

**INTERVENSI EDUKASI DAN PENDAMPINGAN TERHADAP
PENINGKATAN KOMPETENSI IBU DALAM PEMBERIAN
MP ASI LOKAL PADA ANAK BADUTA
DI KABUPATEN MAJENE, PROVINSI SULAWESI BARAT**

**EDUCATIONAL AND MENTORING INTERVENTION TO
INCREASING MOTHER'S COMPETENCY IN PROVIDING
LOCAL MP-ASI TO ADULT CHILDREN
IN MAJENE DISTRICT, WEST SULAWESI PROVINCE**

EVAWATY



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

**INTERVENSI EDUKASI DAN PENDAMPINGAN TERHADAP
PENINGKATAN KOMPETENSI IBU DALAM PEMBERIAN
MP ASI LOKAL PADA ANAK BADUTA
DI KABUPATEN MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktorat

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

EVAWATY

Kepada

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

DISERTASI

**INTERVENSI EDUKASI DAN PENDAMPINGAN TERHADAP
PENINGKATAN KOMPETENSI IBU DALAM PEMBERIAN MP-ASI
LOKAL PADA ANAK BADUTA DI KABUPATEN MAJENE
PROVINSI SULAWESI BARAT**

Disusun dan diajukan oleh


EVAWATY
Nomor Pokok K013201017

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 19 Desember 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes
Promotor



Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes
Ko-Promotor



Sudirman Nasir, S.Ked., MWH., Ph.D
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes, M.Sc. PH., Ph.D

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Evawaty

NIM : K013201017

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

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

Makassar, Desember 2023



g Menyatakan,

Evawaty

PRAKATA

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

Puji syukur senantiasa kita panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nyalah sehingga Alhamdulillah penulis dapat merampungkan Disertasi yang berjudul “Intervensi Edukasi dan Pendampingan Terhadap Peningkatan Kompetensi Ibu Dalam Pemberian MP-ASI Lokal Pada Anak Baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”.

Penulis menyadari selama dalam penulisan Disertasi ini tidak terlepas dari segala kekurangan dan keterbatasan baik dari segi isi maupun cara penulisan. Namun karena adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak baik berupa materil maupun dorongan moril, akhirnya penyusunan Disertasi ini dapat diselesaikan. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada **Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M. Kes** selaku Promotor, dan kepada **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M. Kes** selaku kopromotor sekaligus penasehat akademik dan **Sudirman Natsir, S. Ked, MWH., Phd** yang juga bertindak sebagai kopromotor sekaligus Penasehat Akademik yang dengan tulus ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pemikiran dalam memberikan bimbingan kepada penulis.

Selanjutnya, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Dr. dr. Lucy Widasari, M.Si selaku penguji eksternal yang bersedia meluangkan waktu dan pikiran utamanya dalam memberi arahan terkait penyempurnaan disertasi ini.
2. Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc, Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes., MSc.PH, , Prof. Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK selaku penguji internal yang bersedia memberi masukan dan arahan terkait kualitas disertasi ini.
3. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Unhas yang telah memberikan dukungan, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam perjalanan pendidikan penulis di Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Unhas, beserta dosen dan tenaga

kependidikan. Mohon maaf jika banyak meminta bantuan dan menyita waktu selama proses penyelesaian studi.

5. Terimakasih kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Majene beserta jajarannya yang telah mendukung selama penelitian hingga proses penyelesaian studi.
6. Terimakasih kepada Rektor Universitas Sulawesi Barat, Prof. Dr. Muhammad Abdy, M.Si. Ph.D dan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES), Prof. Dr. Muzakir, MKes. yang telah memberikan izin belajar dan menjadi *support system* selama menempuh Pendidikan di S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Unhas.
7. Kepada Ibunda tercinta Hj, Siti Zaenab Saleh (Alm.), dan Ayahanda Drs. H. Muhammad Yunus (Alm.) yang telah menjadi inspirasi penulis, untaian doa ananda akan senantiasa tercurah, serta pesan-pesan didikan semasa hidup menjadi penuntun langkah penulis sampai di titik ini.
8. Teristimewa kepada Suamiku H. Sufyan Sagen, S.H., M.Si (Alm.) dan anak terkasih drg. Nadya Soraya Auliyah Sufyan, dan Achmad Taufan Nugraha Sufyan atas *support*, pengorbanan, dan doanya. Mohon maaf atas segala hak yang terabaikan selama penulis menempuh Pendidikan.
9. Adik-adikku, dr. Hj. Ernawati, Sp THT, Ir. Hj Emmawaty, MSi, dr. Erry Yunus, Sp OT, adik iparku dr. Yuyun Rahayu Gobel, Sp M serta seluruh ponakan tercinta Andragina Isa Fatima Yunus, Dawn Deandre Adam Amadeus Muhammad Yunus dan River Iman Ibrahim Muhammad Yunus yang selalu menjadi sandaran kami.
10. Tim Riset Majene, yang telah mendampingi peneliti dari awal pengerjaan disertasi hingga selesainya penyusunan disertasi ini, Dr. Mesra Rahayu, SKM, M.Kes, Ahmad Syauqi Dzulfikri, SH, Dian Anggreni Thamrin, S.Psi, Wira Setialaksana, S.Pd., M.Sc, Wiwis, S. Mat, teman-teman tenaga gizi PKM Pamboang dan PKM Tameroddo, serta seluruh kader-kader posyandu diwilayah kerja PKM Pamboang dan PKM Tameroddo.. Terima kasih atas segala waktu, sumbangsi tenaga, masukan dan *support system* dengan totalitas tanpa batas, salam hebat luar biasa.
11. Terimakasih kepada Indra Fajarwati Ibnu, SKM., MA yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam pembuatan buku pegangan Emotional Demonstration (Emo-Demo) Maccarita Macoa.

12. Sahabat-sahabat seperjuangan studi S3 ini, Kelas Reguler tahun 2020 atas segala tetesan keringat, suka duka, dan curahan hati yang telah kita toreh bersama dalam perjuangan pendidikan ini. Semoga akan menjadi catatan penuh makna yang tak terlupakan dalam mengarungi putaran roda kehidupan kita.
13. Semua pihak yang tak bisa penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas segalanya. Semoga Tuhan membalas segala kebaikan yang dilakukan dengan kebaikan yang dilipatgandakan.

Akhir kata, mengutip pepatah lama “Tiada gading yang tak retak, tidak ada manusia yang sempurna”. Demikian pula dengan penyusunan disertasi ini. Penulis menyadari bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, penulis memohon maaf dan dengan senang hati menerima kritik dan saran yang bersifat membangun.

Demikian semoga disertasi ini semoga menjadi amal jariyah dan dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya, khususnya bagi penulis.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Makassar, 09 Oktober 2023

Penulis

ABSTRAK

EVAWATY, *Intervensi Peningkatan Kompetensi Ibu dalam Pemberian MP-ASI Lokal pada Anak Usia 06-24 Bulan di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat*. (Dibimbing oleh **Nurhaedar Jafar**, **Healthy Hidayanty** dan **Sudirman Natsir**).

Intervensi untuk meningkatkan kompetensi ibu dalam memberikan MP-ASI lokal kepada anak usia 06-24 bulan di Kabupaten Majene, Sulawesi Barat, yang berdampak terhadap status gizi baduta.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Mixed Method Exploratory* dalam tiga tahap: Kualitatif dengan fenomenologi pada tahap I, dan kuantitatif dengan *quasi eksperimental design* pada tahap II dan III. Edukasi kelompok, menggunakan metode demo masak dan emo-demo, menjadi fokus intervensi ini, melibatkan 123 informan dan 184 responden. Analisis data kualitatif menggunakan *software NVivo 12 Plus* dan uji *repeated measure ANOVA* dengan SPSS versi 20 untuk data kuantitatif.

Pada tahap I, situasi yang mendukung dihasilkan melalui peningkatan fungsi posyandu dengan keterlibatan kader, pemanfaatan langurru' dan lallere' sebagai pangan keluarga lokal, serta perlakuan pengasuh sebagai bentuk *family empowerment*. Modifikasi menghasilkan tiga buku panduan, yakni demo masak, emo-demo, dan MP-ASI lokal Majene. Tahap II menunjukkan homogenitas karakteristik ibu dan pengaruh positif dari edukasi kelompok beserta buku panduan. Metode demo masak dalam waktu relatif singkat terbukti lebih efektif ($P < 0.01$) daripada emo-demo. Pada tahap III, pengukuran kepatuhan pemberian MP-ASI menggunakan resep memberikan dampak signifikan pada kenaikan BB/U pada baduta.

Kesimpulannya, intervensi ini berhasil meningkatkan kompetensi ibu, membentuk pola pemberian MP-ASI, dan yang berkontribusi pada peningkatan status gizi. Rekomendasi diberikan untuk menggabungkan metode demo masak dan emo-demo dalam meningkatkan kompetensi ibu dalam memberikan MP-ASI.

Kata Kunci: Edukasi Kelompok, Demo Masak, Emo-Demo, Peningkatan Kompetensi Ibu, MP-ASI Lokal



ABSTRACT

EVAWATY, *Intervention Enhancement Mother's competence in Providing Local MP-ASI to Children Aged 06-24 Months in the Regency Majene West Sulawesi Province.* (Promoter **Nurhaedar Jafar**, Copromoter **Healthy Hidayanty** and **Sudirman Natsir**).

Intervention to enhance mothers' competence in providing local complementary feeding (MP-ASI) to children aged 06-24 months in Majene Regency, West Sulawesi, impacting the nutritional status of toddlers.

This research employs a Mixed Method Exploratory approach in three stages: Qualitative using phenomenology in Stage I, and Quantitative with quasi-experimental design in Stages II and III. Group education, utilizing cooking demonstration and emo-demo methods, is the focal point of this intervention, involving 123 informants and 184 respondents. Qualitative data analysis utilizes NVivo 12 Plus software, while quantitative data is analyzed using repeated measure ANOVA with SPSS version 20.

In Stage I, a supportive situation is created through the enhancement of posyandu functions with the involvement of cadres, utilizing langurru' and lallere' as locally based family food, and the involvement of caregivers as a form of family empowerment. Modifications result in three guidebooks: cooking demonstration, emo-demo, and local MP-ASI guides for Majene. Stage II demonstrates homogeneity in maternal characteristics and the positive influence of group education along with guidebooks. The cooking demonstration method, in a relatively short time, proves significantly more effective ($P < 0.01$) than emo-demo. Then, In Stage III, adherence measurement to MP-ASI using recipes significantly impacts the increase in weight-for-age in toddlers.

Furthermore, the implementation of this intervention effectively improves maternal competence, modifies the MP-ASI provision pattern, and advances nutritional status. We offer suggestions on how to combine emo-demo techniques and cookery demonstrations to improve mother competency in administering MP-ASI.

Keywords: Education Groups, Cooking Demos And Demos Improvements Maternal Competence, Local MP-ASI



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	iii
PENGESAHAN UJIAN TUTUP	iii
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI.....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR ISTILAH	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Tinjauan Umum Tentang Stunting.....	11
2.2 Stunting Pada Anak Usia 6 – 24 Bulan.....	14
2.3 Tinjauan Umum tentang Baduta	14
2.4 Tinjauan Umum Perbaikan Gizi	21
2.5 Kajian MP-ASI	26
2.6 Tinjauan Umum Tentang Edukasi Kesehatan	34
2.7 Tinjauan Tentang Teori	36
2.8 Kerangka Teori	42

2.9 Kerangka Konsep	43
2.10 Definisi Konsep	44
2.11 Hipotesis Penelitian	45
BAB III METODE PENELITIAN.....	47
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	47
3.2 Lokasi dan Waktu	49
3.3 Populasi, Informan dan Sampel	50
3.4 Defenisi Operasiaonal	52
3.5 Metode Pengumpulan Data	53
3.6 Kontrol kualitas	54
3.7 Pengolahan Dan Penyajian Data	55
3.8 Analisis Data.....	56
3.9 Validitas Dan Reabilitas Data	57
3.10 Etika Penelitian	59
3.11 Alur Penelitian.....	60
BAB IV HASIL DAN PENELITIAN.....	64
4.1 Hasil Penelitian	64
4.2 Karakteristik.....	66
4.3 Hasil Penelitian	73
4.4 Pembahasan	117
4.5 Keterbatasan Penelitian	143
4.6 Novelty	143
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	145
DAFTAR PUSTAKA	147
LAMPIRAN.....	155

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	: Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Berat Badan	20
Tabel 2.2	: Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Massa Tubuh	20
Tabel 2.3	: Pemeriksaan Status Gizi Berdasarkan Indeks Panjang/Tinggi Badan	21
Tabel 2.4	: Pemeriksaan Lingkar Kepala untuk Anak	21
Tabel 4.1	: Karakteristik Informan Kecamatan Tameroddo	66
Tabel 4.2	: Karakteristik Informan Kecamatan Pamboang	67
Tabel 4.3	: Karakteristik Responden Kecamatan Tameroddo ..	69
Tabel 4.4	: Karakteristik Responden Kecamatan Pamboang ...	71
Tabel 4.5	: Realibilitas Instrumen	91
Tabel 4.6	: Hasil uji Kelayakan Resep dan Buku Panduan	92
Tabel 4.7	: Hasil uji Kandungan Gizi Beras Merah	93
Tabel 4.8	: Hasil uji Kandungan Gizi Kelor, Langngurru dan Lallere	94
Tabel 4.9	: Perbandingan variabel demografi antara dua kelompok eksperimen	96
Tabel 4.10	: Hasil uji ANOVA untuk pengetahuan pada 2 perlakuan	104
Tabel 4.11	: Hasil uji Posthoc pada Demo Masak (Tameroddo)	104
Tabel 4.12	: Hasil uji Posthoc pada Emo Demo (Pamboang)	105
Tabel 4.13	: Hasil uji ANOVA untuk Sikap pada 2 perlakuan	106
Tabel 4.14	: Hasil uji Posthoc pada Demo Masak	106
Tabel 4.15	: Hasil uji ANOVA untuk Tindakan pada 2 perlakuan	107
Tabel 4.16	: Hasil uji Posthoc pada Demo Masak	107
Tabel 4.17	: Hasil uji Posthoc pada Emo Demo	108
Tabel 4.18	: Pengaruh Waktu, Perlakuan, dan Variabel Kontrol terhadap Pengetahuan Partisipan	108

