informasi Kementerian, 2018).

Hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 dan PSG tahun 2016-2017, menunjukkan angka prevalensi balita *stunting* pada tahun 2016 yaitu 27,5% namun pada tahun 2017 meningkat sebanyak 2,1% (29,6%) terus meningkat 1,2% di tahun 2018 yaitu 30,8% dan mulai turun sebesar 3,13% pada tahun 2019 yaitu 27,67%. Prevalensi *stunting* di Indonesia masih diatas 20% yang artinya belum mencapai target WHO di bawah 20% (Risikesdas 2018).

Beberapa survei kesehatan dan gizi menunjukkan tingginya angka prevalensi prevalensi balita *stunting* di Kalimantan Utara selama 5 tahun terakhir, yaitu 31,6% di tahun 2016 (Survei PSG 2016), 33,4% di tahun 2017 (Survei PSG 2017), dan 26,9% di tahun 2018 (Risikesdas 2018), dan 27,6% di tahun 2019 (SSGBI, 2019). Salah satu Kabupaten Malinau yang ada di Provinsi Kalimantan Utara dimana angka prevalensi balita *stunting* menurut data Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 dan tahun 2017, dan Risikesdas (2018), menunjukkan bahwa pada tahun 2016 balita *stunting* yaitu 30,5% menurun sebesar 3,5% di tahun 2017 yaitu 27% dan tahun 2018 menurun lagi sebesar 2,37% menjadi 24,36% akan tetapi meningkat kembali tahun 2019

sebesar 6,17% menjadi 30,8% (SSGBI, 2019). Berdasarkan hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 menunjukkan angka prevalensi balita *stunting* pada tahun 2019 di Kabupaten Malinau meningkat menjadi 30,8% dan menjadi Kabupaten dengan prevalensi *stunting* paling tinggi di Kalimantan Utara (SSGBI, 2019).

Di Kabupaten Malinau terdapat beberapa Kecamatan yang memiliki kasus *stunting* tinggi salah satunya Kecamatan Malinau Selatan (Pemkab. Malinau, 2021). Dari hasil observasi awal di Puskesmas Kecamatan Malinau Selatan yang terletak di Desa Long Loreh menunjukkan data kasus *stunting* yaitu pada baduta kelompok usia MP-ASI (usia 6-24 bulan) yaitu sebesar 32,89% kemudian pada balita di bawah usia 5 tahun yaitu 16% (Puskesmas Long Loreh, 2021). Masalah gizi yang paling tinggi terdapat pada di Puskesmas Long Loreh yaitu kejadian *stunting* pada baduta usia MP-ASI (6-24 bulan) (Puskesmas Long Loreh, 2021).

Salah satu faktor penyebab tingginya *stunting* di Indonesia adalah pemberian asupan makanan yang tidak tepat, dimana menurut data Unicef Indonesia (2020), praktik pemberian MP-ASI pada baduta usia 6-24 bulan yang tidak sesuai dengan yang ditetapkan. Kenaikan angka *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan menunjukkan bahwa baduta Indonesia tidak mendapatkan praktek pemberian MP-ASI yang sesuai (Unicef, 2020). MP-ASI merupakan makanan atau minuman tambahan yang mengandung zat gizi, yang dapat diberikan kepada balita atau balita usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi selain dari ASI (Mutalib, 2014). Secara bertahap pada

pemberian MP-ASI merupakan proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga semi padat, seperti jenis, frekuensi, jumlah, tekstur maupun konsistensi makanan hingga kebutuhan balita dapat terpenuhi (Nanda, 2019). Terdapat beberapa masalah dalam pemberian MP-ASI yang tidak tepat yang menyebabkan *stunting*, antara lain waktu pemberian yang tidak tepat, frekuensi MP-ASI yang tidak tepat dan kurangnya keberagaman pangan dalam MP-ASI (Unicef, 2020).

Menurut Unicef (2020), lebih dari 40% baduta diperkenalkan MP-ASI terlalu dini (sebelum mencapai usia 6 bulan). Dari hasil penelitian Rachel Masuke (2021), menyebutkan 91,2% balita *stunting* di Moshi (Jepang) diberikan MP-ASI sebelum mencapai usia 6 bulan. Hasil penelitian sebelumnya, yang dilakukan oleh Fahrini (2013) menunjukkan bahwa waktu memulai pemberian MP-ASI mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting*, hal ini berarti balita yang mendapatkan MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan berisiko untuk mengalami kejadian *stunting* 1,71 kali lebih besar dibandingkan balita yang mendapatkan MP-ASI \geq 6 bulan. Sebaliknya, penundaan pemberian MP-ASI (tidak memberikan MP-ASI sesuai waktunya) akan menghambat pertumbuhan balita karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi pada balita tersebut (Atikah Rahayu, 2018). Terdapat masalah dalam pemberian MP-ASI yang dapat sebab *stunting*, antara lainnya pemberian MP-ASI yang terlalu cepat maupun terlambat sehingga tidak sesuai standar yang ditetapkan.

