

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI  
DAN PERTUMBUHAN BAYI USIA 6 – 23 BULAN  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA  
KOTA MAKASSAR**

**ANASTASYA ADAWIAH AZHAR  
K021191016**



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

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI  
DAN PERTUMBUHAN BAYI USIA 6 – 23 BULAN  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA  
KOTA MAKASSAR**

ANASTASYA ADAWIAH AZHAR  
K021191016



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

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

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

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

Makassar, 12 Juli 2022


Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Dr. dr. Citrakemasari, M.Kes., Sp.GK      Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH  
NIP. 196303181992022001                      NIP. 199205212019032024

Mengetahui  
Ketua Program Studi Ilmu Gizi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes  
NIP. 198205042010121008

### PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, 11 Juli 2023.

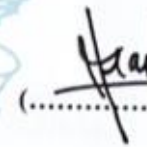
Ketua : **Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK**

  
(.....)

Sekretaris : **Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH**

  
(.....)

Anggota : **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes**

  
(.....)

**Laksmi Trisasmita, S.Gz., MKM**

  
(.....)



## PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anastasya Adawiah Azhar  
NIM : K021191016  
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi  
HP/WA : 082197678045  
Email : anastasya.adawiah@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul **“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”** 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, 12 Juli 2023

Yang Membuat Pernyataan



Anastasya Adawiah Azhar

## **RINGKASAN**

**Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Ilmu Gizi**

**Anastasya Adawiah Azhar**

**“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”**

**(xiv + 81 Halaman + 23 Tabel + 6 Gambar + 1 Grafik + 10 Lampiran)**

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan seluruh makanan dan minuman yang diberikan kepada anak usia 6–24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Hal yang mendasari terjadinya masalah pertumbuhan ialah kekurangan gizi akibat kurangnya konsumsi gizi yang disebabkan oleh praktik pemberian makan yang kurang baik. Lebih dari 40% bayi diperkenalkan kepada makanan pendamping ASI terlalu dini (sebelum mencapai enam bulan), 40% anak usia 6–24 bulan bahan mengonsumsi makanan yang tidak beragam seperti seharusnya, dan 28% anak tidak mendapatkan makanan dalam frekuensi yang cukup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain penelitian longitudinal yang dimana merupakan penelitian yang melakukan observasi atau mengukur objek lebih dari satu kali pada waktu yang berbeda. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan baduta dari waktu ke waktu dalam suatu populasi. Penelitian ini menggunakan kuesioner dan pengukuran antropometri. Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua pada bulan Maret – Mei 2023. Dengan populasi Seluruh bayi usia 6 – 23 bulan yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Batua berjumlah 622 dan sampel sebanyak 86. Pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling. Adapun sumber data primer yaitu wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner serta dilakukan pengukuran antropometri yaitu berat badan dan panjang badan bayi. Pengukuran antropometri dilakukan dua kali untuk yaitu saat memulai penelitian dan satu bulan berikutnya untuk menentukan pertumbuhan normal atau tidak normal. Analisis data menggunakan analisis univariat dan diolah menggunakan SPSS. Data yang telah dan dianalisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk membahas hasil penelitian.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar bayi berjenis kelamin laki – laki (53,5%), paling banyak berada di kelompok umur 12 – 23 bulan (39,5%), sebagian besar memiliki berat badan lahir yang normal (94,2%), sebagian besar memiliki ibu usia 20 – 35 tahun (81,4%), sebagian besar berada memiliki ayah dan ibu dengan pendidikan di tingkat perguruan tinggi (45,3% dan 41,9%), sebagian besar memiliki ayah yang bekerja sebagai pegawai swasta (30,2%) ibu sebagai ibu rumah tangga (76,7%). Praktik pemberian MP-ASI pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua paling banyak berada pada kategori tidak tepat yaitu 52,3%, terdapat

16,3% diberikan di usia tidak tepat, jenis MP-ASI yang paling banyak digunakan ialah campuran dari MP-ASI lokal dan pabrikan (51,2%), sebanyak 33,7% diberikan dengan frekuensi yang tidak tepat, 10,5% diberikan dengan konsistensi yang tidak tepat dan sebanyak 19,8% diberikan MP-ASI dengan tidak beragam. Sebanyak 59,3% memiliki pertumbuhan berat badan pada kategori normal *growth*. Sebanyak 83,7% memiliki pertumbuhan berat badan pada kategori normal *growth*.

Kesimpulan dari penelitian ini ialah masih banyaknya praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat, terutama dari segi frekuensi pemberian MP-ASI yang tidak tepat dan paling banyak terjadi pada usia 12 – 23 bulan. Selain itu, sebagian besar pertumbuhan berat badan maupun panjang badan berada pada kategori normal *growth*. Disarankan untuk lebih memperhatikan pemberian MP-ASI dari segala indikator dan diadakannya edukasi terkait praktik pemberian MP-ASI yang tepat dan kaitannya pada pertumbuhan.

**Kata Kunci** : MP-ASI, Pertumbuhan, Bayi  
**Daftar Pustaka** : 99 (2003 – 2023)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah Swt, Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan ridha-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Salawat serta salam tidak lupa untuk Baginda Rasulullah Muhammad SAW yang merupakan sebaik-baiknya suri teladan.

Saya ingin mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi sehingga skripsi yang berjudul **“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”** dapat terselesaikan. Bersama ini saya menyampaikan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes, SP.GK. selaku pembimbing akademik sekaligus pembimbing pertama dan Ibu Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH. selaku dosen pembimbing dua yang telah membimbing saya sedari awal hingga saat ini sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
2. Dr. Healthy Hidayanti, SKM., M.Kes selaku penguji satu dan Laksmi Trisasmita, S.Gz., MKM selaku penguji dua yang telah memberikan kritik dan saran hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
3. Seluruh Dosen dan Staf Departemen Ilmu Gizi yang telah mendukung keberlangsungan perkuliahan.
4. Seluruh Pegawai dan Masyarakat Puskesmas Batua yang telah bersedia meluangkan waktu dalam penelitian ini.



5. Mama (A. Eni Rahmi) dan Bapak (Azhar Arsyad) yang setiap saat mendoakan, memberi kasih sayang, serta dukungan moral maupun materi. Kakak-kakak, Ade Enaz Mappajanci Azhar dan Alya Rabiatul Azhar yang juga telah memberikan doa dan dukungan.
6. Sahabat di perkuliahan (Diandra, Elliene, Stevanya, Khadijah, Salsa) yang telah banyak mendukung, mendengar, dan kebersamai sedari awal perkuliahan hingga saat ini.
7. Sahabat SMA (Dayana, Kezia, Salsabila, Nurul, Itty, Yudi) & Sahabat Onfills (Firs, Devy, Naurah, Hilmi, Mimah, Nana, Firmaq, Dea, Mutia, Evi) yang telah kebersamai sejak dulu hingga sekarang.
8. Teman-teman KASSA 2019 dan H19IENIS.
9. Seseorang yang telah sabar mendengarkan keluh kesah, bersedia membantu segala sesuatu, dan selalu memberikan semangat.

Akhir kata, saya mohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan pada skripsi ini. Saya menyadari bahwa terdapat ketidaksempurnaan pada skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan kontribusi yang besar untuk masyarakat.