Tabel 4.19	: Perbandingan Pre-Test, Post-Test Pertama, Post-Test Kedua dan Ketiga Antara Kedua Kelompok	109
Tabel 4.20	: Pengaruh Waktu, Perlakuan, dan Variabel Kontrol Terhadap Sikap Partisipan	110
Tabel 4.21	: Perbandingan Pre-Test, Post-Test pertama, Post-Test kedua dan ketiga antara kedua kelompok	111
Tabel 4.22	: Pengaruh Waktu, Perlakuan, dan Variabel Kontrol Terhadap Tindakan Partisipan	112
Tabel 4.23	: Perbandingan <i>Pre-Test</i> , <i>Post-Test</i> pertama, <i>Post-Test</i> kedua dan ketiga antara kedua kelompok	113
Tabel 4.24	: Statistik deskriptif kenaikan berat badan dan panjang badan berdasarkan perlakuan	114
Tabel 4.25	: Uji komparasi 1 sampel pada 2 kelompok partisipan	115
Tabel 4.26	: Hasil uji perbandingan kedua perlakuan	115
Tabel 4.27	: Hubungan Kepatuhan – Kenaikan Berat Badan	117

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Modifikasi Teori Faktor Dan Kondisi Yang Mempengaruhi Tingkat Literasi	36
Gambar 2.2 : Teori <i>Behavior Intention</i>	38
Gambar 3.1 : Peta Lokasi Penelitian	41
Gambar 4.1 : Peta Kecamatan Tameroddo	64
Gambar 4.2 : Peta Kecamatan Pamboang	65
Gambar 4.3 : Analisis N-Vivo Akses Informasi	74
Gambar 4.4 : Analisis N-Vivo Makanan Pokok Khas Majene	78
Gambar 4.5 : Analisis N-Vivo Sayuran Khas Majene	79
Gambar 4.6 : Analisis N-Vivo Lauk Khas Majene	80
Gambar 4.7 : Analisis N-Vivo Buah Khas Majene	81
Gambar 4.8 : Analisis N-Vivo <i>Family Empowerman</i>	83
Gambar 4.9 : Analisis N-Vivo Dukungan Petugas Pelayanan Kesehatan	86
Gambar 4.10 : Analisis N-Vivo Desain Edukasi	88
Gambar 4.11 : Buku Pegangan Pendamping MP-ASI Lokal	94
Gambar 4.12 : Buku Pegangan Emo-Demo	95
Gambar 4.13 : Buku Panduan Pendamping Pengelolaan MP-ASI Lokal Majene	95
Gambar 4.14 : Analisis N-Vivo Variabel <i>Self Efficacy</i>	98
Gambar 4.15 : Perbandingan <i>Pre-Test</i> dan <i>Post-Test</i> pengetahuan pada dua kelompok eksperimen	105
Gambar 4.16 : Perbandingan <i>Pre-Test</i> dan <i>Post-Test</i> sikap pada dua kelompok eksperime	107
Gambar 4.17 : Perbandingan <i>Pre-Test</i> dan <i>Post-Test</i> perilaku pada dua kelompok eksperimen	110

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 : Teori Pencegahan <i>Stunting</i>	41
Bagan 2.2 : Kerangka Teori	42
Bagan 2.3 : Kerangka Konsep Penelitian	43
Bagan 3.1 : Tahap 1 dan 2 Rancangan Pelaksanaan Penelitian	61
Bagan 4.1 : <i>Root Cause Analisis (RCA)</i> Pencegahan <i>stunting</i> dengan Penguatan Posyandu dan Pendekatan Keluarga Melalui Literasi Kesehatan di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat	90

DAFTAR ISTILAH

- Kompetensi Ibu : Kompetensi ibu mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan peran dan tanggung jawab mereka sebagai orang tua
- MP-ASI Lokal : Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang menggunakan bahan-bahan atau makanan lokal yang biasa ditemukan di daerah atau wilayah tertentu. Pemberian MP-ASI yang menggunakan bahan lokal dapat memiliki beberapa manfaat, termasuk ketersediaan bahan makanan yang lebih mudah, keberlanjutan, dan relevansi budaya.
- Stunting* : kondisi gagal pertumbuhan linier anak yang biasanya terjadi pada masa pertumbuhan pertama 1.000 hari kehidupan, yaitu dari kehamilan hingga usia dua tahun. Kondisi ini terjadi ketika anak tidak tumbuh sesuai dengan potensinya dan memiliki tinggi badan yang lebih pendek dari rata-rata anak seusianya
- Edukasi Kesehatan : Promosi kesehatan yang bertujuan menyadarkan dan mengubah sikap serta perilaku masyarakat agar tercapai tingkat kesehatan yang diinginkan
- Media Edukasi : Alat atau sarana yang digunakan untuk memberikan informasi, mengajar, atau mendukung proses pembelajaran. Media edukasi dapat mencakup berbagai bentuk, mulai dari media cetak hingga teknologi digital
- Emotional Demonstration* : Sebuah pendekatan komunikasi perubahan perilaku yang inovatif yang sudah terbukti efektif memperbaiki perilaku ibu terkait pemberian makan pada bayi dan anak

- Theory of Planned Behaviour* : Perencanaan intensi individu untuk melakukan perilaku tertentu
- Perceived Behavioral Control* : Persepsi individu terhadap kontrol yang dimilikinya sehubungan dengan perilaku tertentu
- Teori Perilaku Interpersonal : Niat perilaku ditentukan oleh perasaan (*feelings*) yang dimiliki manusia terhadap perilaku (*affect*). Perilaku dipengaruhi oleh kebiasaan (*habit*) dan kondisi yang memfasilitasi (*facilitating conditions*)
- Literasi Kesehatan : Seperangkat perilaku mulai dari pengetahuan (*understanding*), sikap (*assessment*), tindakan (*action*), dan keterampilan (*skill*) melakukan kesehatan dengan tepat
- Intervensi : Intervensi adalah tindakan yang dilakukan untuk mempengaruhi suatu keadaan atau proses. Dalam konteks kesehatan, intervensi dapat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan. Intervensi kesehatan dapat dilakukan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat.
- Edukasi Kelompok : Edukasi kelompok adalah proses memberikan informasi dan pengetahuan kepada sekelompok orang secara bersamaan.
- Kejar Timbang : Kejar Timbang merupakan program yang digagas Badan Keluarga Berencana dan Kependudukan Indonesia (BKKBN) untuk mengatasi permasalahan stunting di Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Baduta (bayi dua tahun) adalah sebutan untuk anak yang berada pada usia di bawah dua tahun atau sekitar 0-24 bulan. Pada tahun 2020 *World Health Organisation* (WHO) menyatakan bahwa saat ini dunia menghadapi tiga masalah kesehatan pada anak atau *triple burden of malnutrition* yang menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia, yang menyumbang 45% kematian pada anak baduta (Nemes et al. 2019). Malnutrisi adalah yaitu suatu kondisi yang mengacu pada kekurangan, kelebihan, dan ketidakseimbangan asupan gizi. Istilah malnutrisi mencakup kelompok kondisi yang luas diantaranya yaitu kurang gizi yang mencakup *stunting* kerdil (tinggi badan yang rendah menurut usia), *wasting*/ kurus (berat badan rendah menurut tinggi badan), *underweight*/ kekurangan berat badan (berat badan rendah menurut usia) dan defisiensi atau insufisiensi mikronutrien (kekurangan vitamin dan mineral penting) (Rachmi et al. 2016).

Secara global dalam lima tahun terakhir, jumlah kasus *stunting* secara berturut-turut mulai tahun 2016 sekitar 25 % (Owino, Ahmed, Freemark, Kelly, et al. 2016), (Owino, Ahmed, Freemark, and Kelly 2016), tahun 2017 sekitar 22,2% (Kemenkes RI 2018) dimana satu dari sembilan anak mengalami *stunting* (De Onis et al. 2019), tahun 2018 sekitar 22,2 % (IEG 2018), 2019 sekitar 21,3% (UNICEF / WHO / World Bank Group 2020) ,(Duan et al. 2020), dan pada tahun 2020 sekitar 22% (World Health Organization (WHO 2021). Diperkirakan satu dari empat anak baduta mengalami *stunting*, dan diperoleh informasi bahwa hampir setengah dari kematian pada anak baduta disebabkan oleh kasus *stunting* (Bharti, Dhillon, and Narzary 2019),(Cooper et al. 2019).

Menurut data United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) dalam Global Nutrition Report pada tahun 2021, sekitar seperempat sampai setengah anak di negara berkembang mengalami *stunting* akibat kemiskinan, kekurangan gizi dan beban penyakit (Himaz 2018). Sedangkan secara Internasional, ditemukan jumlah kasus *stunting* di Asia sebesar 55 %, dan 39% lainnya berada di wilayah Afrika. Wilayah Asia tercatat sebagai

jumlah *stunting* terbanyak sekitar 83,6 juta anak, dimana Asia Selatan menjadi penyumbang kasus *stunting* terbanyak yakni sebesar 58,7%, sebaliknya Asia Tengah memiliki jumlah kasus *stunting* terkecil yakni hanya sekitar 0,9% saja (Owino, Ahmed, Freemark, and Kelly 2016).

Indonesia merupakan negara ketiga dengan prevalensi *stunting* tertinggi di regional Asia Tenggara/ South-East Asia Regional (SEAR). Hal tersebut diungkapkan oleh WHO, melihat rata-rata prevalensi *stunting* baduta di Indonesia sejak tahun 2005 hingga 2017 meningkat sebanyak 36,4% (Manorat, Becker, and Flory 2019). Selanjutnya pada tahun 2018, Global Nutrition Report menunjukkan prevalensi *stunting* Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara dengan prevalensinya 29,9% (Onis and Branca 2016). Dari data tersebut, Indonesia menjadi negara tertinggi kedua setelah Kamboja dalam permasalahan *stunting* di kawasan Asia Tenggara (Christensen and Roos n.d.), (Onis and Branca 2016).

Saat ini kasus *stunting* menjadi permasalahan gizi berat di Indonesia. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dalam tiga tahun terakhir ditemukan bahwa kasus *stunting* menjadi masalah gizi tertinggi dibandingkan masalah gizi lainnya, seperti gizi kurang, kurus maupun gemuk (Izwardy 2020). Prevalensi baduta yang mengalami *stunting* di Indonesia cenderung statis. Data pravalensi menurut Riskesdas peningkatan *stunting* dari tahun 2016-2019 yaitu 2016 sebanyak 18,97, 2017, sebanyak 19,8, 2018 sebanyak 19,3. Data Riskesdas tahun 2018, terjadi peningkatan hingga mencapai 30,8%. Lebih lanjut data terakhir ditemukan bahwa 3 dari 10 balita di Indonesia mengalami *stunting* pada tahun 2019. Berdasarkan data artikel *Childhood Stunting: a Global Perspective* secara nasional, prevalensi tertinggi masih ditemukan di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan prevalensi 43,82%, prevalensi kedua tertinggi diikuti oleh Provinsi Sulawesi Barat dengan prevalensi sebesar 40,38%, dan berada di posisi kedua secara nasional. Data dari SSGI (Survei Status Gizi Indonesia) jumlah *stunting* di Sulawesi Barat pada tahun 2019 sebanyak 40,3 %, tahun 2021 sebanyak 33,8% dan tahun 2022 sebanyak 35 %. Dimana prevalensi tertinggi di kabupaten Majene sebesar 40,6%, tertinggi kedua Kabupaten Polewali Mandar dengan prevalensi 39,3% dan kabupaten Mamasa dengan prevalensi 38,6% merupakan tertinggi ketiga diprovinsi Sulawesi Barat. Dimana Kecamatan Tammeroddo dengan prevalensi sebesar 38,13% dan kecamatan Pamboang

39,81% merupakan prevalensi tertinggi dikabupaten Majene yang akan menjadi lokus penelitian ini.

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis (Perumal, Bassani, and Roth 2018), (Abeway et al. 2018). Terhambatnya tumbuh kembang baduta dapat dipicu sejak bayi masih dalam kandungan hingga masa awal kelahiran bayi. Berdasarkan hasil penelitian anak usia 0-6 bulan yang mengalami *stunting* karena ada masalah pada saat pemberian ASI. Sedangkan 6-24 bulan bermasalah pada pemberian makanan tambahan padat energi dan protein MP-ASI (Desiansi et al. 2016), inisiasi menyusu dini (IMD) 23 dan diatas 2 tahun bermasalah ketika terjadi infeksi dan adanya permasalahan pada imunisasinya.