Balita dengan frekuensi makan yang rendah memiliki risiko lebih tinggi mengalami *stunting* (Rachel Masuke, 2021). Menurut Unicef (2020), Sebanyak 28% balita di Indonesia tidak mendapatkan makanan dalam frekuensi yang cukup. Hasil penelitian Rachel Masuke (2021), sebagian besar (40,3%) balita *stunting* di Moshi menerima frekuensi makan yang rendah atau tidak adekuat. Lebih lanjut penelitian Any (2020) yang dilakukan di Desa Leyangan (Semarang) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi MP-ASI terhadap kejadian *stunting* pada balita usia 6-24 bulan.

Pemberian makanan tambahan yang kurang memadai terutama disebabkan oleh kualitas zat gizi yang buruk, salah satunya dilihat dari keberagaman makanan yang buruk yang dapat menyebabkan kurangnya asupan gizi pada balita balita (Ahmad, 2018). Sebanyak 40% balita di Indonesia usia 6-24 bulan mengonsumsi bahan makanan kurang beragam seperti seharusnya (Unicef, 2020). Dari hasil penelitian Masuke (2021) dan Khamis (2019), menyebutkan bahwa sebesar 74% dan 73,9% balita *stunting* di Moshi (Jepang) dan Tanzania (Afrika), mengonsumsi beragam bahan makanan yang rendah kurang dari 4 kelompok jenis bahan makanan. Hasil penelitian Udoh (2016) di Negeria tentang pemberian makanan yang beragam menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara keragaman bahan makanan dengan kejadian *stunting* pada balita. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Siti Nurkomala (2018), yaitu bahwa ada hubungan antara keberagaman bahan makanan terhadap kejadian *stunting* pada balita.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dan pentingnya pemberian makanan tambahan pada balita yang tepat, maka perlu dilakukan penelitian tentang “hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada “hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara” ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara.

2. Tujuan Khusus :

- a. Untuk mengetahui hubungan usia pertama kali diberikan MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Desa Long Loreh
- b. Untuk mengetahui hubungan frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Desa Long Loreh

- c. Untuk mengetahui hubungan keberagaman pangan dalam MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Desa Long Loreh

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran kepada penulis dan menambah pengetahuan penulis tentang “hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh Provinsi Kalimantan Utara”.

2. Manfaat bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu bagi pihak Puskesmas Desa Long Loreh dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan *stunting* di Desa Long Loreh, terutama yang terkait dengan pemberian MP-ASI sehingga dapat menjadi dasar dalam upaya pencegahan *stunting*.

3. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada masyarakat khususnya bagi orang tua yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Long Loreh tentang bagaimana “hubungan pola pemberian MP-ASI (MP-ASI) terhadap kejadian *stunting* baduta usia 6-24 bulan di Puskesmas Long Loreh”, sehingga masyarakat dapat

memperbaiki perilaku pemberian MP-ASI yang tepat kepada balita agar mencegah terjadinya *stunting*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada balita (balita usia lima tahun kebawah) yang diakibatkan kekurangan gizi kronis sehingga balita terlalu pendek untuk usianya (Wahida Y., 2019) *Stunting* merupakan keadaan kekurangan gizi yang berlangsung secara terus menerus dan terjadi dalam jangka waktu yang lama dan *stunting* juga dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor secara langsung maupun tidak langsung (Angkat, 2018). Periode 0-24 bulan usia balita merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap balita masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini (Atikah Rahayu, 2018).

Kejadian balita pendek atau sering disebut juga *stunting* merupakan kondisi dimana balita mengalami panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan usianya. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih kurang dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan balita dari WHO (Dewi, 2021).

2. Pengukuran Status *Stunting* Dengan Antropometri PB/U atau TB/U

Panjang badan menurut usia atau tinggi badan menurut usia merupakan pengukuran antropometri untuk status *stunting*. Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan usia. Pertumbuhan panjang badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Pengukuran tinggi badan harus disertai pencatatan usia (TB/U). Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer *Holtain/mikrotoice* (bagi yang bisa berdiri) atau *infantometer* (bagi baduta yang belum bisa berdiri) (Atikah Rahayu, 2018).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Balita, pendek dan sangat pendek yaitu status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) yang merupakan istilah *stunting* (pendek) dan *severely stunting* (sangat pendek) (Permenkes RI 2020).

Stunting dapat diketahui jika seorang balita sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar deviasi, kemudian hasilnya berada dibawah nilai normal. Jadi secara fisik balita akan lebih pendek dibandingkan balita seusianya.

Penghitungan ini menggunakan standar *Z-score* dari WHO. Di Indonesia standar *Z-score* diadopsi kedalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang standar antropometri penilaian status gizi balita. Klasifikasi Status Gizi Balita berdasarkan indikator Tinggi Badan menurut Usia (TB/U):

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan Indeks TB/U

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
(TB/U atau PB/U) balita	Sangat Pendek	<-3 SD
usia 0 – 60 bulan	Pendek	-3 SD s.d. <-2 SD
	Normal	-2 SD s.d. +3 SD
	Tinggi	>+3 SD

Sumber : Permenkes RI, 2020.