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
A. Tinjauan Umum tentang Pertumbuhan .....	10
B. Tinjauan Umum tentang Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) .....	20
C. Tinjauan Umum tentang Baduta .....	30
D. Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan.....	31
E. Kerangka Teori .....	34
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b> .....	<b>35</b>
A. Kerangka Konsep.....	35
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	36
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b> .....	<b>41</b>
A. Jenis penelitian .....	41
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	41
C. Populasi dan Sampel .....	41
D. Instrumen Penelitian .....	43
E. Pengumpulan Data .....	44

F. Alur Penelitian .....	46
G. Pengolahan Data .....	47
H. Analisis Data .....	47
I. Penyajian Data .....	47
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>48</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	48
B. Hasil .....	49
C. Pembahasan.....	68
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>80</b>
A. Kesimpulan .....	80
B. Saran.....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>93</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Antropometri Anak .....	17
Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi (AKG).....	28
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian .....	33
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Sampel .....	50
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	51
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Usia Pemberian MP-ASI Pertama pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	51
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Jenis MP-ASI yang diberikan pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	52
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	52
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Konsistensi Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	53
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Keragaman Kelompok Makanan dari Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	54
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Status Gizi BB/U pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	56
Tabel 5.9 Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan BB/U pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	56
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Status Gizi PB/U pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	56
Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan PB/U pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	56
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan berdasarkan Usia pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	57

Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan berdasarkan Usia Ibu pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	58
Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan berdasarkan Tingkat Pendidikan Ayah pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	59
Tabel 5.15 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	60
Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan berdasarkan Status Pekerjaan Ibu pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	60
Tabel 5.17 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Usia Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	61
Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Jenis MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	62
Tabel 5.19 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Frekuensi MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	63
Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Konsistensi MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	64
Tabel 5.21 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Keragaman MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.....	65
Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan berdasarkan Praktik Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	66

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Grafik BB/U (laki-laki) .....	17
Gambar 2.2 Grafik BB/U (perempuan).....	18
Gambar 2.3 Grafik PB/U (laki-laki).....	18
Gambar 2.4 Grafik PB/U (perempuan) .....	19
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	31
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	32

## DAFTAR GRAFIK

Tabel 5.1 Distribusi Persentase Keragaman Kelompok Makanan dari MP-ASI pada bayi Usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua .....	66
---	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar <i>Informed Consent</i> .....	92
Lampiran 2. Kuesioner.....	93
Lampiran 3. Master Tabel Penelitian .....	98
Lampiran 4. Hasil Analisis Data .....	99
Lampiran 5. Master Tabel Penelitian .....	113
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian.....	113
Lampiran 7. Surat Etik Penelitian .....	117
Lampiran 8. Surat Selesai Penelitian .....	118
Lampiran 9. Dokumentasi Kegiatan .....	119
Lampiran 10. Riwayat Hidup.....	120



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Momen penentu dalam menilai kualitas generasi penerus bangsa berada pada 1000 hari pertama kehidupan sehingga gizi yang tepat selama 1000 hari pertama kehidupan dapat menentukan kualitas hidup anak, baik dalam jangka pendek maupun dalam jangka panjang (Rahayu, dkk., 2018). Periode baduta merupakan *Windows of Opportunity*, sehingga pada periode ini diperlukan asupan gizi yang seimbang dari segi kuantitas maupun kualitasnya agar anak dapat mencapai pertumbuhan yang optimal (Rahayu, dkk., 2018). Gizi buruk atau malnutrisi yang terjadi pada periode baduta dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan yang kedepannya dapat berdampak pada status kesehatan baduta (Rahayu, dkk., 2018).

Sejalan dengan standar global, Pemerintah Indonesia, WHO dan UNICEF merekomendasikan ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, dilanjutkan dengan memberikan ASI hingga dua tahun bersama dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (BAPPENAS & UNICEF, 2017). Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan seluruh makanan dan minuman yang diberikan kepada anak usia 6–24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI diperlukan karena ASI hanya dapat memenuhi sekitar 60-70% dari kebutuhan gizi ketika bayi telah menginjak usia 6 bulan (Anggraeni, dkk., 2020). Kebutuhan

gizi bayi usia 6 – 23 bulan lebih besar daripada waktu lain dalam hidup, membuat mereka sangat rentan terhadap kekurangan gizi dan gangguan pertumbuhan (UNICEF, 2020).

Pada tahun 2020, situasi gizi anak-anak dunia ditandai dengan *triple burden of malnutrition* yaitu masih terjadinya kekurangan gizi yang mengancam kelangsungan hidup, tumbuh kembang jutaan anak serta menghambat perkembangan ekonomi dan bangsa (UNICEF, 2020). Selanjutnya ialah defisiensi mikronutrien yaitu anak mengalami kekurangan vitamin dan mineral yang penting untuk respons imun yang optimal, pertumbuhan kerangka, dan perkembangan otak (UNICEF, 2020). Selain itu, meningkatnya prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak. Ketiganya dapat berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup, serta tumbuh kembang anak (UNICEF, 2020).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2018, prevalensi baduta mengalami kekurangan gizi ialah 15,2%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, didapatkan prevalensi baduta yang mengalami pertumbuhan pendek ialah 17,1%. Berdasarkan Hasil SSGI tahun 2022, Provinsi Sulawesi Selatan berada pada urutan ke-10 tertinggi kasus pertumbuhan pendek yaitu sebesar 27,2%, namun angka tersebut mengalami penurunan dibandingkan tahun 2021 yaitu 27,4%. Selain itu, Provinsi Sulawesi Selatan juga berada pada urutan ke-11 tertinggi kasus berat badan kurang yaitu sebesar 21,7% dan mengalami kenaikan dibandingkan hasil tahun 2021 yaitu sebesar 19,0%. Salah satu kota di Sulawesi Selatan yaitu Kota Makassar memiliki prevalensi baduta

mengalami berat badan kurang 17,4% dan kasus tersebut juga mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2021 yaitu 13,7%. Berdasarkan data yang didapatkan dari Petugas Puskesmas Batua, prevalensi baduta yang mengalami *growth faltering* ialah 14,3%. Hal ini menunjukkan adanya masalah kegagalan pertumbuhan terkait berat badan dan panjang badan pada baduta.

Menurut Kemenkes (2020), hal yang mendasari terjadinya masalah pertumbuhan ialah kekurangan gizi akibat kurangnya konsumsi gizi yang disebabkan oleh praktik pemberian makan yang kurang baik. Permasalahan yang banyak terjadi di masyarakat yaitu mutu dari MP-ASI yang diberikan tidak cukup baik dari segi kualitas maupun kuantitas, serta pemberian MP-ASI diberikan dengan cara kurang tepat (Mutahar, 2020). Lebih dari 40% bayi diperkenalkan kepada makanan pendamping ASI terlalu dini (sebelum mencapai enam bulan), 40% anak usia 6–24 bulan bahkan mengonsumsi makanan yang tidak beragam seperti seharusnya, dan 28% anak tidak mendapatkan makanan dalam frekuensi yang cukup (UNICEF, 2020).

Penelitian yang dilakukan di Aceh oleh Ahmad, dkk. (2019) menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI pada anak usia 6-23 bulan masih belum optimal, hanya kurang dari seperempat anak yang mempunyai praktik pemberian MP-ASI baik (23,4%). Sejalan dengan hal tersebut, penelitian yang dilakukan di Malawi oleh Walters, dkk. (2019) menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI pada bayi 6-23 bulan di Malawi belum optimal, hanya 32% yang mengonsumsi makanan

beragam dan hanya 23% yang memenuhi frekuensi makan, serta hanya 12% yang memenuhi asupan gizi.