Berdasarkan laporan *Nutrition in the First 1000 Days of the World's Mothers* pada tahun 2012 seribu hari pertama kehidupan dimulai sejak janin dalam kandungan atau ketika wanita dalam kondisi hamil sampai anak berusia 2 tahun (State of the World's Mothers 2012). Seribu hari pertama ini biasanya disebut sebagai masa windows critical. Hal ini karena pada masa ini terjadi perkembangan otak dan pertumbuhan fisik dengan cepat, sehingga asupan gizi untuk ibu hamil, pemberian ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI harus terpenuhi dengan baik (Sr and Sampe 2020), (Georgiadis and Penny 2017). Ketidakcukupan gizi pada periode kehamilan hingga anak berusia dua tahun dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan linear yang menyebabkan anak tumbuh tidak sesuai dengan usianya dan berpotensi mengakibatkan *stunting* (Rahayu, Rahman, and Marlinae 2018), (State of the World's Mothers 2012). *Stunting* dapat terjadi salah satunya karena pemberian makanan yang tidak adekuat dan tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Selama ini pemberian makanan tambahan (PMT) pada anak usia 6-24 bulan (baduta) mengalami masalah tidak adekuat yang dapat dari dilihat cara pemberian makanan, frekuensi, jumlah makanan, dan jenis makanan yang diberikan (Mufdlilah, Johan, and Fitriani 2018). Hal tersebut berdampak pada kondisi gagal tumbuh, sehingga anak menjadi sangat pendek dibanding anak seusianya (Danita 2018).

Penilaian *stunting* pada anak melalui kurva standar baku yang telah ditetapkan oleh WHO yakni *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS), dengan cara mengukur panjang badan (PB/U), atau tinggi badan (TB/U) anak *stunting*. Apabila z- score <-2.00 sampai -3.00 dikategorikan sebagai baduta

pendek (de Onis et al. 2004). Hal ini menjadi rujukan standar pertumbuhan anak oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2020. Jika standar z -scorenya <-2 SD dikategorikan sebagai stunted, dan jika kurang dari -3 SD dikategorikan sebagai severely stunted (Kementrian Kesehatan RI 2018).

Stunting dapat menimbulkan dampak jangka panjang maupun jangka pendek bagi baduta. Dampak *stunting* yang muncul dalam jangka pendek yakni gangguan kognitif dan gangguan motorik (Beal et al. 2018), gangguan sosial emosi dan verbal (Headey and Palloni 2020), gangguan patologis yang berkaitan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas (Galasso and Wagstaff 2019),(Soekatri, Sandjaja, and Syauqy 2020), gangguan metabolisme tubuh dan peningkatan biaya kesehatan (Bagamian et al. 2020). Adapun dampak jangka panjang akibat *stunting* yakni hilangnya potensi pertumbuhan fisik yang mempengaruhi postur tubuh anak hingga dewasa (Prendergast and Humphrey 2014), terganggunya perkembangan saraf (Kementerian Kesehatan RI 2012), berkurangnya produktifitas kerja, meningkatnya risiko obesitas, rentan terkena penyakit degenerative, serta menyebabkan menurunnya kesehatan reproduksi (Kang et al. 2018). Pada akhirnya secara luas *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (Kang et al. 2018).

Gizi memegang peranan penting dalam siklus pertumbuhan baduta. Berdasarkan hasil surveilans gizi berupa Monitoring Status Gizi tahun 2016 menunjukkan bahwa 38,9% balita di Indonesia mengalami masalah gizi. Salah satu upaya untuk meningkatkan status gizi kesehatan dan gizi bayi dengan meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Adanya ketidaktahuan pengetahuan dan pengelolaan MP-ASI bagi ibu dikhawatirkan akan membawa anak mengalami masalah gizi ((Fadare O et al. 2019)).

Hasil penelitian melaporkan bahwa kondisi gizi kurang pada bayi dan anak disebabkan oleh kebiasaan pemberian MP-ASI yang tidak tepat dan ketidaktahuan ibu tentang manfaat dan cara pemberian MP-ASI dengan benar sehingga mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian MP-ASI (Yeganeh et al. 2018). Selain itu, memburuknya kondisi gizi anak juga dapat terjadi karena ketidaktahuan ibu tentang tata cara pemberian MP-ASI kepada anaknya dan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menjaga gizi dan mengatur makanan anaknya (Hati and Pratiwi 2019). Perbaikan gizi pada 1000 hari pertama

kehidupan dapat menurunkan angka *stunting* di Indonesia. WHO merekomendasikan agar bayi mendapatkan ASI secara eksklusif pada usia 6 bulan pertama, penerapan inisiasi menyusui dini dan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi 6 bulan dan terus menyusui hingga usia 2 tahun. Makanan Pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada bayi atau anak di atas usia 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI.

Perilaku individu, keyakinan normatif dan keyakinan pengendalian - masing- masing menentukan terhadap perilaku. Sikap, norma subjektif dan persepsi kendali perilaku secara kolektif memengaruhi niat perilaku dan perilaku aktual individu ketika keputusan dalam suatu tindakan bersifat sukarela dan di bawah kontrol individu, sedangkan norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap tekanan sosial yang ada di lingkungannya untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku yang dipertimbangkan. (*Theory of Planned Behaviour*, Ajzen I, 1991). hal ini sejalan dengan studi kasus Aplikasi *Theory of Planned Behavior* Pada Perilaku Pemberian ASI Eksklusif (Endang Sutisna Sulaeman, Bhisma Murti, Haris Setyawan 2017) yang menyimpulkan bahwa Sikap, norma subjektif dan persepsi kendali perilaku secara kolektif berhubungan dengan niat perilaku dan niat merupakan anteseden langsung dari perilaku pemberian ASI Eksklusif.

Keuntungan MP-ASI yang dapat memenuhi kebutuhan gizi, karena ASI hanya dapat memenuhi 65-80 % dan mikronutriennya sangat sedikit. Sehingga makanan MP-ASI hadir untuk meningkatkan gizi karena sudah ada takaran produknya sudah sesuai kalori dan mikronutrisinya (Ibnu, Thaha, and Jafar 2013). Sedangkan MP-ASI local membutuhkan kecukupan mikronutrien dengan cara memasak dan menakar nilai gizi makanan (Eriyanti 2018). Pemberian MP-ASI local dapat menggunakan bahan – bahan yang mudah ditemukan di daerah – daerah tempat tinggal. Adanya faktor budaya dalam penetapan makanan bagi anak usia 6 – 24 bulan berpengaruh terhadap pemberian MP-ASI (Arsyati and Rahayu 2019). Berdasarkan hasil penelitian di Barru diperoleh bahwa pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan dapat menurunkan resiko terjadinya *stunting*. Makanan MP-ASI lebih halus (*puree*) dan instan dan kandungannya dapat diketahui dengan baik sangat banyak dikonsumsi balita. (Sonny Eli Zaluchu 2021).

Setiap ibu yang mengandung dan memiliki anak usia baduta seyogyanya mendapatkan akses pengetahuan gizi yang optimal (Roficha, Suaib, and Hendrayati 2018). Berdasarkan hasil penelitian mengungkapkan bahwa pengetahuan ibu tentang gizi anak dapat mempengaruhi status gizi anak baduta. Anak baduta yang tidak mendapatkan praktik pemberian makan yang memadai seperti ASI dan makanan pendamping yang sesuai (MP-ASI) dapat menyebabkan *stunting* (Ahmad et al. 2018). ASI dan susu formula komersial sebagian besar dikonsumsi sampai 7-8 bulan, buah- buahan dan jus dikonsumsi setelah 9 bulan dan daging, produk susu, dan makanan ringan dikonsumsi setelah 12 bulan (Lee et al. 2019). Makanan yang terbuat dari biji-bijian merupakan makanan pendamping utama (76,8% anak 6–23 bulan) (Aguayo 2017).

Database global UNICEF tahun 2016 melaporkan turunnya frekuensi menyusui sebesar 74,0% pada anak usia 1 tahun menjadi 46,3% pada usia 2 tahun sehingga diperlukan pemberian makanan pendamping asi (MP-ASI) untuk anak baduta (White et al. 2017). Studi menunjukkan hanya satu dari sebelas ibu yang mempraktikkan pemberian makanan pendamping ASI yang tepat untuk anaknya (Areja, Yohannes, and Yohannis 2017). Lebih 40% bayi diperkenalkan makanan pendamping ASI yang terlalu dini (sebelum mencapai enam bulan). Pemberian makanan pendamping (MP-ASI) sangat menunjang nutrisi tambahan untuk bayi. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh bahwa gizi anak baduta sebagian besar ditunjang dari makanan tambahan yang diberikan khususnya setelah usia 6 bulan. Dengan adanya pemberian MP-ASI dapat mencegah risiko terjadinya *stunting* (Brahimaa et al. 2020), (Adams et al. 2018).

Pemberian MP-ASI pada baduta yang *stunting* dapat berupa asupan energi dan asupan protein (Desiansi et al. 2016). Pemenuhan gizi dan gizi pada anak adalah prioritas utama untuk mencegah dan memperbaiki kondisi anak *stunting*. Asupan gizi sangat penting sejak masih di dalam kandungan secara tepat dan optimal agar anak bisa tumbuh sehat dan cerdas (Leroy and Frongillo 2019). Memperbaiki pola makan bayi melalui makanan pendamping ASI intervensi telah terbukti hanya sedikit mengurangi *stunting* (Adams et al. 2018).

Pemberian makanan (MP-ASI) yang benar untuk anak baduta, disertai perawatan dan upaya pencegahan penyakit yang memadai, bisa membantu

anak bertumbuh kembang dan memenuhi potensinya secara penuh sekaligus mencegah *stunting*. Berdasarkan hasil penelitian, anak usia 06-24 bulan yang mengonsumsi nol kelompok makanan pendamping memiliki peluang 1.345 kali lipat lebih berisiko mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi 5 kelompok makanan pendamping (Ahmad et al. 2018). Berdasarkan hasil penelitian sebanyak 12,6% dari 2.629 kasus *stunting* dapat terhindar dari *stunting* karena telah mengonsumsi lima atau lebih kelompok makanan. Anak yang tidak mengonsumsi makanan *Animal Source Food* (ASF) memiliki kemungkinan 1,436 lebih tinggi mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak-anak mengonsumsi makanan ASF seperti telur, daging dan susu (Krasevec et al. 2017).

Berdasarkan penelitian di Asia Selatan tentang makanan pendamping pada anak yang berusia 06-24 bulan dengan subjek sebanyak 30.966 anak, didapatkan bahwa konsumsi makanan yang terbuat dari biji-bijian dikonsumsi sebanyak 76,8%, buah dan sayuran 33,2% yang kaya vitamin A dan hanya 17,1% yang diberi makan lengkap pangan yang mengandung daging, ikan, unggas dan/atau telur (Aguayo 2017). Hingga tahun 2019 pemerintah telah menjalankan berbagai program perbaikan gizi terhadap 6,8 juta baduta dari 23,6 juta sebagaimana data dari Badan Pusat Statistik. Namun khusus program intervensi spesifik pemerintah mengintervensi sebanyak 372.929 baduta (bayi dibawah dua tahun) dan melalui intervensi sensitif sebanyak 838.407 bayi diatas lima tahun (Angraini, Ginting, and Imantika n.d.).

Pemenuhan gizi sebagai bentuk perbaikan gizi yang telah diusahakan pemerintah dengan melakukan fortifikasi pada seribu hari pertama kehidupan (HPK) (Larson et al. 2018). Fortifikasi adalah salah satu faktor penting dalam penurunan *stunting*, Fortifikasi pangan merupakan salah satu intervensi pemenuhan zat gizi mikro berupa asupan besi, zink, iodium, dan vitamin A yang dikenal dengan istilah hidden hunger (Dewi and Mahmudiono 2021). Pentingnya makanan fortifikasi pangan yang mempengaruhi perkembangan motorik dan mental anak.

Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan data jumlah anak di Kabupaten Majene sebanyak 1.6145. Sedangkan populasi Baduta sebanyak 6.679 anak. Kecamatan dengan prevalensi tertinggi sekaligus daerah rural dan penyumbang anak *stunting* terbanyak di Kabupaten Majene adalah wilayah Tameroddo dengan prevalensi 40,72% dan jumlah 485 Baduta, dan

Pamboang dengan prevalensi 38,27% dan jumlah 810 Baduta, dilaporkan bahwa telah ada kebiasaan memberikan MP-ASI yang dikelola sendiri baik dari makanan local meskipun ibu tidak mengetahui manfaat atau cara pemberian MP-ASI yang benar.