Balita *stunting* masuk dalam klasifikasi balita pendek dan sangat pendek. Jadi, balita yang memiliki status gizi <-2SD berdasarkan TB/U masuk dalam kategori balita *stunting*. Pada pengukuran skor simpang baku (*z-score*) dapat diperoleh dengan mengurangi Nilai Individual Subyek (NIS) dengan Nilai Median Baku Rujukan (NMBR) pada usia yang bersangkutan, hasilnya dibagi Nilai Simpang Baku Rujukan (NSBR), dengan menggunakan rumus yaitu (Paskalia, 2020) :

$$Z - Skor = \frac{NIS - NMBR}{NSBR}$$

Keterangan :

NIS : Nilai Individu Subjek

NMBR : Nilai Median /Baku Rujukan

NSBR : Nilai Simpang Baku Rujukan

Standar antropometri balita digunakan untuk menilai atau menentukan status gizi pada balita. Penilaian status gizi balita dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dengan Standar Antropometri Balita. Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan Indeks Antropometri sesuai dengan kategori status gizi pada WHO *Child Growth Standards* untuk balita usia 0-5 tahun (Permenkes RI, 2020).

Usia yang digunakan pada standar ini merupakan usia yang dihitung dalam bulan penuh, sebagai contoh bila usia balita 2 bulan 29 hari maka dihitung sebagai usia 2 bulan. Indeks Panjang Badan (PB) digunakan pada balita usia 0-24 bulan yang diukur dengan posisi terlentang. Bila balita usia 0-24 bulan diukur dengan posisi berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. Sementara untuk indeks Tinggi Badan (TB) digunakan pada balita usia di atas 24 bulan yang diukur dengan posisi berdiri. Bila balita usia di atas 24 bulan diukur dengan posisi terlentang, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangi 0,7 cm (Permenkes RI, 2020).

Indeks Standar Antropometri Balita didasarkan pada parameter panjang/tinggi badan yang terdiri atas indeks, yaitu: Indeks Panjang Badan menurut Usia atau Tinggi Badan menurut Usia (PB/U atau TB/U) menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan balita berdasarkan usianya. Indeks ini dapat mengidentifikasi balita yang pendek

(*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit (Permenkes RI, 2020).

3. Dampak *Stunting* pada Balita

Balita/baduta (balita dibawah usia dua tahun) yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan balita menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas (Atikah R., 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO) yang dikutip dari Kemenkes (2018), dampak yang ditimbulkan oleh *stunting* dapat dibagi menjadi dua dampak jangka pendek dan jangka panjang yaitu:

a. Dampak Jangka Pendek.

- 1) Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian;
- 2) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada balita tidak optimal; dan
- 3) peningkatan biaya kesehatan.

b. Dampak Jangka Panjang.

- 1) Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya)
- 2) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya
- 3) Menurunnya kesehatan reproduksi
- 4) Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah dan
- 5) Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

4. Penyebab *Stunting* pada Balita

Menurut WHO (2013) membagikan penyebab terjadinya *stunting* pada balita menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan/komplementer yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi.

a. Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan dan laktasi, tinggi badan Ibu yang rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)*, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas balita yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasokan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, dan edukasi pengasuh yang rendah. (Atikah Rahayu, 2018).

b. Faktor kedua penyebab *stunting* adalah makanan komplementer yang tidak adekuat, yang dibagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat, dan keamanan makanan dan minuman. Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, dan makanan

komplementer yang mengandung energi rendah. Cara pemberian yang tidak adekuat berupa frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makan yang rendah dalam kuantitas. Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman (Atikah Rahayu, 2018).

- c. Faktor ketiga yang dapat menyebabkan *stunting* yaitu pemberian ASI (Air Susu Ibu) yang salah, karena inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, dan penghentian menyusui yang terlalu cepat (Atikah Rahayu, 2018).
- d. Faktor keempat yaitu infeksi klinis dan sub klinis seperti infeksi pada usus: diare, environmental enteropathy, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi dan inflamasi (Atikah Rahayu, 2018).

B. Tinjauan Umum Tentang Pemberian MP-ASI

1. Pengertian MP-ASI

Menurut *World Health Organization* (WHO) Pemberian MP-ASI didefinisikan sebagai proses yang dimulai ketika ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi balita, dan oleh karena itu diperlukan makanan dan cairan lainnya, bersama dengan pemberian ASI. MP-ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi diberikan

kepada balita usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita selain Air Susu Ibu (ASI). Pada pemberian MP-ASI yaitu proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga secara bertahap, seperti jenis, bentuk, jumlah dan frekuensi kemudian konsistensinya sampai kebutuhan balita dapat terpenuhi dengan baik (Nanda, 2019).