Penelitian Prihutama, dkk. (2018) menunjukkan bahwa sebanyak 65,4% bayi masih diberikan MP-ASI dini. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian oleh Fitri & Ernita (2019) juga menunjukkan 80% bayi masih diberikan MP-ASI dini. Usia awal pemberian MP-ASI berhubungan dengan pertumbuhan bayi usia 6 – 24 bulan (Wilujeng, dkk., 2017). Ketepatan waktu pemberian MP-ASI merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan pertumbuhan bayi usia 2 tahun (Sulistiyawati, 2021). Pada bayi yang diberikan MP-ASI tidak tepat waktu, baik MP-ASI dini maupun terlambat dapat menyebabkan pertumbuhan yang tidak optimal dikarenakan bayi tidak memperoleh kebutuhan gizi yang seharusnya (Sulistiyawati, 2021).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian jenis MP-ASI berhubungan dengan pertumbuhan anak. Hasil penelitian oleh Rochmaedah & Waliulu (2021) menunjukkan bahwa pemberian MP-ASI lokal lebih efektif dalam meningkatkan pertumbuhan bayi yang optimal dan lebih aman dikonsumsi dalam jangka waktu yang lebih lama. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Simatupang & Meliasari (2020) menunjukkan bahwa pertumbuhan bayi yang diberi MP-ASI lokal lebih tinggi dibandingkan dengan pertumbuhan bayi yang diberi MP-ASI pabrikan. Hal tersebut dikarenakan bahan makanan yang digunakan dalam MP-ASI lokal lebih beragam dan mudah tersedia (Simatupang & Meliasari, 2020).

Hasil penelitian Thobias & Djokosujono (2021) menunjukkan bahwa hanya 46,6% baduta yang memenuhi frekuensi dalam MP-ASI dan sebanyak 53,6% tidak memenuhi frekuensi dalam MP-ASI. Hal ini menggambarkan rendahnya frekuensi makan baduta yang tentunya mempengaruhi kecukupan asupan gizi sehingga baduta yang tidak memenuhi frekuensi MP-ASI berpeluang 2,1 kali lebih besar mengalami pertumbuhan pendek (Thobias & Djokosujono, 2021). MP-ASI harus diberikan dengan frekuensi yang sesuai dengan tahapan pertumbuhan bayi usia 2 tahun dikarenakan frekuensi MP-ASI yang cukup dapat memenuhi konsumsi pangan dan zat-zat gizi yang dibutuhkan anak sesuai dengan usianya (Wangiyana, dkk., 2020).

Penelitian Kopa, dkk. (2021) menunjukkan bahwa 71,7% baduta diberikan MP-ASI dengan konsistensi yang tidak sesuai sehingga hal tersebut berhubungan dengan pertumbuhan yang tidak normal. Konsistensi pemberian MP-ASI harus diperhatikan dikarenakan konsistensi MP-ASI yang diberikan akan berdampak ke pertumbuhan bayi karena akan menentukan kebutuhan gizi terpenuhi atau tidak (Hasanah, dkk., 2019). Konsistensi MP-ASI yang cukup kental akan memberikan energi lebih banyak dibandingkan MP-ASI yang terlalu encer (Hasanah, dkk., 2019). Selain itu, jika konsistensi MP-ASI terlalu padat, maka akan lebih membutuhkan waktu untuk mengunyah dan makanan yang dikonsumsi menjadi sedikit dengan waktu yang lebih lama sehingga asupan makanannya akan kurang (Wangiyana, dkk., 2020).

Berdasarkan Riskesdas (2018), hanya 46,6% anak usia 6 – 23 bulan yang mengonsumsi makanan yang beragam dari yang seharusnya. Sejalan dengan hal tersebut, Data Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014 menunjukkan asupan anak >6 bulan cenderung mengonsumsi dari kelompok serealia (karbohidrat), dan sangat kurang dari kelompok protein, buah, dan sayur. Hal tersebut menyebabkan asupan zat gizi yang tidak adekuat, terutama dari protein yang berhubungan dengan masalah gangguan pertumbuhan fisik pada anak balita (Wangiyana, dkk., 2020).

Berbagai permasalahan dalam pemberian MP-ASI dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan anak sehingga membuat pertumbuhan menjadi tidak optimal (Fatimah, 2021). Penelitian yang dilakukan di Aceh oleh Rahmad (2017) menunjukkan bahwa 65,4% bayi usia 6 – 24 bulan diberikan MP-ASI yang kurang baik dan hal tersebut berdampak terhadap tidak normalnya pertumbuhan bayi sebesar 6,5 kali. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian oleh Septikasari (2016) menunjukkan bahwa bayi yang memiliki asupan MP-ASI tidak adekuat akan meningkatkan risiko gizi kurang hingga empat kali lipat dibandingkan bayi yang asupan MP-ASI cukup.

Berdasarkan hasil uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat masih banyak terjadi. Selain itu, permasalahan pertumbuhan pada baduta juga masih menunjukkan angka yang tinggi. Maka dari itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap gambaran praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan baduta agar mengetahui permasalahan

terhadap praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran usia pemberian MP-ASI pertama kali pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua
- b. Untuk mengetahui gambaran jenis MP-ASI yang diberikan pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua.
- c. Untuk mengetahui gambaran frekuensi pemberian MP-ASI pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua
- d. Untuk mengetahui gambaran konsistensi pemberian MP-ASI pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua

- e. Untuk mengetahui gambaran keragaman kelompok makanan dari pemberian MP-ASI pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua
- f. Untuk mengetahui gambaran pertumbuhan BB/U pada bayi 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua
- g. Untuk mengetahui gambaran pertumbuhan PB/U pada bayi usia 6 – 23 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Batua

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu yang berkaitan dengan praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan sehingga ibu dapat memberikan MP-ASI yang sesuai dan lebih memperhatikan pertumbuhan baduta.

###### b. Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan informasi yang dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan program gizi khususnya mengenai praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan.



c. Bagi Almamater

Memberikan informasi yang dapat dijadikan acuan dan referensi untuk melakukan penelitian mengenai praktik pemberian MP-ASI dan pertumbuhan bayi usia 6 – 23 bulan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Pertumbuhan**

##### **1. Definisi Pertumbuhan**

Berdasarkan Permenkes RI No. 66 tahun 2014, pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pertumbuhan fisik adalah hasil dari perubahan bentuk dan fungsi dari organisme (Faridi, dkk., 2022). Pertumbuhan anak diakui secara internasional sebagai indikator global terbaik dari kesejahteraan fisik pada anak-anak dan sejumlah tujuan internasional, seperti target global WHO untuk tahun 2025, termasuk target terkait pertumbuhan untuk stunting, *wasting*, dan kelebihan berat badan di antara anak-anak di bawah 5 tahun (De Onis, 2017).

##### **2. Pengukuran Pertumbuhan**

Kegiatan pengukuran pertumbuhan dilakukan menggunakan alat antropometri yang terdiri dari alat ukur berat badan bayi dan alat ukur panjang badan (Kepmenkes, 2022).

a. Penimbangan berat badan

1) Menggunakan timbangan bayi.

- a) Timbangan bayi digunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring/duduk tenang.
- b) Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergerak dan ruangan cukup terang.
- c) Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0.
- d) Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaus kaki, sarung tangan.
- e) Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan.
- f) Lihat jarum/timbangan sampai berhenti.
- g) Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan.
- h) Bila bayi terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan kekiri.
- i) Berat badan bayi dicatat dalam satuan kilogram (kg) dengan dua desimal (2 digit di belakang koma).
- j) Penimbangan dapat dilakukan 2 kali kemudian dimasukkan nilai rata – rata.