Berdasarkan uraian tersebut maka dibuatlah rancangan penelitian yang berjudul “Intervensi Edukasi dan Pendampingan Terhadap Peningkatan Kompetensi Ibu Dalam Pemberian MP-ASI Lokal Pada Baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat“. Studi ini akan difokuskan pada dua wilayah ini yakni Kecamatan Pamboang dan Kecamatan Tameroddo.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana Kompetensi ibu dalam pemberian MP-ASI Lokal pada Anak Baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat“?
2. Bagaimanakah peningkatan Berat Badan anak baduta dengan edukasi dan pendampingan terhadap peningkatan kompetensi ibu dalam pemberian MP-ASI Lokal di di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat ?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk melakukan Intervensi Edukasi dan Pendampingan Terhadap Peningkatan Kompetensi Ibu dalam Pemberian MP-ASI lokal pada Anak Baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis Situasi yang Memungkinkan (Akses Informasi, Ketersediaan Pangan (Kemampuan Daya Beli & Jenis Pangan Lokal yang Tersedia), Family Empowerment, dan Petugas Pelayanan) terkait kompetensi Ibu dalam pemberian MP-ASI Lokal
- b. Mengembangkan buku edukasi terkait kompetensi Ibu dalam pemberian MP-ASI Lokal.
- c. Menganalisis karakteristik Ibu (Pendidikan, Umur, Suku dan Budaya, Pendapatan Keluarga, Urutan anak pengasuhan, dan Self Efficacy) terhadap peningkatan kompetensi ibu dalam pemberian MP-ASI Lokal

- d. Menilai pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan demo masak terkait peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) dalam pemberian MP-ASI lokal
- e. Menilai pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan Emo-Demo terkait peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) dalam pemberian MP-ASI lokal
- f. Menilai perbedaan peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) antara kelompok yang mendapatkan edukasi dan pendampingan demo masak dan edukasi dan pendampingan Emo demo dalam pemberian MP-ASI lokal
- g. Menilai pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan demo masak terhadap peningkatan Berat Badan
- h. Menilai pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan Emo-demo terhadap peningkatan Berat Badan
- i. Menilai perbedaan peningkatan Berat Badan anak baduta antara kelompok yang mendapatkan edukasi dan pendampingan demo masak dan edukasi dan pendampingan Emo demo dalam pemberian MP-ASI lokal

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian terdiri dari manfaat teoritik dan manfaat praktis yang diuraikan sebagai berikut:

a. Manfaat teoritik

- 1) Manfaat bagi institusi kesehatan akan memperkaya program pencegahan *Stunting*
- 2) Manfaat lainnya bagi institusi kesehatan yakni buku panduan MP-ASI Lokal yang dihasilkan dalam penelitian ini dapat dijadikan acuan/pedoman Standar oleh Kementerian Kesehatan dan Instansi Kesehatan terkait dalam Pemberian MP-ASI berbasis lokal.
- 3) Manfaat bagi institusi pendidikan, dapat menjadi khasanah keilmuaan tentang intervensi peningkatan kompetensi Ibu dalam pemberian MP ASI Lokal.
- 4) Manfaat lainnya bagi institusi pendidikan yakni dapat menambah karya mahasiswa karena menghasilkan produk buku edukasi yang dapat diterbitkan sertifikat Hak Kekayaan Inelektual (HKI), maupun jurnal internasional Scopus.

b. Manfaat praktis

- 1) Manfaat bagi Ibu, dapat meningkatkan kompetensi Ibu dalam Pemberian MP-ASI
- 2) Manfaat lainnya bagi Ibu yakni meningkatkan pengetahuan, sikap, tindakan Ibu dalam Pemberian MP-ASI
- 3) Menambah wawasan Ibu tentang Pangan Lokal yang tersedia dan dapat diberikan kepada Baduta sebagai MP-ASI.
- 4) Manfaat bagi Anak, konsumsi MP-ASI yang Adekuat dapat meningkatkan BB/TB
- 5) Manfaat bagi Masyarakat Umum, utamanya bagi calon Ibu dapat memanfaatkan buku edukasi sebagai bekal pengetahuan dalam pemberian MP-ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Tentang Stunting

WHO mendefinisikan *stunting* merupakan kegagalan tumbuh kembang yang dialami oleh anak-anak akibat asupan gizi yang kurang dalam jangka waktu yang lama, disertai penyakit infeksi berulang dan stimulasi psikososial yang tidak adekuat. Pada banyak kasus yang ditemukan pada masa usia dini juga mengalami hambatan pada pertumbuhan organ lainnya seperti terganggunya perkembangan otak. Anak-anak didefinisikan sebagai *stunting* jika tinggi badan menurut usia mereka lebih dari dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO.

Stunting pada awal kehidupan – terutama pada 1000 hari pertama sejak pembuahan sampai usia dua tahun – gangguan pertumbuhan memiliki konsekuensi fungsional yang merugikan pada anak. Beberapa dari konsekuensi tersebut termasuk kognisi yang buruk dan kinerja pendidikan, upah orang dewasa yang rendah, kehilangan produktivitas dan, bila disertai dengan penambahan berat badan yang berlebihan di masa kanak-kanak, peningkatan risiko penyakit kronis terkait gizi di masa dewasa serta berdampak pada peningkatan morbiditas dan mortalitas (Astuti et al., 2020).

Pertumbuhan linier pada anak usia dini merupakan penanda kuat pertumbuhan yang sehat mengingat hubungannya dengan risiko morbiditas dan mortalitas, penyakit tidak menular di kemudian hari, dan kapasitas belajar dan produktivitas. Hal ini juga terkait erat dengan perkembangan anak dalam beberapa domain termasuk kapasitas kognitif, bahasa dan sensorik-motorik.

Sebanyak 25 % tahun 2016 anak usia di bawah 5 tahun mengalami hambatan pertumbuhan (*stunting*) terkait dengan peningkatan mortalitas, disfungsi kognitif, serta menurunnya produktivitas. Target global tahun 2030 yang ingin diwujudkan yaitu adanya pengurangan sebanyak 40% jumlah anak yang mengalami *stunting*. Sebanyak 20%-25% bayi dan anak-anak mengalami kekerdilan/kegagalan pertumbuhan berupa prematuritas dan intrauterine yang dimulai dalam rahim yang mengakibatkan risiko terjadinya *stunting* pasca kelahiran. Umumnya, tingginya angka *stunting* terjadi pada negara

berkembang dengan sumber daya terbatas dibandingkan negara maju. Agar pertumbuhan anak optimal ada beberapa hal yang perlu ditingkatkan seperti akses air bersih, sanitasi yang baik, peningkatan kebersihan, promosi keragaman makanan, pemberian ASI, pemberian suplementasi mikro dan mikronutrien berupa seng dan asam amino serta pemberian antibiotik pada anak-anak (Dhaded et al., 2020)(Danaei et al., 2016)(Owino et al., 2016).

Rata-rata usia anak yang terdaftar yaitu usia 6 bulan pada kelompok plasebo dan vitamin D. Sebanyak 12% anak-anak di Afghanistan tahun 2021 mengalami kekurangan berat badan, 13% anak pendek, serta 7% anak kurus. Hal ini disebabkan karena kurangnya asupan makanan (termasuk ASI), protein, dan kalsium. Pemberian vitamin D pada anak-anak sangat penting agar anak dapat mencapai pertumbuhan linier serta perkembangan tulang yang optimal (Crowe et al., 2021).

Program *community-based participatory nutrition promotion* (CPNP), *Essential Nutrition Action* (ENA) dan *Community-based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) terbukti secara efektif meningkatkan pertumbuhan anak. Program CPNP dapat meningkatkan pertumbuhan anak terutama dalam praktek pemberian makanan pendamping yang melibatkan sesi gizi kelompok selama 2 minggu, berusaha untuk meningkatkan pemberian makan dan kebersihan anak. Program *Essential Nutrition Action* (ENA) berguna untuk meningkatkan kualitas layanan gizi dan untuk mempromosikan perubahan positif dalam perilaku pemberian makan dan pengasuhan berbasis keluarga. *Community-based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) berguna untuk strategi untuk mengidentifikasi dan mengobati kasus malgizi akut berat (SAM) tanpa komplikasi tanpa memerlukan rawat inap, berpotensi meningkatkan cakupan dan menurunkan biaya relatif terhadap perawatan SAM di rumah sakit. Program CPNP, ENA, CMAM ini dapat diadopsi untuk melengkapi Program Gizi Nasional Ethiopia dalam membantu berkembangnya strategi gizi. Adanya Promosi praktek pemberian makanan pendamping yang kemudian dimasukkan ke dalam program gizi pemerintah khususnya yang berada pedesaan Ethiopia (Kang et al., 2016).

Pemberian ASI eksklusif yang optimal selama 6 bulan pertama pasca lahirnya anak serta pemberian makanan pendamping ASI pada 6 bulan selanjutnya tepatnya pada usia 12 bulan akan meningkatkan pertumbuhan dan status gizi anak. Adanya pola makanan yang berbeda akan berdampak

pertumbuhan dan status gizi anak sehingga ibu harus memilih pola makanan yang sesuai untuk anak-anaknya (Tian et al., 2019). Pengerdilan yang terjadi pada masa kanak-kanak merupakan indikator dari ketidaksetaraan sosial. *Stunting* merupakan bentuk malgizi yang terjadi pada anak. Terhambatnya proses pertumbuhan pada anak terjadi dimulai dalam rahim dan berlanjut pada 2 tahun pertama pascakelahiran. *Stunting* pada anak akan menghambat pertumbuhan fisik, berkurangnya kinerja perkembangan saraf dan fungsi kognitif serta penyakit kronis pada masa dewasa. Terjadinya *stunting* dapat dikurangi dengan peningkatan pemahaman mengenai pangan dan gizi yang tepat, pendidikan, intervensi air, sanitasi yang baik serta kebersihan, kesehatan, serta pemberantasan kemiskinan (Owino et al., 2016)(Onis & Branca, 2016).

Berdasar pada kerangka UNICEF, terdapat 3 kategori utama yang menjadi faktor penentu malgizi pada anak-anak yakni jenis kelamin, berat badan anak pasca lahir, diversifikasi pertanian, pendidikan, kesehatan masyarakat serta pendapatan keluarga(Rakotomanana et al., 2017) (Eshete et al., 2017). Status pendidikan pengasuh adalah kontributor utama, menyumbang 33% dari ketimpangan sosial ekonomi rumah tangga yang rendah(Beal et al., 2018), diikuti oleh wilayah tempat tinggal (11%) dan ukuran lahir (6%)(Mohammed et al., 2019).

Tingkat pendidikan orang tua juga berpengaruh pada kemungkinan terjadinya *stunting* (Kesehatan, 2020). Anak yang lahir dari ayah dan ibu berpendidikan lebih mempunyai kemungkinan kecil risiko menjadi kerdil. Sedangkan, anak yang lahir dari ayah dan ibu yang tidak berpendidikan kemungkinan menjadi kerdil. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan orang tua mengenai gizi seimbang pada anak (Kulwa et al., 2015). Selain itu, anak-anak yang lahir dari keluarga yang pendapatan rendah berisiko lebih besar menjadi kerdil dibandingkan dengan anak yang lahir dari keluarga yang pendapatan tinggi. Hal ini dapat disebabkan karena pendapatan orang tua yang rendah tidak cukup dibelanjakan untuk kebutuhan gizi sehingga menimbulkan resiko terhambatnya pertumbuhan serta risiko infeksi akibat kurangnya akses layanan perawatan kesehatan. (Berhe et al., 2019) (Kang et al., 2018) s(Akombi et al., 2017). Program gizi saat ini berfokus pada pendidikan untuk anak-anak yang berisiko dan rujukan ke rumah sakit daerah untuk anak-anak yang kekurangan gizi (Juma et al., 2016).

2.2 Stunting Pada Anak Usia 6 – 24 Bulan

Secara global, anak-anak usia dibawah 5 tahun mengalami kekurangan gizi terutama di negara berkembang. Sebanyak 98 % kematian akibat kekurangan gizi terjadi pada negara berkembang dengan angka kematian sebanyak 10,5 juta kematian tahun 2017. *Stunting* merupakan keadaan dimana anak mengalami perkembangan fisik dan kognitif yang buruk serta kinerja sekolah yang rendah. Anak yang mengalami kekerdilan akan mengalami resiko kematian yang tinggi, terlebih jika diperparah dengan *stunting* dan *wasting* yang terjadi pada waktu bersamaan. Anak usia kurang dari 2 tahun lebih berisiko terjadinya kekurangan gizi. Oleh karena itu adanya perhatian secara rutin mengenai gizi pada anak usia (6-24 bulan) penting untuk mencegah terjadinya kekurangan gizi yang berdampak pada *stunting* (Derso et al., 2017).

Sebanyak 95% ((RR = 0.91 CI; 0.88-0.94, p <0.001) dan *wasting* (RR = 0.78, 95% CI; 0.67-0.92, p =0,004) Anak-anak yang menerima Wawamum pada anak usia 6-23 bulan terjadi penurunan risiko *stunting* secara signifikan dibandingkan dengan anak-anak yang menerima standar layanan kesehatan pemerintah. Adanya lipid-suplemen gizi berbasis kuantitas sedang (LNS-MQ) atau disebut juga sebagai Wawamum yang diberikan pada anak usia 24 bulan berdampak pada menurunnya 10% risiko *stunting* pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok control. (Khan et al., 2020) *Stunting* yang terjadi pada anak 6-18 bulan di Afrika dapat terjadi karena pemberian asupan makanan yang tidak memadai, tidak adanya pengetahuan umum mengenai praktek pemberian makanan pada bayi sesuai takaran serta penyortiran makanan agar terhindar dari aflatoksin (AF) dan fumonisin (FUM). (Kang et al., 2016) (Onis & Branca, 2016) (Phillips et al., 2020).

2.3 Tinjauan Umum tentang Baduta

2.3.1 Pengertian baduta

Baduta adalah anak berumur di bawah dua tahun yaitu berumur 0 – 24 bulan. Pertumbuhan anak baduta adalah masa begitu penting karena di masa inilah upaya menciptakan sumber daya manusia yang baik dan berkualitas (E. T. Kim et al., 2021). Masa anak adalah masa

keemasan dimana sel otak dalam perkembangan dan pertumbuhan yang optimal. Baduta merupakan salah satu sekelompok rawan gizi. Kekurangan gizi pada baduta dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental, sosial, dan intelektual yang sifatnya menetap dan terus di bawah sampai anak menjadi dewasa. Selain itu gizi kurang dapat menyebabkan terjadinya penurunan atau rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi (Hasegawa et al., 2017).

Pada usia baduta merupakan periode "*window of opportunity* yang sangat penting untuk mengurangi permasalahan kekurangan gizi seperti *stunting*. Pada masa ini, seorang anak memerlukan asupan zat gizi yang seimbang baik dari segi jumlah maupun proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal (Sawe et al., 2019). Masa ini merupakan masa kehidupan yang sangat penting dan perlu perhatian yang sangat serius. Pada masa ini pula berlangsung proses tumbuh kembang yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik, mental, dan sosial.