Baduta yang sudah berusia 6 bulan, kebutuhan zat gizinya semakin bertambah seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan baduta tersebut, kemudian pada produksi ASI mulai menurun, oleh karena itu baduta membutuhkan makanan atau minuman tambahan sebagai MP-ASI (Firlia Ayu 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 umum biasa masyarakat berikan pada balita di Indonesia adalah pisang dan tepung beras yang dicampur ASI (Alfie Ardiana Sari, 2019).

2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan dari pemberian MP-ASI adalah untuk menambah energi dan juga zat gizi baik yang diperlukan balita sebab jika hanya ASI saja tidak akan dapat memenuhi kebutuhan balita secara terus menerus. Oleh karena itu agar balita 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. Dengan 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 balita dan dapat mencegah penyakit lainnya (Vania, 2014).

3. Manfaat Pemberian MP-ASI Diberikan Usia 6 Bulan

Aktivitas baduta setelah masuk usia 6 bulan baduta semakin banyak/bertambah sehingga MP-ASI sangat diperlukan guna untuk memenuhi kebutuhan gizi baduta agar pertumbuhan baduta tetap baik. MP-ASI juga bermanfaat untuk mengembangkan kemampuan baduta dalam menerima berbagai keberagaman makanan dengan bermacam rasa dan juga bentuk sehingga dapat meningkatkan kemampuan baduta untuk mengunyah, menelan, dan beradaptasi terhadap makanan baru (Santi L., 2020).

4. Indikator dalam Menilai Praktik Pemberian MP-ASI

Pada praktik pemberian MP-ASI pada baduta usia 6–24 bulan harus dilakukan secara benar dan tepat. Kesalahan pemberian makanan di periode tersebut dapat mengakibatkan masalah gizi kurang maupun baduta pendek. Menurut WHO (2021), Indikator yang digunakan untuk menilai praktik pemberian MP-ASI yaitu usia balita pertama menerima MP-ASI, frekuensi pemberian MP-ASI, keragaman bahan makanan. Masing-masing indikator ini diukur secara terpisah (Rahmawati, 2019 & Masuke, 2021).

5. Usia Pertama Pemberian MP-ASI

Setelah balita sudah masuk usia 6 bulan keatas 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 berusia lebih dari 6 bulan, karena saat menunda pemberian MP-ASI pada balita dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan balita tersebut. Saat balita berusia 6 bulan, secara perlahan-lahan perlu MP-ASI seperti bubur, nasi tim, buah-buahan maupun makanan lainnya yang diperlukan balita (Prabantini, 2010).

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini pada balita dibawah usia 6 bulan dapat mengalami kejadian *stunting* (Alfie Ardiana Sari, 2019). Begitu juga menurut penelitian Teshome tahun (2009), balita yang diberikan MP-ASI yang terlalu dini yaitu dibawah 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 balita yang mendapatkan MP-ASI pada usia kurang dari 6 bulan berisiko untuk mengalami kejadian *stunting* 1,71 kali lebih besar dibandingkan balita yang mendapatkan MP-ASI ≥ 6 bulan. Sebaliknya, penundaan pemberian MP-ASI (tidak memberikan MP-ASI sesuai waktunya) akan menghambat pertumbuhan balita karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi pada balita tersebut (Atikah Rahayu, 2018).

6. Bentuk/tesktur Pemberian MP-ASI

Dalam pemberian MP-ASI sebaiknya dapat disesuaikan dengan perkembangan balita, misalnya balita baru belajar mengunyah pada usia enam dan tujuh bulan pada saat itu balita siap mengonsumsi MP-ASI yang padat. Jika pada saat itu balita tidak diberikan makanan padat, balita dapat mengalami kekurangan zat gizi dikarenakan ASI ataupun susu formula saja tidak cukup untuk memenuhi seluruh kebutuhan gizi balita tersebut. Pemberian MP-ASI terlalu lambat mengakibatkan balita mengalami kesulitan untuk belajar mengunyah, dan tidak akan menyukai makanan padat, dan balita dapat mengalami kekurangan gizi (Angkat, 2018). Pada tekstur MP-ASI dibagi menjadi tiga kategori yaitu:

- 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 dengan 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 (Utami, 2013 & Permenkes, 2014).

Pola pemberian ASI dan MP-ASI untuk baduta menurut Kemenkes RI, (2015) yaitu:

Tabel 2.2 Bentuk MP-ASI baduta menurut usia

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

Sumber : Kemenkes RI, 2015

7. 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:

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

8. Frekuensi Pemberian MP-ASI

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

pada balita yang pada akhirnya meningkatkan morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Siti N., 2018).

WHO menganjurkan agar balita dapat mulai mendapatkan makanan dan minuman sebagai MP-ASI saat berusia 6 bulan. Awalnya, frekuensi balita 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 seharinya. 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, balita harus sesering mungkin makan karena balita dapat mengonsumsi makanan sedikit demi sedikit agar kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya dapat terpenuhi dengan baik (WHO, 2020).

Dari hasil penelitian Saaka (2015), menyebutkan bahwa adanya hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* (p value = 0,06; p value < 0,05). Sejalan juga dengan penelitian Any (2020) yang menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-24 bulan berdasarkan hasil *uji chi square* diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$).