- 2) Untuk anak yang belum bisa berdiri atau tidak mau berdiri sendiri, penimbangan dilakukan bersama dengan ibunya, dengan langkah sebagai berikut:
  - a) Ibu melepas alas kaki, pakaian luar/tebal, dompet, tas, handphone, dan barang lainnya.
  - b) Menyalakan timbangan hingga muncul angka 00,0 pada layar baca.
  - c) Ibu diminta berdiri tepat di tengah alat timbang serta tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
  - d) Hasil timbangan berat badan ibu dicatat.
  - e) Ibu diminta turun dari timbangan.
  - f) Ibu menggendong anaknya (pakaian anak harus seminimal mungkin) dan diminta berdiri kembali di alat timbang sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan tidak berubah.
  - g) Hasil timbangan berat badan ibu dan anak dicatat.
  - h) Berat badan anak dicatat dengan cara mengurangi berat badan ibu dan anak dengan berat badan ibu saja.
- 3) Menggunakan timbangan dacin
  - a) Dacin digantungkan pada tempat yang kokoh seperti pelana.
  - b) Meletakkan bandul geser pada angka nol dan memeriksa ujung kedua paku timbang harus dalam posisi lurus
  - c) Meletakkan sarung/kotak/celana timbang yang kosong pada dacin.

- d) Menyeimbangkan dacin yang telah dibebani dengan sarung/kotak/celana timbang dengan memasang kantung plastik berisikan pasir/beras/kerikil di ujung batang dacin, sampai kedua jarum timbang di atasnya tegak lurus.
- e) Bayi memakai pakaian seminimal mungkin (sepatu, popok, topi, baju, aksesoris, jaket, dan celana yang tebal harus dilepas).
- f) Bayi diletakkan ke dalam sarung/kotak/celana timbang.
- g) Bandul digeser sampai jarum tegak lurus lalu baca berat badan bayi dengan cara melihat angka di ujung bandul geser bagian dalam.
- h) Hasil penimbangan dicatat dalam kg dan ons (satu angka di belakang koma).
- i) Bandul dikembalikan ke angka nol dan bayi dapat dikeluarkan dari sarung/ kotak/ celana timbang.
- j) Penimbangan dapat dilakukan 2 kali kemudian dimasukkan nilai rata – rata.

b. Pengukuran panjang badan

- 1) Menggunakan *lengthboard*.
- 2) Pengukuran dilakukan oleh 2 orang.
- 3) Bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar.
- 4) Kepala bayi menempel pada pembatas angka 0.
- 5) Petugas 1 : kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala).

- 6) Petugas 2 : tangan kiri menekan lutut bayi agar lurus, tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki.
- 7) Petugas 2 membaca angka di tepi di luar pengukur.
- 8) Lakukan pencatatan untuk hasil pengukuran
- 9) Pengukuran dapat dilakukan 2 kali kemudian dimasukkan nilai rata – rata.
- 10) Jika Anak umur 0 - 24 bulan diukur berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm.

### 3. Faktor yang Memengaruhi Pertumbuhan

Berdasarkan kerangka UNICEF (2020) dalam *Nutrition, for every Child* menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan secara langsung ialah asupan gizi dan pola asuh pada anak. Keduanya saling mempengaruhi satu sama lain. Asupan gizi yang seimbang disebabkan oleh makanan kaya nutrisi dan pemberian makan yang cukup, serta praktik pemberian makan yang memadai (UNICEF, 2020). Pola asuh yang baik didorong oleh layanan dan praktik yang memadai untuk mendukung gizi yang baik bagi anak (UNICEF, 2020). Kedua hal tersebut berdampak pada kecukupan gizi untuk anak sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan mendukung pertumbuhan menjadi optimal (UNICEF, 2020).

Berdasarkan Permenkes No. 66 tahun 2014, faktor yang memengaruhi pertumbuhan anak terbagi menjadi 2, yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

a. Faktor internal

1) Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika, maka ia tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

2) Keluarga.

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

3) Umur.

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

4) Jenis kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

5) Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.

6) Kelainan kromosom.

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's

b. Faktor eksternal

- 1) Gizi Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.
- 2) Penyakit kronis/kelainan kongenital seperti tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.
- 3) Lingkungan fisik dan kimia, yaitu tempat anak tersebut hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dan lain-lain) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.
- 4) Psikologis, meliputi hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.
- 5) Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.
- 6) Sosio-ekonomi, seperti kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan, akan menghambat pertumbuhan anak.

Menurut Wangiyana, dkk (2020) praktik pemberian MP-ASI berhubungan dengan pertumbuhan fisik pada anak. Jika pemberian MP-ASI tidak tepat, maka



dapat menyebabkan asupan zat gizi yang tidak adekuat. Hal tersebut menyebabkan masalah gangguan pertumbuhan fisik pada anak (Wangiyana, dkk., 2020).

#### 4. *Growth Faltering*

##### a. Definisi

Berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2020, *growth faltering* adalah suatu istilah yang digunakan untuk menggambarkan pertumbuhan yang tidak sesuai atau ketidakmampuan untuk mempertahankan pertumbuhan dan merupakan tanda awal kekurangan gizi. *Growth faltering* adalah kejadian kegagalan pertumbuhan yang ditandai dengan laju pertumbuhan yang tidak sesuai dengan grafik pertumbuhan (Pratiwi, dkk., 2021). Anak yang mengalami penurunan berat badan atau panjang/tinggi badan menurut usia dan tidak dapat mempertahankan pola pertumbuhan yang baik adalah anak yang mengalami *growth faltering* (El-Asheer, et al., 2022).

##### b. Penyebab *growth faltering*

*Growth faltering* terjadi akibat kekurangan gizi yaitu ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan asupan yang mengakibatkan defisit kumulatif energi, protein, atau mikronutrien sehingga berdampak pada pertumbuhan (Tang, et al., 2021). Hal yang menyebabkan terjadinya *growth faltering* adalah usia ibu, kelahiran prematur, dan keragaman pola makan yang buruk, serta urutan kelahiran lebih dari anak ketiga. Asupan yang tidak mencukupi adalah faktor

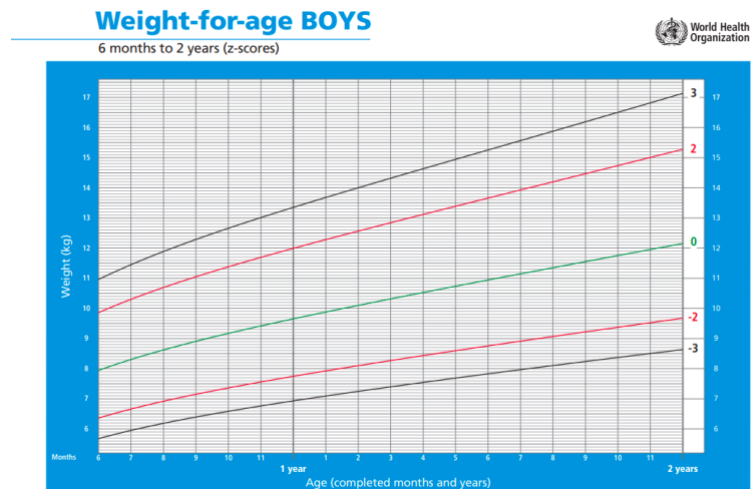
penyebab paling penting dari terjadinya *growth faltering* pada anak (El-Asheer, et al., 2022).