2.3.2 Pertumbuhan dan perkembangan baduta

Pertumbuhan anak baduta adalah proses yang dinamis dimana dibutuhkan kurva pertumbuhan sebagai alat pembanding untuk mengetahui pertumbuhannya sesuai usia (Kusumawati et al., 2020). Pertumbuhan anak dapat diukur dengan menggunakan skala yang dapat ditentukan dengan indikator berat badan menurut usia (BB/U) serta tinggi badan menurut usia (TB/U) yang dibandingkan dengan standar baku anak pada umumnya yaitu >-2.00 yang dikategorikan sebagai anak normal (de Onis et al., 2004). 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. tumbuh kembang yang dapat dengan mudah diamati pada usia 0-24 bulan. Pada saat tumbuh kembang setiap anak mempunyai pola perkembangan yang sama, akan tetapi kecepatannya berbeda.

2.3.3 Faktor-faktor tumbuh kembang baduta

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor

yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Pertumbuhan dan perkembangan yang optimal pada anak usia dini ditentukan oleh interaksi kompleks antara faktor anak, ibu, rumah tangga, lingkungan, dan sosial ekonomi (R. Kim et al., 2017). Adapun untuk faktor-faktor yang lebih lengkap antara lain (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2010) :

- a. Faktor dalam (internal) yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak
 - 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 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 anak kerdil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekerabatan orang tua dan perawakan ibu yang pendek dikaitkan dengan pengerdilan (El Kishawi et al., 2017).
 - 6) Kelainan Kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's.
- b. Faktor luar (eksternal)
 - 1) Faktor Prenatal
 - a) Gizi

Gizi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan.
 - b) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital

seperti *club foot*.

c) Toksin/ Zat Kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin, Thalidomid, dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d) Endokrin

Diabetes meilitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.

e) Radiasi

Paparan radium dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, kelainan jantung.

f) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalo Virus Herpers simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin ; katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

g) Kelainan Imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan Kern icterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

h) Anoksia Embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

i) Psikologi Ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

2) Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia, dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

3) Faktor Pasca persalin

- a) Gizi
Gizi yang adekuat sangat diperlukan untuk tumbuh kembang bayi.
- b) Penyakit Kronis/ Kelainan Kongenital
Penyakit yang bisa terjadi pada anak seperti tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan janin.
- c) Lingkungan fisik dan kimia
Lingkungan sering disebut melieu adalah 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, dll) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.
- d) Psikologis
Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak diketahui oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.
- e) Endokrin
Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.
- f) Sosio - Ekonomi
Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan, akan menghambat pertumbuhan anak.
- g) Lingkungan Pengasuh
Pada lingkungan pengasuh, interaksi ibu-anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak
- h) Stimulasi
Perkembangan memerlukan rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.
- i) Obat - Obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

2.3.4. Tinjauan umum tentang pertumbuhan

1. Jenis pertumbuhan anak

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 (Bose, 2007).

2. Menilai pertumbuhan

Penilaian pertumbuhan dengan menggunakan Antropometri adalah penilaian ukuran fisik dan kepadatan jaringan untuk menilai tubuh komposisi, dan pertumbuhan yang buruk ditemukan oleh perbandingan statistika (Thamaria, 2017).

3. Mengukur Pertumbuhan

Pengukuran pertumbuhan anak dapat dilihat melalui beberapa pengukuran berikut :

- a. Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Panjang Badan (Bb/Pb) Atau Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) Untuk Anak Umur 0 - 60 Bulan

Hasil Pengukuran Z-score	Status Gizi (BB/TB atau BB/PB)	Tindakan
> 2 SD	Gemuk	1. Tentukan penyebab utama anak kegemukan 2. Konseling gizi sesuai penyebab
-2 SD sampai dengan 2 SD	Normal	Berikan pujian kepada ibu dan anak
-3 SD sampai dengan -2 SD	Kurus	1. Tentukan penyebab utama anak kurus 2. Konseling gizi sesuai penyebab
Di bawah -3 SD	Sangat Kurus	Segera rujuk ke PKM dengan TFC atau ke RS

Ukur berat dan panjang badan, lalu beri titik pada kurva berat badan menurut panjang badan

}

Klasifikasi status gizi

Tabel 2.1 : Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Berat Badan

Sumber : (Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

c. Pengukuran Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Untuk Anak Umur 60 - 72 Bulan (PSG, 2017).

		Hasil Pengukuran Z-score	Status Gizi (IMT/U)	Tindakan
		<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px;"> Ukur berat dan panjang badan, lalu hitung indeks masa tubuh anak, lalu plot pada grafik IMT menurut umur anak </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"> Klasifikasikan tinggi badan menurut umur </div> </div>	Di atas 2SD	Obesitas
>1 SD sampai dengan 2 SD	Gemuk		Asupan Gizi disesuaikan dengan kebutuhan dan aktivitas anak	
-2SD sampai dengan 1 SD	Normal		Berikan pujian kepada ibu dan anak	
-3SD sampai dengan < -2SD	Kurus		Asupan Gizi ditingkatkan dan Jadwalkan kunjungan berikutnya	
Di bawah -3	Sangat Kurus		Segera rujuk ke Puskesmas dengan TFC atau ke RS	

Tabel 2.2 : Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Massa Tubuh
Sumber : (Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Cara menghitung IMT

IMT dihitung dengan cara membagi berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter) (kg/m^2).

Contoh:

Jika berat badan anak 25 kg dan tinggi badan anak 1,2 m, maka IMT anak adalah:

$$\frac{25}{(1,2)(1,2)} = 17,36$$

- 1) Pemeriksaan Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Panjang / Tinggi Badan Menurut untuk Anak Umur Usia 0 – 60 Bulan (PSG, 2017)

Ukur panjang badan anak, lalu plot pada grafik panjang badan menurut umur anak		Klasifikasikan status gizi		Hasil Pengukuran	Status Gizi	Tindakan
				Di atas 2 SD (>2SD)	Tinggi	Jadwalkan kunjungan berikutnya
-2SD sampai dengan 2 SD	Normal	Jadwalkan kunjungan berikutnya				
-3SD sampai dengan < -2SD	Pendek	Asupan Gizi ditingkatkan dan Jadwalkan kunjungan berikutnya				
Di bawah kurva z-score -3 (< -3SD)	Sangat Pendek	Segera rujuk ke fasilitas layanan kesehatan				

Tabel 2.3 : Pemeriksaan Status Gizi Berdasarkan Indeks Panjang/Tinggi Badan
Sumber : (Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

- 2) Pemeriksaan Lingkar Kepala Untuk Anak Usia 0 - 72 Bulan

Ukur lingkar kepala, lalu beri titik pada kurva pertumbuhan lingkar kepala		Klasifikasikan hasil pengukuran		Hasil Pengukuran	Klasifikasi	Tindakan
				Di atas kurva +2	Makrosefali	Rujuk ke Rumah Sakit
Antara kurva +2 dan -2	Normal	Beri pujian kepada ibu dan anak				
Di bawah kurva -2	Makrosefali	Rujuk ke Rumah Sakit				

Tabel 2.4 : Pemeriksaan Lingkar Kepala untuk Anak
Sumber : (Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

2.4 Tinjauan Umum Perbaikan Gizi

2.4.1 Masalah gizi pada anak *stunting*

Masalah gizi pada anak terbagi menjadi dua yaitu gizi kurang dan gizi lebih yang berdampak pada ketidakseimbangan energi dan asupan gizi. *Stunting* pada anak dapat disebabkan karena asupan energi dan

gizi harian yang tidak sesuai proporsi yang telah ditentukan. Pentingnya gizi pada 1000 hari pertama kehidupan saat terjadinya pematangan juga berperan penting karena pada tahap ini terjadi pengaturan kinerja otak anak selama kehidupan berikutnya. Gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan berdampak terjadinya *stunting* (Ali & Ali, 2020)(Getaneh et al., 2019)(Gosdin et al., 2018). Oleh karena itu diperlukan pengetahuan gizi ibu yang akan berimplikasi pada praktik pengasuhan dan pemberian makan (Rahma & Nadhiroh, 2017).

Sebanyak 45 % tahun 2018 miliaran orang diseluruh dunia kekurangan zat gizi mikro yang menghambat pertumbuhan janin, *stunting*, *wasting*, dan pemberian ASI yang kurang optimal. Di dalam bubuk mikronutrien (MNP) mengandung berbagai macam vitamin dan mineral yang direkomendasikan untuk bayi dan anak kecil (Lanou et al., 2019). Pemenuhan gizi dan gizi pada anak harus tepat dan sesuai dengan usianya. Contohnya pada pemenuhan ASI dan susu formula yang sebagian besar dikonsumsi hingga usia 7-8 bulan, kemudian makanan pendamping seperti buah-buahan dan jus yang dapat dikonsumsi setelah usia 9 bulan, serta daging, produk susu, dan makanan ringan baru dapat dikonsumsi setelah usia 12 bulan(Lee et al., 2019).

2.4.2 Perbaikan gizi pada ibu hamil dan baduta

Secara global, sebanyak 3,1 juta kasus kematian anak usia di bawah lima tahun (5 tahun) disebabkan kekurangan gizi(Fenske et al., 2013). Adanya konseling gizi ibu mengenai praktek pemberian makanan pada bayi dan anak kecil mengurangi terjadinya *stunting* pada anak serta pemberian makanan yang optimal. Adanya inisiasi menyusui anak yang lahir satu jam pertama setelah persalinan, pemberian ASI eksklusif hingga anak mencapai usia 6 bulan (Mufdlilah et al., 2018), serta makanan pendamping saat usia 6 bulan dan dilanjutkan menyusui sampai usia dua tahun merupakan bentuk perbaikan gizi untuk anak.(Mistry et al., 2019)(Dewey, 2016) Selain itu, meningkatnya asupan gizi, protein ,mikronutrien pada awal tri pertengahan kehamilan sangat bermanfaat untuk pertumbuhan janin

sebagai gizi sejak dini dalam kehamilan.

Konseling gizi merupakan bentuk upaya yang digunakan dalam pemenuhan informasi asupan gizi untuk memperoleh informasi permasalahan gizi yang dihadapi. Hasil dari konseling diharapkan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi ke arah kebiasaan hidup sehat. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk membantu peningkatan kesadaran dan pengetahuan gizi ibu agar terhindar dari masalah gizi adalah melalui kegiatan konseling kesehatan gizi (Dhaded et al., 2020). Upaya peningkatan status kesehatan dan gizi bayi melalui peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya perbaikan gizi secara menyeluruh. Upaya peningkatan pengetahuan tersebut dapat dilakukan melalui konsultasi atau penyuluhan gizi. Konseling gizi merupakan rangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku agar klien mengenal dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan (Aguayo & Menon, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan konseling memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan gizi ibu dan pola makan pada bahan makanan sayur, buah serta lauk hewani. Penggunaan media merupakan faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan gizi ibu. Media yaitu buku pegangan berisi materi konseling yang diberikan pada subjek dapat dibaca lebih lanjut sehingga meningkatkan pengetahuan (Aguayo et al., 2016). Berdasarkan studi yang dilakukan penggunaan buku edukasi dengan desain yang baik suatu studi menemukan bahwa pelatihan dengan menggunakan buku edukasi yang dikemas dengan benar (gambar-gambar menarik) bisa menjadi salah satu media pembelajaran yang cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan. Buku edukasi berisikan informasi tentang pengetahuan seyogyanya harus diuji coba terlebih dahulu untuk memaksimalkan penyerapan pengetahuan gizi bagi ibu terutama untuk membuat buku pegangan. Hal ini sesuai dengan penelitian fokus bagaimana pengaruh pemberian buku edukasi

dan uji cobanya untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan pengaplikasian pemberian gizi bagi anak usia 06-24 bulan.

Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah memberikan ASI segera setelah bayi dilahirkan, biasanya dalam waktu 30 menit sampai dengan 1 jam setelah bayi dilahirkan. Banyaknya responden yang tidak mengetahui tentang ASI eksklusif serta manfaatnya bagi bayi menjadi salah satu faktor penyebab ibu tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai umur 6 bulan. Dari hasil penelitian diketahui sebagian besar responden tidak mengetahui secara benar tentang inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI eksklusif. Pemberian air susu ibu (ASI) sedini mungkin dan pemberian secara eksklusif terbukti meningkatkan imunitas bayi, serta menurunkan angka kesakitan dan kematian, sehingga potensi genetiknya dapat berkembang secara optimal (Nkurunziza et al., 2017)

Rekomendasi untuk peningkatan mikronutrien sebesar $\geq 50\%$ seperti folat dan zat besi selama kehamilan dan vitamin A, vitamin C, vitamin B6, yodium selama masa penyapihan (Krishna et al., 2018). Sebanyak 7,5 % pada tahun 2016 presentase wanita Asia Selatan mengalami kekurangan gizi. Kekurangan gizi khususnya pada perempuan yang hamil akan berdampak terjadinya *stunting* pada anak. Di negara berkembang peningkatan angka *stunting* terjadi pada masa gestasi sekitar 24 bulan setelah melahirkan. Mengonsumsi sayuran berdaun hijau serta buah-buahan musiman sangat bermanfaat untuk meningkatkan ukuran kelahiran ketika asupan energy dibatasi selama kehamilan (Ponum et al., 2020).

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perbaikan gizi

Masalah *stunting* masih menjadi masalah kesehatan yang kronis. Ada beberapa faktor risiko *stunting* pada anak yaitu kurangnya pendidikan formal ibu (AOR = 6.4) , tinggi ibu kurang dari 150 cm (AOR = 4.2), berat badan ibu kurang dari 18,5 kg / m² (AOR = 3,8), berat melahirkan kurang dari 2.5 kg (AOR = 5.3), Keragaman pola makan WHO skor <4 (AOR = 3.2) dan diare berulang (AOR = 5.3) (Kang et al., 2018).