9. Kebergaman pangan (*dietary diversity*) dalam MP-ASI

Pada pola konsumsi makanan yang beranekaragaman pada balita merupakan masalah yang masih terjadi di Indonesia. Kondisi tersebut dibuktikan dengan proporsi konsumsi makanan beragam pada balita usia 6-23 bulan di Indonesia sebesar 46,6% (Tika, 2020). Keberagaman bahan

makanan pada balita penting karena tidak ada satupun makanan yang hanya cukup untuk kebutuhan balita, keberagaman bahan makanan yang diberikan sejak balita akan diingat sampai dewasa, makanan yang diberikan harus sesuai dengan kemampuan pencernaan balita (Wulan Ningrum, 2017).

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. Permenkes (2014), berdasarkan komposisi bahan makanan MP-ASI dikelompokkan menjadi dua yaitu:

- 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:

- 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 balita mulai 6 bulan
- b. Tidak berbumbu tajam,
- c. Tidak menggunakan gula dan garam tambahan, penyedap rasa, pewarna dan pengawet.
- d. Mudah ditelan dan disukai balita

- e. Diupayakan menggunakan bahan pangan lokal dengan harga terjangkau

Pada tingkat keberagaman MP-ASI dilakukan secara bertahap-tahap seiring dengan bertambahnya usia balita agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan yang balita dapat terima (Siti Nurkomala, 2018). Balita 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 :

- a. ASI;
- b. Biji-bijian, akar, umbi-umbian dan pisang raja;
- c. Kacang-kacangan (kacang polong, kacang polong, lentil), kacang-kacangan dan biji-bijian;
- d. Produk susu (susu, susu formula, yogurt, keju);
- e. Makanan daging (daging, ikan, unggas, jeroan);
- f. Telur;
- g. Buah dan sayuran yang kaya vitamin A; dan
- h. Buah-buahan dan sayuran 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 Nigeria mengatakan bahwa adanya hubungan antara keberagaman makanan dengan kejadian *stunting* pada balita. Hasil penelitian ini sejalan

dengan hasil penelitian Siti Nurkomala (2018), menyebutkan bahwa ada hubungan antara keberagaman bahan makanan terhadap kejadian *stunting* pada balita.

10. Jumlah Pemberian MP-ASI

Seiring dengan bertambahnya usia balita, pertumbuhan balita akan bertambah dan jumlah makanan yang dibutuhkan juga akan meningkat. Orangtua secara bertahap akan menambah jumlah porsi makanan dalam setiap kali makan pada balita hingga balita dapat menghabiskan porsi makan sesuai usianya (Yuliati A., 2018) Berdasarkan Kemenkes RI (2015), Pembagian pemenuhan kebutuhan gizi pada balita menurut usia balita jika jumlah MP-ASI diberikan sesuai standar:

- 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

11. Dampak Pemberian MP-ASI Yang Salah

Menurut (Monika, 2014) pemberian MP-ASI yang salah, ada dua kategori yaitu:

- a. Dampak dari pemberian MP-ASI terlalu dini kebanyakan ibu umumnya (jika balita adalah balita pertama) bersemangat untuk segera

memberikan MP-ASI karena perasaan ibu-ibu memiliki perasaan yang bahagia telah mencapai yang 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 balita belum siap

Jika MP-ASI diberikan sebelum sistem pencernaan balita siap untuk menerimanya, makanan yang masuk tersebut tidak dapat dicerna dengan baik oleh usus balita dan juga bisa menimbulkan berbagai reaksi, seperti diare, perut kembung atau bergas. Tubuh balita belum memiliki pencernaan yang lengkap untuk protein.

- 2) Balita lebih rentan terkena berbagai penyakit

Berbagai penyakit lebih rentan menyerang balita. Dimana pada saat balita menerima asupan lain selain ASI, imunitas/kekebalan tubuh yang diterima balita akan menurun.

- 3) Balita berisiko mengalami obesitas

Pemberian MP-ASI dini sering dihubungkan dengan peningkatan berat badan sehingga dihubungkan dengan akibat pemberian MP-ASI terlalu dini.

- 4) Balita dapat kurang memproduksi ASI

Semakin banyak makanan padat yang dikonsumsi oleh balita maka semakin tinggi potensi balita mengurangi permintaan menyusui.

b. Dampak Menunda Pemberian MP-ASI

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

- 1) Kebutuhan makro dan mikro lainnya tidak dapat terpenuhi sehingga mengakibatkan balita berisiko menderita malnutrisi.
- 2) Kebutuhan energi balita tidak dapat terpenuhi. Jika kebutuhan balita tidak dapat terpenuhi, pertumbuhan balita akan tidak optimal dan balita juga akan dapat berhenti tumbuh, bahkan jika dibiarkan balita akan dapat menderita gagal tumbuh.
- 3) Balita kemungkinan dapat menolak berbagai jenis makanan dan sulit menerima rasa makanan baru di kemudian hari.
- 4) Pada perkembangan fungsi motorik oral balita dapat terlambat.
- 5) Balita berisiko mengalami kekurangan zat besi