c. Penilaian *growth faltering*

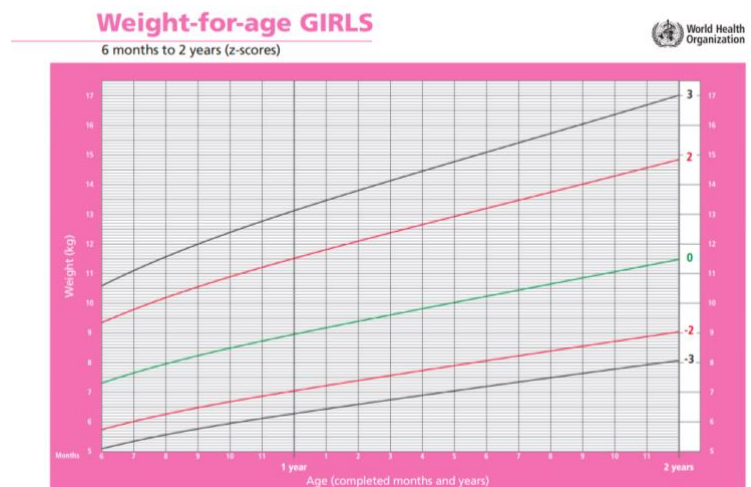
Pertumbuhan merupakan ciri utama anak dan dianggap sebagai hal yang sangat penting untuk evaluasi gizi anak (El-Asheer, et al., 2022). Peningkatan berat badan dan panjang badan atau tinggi badan harus dinilai dari waktu ke waktu sehingga dapat diidentifikasi terjadinya *growth faltering* (Permenkes, 2020). *Growth faltering* dapat diketahui dengan membandingkan berat badan dan panjang badan pada anak menggunakan grafik pertumbuhan anak (Permenkes, 2020).

1) Berat Badan

Penilaian *growth faltering* pada berat badan anak, dilakukan dengan cara membandingkan pertambahan berat badan dengan standar kenaikan berat badan yaitu menggunakan grafik Berat Badan menurut Umur (BB/U). Anak yang tumbuh normal, mengikuti kecenderungan yang umumnya sejajar dengan garis median dan garis-garis Z-score. Sebagian besar anak akan tumbuh mengikuti salah satu “jalur” pertumbuhan, pada atau diantara garis Z score dan sejajar terhadap median, jalur pertumbuhan mungkin saja dibawah atau diatas angka median.



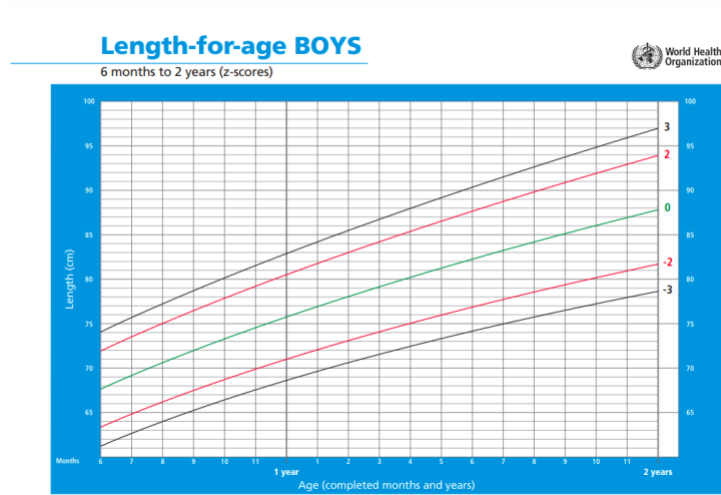
**Gambar 2.1 Grafik BB/U (laki – laki)**



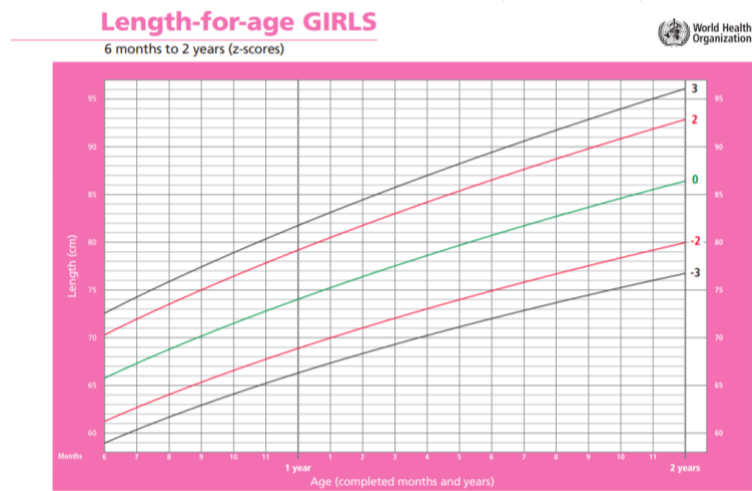
**Gambar 2.2 Grafik BB/U (perempuan)**

## 2) Panjang badan

Penilaian *growth faltering* pada panjang badan anak, dilakukan dengan cara membandingkan panjang badan menggunakan grafik Panjang Badan menurut Umur (PB/U). Anak dikatakan tumbuh normal bila grafik panjang badan sejajar dengan garis median.



**Gambar 2.3 Grafik PB/U (laki – laki)**



**Gambar 2.4 Grafik PB/U (perempuan)**

## B. Tinjauan Umum tentang Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

### 1. Definisi MP-ASI

Berdasarkan Peraturan BPOM No. 28 Tahun 2020, Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan bergizi yang diberikan disamping ASI kepada bayi berusia 6 (enam) bulan ke atas atau berdasarkan indikasi medik, sampai anak berusia 24 (dua puluh empat) bulan untuk mencapai kecukupan

gizi. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan bayi (Mufida, dkk., 2015). Pengenalan makanan pendamping ASI diperlukan karena setelah bulan keenam, ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi (Tampah-Naah, et al., 2019). Pada tahap ini merupakan masa transisi dimana bayi diperkenalkan secara bertahap dengan makanan keluarga dan disarankan agar proses pemberian makan dimulai dengan susu lain dan cairan non-susu; dan seiring bertambahnya usia anak, maka makanan semi-padat atau lunak lainnya dapat diberikan kepada mereka (Tampah-Naah, et al., 2019).

Pemberian MP-ASI yang baik harus memenuhi syarat antara lain waktu yang tepat dan pemberian MP-ASI juga harus memperhatikan kebutuhan nutrisi anak karena harus mencakup semua zat gizi yang dibutuhkan, antara lain karbohidrat, protein, lemak vitamin, mineral dan air dengan memperhatikan kebersihan dan keamanannya bagi bayi (Septikasari, 2018). Tekstur MP-ASI harus disesuaikan dengan usia anak dimulai dari tekstur encer, lembek sampai dengan padat (Septikasari, 2018). Selain itu, pengolahan dan cara memasak MP-ASI juga berpengaruh terhadap kualitas MP-ASI sehingga dalam pengolahan MP-ASI perlu diperhatikan agar tidak merusak zat gizi yang terkandung dalam bahan makanan (Septikasari, 2018).