Adanya perbedaan tingkat pendidikan ibu terhadap perhatian yang baik kepada anak-anak, praktik perawatan yang baik, pemanfaatan layanan perawatan kesehatan akan berpengaruh *stunting* terutama pada perbaikan gizi pada anak. Pendidikan ibu berpengaruh pada persiapan, pengadaan, serta pemilihan makanan yang bergizi untuk anak-anak dan diri sendiri (Svefors et al., 2019) dan pengetahuan terhadap ibu (Chilinda et al., 2021), pengasuh, dan rumah tangga (keragaman pola makan yang buruk, pendidikan ibu yang rendah, dan kemiskinan rumah tangga) (Hossain et al., 2017).

Faktor risiko *stunting* secara signifikan meningkat berdasarkan usia <6 bulan sebanyak 5,3 % usia 6 – 23 bulan 16,8% (OR = 3,06, 95% CI [0,63, 14,8]), dan pada 24 – 59 bulan 25,0% bulan (OR = 5,07, pada tahun 2018. Risiko *stunting* juga terjadi karena rendahnya tingkat pendidikan ibu dan menjadi predictor paling besar penyebab *stunting* (Chowdhury et al., 2020). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian Pendidikan ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* (Brahimaa et al., 2020). Pemahaman mengenai faktor resiko terjadinya *stunting* akan memudahkan dalam memahami serta mempertimbangkan desain nutrisi dalam mengurangi terjadinya *stunting*. Adanya upaya pemberian literasi kepada orang tua mengenai desain gizi yang dibutuhkan anak demi mencegah terjadinya *stunting* (Johri et al., 2016).

Program intervensi bersamaan mungkin juga berkontribusi pada penurunan *stunting* di antara survei, sehingga memoderasi efek otonomi ibu (Crowe et al., 2021). Upaya untuk meningkatkan pemberdayaan ibu, kesejahteraan rumah tangga, dan praktik pemberian makan bayi dan anak untuk mengurangi *stunting* pada anak (Bogale et al., 2020). Faktor determinan pangan dan gizi sangat kompleks dan saling berkaitan dalam upaya perbaikan gizi dan upaya penurunan *stunting* penanganan dilakukan dengan intervensi spesifik secara langsung hanya berpengaruh sebesar 30% pada penurunan *stunting* itupun jika cakupannya mencapai 90% sedangkan 70% sisanya dipengaruhi oleh program intervensi sensitif yang dilaksanakan dari berbagai sector (Xiong et al., 2020).

2.5 Kajian MP-ASI

2.5.1 Pengertian makanan pendamping ASI (MP-ASI)

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah bayi berusia 6 bulan sampai bayi berusia 24 bulan. Makanan pendamping ASI merupakan makanan bayi kedua yang menyertai dengan pemberian ASI. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan proses perubahan dari asupan susu menuju ke makanan semi padat.

Pemberian makanan pendamping ASI harus bertahap dan bervariasi dari mulai bentuk sari buah, buah segar, bubur kental, makanan lumat, makanan lembek, dan akhirnya makanan padat. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. ASI hanya memenuhi kebutuhan gizi bayi sebanyak 60% pada bayi usia 6-12 bulan. Sisanya harus dipenuhi dengan makanan lain yang cukup jumlahnya dan baik gizinya. Oleh sebab itu pada usia enam bulan keatas bayi membutuhkan tambahan gizi lain yang berasal dari MP-ASI.

Tujuan pemberian makanan bayi dibedakan menjadi 2 macam yaitu tujuan mikro dan tujuan makro. Tujuan mikro berkaitan langsung dengan kepentingan individu pasangan ibu-bayi, dalam ruang lingkup keluarga, yang mencakup 3 macam aspek:

- a. Aspek fisiologis yaitu memenuhi kebutuhan gizi dalam keadaan sehat maupun sakit untuk kelangsungan hidup, aktivitas dan tumbuh kembang.
- b. Aspek edukatif yaitu mendidik bayi agar terampil dalam mengkonsumsi makanan pendamping ASI.
- c. Aspek psikologis yaitu untuk memberi kepuasan pada bayi dengan menghilangkan rasa tidak enak karena lapar dan haus. Disamping itu memberikan kepuasan pada orang tua karena telah melakukan tugasnya.

Sedangkan tujuan makro merupakan permasalahan gizi masyarakat luas dan kesehatan masyarakat. Pemberian makanan

pendamping ASI bagi bayi bertujuan untuk menambah energi dan zat-zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus menerus (Diah Krisnatuti, 2008) selain itu pemberian makanan pendamping ASI membantu bayi dalam proses belajar makan dan kesempatan untuk menanamkan kebiasaan makan yang baik serta mengenalkan berbagai jenis dan rasa makanan.

2.5.2 Bentuk makanan pendamping ASI

- a. Makanan lumat, yaitu jenis makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang rata dimana konsistensinya paling halus. Biasanya makanan lumat terdiri dari satu jenis makanan (makanan tunggal) Contoh: pepaya dihaluskan dengan sendok, pisang dikerik dengan sendok, nasi tim saring, bubur kacang ijo saring, kentang rebus.
- b. Makanan lembek, yaitu makanan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair namun biasanya konsistensinya lebih padat daripada makanan lumat. Makanan lembek ini merupakan makanan peralihan antara makanan lumat menuju ke makanan padat. Contoh: bubur nasi, bubur ayam, bubur kacang ijo, bubur manado.
- c. Makanan keluarga, yaitu makanan padat yang biasanya disediakan di keluarga dimana tekstur dari makanan keluarga yaitu makanan padat. Contoh: lontong, nasi tim, kentang rebus, biskuit (Argentina dan Yunita, 2014).

2.5.3 Prinsip pemberian makanan pendamping ASI

Berikut ini merupakan beberapa prinsip pedoman pemberian MP-ASI pada bayi minum ASI menurut Ria Riksani :

- a. Lanjutkan pemberian ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih.
- b. Lakukan, yaitu dengan menerapkan prinsip asuhan psikososial. Sebaiknya, ibu memberikan makanan secara pelan dan sabar, berikan dorongan agar bayi mau makan, tetapi jangan memaksakannya untuk makan, ajak bayi untuk bicara, dan pertahankan kontak mata. Pada awal- awal pemberian makanan

- pendamping, bayi membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan jenis makanan baru yang bayi temui.
- c. Jagalah kebersihan dalam setiap makanan yang disajikan. Terapkan pula penanganan makanan yang tepat.
 - d. Memulai pemberian makanan pendamping setelah bayi berusia 6 bulan dalam jumlah sedikit. Secara bertahap, ibu bisa menambah jumlahnya sesuai usia bayi.
 - e. Sebaiknya, variasi makanan secara bertahap ditambah agar bayi bisa merasakan segala macam cita rasa.
 - f. Frekuensi makanan ditambah secara bertahap sesuai pertambahan usianya, yaitu 2-3 kali sehari pada usia 6-8 bulan dan 3-4 kali sehari pada usia 9-24 bulan dengan tambahan makanan selingan 1-2 kali bila diperlukan.
 - g. Pilihlah variasi makanan yang kaya akan zat gizi.
 - h. Usahakan untuk membuat sendiri makanan yang akan diberikan kepada bayi dan hindari makanan instan. Jika terpaksa memberikan makanan instan, sebaiknya ibu bijak dalam melihat komposisi gizi yang terkandung di dalamnya.
 - i. Saat anak anda terlihat mengalami sakit, tambahkan asupan cairan (terutama berikanlah air susu lebih sering) dan dorong anak untuk makan makanan lunak yang anak senangi.

2.5.4 Jenis-jenis makanan pendamping ASI

Secara umum terdapat dua jenis MP-ASI yaitu hasil olahan pabrik Menurut Depkes RI (2006) jenis MP-ASI adalah sebagai berikut:

- a. Makanan tambahan pendamping ASI lokal (MP-ASI Lokal) adalah makanan tambahan yang diolah dirumah tangga atau di Posyandu, terbuat dari bahan makanan yang tersedia ditempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat, dan memerlukan pengolahan sebelum dikonsumsi oleh bayi.
- b. Makanan tambahan pendamping ASI pabrikan (MP-ASI pabrikan) adalah makanan yang disediakan dengan olahan dan bersifat instan dan beredar dipasaran untuk menambah energi dan zat-zat gizi esensial pada bayi.

2.5.5 Jadwal pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI yang tepat yaitu memenuhi kebutuhan gizinya. MP- ASI harus di sesuaikan dengan usia bayi dimana ketepatan pemberian MP-ASI meliputi jenis, tekstur, frekuensi maupun porsi makan harus disesuaikan dengan tahap perkembangan dan pertumbuhan bayi sebagai berikut :

- a. Kebutuhan energy dari makanan adalah sekitar 200 kkal/hari untuk bayi usia 6-8 bulan, 300 kkal/hari untuk bayi usia 9-11 bulan dan 550 kkal/hari untuk bayi 12 bulan (1 tahun).
- b. Usia 6-8 bulan, kenalkan MP-ASI dalam bentuk lumat dimulai dari bubur susu sampai dengan nasi tim lunak, 2 kali sehari. Setiap kali makan diberikan sebanyak:
 - 1) 6 bulan : 6 sendok makan
 - 2) 7 bulan : 7 sendok makan
 - 3) 8 bulan : 8 sendok makan
- c. Untuk usia 9-12 bulan, berikan MP-ASI dimulai dari bubur nasi sampai nasi tim sebanyak 3 kali sehari. Setiap kali makan berikan sebanyak :
 - 1) 9 bulan : 9 sendok makan
 - 2) 10 bulan : 10 sendok makan
 - 3) 11 bulan : 11 sendok makan
- d. Pada usia 12 bulan, berikan nasi lembek 3 kali sehari.
- e. Berikan ASI terlebih dahulu, kemudian MP-ASI. Pada MP-ASI, tambahkan telur /ayam /ikan /tahu /tempe /daging sapi /wortel /bayam /kacang hijau/santan /minyak pada bubur nasi atau nasi lembek. Bila menggunakan makanan pendamping ASI dari pabrik, baca cara menyiapkannya.
- f. Batas usia, dan tanggal kadaluarsa.
- g. Berikan makanan selingan 2 kali sehari di antara waktu makan, seperti bubur kacang hijau, biskuit, pisang, nagasari dan sebagainya.
- h. Berikan buah-buahan atau sari buah, seperti air jeruk manis dan air tomat saring.

- i. Bayi mulai diajarkan makan dan minum sendiri menggunakan gelas dan sendok (Susilowati dan Kuspriyanto, 2016).

2.5.6 Alasan MP-ASI diberikan usia 6 bulan

Menurut MP-ASI harus diberikan pada saat bayi usia 6 bulan karena :

- a. Bayi mengalami *growth spurt* (percepatan pertumbuhan) pada usia 3-4 bulan, bayi mengalami peningkatan nafsu makan, tetapi bukan berarti pada saat usia tersebut bayi siap untuk menerima makanan padat .
- b. 0-6 bulan, kebutuhan bayi bisa dipenuhi hanya dengan mengkonsumsi ASI.
- c. Umumnya bayi telah siap dengan makanan padat pada usia 6 bulan karena pada usia ini, ASI hanya memenuhi 60-70% kebutuhan gizi bayi.
- d. Tidak dianjurkan untuk memperkenalkan makanan semi padat atau padat pada bayi berusia 4-6 bulan karena sistem pencernaan mereka belum siap menerima makanan ini.
- e. Pemberian makanan sebelum usia 6 bulan, meningkatkan risiko alergi, obesitas, mengurangi minat terhadap ASI.
- f. Masih aktifnya reflex extrusion yaitu bayi akan mengeluarkan makanan yang ibu sodorkan kemulutnya, ini meningkatkan risiko tersedak jika diberikan makanan padat terlalu dini.

2.5.7 Akibat Pemberian MP-ASI yang salah

Ada dua kategori pemberian MP-ASI yang salah menurut yaitu:

1. Dampak dari Pemberian MP-ASI terlalu Dini

Banyak Ibu (umumnya, bila bayi adalah anak pertama) sangat bersemangat untuk segera meberikan MP-ASI karena dalam diri mereka ada perasaan bangga dan bahagia telah membuat pencapaian besar. Hal ini dapat memicu orangtua memberikan MP-ASI dini. Berikut dampak dari pemberian MP- ASI terlalu dini :

- 1) Bayi lebih rentan terkena berbagai penyakit

Saat bayi menerima asupan lain selain ASI, imunitas/kekebalan yang diterima bayi akan berkurang. Pemberian MP-ASI dini berisiko membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman, apalagi bila MP-ASI tidak disiapkan secara higienis.

- 2) Berbagai reaksi muncul akibat sistem pencernaan bayi belum siap

Bila MP-ASI diberikan sebelum sistem pencernaan bayi siap untuk menerimanya, makanan tersebut tidak dapat dicerna dengan baik dan bisa menimbulkan berbagai reaksi, seperti diare, sembelit/konstipasi, dan perut kembung atau bergas. Tubuh bayi belum memiliki protein pencernaan yang lengkap. Berbagai enzim seperti amylase (enzim pencerna karbohidrat) yang diproduksi pancreas belum cukup tersedia ketika bayi belum berusia 6 bulan. Begitu pula dengan enzim pencerna karbohidrat lainnya (seperti maltase dan sukrase) dan pencerna lemak (lipase).

- 3) Bayi berisiko menderita alergi makanan.

Memperpanjang pemberian ASI eksklusif menurunkan angka terjadinya alergi makanan. Pada usia 4-6 bulan kondisi usus bayi masih "terbuka". Saat itu antibody dari ASI masih bekerja melapisi organ pencernaan bayi dan memberikan kekebalan pasif, mengurangi terjadinya penyakit dan reaksi alergi sebelum penutupan usus terjadi. Produksi antibody dan tubuh bayi sendiri dan penutupan usus terjadi saat bayi berusia 6 bulan.