C. Tinjauan Umum tentang Balita

1. Pengertian Balita

Balita merupakan balita yang berusia 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat dan disertai dengan perubahan yang sangat memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas yang tinggi. Namun, balita

termasuk kelompok yang rawan terhadap gizi serta mudah menderita kelainan gizi karena kekurangan makanan yang di butuhkan. Konsumsi makanan memegang peranan penting dalam pertumbuhan fisik maupun kecerdasan balita sehingga konsumsi makanan berpengaruh besar terhadap status gizi balita untuk mencapai pertumbuhan fisik dan kecerdasan balita (Firlia Ayu Arini, 2017).

Pada usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia balita atau baduta (bawah dua tahun) dengan usia 0-2 tahun, golongan batita (bawah tiga tahun) dengan usia 2-3 tahun, dan golongan prasekolah (> 3-5 tahun). Menurut WHO kelompok usia balita yaitu 0-60 bulan. Asupan zat gizi yang seimbang sangat diperlukan pada masa balita untuk pertumbuhan dan perkembangan. Balita dan prasekolah membutuhkan kalori yang tidak sebanyak pada waktu masa balita dan nafsu makannya menjadi cenderung berkurang (Adriani, 2016).

2. Kebutuhan Gizi Balita

Menurut Adriani (2016), masa balita merupakan masa kehidupan yang sangat penting yang mana berlangsung proses tumbuh kembang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan. Dalam mendukung pertumbuhan fisik balita perlu petunjuk praktis makanan dengan gizi seimbang salah satunya dengan makan aneka ragam makanan yang memenuhi kecukupan gizi. Kebutuhan gizi pada balita diantaranya yaitu energi, karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin dan mineral. Menurut Angka Kecukupan Gizi (2019), yang dianjurkan untuk balita

dibagi menjadi : balita usia 6-11 bulan dengan rata-rata berat badan 9 kg dan tinggi badan 72 cm; balita usia 1-3 tahun dengan rata-rata berat badan 13 kg dan tinggi badan 92 cm (Tabel 3.1).

Tabel 2.3 Angka Kecukupan Gizi Baduta

Kelompok usia	BB (kg)	TB (cm)	E (kkal)	P (g)	Lemak			KH (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Tota l	Omega 3	Omega 6			
6-11 bulan	9	72	800	15	35	0,5	4,4	105	11	900
1-3 tahun	13	92	1350	20	45	0,7	7	215	19	1150

Sumber: Depkes RI, 2019.

a. Energi

Sumber energi berkonsentrasi tinggi adalah bahan makanan sumber lemak, seperti lemak dan minyak, kacang-kacangan dan biji-bijian. Setelah itu bahan makanan sumber karbohidrat, seperti padi-padian, umbi-umbian, dan gula murni. Semua makanan yang dibuat dari bahan makanan tersebut merupakan sumber energi. Energi merupakan kemampuan atau tenaga untuk melakukan kerja yang diperoleh dari zat-zat gizi penghasil energi (Nooragni, 2020). Berdasarkan hasil Angka Kecukupan Gizi (2019), angka kecukupan energi untuk balita usia 6-11 bulan yaitu sebesar 800kkal/orang/hari, sedangkan balita berusia 1-3 tahun adalah sebesar 1350kkal/orang/hari.

b. Karbohidrat

Karbohidrat adalah makanan yang dapat memenuhi kebutuhan energi, energi yang terbentuk dapat digunakan untuk melakukan gerakan-gerakan tubuh baik yang disadari maupun yang tidak disadari misal, gerakan jantung, pernapasan, usus, dan organ-organ lain dalam tubuh.

Pangan sumber karbohidrat seperti sereal, biji-bijian, gula, buah-buahan, umumnya menyumbang paling sedikit 50% atau separuh kebutuhan energi keseluruhan (Nooragni, 2020). Anjuran konsumsi karbohidrat menurut Angka Kecukupan Gizi (2019) sehari untuk balita usia 6-11 bulan sebesar 105 gram, dan untuk balita usia 1-3 tahun sebesar 215 gram.

c. Protein

Kebutuhan protein balita termasuk untuk pemeliharaan jaringan. Perubahan komposisi tubuh, dan pembentukan jaringan baru. Selama pertumbuhan, kadar protein tubuh meningkat dari 14,6% pada usia satu tahun menjadi 18-19% pada usia empat tahun, yang sama dengan kadar protein orang dewasa. Kebutuhan protein untuk pertumbuhan diperkirakan berkisar antara 1-4 g/kg penambahan jaringan tubuh. Protein diperlukan untuk pertumbuhan, pemeliharaan, dan perbaikan jaringan tubuh, serta membuat enzim pencernaan dari zat kekebalan yang bekerja untuk melindungi tubuh balita. Protein bermanfaat sebagai prekursor untuk neurotransmitter demi perkembangan otak yang baik nantinya (Nooragni, 2020). Kebutuhan protein menurut Angka Kecukupan Gizi (2019), untuk balita usia 6-11 bulan sebesar 15 gram, dan balita usia 1-3 tahun sebesar 20 gram.