Ketika anak mencapai usia 6 bulan, ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi energi dan gizi pada anak (UNICEF, 2020). Kebutuhan gizi bayi usia 6 – 23 bulan lebih besar daripada waktu lain dalam hidup, membuat mereka

sangat rentan terhadap kekurangan gizi dan gangguan pertumbuhan (UNICEF, 2020). Memperkenalkan MP-ASI dapat melindungi anak-anak dari penyakit dan kematian, memastikan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat, mencegah stunting, *wasting* dan defisiensi mikronutrien di awal masa kanak-kanak dan melindungi terhadap kelebihan berat badan dan obesitas di kemudian hari (UNICEF, 2020).

## 2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Menurut Kemenkes (2017), MP-ASI diberikan setelah bayi berusia 6 bulan karena ASI tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. MP-ASI harus mengandung zat gizi yang diberikan pada bayi selama periode penyapihan yaitu pada saat makanan atau minuman lain diberikan bersama dengan pemberian ASI (Kemenkes, 2017). Berdasarkan Kemenkes (2017), tujuan pemberian MP-ASI adalah:

- a. Melengkapi zat gizi ASI yang sudah mulai berkurang.
- b. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai rasa dan bentuk.
- c. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan.
- d. Mencoba adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi lebih tinggi.

Menurut Lestiarini & Sulistyorini (2020), tujuan dari pemberian MP-ASI adalah sebagai pelengkap zat gizi pada ASI yang kurang dibandingkan dengan usia anak yang semakin bertambah. Dengan usia anak bertambah maka

kebutuhan zat gizi anak pun bertambah, sehingga perlu adanya MP-ASI untuk melengkapi (Lestiarini & Sulistyorini, 2020). MP-ASI juga mengembangkan kemampuan anak untuk menerima berbagai variasi makanan dengan bermacam-macam rasa dan bentuk sehingga dapat meningkatkan kemampuan bayi untuk mengunyah, menelan, dan beradaptasi terhadap makanan baru (Lestiarini & Sulistyorini, 2020).

Anggelliae (2020) menyatakan bahwa pemberian MP-ASI bertujuan untuk melatih dan membiasakan bayi mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuhnya yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dan psikomotorik yang optimal seiring dengan pertambahan usianya. Selain itu, MP-ASI membantu mengembangkan kemampuan bayi dalam mengunyah dan menelan makanan. Tujuan tersebut dapat tercapai jika praktik pemberian MP-ASI telah tepat (Anggelliae, 2020).

### 3. Syarat Pemberian MP-ASI

WHO (2003) merekomendasikan agar pemberian MP-ASI memenuhi 4 syarat, yaitu tepat waktu, adekuat, aman, dan benar. Seperti sebagai berikut:

- a. Tepat waktu (*timely*), artinya MP-ASI harus diberikan saat ASI eksklusif sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi
- b. Adekuat, artinya MP-ASI memiliki kandungan energi, protein, dan mikronutrien yang dapat memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien bayi sesuai usianya

- c. Aman, artinya MP-ASI disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan peralatan makan yang bersih
- d. Diberikan dengan cara yang benar (*properly fed*), artinya MP-ASI diberikan dengan memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang seorang anak. Frekuensi makan dan metode pemberian makan harus dapat mendorong anak untuk mengonsumsi makanan secara aktif dalam jumlah yang cukup menggunakan tangan, sendok, atau makan sendiri (d disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan seorang anak).

#### 4. Prinsip Pemberian MP-ASI

##### a. Usia pemberian MP-ASI

*WHO Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* merekomendasikan agar bayi mulai menerima makanan pendamping ASI pada usia 6 bulan, dengan tetap disertai pemberian ASI. Pengenalan MP-ASI dini (kurang dari 6 bulan) berarti tidak memenuhi rekomendasi 6 bulan pemberian ASI eksklusif dan akan mengurangi manfaat yang diperoleh ibu dan bayi dari pemberian ASI eksklusif (WHO, 2021). Ketepatan waktu pemberian MP-ASI merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan pertumbuhan anak usia 6-24 bulan (Sulistiyawati, 2021). Pada bayi yang diberikan MP-ASI tidak tepat waktu, baik MP-ASI dini maupun terlambat dapat menyebabkan pertumbuhan yang tidak optimal dikarenakan bayi tidak memperoleh kebutuhan gizi yang seharusnya (Sulistiyawati, 2021).



Selain itu, pemberian MP-ASI dini dapat meningkatkan risiko infeksi saluran cerna serta meningkatkan risiko kelebihan berat badan dan obesitas di kemudian hari (Chiang et al., 2020).

b. Jenis MP-ASI

1) MP-ASI lokal

MP-ASI lokal ialah MP-ASI yang dibuat sendiri dan diolah menggunakan bahan pangan lokal yang tersedia di rumah tangga (Abeshu, et al., 2016). MP-ASI lokal memiliki kelebihan dan kekurangan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi yang akan menunjang pertumbuhan (Putri, dkk., 2021). Kelebihan dari pemberian MP-ASI lokal ialah ibu lebih memahami dan lebih terampil dalam membuat MP-ASI dari bahan pangan lokal sesuai dengan kebiasaan dan sosial budaya setempat, sehingga ibu dapat melanjutkan pemberian MP-ASI lokal secara mandiri (Putri, dkk., 2021). Selain itu, MP-ASI buatan rumah akan lebih murah, lebih bervariasi, dan lezat, namun aspek kandungan gizi akan lebih sulit untuk terukur (Anggraeni, dkk., 2020). Kualitas MP-ASI lokal juga bergantung pada seberapa baik sang ibu dapat mengolah MP-ASI tersebut (Hafsah, dkk., 2020).

2) MP-ASI pabrikan

MP-ASI pabrikan adalah makanan yang diolah dan diproduksi secara komersial serta diformulasikan secara khusus untuk melengkapi nutrisi sebagai Makanan Pendamping ASI (UNICEF, 2020).

Berdasarkan Peraturan BPOM No. 28 Tahun 2020, MP-ASI Pabrikan merupakan makanan atau minuman hasil proses dengan cara atau metode tertentu dengan atau tanpa bahan tambahan. Jenis MP-ASI pabrikan meliputi MP-ASI pokok dan MP-ASI kudapan.

- a) MP-ASI pokok adalah MP-ASI sebagai makanan utama bayi yang harus diolah terlebih dahulu melalui proses pemasakan ataupun pelumatan dengan penambahan air, susu atau cairan lain.
- b) MP-ASI Kudapan yaitu MP-ASI sebagai selingan makanan pada bayi dan tidak diolah terlebih dahulu ataupun dapat dikonsumsi secara langsung.

MP-ASI pabrikan dianggap lebih baik dan aman dibandingkan lainnya dikarenakan kandungan gizi dan sertifikasi pada label makanan menimbulkan kepercayaan yang besar, serta berbagai inovasi seperti varian rasa dan bentuk menjadi pilihan dalam pemberian produk tersebut (Ekawati, dkk., 2021). Kualitas MP-ASI pabrikan telah disesuaikan dengan standar yang disebut sebagai *The Codex Alimentarius* sehingga MP-ASI pabrikan lebih terjamin perihal kandungan zat gizinya (Hafsah, dkk., 2020).