- 4) Bayi berisiko mengalami obesitas/kegemukan

Pemberian MP-ASI dini sering dihubungkan dengan peningkatan berat badan dan kandungan lemak di tubuh anak pada masa datang.

- 5) Produksi ASI dapat berkurang

Makin banyak makanan padat yang diterima bayi makin tinggi potensi bayi mengurangi permintaan menyusu. Bila ibu tidak mengimitasi frekuensi bayi menyusu dengan memerah, produksi ASI dapat menurun. Bayi yang mengonsumsi makanan padat pada usia yang lebih muda cenderung lebih cepat disapih.

- 6) Persentase keberhasilan pengatur jarak kehamilan alami menurun.

Pemberian ASI eksklusif cenderung sangat efektif dan alami dalam mencegah kehamilan. Bila MP-ASI sudah diberikan, bayi tidak lagi menyusui secara eksklusif sehingga persentase keberhasilan metode pengaturan kehamilan alami ini akan menurun.

- 7) Bayi berisiko tidak mendapat gizi optimal seperti ASI

Umumnya bentuk MP-ASI dini yang diberikan berupa bubur encer/cair yang mudah ditelan bayi. MP-ASI seperti ini mengenyangkan bayi, tetapi gizinya tidak memadai.

- 8) Bayi berisiko mengalami invagasi usus/intususepsi.

Invagasi usus/intususepsi adalah keadaan suatu segmen usus masuk ke dalam bagian usus lainnya sehingga menimbulkan berbagai masalah kesehatan serius dan bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian. Penyebab pasti penyakit ini belum diketahui, tetapi hipotesis yang paling kuat adalah karena pemberian MP-ASI yang terlalu cepat.

2. Kerugian Menunda Pemberian MP-AS

Berapa ibu dan orangtua menunda pemberian MP-ASI hingga usia bayi lebih dari 6 bulan dengan alasan agar bayi terhindar dari risiko menderita alergi makanan serta memberikan kekebalan pada bayi lebih lama. Padahal sebuah tinjauan dari sebuah penelitian menyimpulkan bahwa menunda pemberian MP- ASI hingga usia bayi melewati 6 bulan tidak memberikan perlindungan yang berarti.

Berikut kerugian jika menunda pemberian MP-ASI :

- 1) Kebutuhan energi bayi tidak terpenuhi. Bila kebutuhan bayi tidak terpenuhi, bayi akan berhenti tumbuh atau tumbuh dengan tidak optimal, bahkan bila dibiarkan bayi dapat menderita gagal tumbuh. Tingkatkan kuantitas MP-ASI seiring bertambahnya usia bayi.
- 2) Bayi berisiko kekurangan zat besi dan menderita ADB (anemia defisiensi besi)

- 3) Kebutuhan makronutrien dan mikronutrien lainnya tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan bayi/anak berisiko menderita malgizi dan defisiensi mikronutrien.
- 4) Perkembangan fungsi motorik oral bayi dapat terlambat.
- 5) Bayi berpotensi menolak berbagai jenis makanan dan sulit menerima rasa makanan baru di kemudian hari.

Program perbaikan gizi yang bertujuan meningkatkan jumlah pemberian MP-ASI kepada bayi dan anak usia 06 – 24 bulan untuk memaksimalkan kebutuhan gizi yang optimal. Secara umum terdapat dua jenis MP-ASI yaitu hasil pengolahan pabrik atau disebut dengan MP-ASI pabrikan dan yang diolah di rumah tangga atau disebut dengan MP-ASI lokal. MP-ASI lokal yaitu kadar gizi yang tidak terukur secara jelas, Walaupun dalam KMS telah tercantum cara pembuatan MP-ASI yang bergizi baik akan tetapi terkadang ibu rumah tangga tidak terlalu memperhatikan hal tersebut sehingga nantinya konsumsi MP-ASI lokal tidak terukur secara jelas kadar gizinya dan dapat memengaruhi perkembangan anak karena ketidaksesuaian antara asupan gizi dan kebutuhan gizi yang dibutuhkan oleh anak.

Pemberian ASI lokal di beberapa negara berkembang belum dapat memberikan sumber energi dan mikronutrien yang sesuai dengan kebutuhan sehari-hari. Pemilihan MP-ASI pabrikan terutama dalam bentuk instan menjadi pilihan yang utama bagi para ibu dari berbagai tingkat sosio-ekonomi. Umumnya, pemilihan MP-ASI pabrikan disebabkan cara pemberian yang lebih mudah, praktis, dan mengandung jumlah zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan anak sesuai dengan usianya (Hati and Pratiwi, 2019) Kelebihan pada MP-ASI pabrikan ialah kadar gizinya telah diukur oleh Departemen Kesehatan RI untuk disesuaikan terhadap kebutuhan gizi anak yang mengonsumsinya. Kadar kandungan gizi yang telah terukur tersebut secara langsung akan berpengaruh terhadap perkembangan anak oleh karena zat gizi makronutrien dan mikronutrien yang terkandung di dalamnya merupakan faktor yang berpengaruh pada maturitas otak dan pembentukan jaringan-jaringan tubuh di masa keemasan tumbuh kembang anak, yaitu usia 1-3 tahun. Pengolahan bahan makanan

tidak memperhatikan kebutuhan gizi bayinya.

Pada MP- ASI Lokal para ibu mengolah makanan bayi disamakan menu dengan apa yang dimakan keluarga sumber makanan yang tersedia di daerah tempat tinggal, sedangkan MP-ASI Pabrikan jumlah takaran yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan bayi sehingga status gizi bayi rata-rata kurang dan buruk (Hati and Pratiwi, 2019). Malgizi pada bayi tidak semata-mata disebabkan oleh kekurangan makanan. Beberapa faktor lain adalah penyebab pemberian makanan pendamping ASI yang tidak memadai dan penyapihan yang terlalu cepat. Hasil penelitian melaporkan bahwa kondisi gizi kurang pada bayi dan anak disebabkan oleh kebiasaan pemberian MP-ASI yang tidak tepat dan ketidaktahuan ibu tentang manfaat dan cara pemberian MP-ASI dengan benar sehingga mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian MP- ASI. Selain itu, memburuknya kondisi gizi anak juga dapat terjadi karena ketidaktahuan ibu tentang tata cara pemberian hak MP-ASI kepada anaknya dan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menjaga gizi dan mengatur makanan anaknya (Hati and Pratiwi, 2019).

2.6 Tinjauan Umum Tentang Edukasi Kesehatan

Edukasi secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur- unsur pendidikan yakni ; input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2005). Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2014), perilaku seseorang di pengaruhi 3 faktor antara lain faktor predisposisi (predisposing factors) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai- nilai dan sebagainya.

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain ; sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi,

pendidikan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2005). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Edukasi kesehatan adalah kegiatan di bidang promosi kesehatan yang bertujuan menyadarkan dan mengubah sikap serta perilaku masyarakat agar tercapai tingkat kesehatan yang diinginkan.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 2 :

1. Media cetak

- a. *Booklet*: untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer* (selebaran); seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart* (lembar balik); pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut
- e. *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- f. Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.
- g. *Rubrik*/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- h. Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi) (Notoatmodjo, 2003).

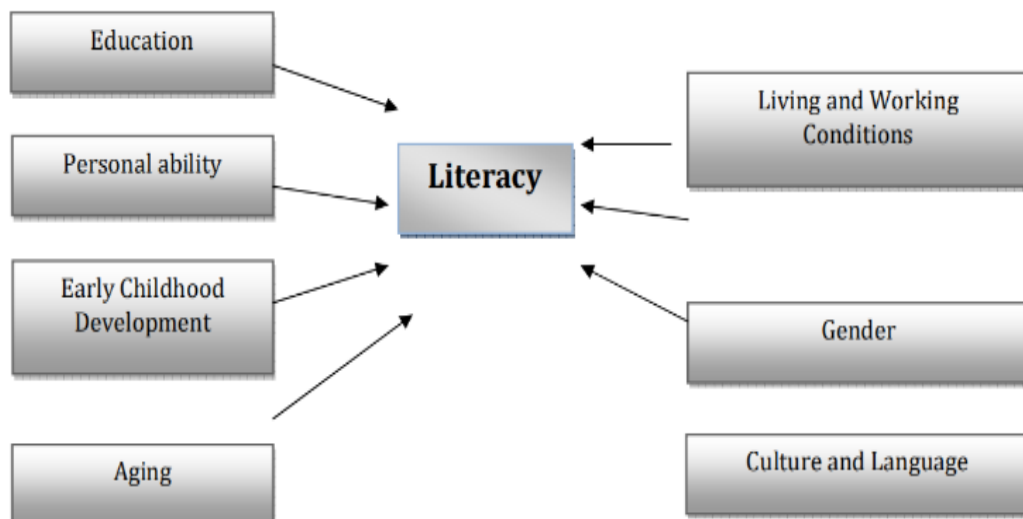
2. Media elektronik

- a. Televisi; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.
- b. Radio; bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
- c. *Video Compact Disc (VCD)*
- d. Slide: slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

2.7 Tinjauan Tentang Teori

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi pemberian MP-ASI oleh Ibu. Hal tersebut tentunya sangat berkaitan dengan kemampuan Ibu dalam memberikan MP-ASI yang adekuat kepada anaknya. Variabel penyusun keberhasilan Ibu dalam memberikan MP-ASI diuraikan sebagai berikut:

2.7.1 Teori faktor dan kondisi yang mempengaruhi tingkat literasi



Gambar 2.1 : Modifikasi Teori Faktor Dan Kondisi Yang Mempengaruhi Tingkat Literasi

Sumber: *Morrish E, Jones H. ABE (1996)286,*

Pendidikan, Kemampuan pribadi, usia, jenis kelamin, budaya dan bahasa menunjukkan pengaruh pada tingkat melek (Morrish & Jones,

1996). Faktor predictor literasi kesehatan dan Sosio Demografi Penting menjadi variabel (Fleary et al., 2019).

2.7.2 Teori Behavior Intention (Snehendu Kar : 1980)

Snehendu B. Kar mencoba menganalisis niat orang bertindak atau berperilaku. Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik-tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*)
- c. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

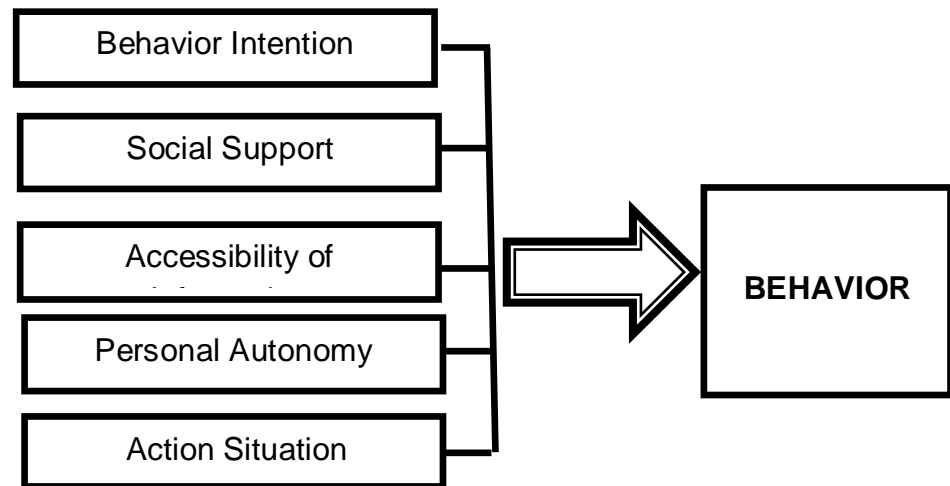
Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\mathbf{B = f (BI, SS, AI, PA, AS).}$$

Dimana ;

- B** = Behavior
f = fungsi
BI = Behavior intention
SS = Social support
AI = Accesibility of Information
PA = Personal Autonomy
AS = Action situation

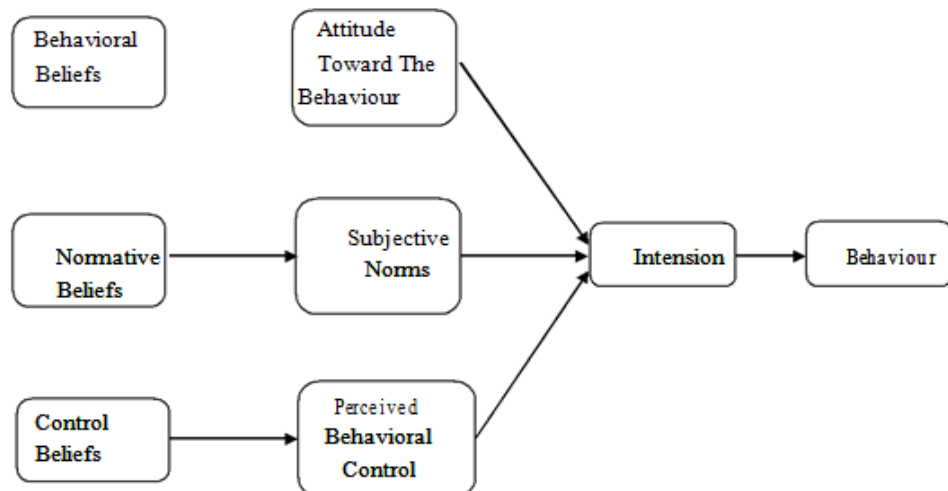
Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/tidak bertindak.