d. Lemak

Lemak merupakan sumber energi dengan konsentrasi yang cukup tinggi. Balita membutuhkan lebih banyak lemak dibandingkan orang

dewasa karena tubuh mereka menggunakan energi yang lebih secara proporsional selama masa pertumbuhan dan perkembangan balita (Nooragni, 2020). Angka kecukupan lemak untuk balita usia 6-11 bulan sebesar 35 gram, dan balita usia 1-3 tahun sebesar 45 gram,

e. Serat

Serat merupakan bagian dari karbohidrat dan protein nabati yang tidak dipecah dalam usus kecil dan penting untuk mencegah sembelit, serta gangguan usus lainnya. Sebaiknya tidak diberikan secara berlebihan (Nooragni, 2020). Kecukupan serat untuk balita usia 6-11 bulan sebesar 11 gram/hari, sedangkan balita usia 1-3 tahun adalah 19 gram/hari.

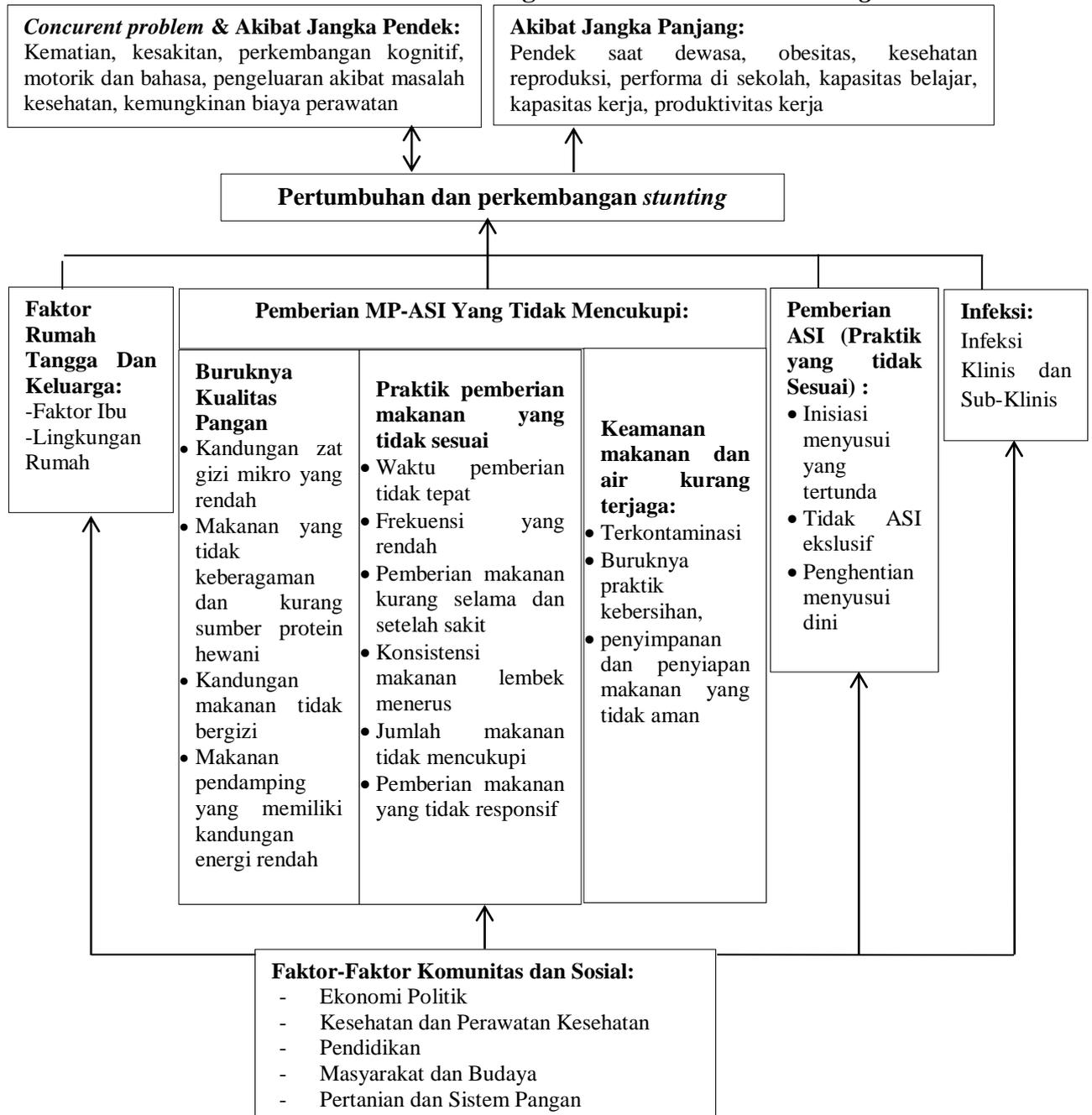
f. Vitamin dan Mineral

Vitamin merupakan zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil untuk beberapa proses penting yang dilakukan di dalam tubuh. Fungsi vitamin adalah untuk membantu proses metabolisme, yang berarti kebutuhannya ditentukan oleh asupan energi, karbohidrat, protein, dan lemak. Mineral adalah zat anorganik yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi. Mineral penting untuk proses tumbuh kembang secara normal. Kekurangan konsumsi terlihat pada lajunya pertumbuhan yang lambat, mineralisasi tulang yang tidak cukup, cadangan besi yang kurang dan anemia (Nooragni, 2020).