**Tabel 2.1 Kandungan Gizi pada MP-ASI Pabrikan**

Produk	Kandungan Gizi				
	Energi (kkal)	Lemak (gram)	Protein (gram)	KH (gram)	Serat (gram)
PM (20g)	80	1,5	3	14	1
MN (20g)	84	2	2,4	14,4	1
CR (20g)	90	2,5	2	15	1
SU (20g)	80	1,5	2	16	1

c. Frekuensi pemberian MP-ASI

Pada usia 6 – 8 bulan, MP-ASI untuk makanan utama diberikan 2 – 3 kali sehari. Lalu meningkat menjadi 3 – 4 kali sehari pada usia 9 – 11 bulan dan 12 – 24 bulan. MP-ASI untuk makanan selingan juga harus diberikan 1 – 2 kali sehari (WHO, 2021). MP-ASI harus diberikan dengan frekuensi yang sesuai dengan tahapan perkembangan dan pertumbuhan bayi usia 6-24 bulan. Frekuensi makan anak harus sesering mungkin karena anak dapat mengonsumsi makanan sedikit demi sedikit sedangkan kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya harus terpenuhi (Wangiyana, dkk., 2020).

d. Konsistensi pemberian MP-ASI

Konsistensi pemberian MP-ASI harus ditingkatkan secara bertahap seiring bertambahnya usia bayi, yang disesuaikan juga dengan kebutuhan dan kemampuan bayi (WHO, 2021). Bayi usia 6 – 8 bulan dapat makan makanan yang dihaluskan, bayi usia 9 – 11 bulan dapat makan makanan

yang lunak/lumat, dan bayi usia 12 – 24 bulan dapat makan makanan padat atau seperti makanan keluarga (WHO, 2021). Pada usia 8 bulan, bayi juga bisa makan *finger food* (makanan ringan yang bisa dimakan sendiri oleh anak-anak) (WHO, 2021). Penelitian oleh Kopa, dkk. (2021) menunjukkan bahwa pemberian MP-ASI dengan konsistensi yang sesuai umur akan mempengaruhi pertumbuhan baduta. Hal tersebut dikarenakan tekstur dari MP-ASI mempengaruhi sistem pencernaan dari baduta (Kopa, dkk., 2021). Selain itu, konsistensi MP-ASI yang diberikan berdampak ke pertumbuhan bayi karena akan menentukan kebutuhan gizi terpenuhi atau tidak (Hasanah, dkk., 2019). Konsistensi MP-ASI yang cukup kental akan memberikan energi lebih banyak dibandingkan MP-ASI yang terlalu encer (Hasanah, dkk., 2019).

e. Keragaman kelompok makanan dalam MP-ASI

Berdasarkan panduan WHO (2021), pemberian MP-ASI harus dilakukan dengan makanan yang bervariasi untuk memastikan bahwa kebutuhan gizinya terpenuhi. Keragaman kelompok makanan dikaitkan dengan peningkatan pertumbuhan pada anak kecil karena pola makan yang kurang beragam dapat meningkatkan risiko defisiensi mikronutrien, yang mungkin berdampak buruk pada perkembangan fisik dan kognitif anak (WHO, 2021). Satu studi menemukan bahwa sedikit atau tidak ada konsumsi makanan padat nutrisi seperti telur, produk susu, buah-buahan dan sayuran antara usia enam bulan dan 23 bulan dikaitkan dengan

pertumbuhan yang tidak optimal (WHO, 2021). Makanan yang dikonsumsi setidaknya 5 dari 8 kelompok makanan dibawah ini, yaitu:

- a. Air Susu Ibu (ASI)
- b. Bubur nasi, roti, mie, pasta, kentang, ubi, biskuit.
- c. Kacang polong, kacang hijau, kacang tanah, tempe, tahu, kacang-kacangan lainnya.
- d. Produk susu: susu formula, yoghurt, keju, susu lainnya.
- e. Daging: daging sapi, ikan, ayam, bebek, jeroan (hati, ginjal, usus), sosis dan daging kaleng.
- f. Telur
- g. Sayuran dan buah sumber vitamin A: wortel, bayam, tomat, sayur daun hijau, tomat, pepaya, buah naga, apel.
- h. Sayuran dan buah lainnya: tauge, kubis, mentimun, labu siam, terong, nanas, melon, mangga, pisang.

Data Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014 menunjukkan asupan anak >6 bulan cenderung mengonsumsi dari kelompok sereal (karbohidrat), dan sangat kurang dari kelompok protein, buah, dan sayur. Hal tersebut menyebabkan asupan zat gizi yang tidak adekuat, terutama dari protein yang berhubungan dengan masalah gangguan pertumbuhan fisik pada anak balita (Wangiyana, dkk., 2020).

### **C. Tinjauan Umum tentang Baduta**

Masa bayi adalah masa di mana pertumbuhan dan perubahan berjalan pesat baik secara fisik maupun psikologis, dengan cepatnya pertumbuhan ini perubahan tidak hanya terjadi dalam penampilan tetapi juga dalam kemampuan (Kemenkes, 2017). Pengelolaan makan yang baik dan benar pada bayi sangat diperlukan untuk mendapatkan tumbuh kembang yang optimal (Kemenkes, 2017). Pemberian makan selain dari sisi makanan itu sendiri juga perlu melibatkan lingkungan dimana bayi tersebut tinggal, jadwal waktu makan yang tepat serta prosedur pemberian yang benar (Kemenkes, 2017).

Baduta atau bayi dua tahun merupakan salah satu golongan penduduk yang rawan terhadap kekurangan gizi (Rahayu, dkk., 2018). Pada masa ini anak-anak banyak bergerak, bersosialisasi, dan bergaul dengan lingkungan keluarganya (Rahayu, dkk., 2018). Jika makanan tidak bergizi dan lingkungannya tidak bersih maka mereka mudah terserang penyakit (Rahayu, dkk., 2018). Kebutuhan gizi bayi berbeda dengan kebutuhan anak dan orang dewasa (Rahayu, dkk., 2018). Berikut adalah Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk kelompok umur 6 – 11 bulan dan 1 – 3 tahun.

**Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi (AKG)**

<b>Kelompok Umur</b>	<b>Berat Badan (kg)</b>	<b>Tinggi Badan (cm)</b>	<b>Energi (kkal)</b>	<b>Protein (g)</b>	<b>Lemak (g)</b>	<b>KH (g)</b>	<b>Serat (g)</b>
6 – 11 bulan	9	72	800	15	35	105	11
1 – 3 tahun	13	92	1350	20	45	215	19

*Sumber: Permenkes, 2020.*

#### **D. Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dan Pertumbuhan**

Praktik pemberian MP-ASI yang tepat merupakan cara untuk terhindar dari kekurangan gizi sehingga dapat mencapai pertumbuhan yang optimal (UNICEF, 2020). Bayi usia dua tahun (baduta) yang diberikan MP-ASI tidak tepat memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami pertumbuhan yang tidak normal (Udoh & Amodu, 2016). Pemberian MP-ASI merupakan faktor yang berpengaruh untuk mengalami pertumbuhan normal, anak yang diberi MP-ASI secara tidak tepat berpeluang mengalami pertumbuhan tidak normal 4 kali lebih besar jika dibandingkan dengan yang diberikan MP-ASI secara tepat (Suryana & Fitri, 2019). Hal tersebut dikarenakan pemberian MP-ASI bertujuan untuk memenuhi asupan zat gizi pada anak yang nantinya berdampak pada pertumbuhannya (Kemenkes, 2017).

Di beberapa bagian negara berkembang, pemberian makanan tambahan terus menjadi tantangan untuk mendapatkan nutrisi yang baik pada anak-anak (Abeshu,

et al. 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Mya, et al. (2019) menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI di Myanmar masih belum optimal, sebagian besar anak usia 6–23 bulan (75%) tidak mencapai keragaman makanan, dan hanya 58% yang mencapai frekuensi makan yang cukup. Di Etiopia, hanya 4,2% anak usia 6-23 bulan yang memiliki pola makan yang beragam. Kesenjangan tersebut sebagian besar disebabkan oleh kualitas makanan yang buruk dan praktik pemberian makan yang buruk (Abeshu, et al. 2016).

Penelitian Aguayo, et al. (2016) menunjukkan bahwa di India memiliki praktik pemberian MP-ASI yang buruk, hanya 58,6% yang diberikan MP-ASI di waktu yang tepat (6 bulan), 23% belum mencapai frekuensi makan yang cukup, dan hanya 6% yang mencapai keragaman makanan. Hal tersebut dikaitkan dengan pertumbuhan yang buruk pada anak. Di Tanzania, sebagian besar anak (91,2%) diberi makanan lunak/semi padat/padat sebelum usia enam bulan, 40,3% memiliki frekuensi makan yang rendah, dan 74% memiliki keragaman makan yang rendah (Masuke, et al., 2021). Penelitian yang dilakukan di Nigeria menunjukkan bahwa hanya 25% yang memulai MP-ASI pada usia yang tepat yaitu 6 bulan, Sebagian besar (85,4%) telah diberikan MP-ASI dengan konsistensi yang sesuai. Tingkat keragaman makanan hanya 31,5% dan tingkat frekuensi makan yang cukup hanya 36,7% (Udoh & Amodu, 2016).

Di Indonesia, praktik pemberian MP-ASI masih belum optimal. Penelitian Wangiyana, dkk. (2020) menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI di Lombok belum optimal, sebanyak 68,9% diberikan MP-ASI dengan frekuensi

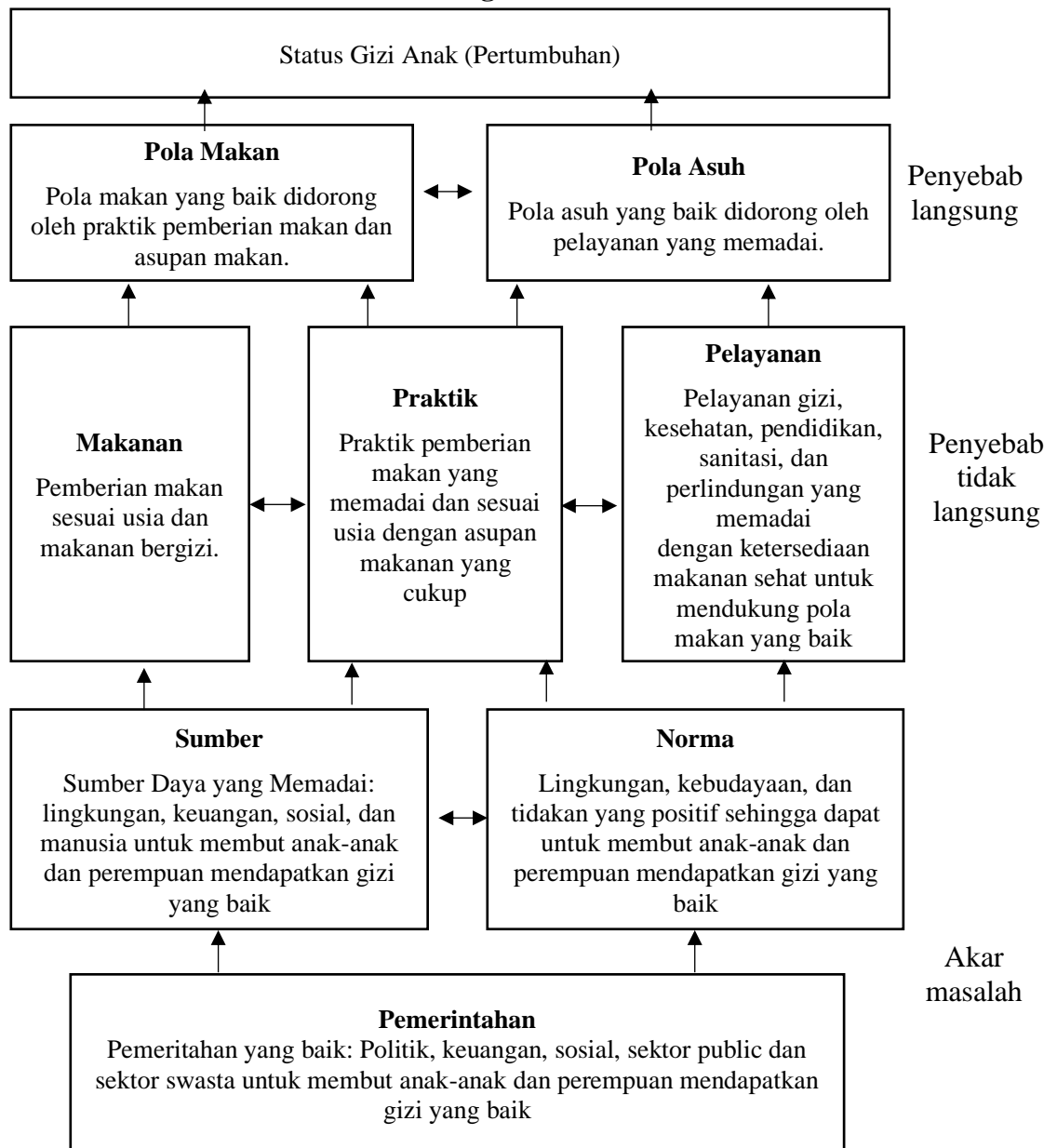


yang tidak tepat, 72,3% diberikan MP-ASI dengan konsistensi yang tidak tepat dan 70,9% belum memenuhi MP-ASI yang seharusnya (Wangiyana, dkk., 2020). Penelitian Husnah & Hamang (2021) menunjukkan hasil bahwa praktik pemberian MP-ASI di Makassar juga belum optimal, sebanyak 40,3% telah diberikan MP-ASI dini, pemberian MP-ASI didominasi oleh MP-ASI pabrikan (58,4%), dan sebanyak 40,3% diberikan MP-ASI dengan frekuensi yang tidak sesuai.

Penelitian Suryana & Fitri (2019) menunjukkan bahwa 44,1% praktik pemberian MP-ASI tidak tepat dan 56,9% yang mendapatkan MP-ASI tidak tepat memiliki pertumbuhan tidak normal. Hal tersebut berhubungan dengan pertumbuhan dikarenakan MP-ASI yang dikonsumsi tidak sesuai dan membuat kegagalan pertumbuhan pada anak (Wangiyana, dkk., 2020). Praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat dalam hal waktu, jenis, frekuensi, konsistensi, dan keragaman dapat menyebabkan kekurangan gizi sehingga menyebabkan pertumbuhan menjadi tidak normal (Udoh & Amodu, 2016). Asupan nutrisi yang terlalu rendah untuk memenuhi kebutuhan bayi dapat menyebabkan bayi gagal tumbuh (Prell & Koletzko, 2016). Penelitian Rahmad (2017) menunjukkan bahwa 65,4% bayi usia 6 – 24 bulan diberikan MP-ASI yang kurang baik dan hal tersebut berdampak terhadap tidak normalnya pertumbuhan bayi sebesar 6,5 kali.

## E. Kerangka Teori

**Gambar 2.5 Kerangka Teori**



Sumber: UNICEF, 2020