D. Kerangka Teori

Faktor penyebab dan dampak dari *stunting* diperoleh dengan mengacu pada *framework* WHO 2013 :

Gambar 2.1 Kerangka Teori *Framework Stunting*



Sumber : *framework Stunting* WHO, 2013

BAB III

KERANGKA KONSEP

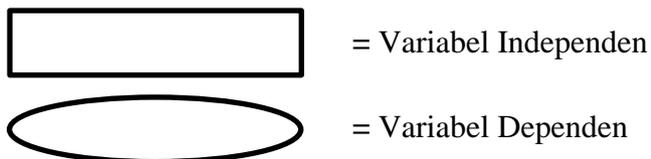
A. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep tersebut maka disusunlah pola pikir variabel sebagai berikut:

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:



B. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis nol (H_0)
 - a. Waktu baduta pertama kali diberikan MP-ASI tidak berhubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh
 - b. Frekuensi MP-ASI diberikan dalam sehari tidak berhubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh

- c. Keberagaman pangan dalam MP-ASI diberikan dalam tiap kali makan tidak berhubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh

2. Hipotesis alternatif (Ha)

- a. Waktu baduta pertama kali diberikan MP-ASI ada hubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh
- b. Frekuensi MP-ASI diberikan dalam sehari ada hubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh
- c. Keberagaman pangan dalam MP-ASI diberikan dalam tiap kali makan ada hubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Long Loreh.

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Adapun definisi operasional dan kriteria objektif dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi	Kriteria Objektif	Alat Ukur
Kejadian <i>Stunting</i>	<i>Stunting</i> merupakan kondisi gagal tumbuh pada baduta, dengan melihat indikator TB/U dengan nilai <i>z-score</i> < -2 SD	<i>Stunting</i> , jika < -2 SD Tidak <i>Stunting</i> , Jika -2 SD s.d. +3 SD (Permenkes RI 2020)	Infantometer
Waktu Pertama diberikan MP-ASI	Waktu pertama kali MP-ASI diberikan kepada baduta dalam satuan usia (bulan).	Tepat, jika makanan pertama kali diberikan saat usia 6 bulan; Tidak Tepat, jika makanan pertama kali diberikan saat usia < 6 bulan atau > 6 bulan. (Kemenkes RI, 2015)	Kuesioner

<p>Frekuensi MP-ASI diberikan dalam sehari</p>	<p>Melihat frekuensi pemberian makan pada baduta usia 6-24 bulan sesuai dengan standar yang ditentukan oleh usia baduta</p>	<p>Frekuensi pemberian MP-ASI dikategorikan menjadi 2 :</p> <p>Tepat, jika frekuensi makan yang diberikan sesuai rekomendasi WHO yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk usia 6-8 bulan 2-3 kali makanan utama dan 1-2 kali selingan, - Untuk usia 9-11 bulan 3-4 kali makanan utama dan 1-2 kali selingan, - Untuk usia 12-24 bulan 3-4 kali makanan utama dan 1-2 kali selingan; - Baduta usia 6-24 bulan yang sudah tidak diberikan ASI 4-5 kali per hari makan. <p>Tidak Tepat, jika frekuensi makan yang diberikan kurang dari rekomendasi.</p> <p>(WHO, 2021)</p>	<p>Kuesioner</p>
<p>Keberagaman bahan MP-ASI yang diberikan tiap kali makan</p>	<p>Melihat keberagaman pangan dalam pemberian MP-ASI yang diberikan tiap kali makan dalam sehari</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ASI; b. Biji-bijian, akar, umbi-umbian dan pisang raja; c. Kacang-kacangan (kacang-kacangan dan biji-bijian); d. Produk susu (susu, susu formula, yogurt, keju); e. Makanan daging (daging, ikan, unggas, jeroan); f. Telur; g. Buah dan sayuran yang kaya vitamin A; dan h. Buah-buahan dan sayuran lainnya. 	<p>Keberagaman bahan MP-ASI dikategorikan menjadi 2 :</p> <p>Beragam, jika mengonsumsi ≥ 5 jenis bahan makanan dari 8 jenis kelompok makanan di hari sebelumnya</p> <p>kurang beragam, jika mengonsumsi < 5 Jenis bahan Makanan dari 8 jenis kelompok makanan di hari sebelumnya.</p> <p>(WHO, 2021)</p>	<p>Kuesioner</p>