Gambar 2.2 : *Teori Behavior Intention* (Snehendu Kar : 1980),
Sumber (Notoadmojo, 2007)

2.7.3 Teori of Plan Behaviour

Perceived behavioral control merupakan persepsi individu terhadap kontrol yang dimilikinya sehubungan dengan perilaku tertentu. Faktor ini mengacu pada persepsi individu mengenai mudah atau sulitnya memunculkan tingkah laku tertentu dan diasumsikan merupakan refleksi dari pengalaman masa lalu dan juga hambatan yang diantisipasi. Ketiga faktor ini yaitu sikap, norma subjektif, dan *perceived behavioral control* dapat memprediksi intensi individu dalam melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 1991)(Ajzen, 1991)



Gambar 2.3 : *Theory of Plan Behaviour*

Sumber: Ajzen dan Fishbein (1980)³¹⁶

2.7.4 Teori upaya pencegahan *stunting*

Upaya pencegahan *stunting* sudah banyak dilakukan di negara-negara berkembang berkaitan dengan gizi pada anak dan keluarga. Upaya tersebut oleh WHO (2010) dijabarkan sebagai berikut:

- a. *Zero Hunger Strategy*, merupakan strategi yang mengkoordinasikan program dari sebelas kementerian yang berfokus pada yang termiskin dari kelompok miskin.
- b. Dewan Nasional Pangan dan Keamanan Gizi, Memonitor strategi untuk memperkuat pertanian keluarga, dapur umum dan strategi untuk meningkatkan makanan sekolah dan promosi kebiasaan makanan sehat.
- c. *Bolsa Familia* Program Menyediakan transfer tunai bersyarat untuk 11 juta keluarga miskin. Tujuannya adalah untuk memecahkan siklus kemiskinan antar generasi.
- d. Sistem Surveilans Pangan dan Gizi Pemantauan berkelanjutan dari status gizi populasi dan yang determinan Strategi Kesehatan Keluarga

Menyediakan perawatan kesehatan yang berkualitas melalui strategi

perawatan primer. Upaya penanggulangan *stunting* menurut Lancet pada Asia Pasific Regional Workshop (2010) diantaranya:

- 1) Edukasi kesadaran ibu tentang ASI Eksklusif (selama 6 bulan)
- 2) Edukasi tentang MP-ASI yang beragam (umur 6 bulan- 2 tahun)
- 3) Intervensi mikronutrien melalui fortifikasi dan pemberian suplemen
- 4) Iodisasi garam secara umum
- 5) Intervensi untuk pengobatan malgizi akut yang parah
- e. Intervensi tentang kebersihan dan sanitasi di Indonesia upaya penanggulangan *stunting* diungkapkan oleh Bappenas (2011) yang disebut strategi lima pilar, yang terdiri dari:
 - 1) Perbaikan gizi masyarakat terutama pada ibu pra hamil, ibu hamil dan anak
 - 2) Penguatan kelembagaan pangan dan gizi
 - 3) Peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam

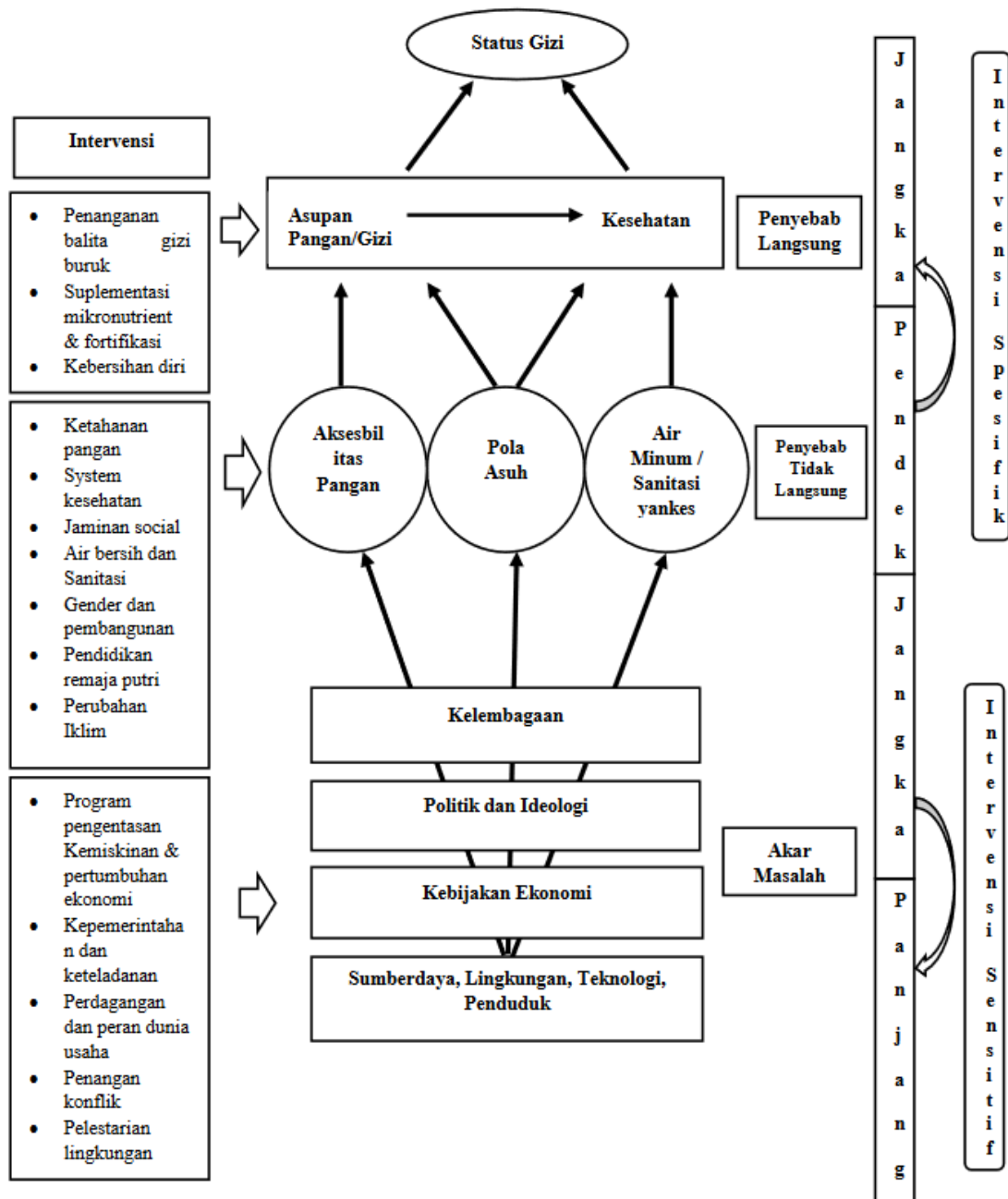
- f. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat
- g. Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan. Kejadian balita *stunting* dapat diputus mata rantainya sejak janin dalam kandungan dengan cara melakukan pemenuhan kebutuhan zat gizi bagi ibu hamil, artinya setiap ibu hamil harus mendapatkan makanan yang cukup gizi, mendapatkan suplementasi zat gizi (tablet Fe), dan terpantau kesehatannya. Selain itu, setiap bayi baru lahir hanya mendapat ASI saja sampai umur 6 bulan (Eksklusif) dan setelah umur 6 bulan diberi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang cukup jumlah dan kualitasnya. Ibu nifas selain mendapat makanan cukup gizi, juga diberi suplementasi zat gizi berupa kapsul vitamin A.

Kejadian *stunting* pada balita yang bersifat kronis seharusnya dapat dipantau dan dicegah apabila pemantauan pertumbuhan balita dilaksanakan secara rutin dan benar. Memantau pertumbuhan balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan, sehingga dapat dilakukan pencegahan terjadinya balita *stunting* (Kemenkes, 2003).

Faktor penyebab langsung terjadinya *stunting* adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi sesuai gizi seimbang. Faktor tersebut tergantung pada pola asuh ibu terhadap balita. Sedangkan pola asuh, sanitasi lingkungan, akses pangan keluarga, dan pelayanan kesehatan, dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pendapatan, dan akses informasi terutama tentang gizi dan kesehatan (Kemenkes 2013).

Kerangka teori yang disusun untuk penelitian ini merupakan gabungan dari conceptual framework of malnutrition yang mendasari terjadinya *stunting* (World Bank 2011; Unicef 1990; dan Ruel 2008) yang dimodifikasi dengan teori Preceed Proceed dari Green dan Ottoson (2006) sebagai dasar bahwa perilaku memengaruhi status kesehatan serta *Theory of Planned Behavior* yang mendasari bahwa variabel rencana pemilihan metode kontrasepsi berhubungan dengan pola asuh yang selanjutnya berdampak terhadap dengan status kesehatan balita. Teori ini memfasilitasi pemangku kepentingan program untuk menghubungkan hasil dengan kegiatan program,

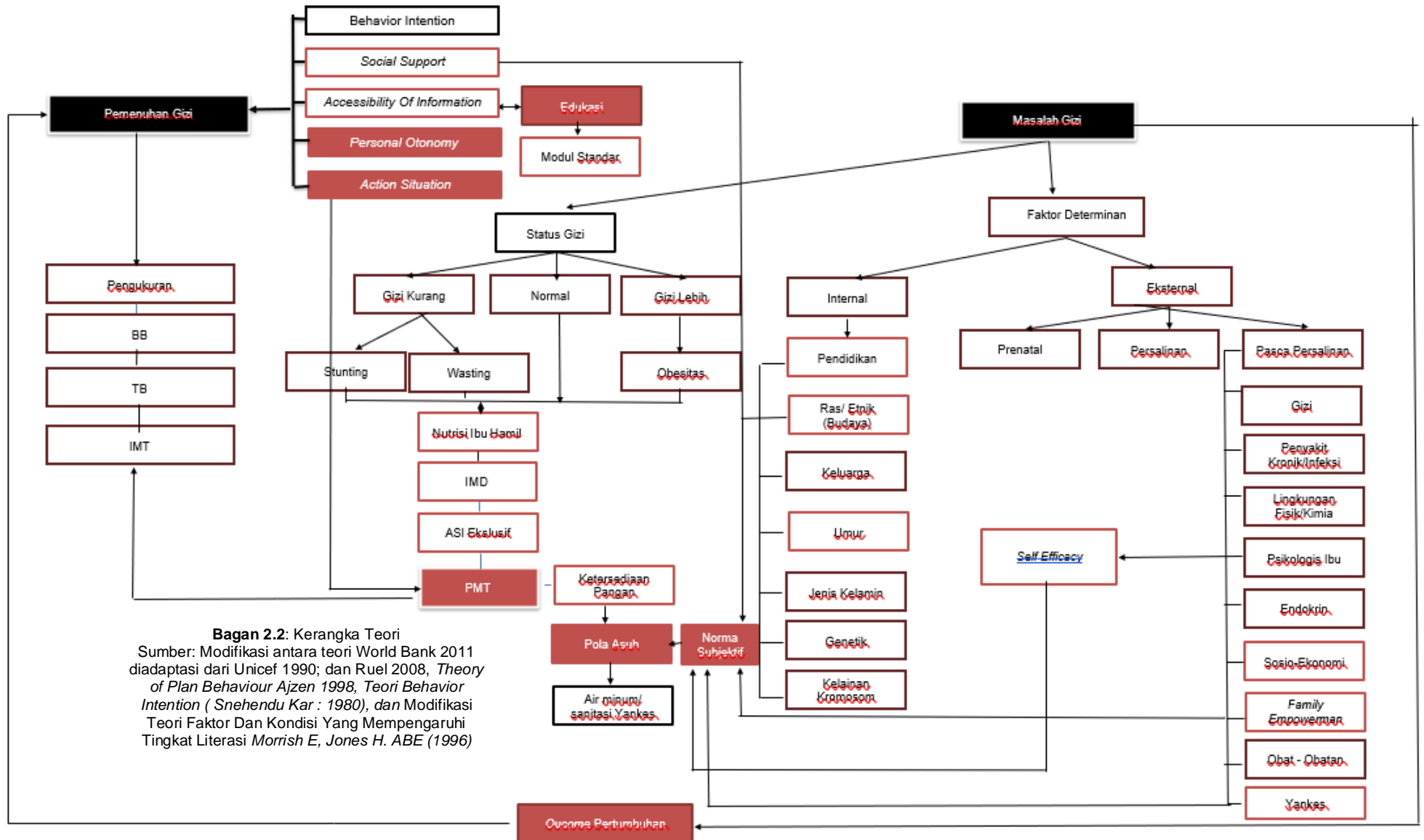
bahkan dalam konteks yang kompleks (Aunger dan Curtis, 2016). Berikut adalah teori umum dari penyebab terjadinya *stunting* pada balita berikut:



Bagan 2.1 : Teori Pencegahan *Stunting*

Sumber: World Bank 2011 diadaptasi dari Unicef 1990; dan Ruel 2008

2.8 Kerangka Teori



Bagan 2.2: Kerangka Teori
 Sumber: Modifikasi antara teori World Bank 2011 diadaptasi dari Unicef 1990; dan Ruel 2008, *Theory of Plan Behaviour Ajen 1998, Teori Behavior Intention (Snehendu Kar : 1980), dan Modifikasi Teori Faktor Dan Kondisi Yang Mempengaruhi Tingkat Literasi Morrish E, Jones H. ABE (1996)*

2.9 Kerangka Konsep

Tahap I

- Karakteristik Ibu**
1. Pendidikan
 2. Umur
 3. Suku dan Budaya
 4. Pendapatan keluarga
 5. Anak ke- (urutan Pengasuhan Anak)
 6. *Self Efficacy*

- Situasi yang Memungkinkan**
1. *Akses Informasi*
 2. Ketersediaan Pangan (kemampuan daya beli dan jenis pangan lokasi yang tersedia)
 3. *Family Empowerment*
 4. Petugas Pelayanan

Screening BB/TB Bayi Baduta

Pola Asuh Ibu dalam Pemberian MP-ASI

Intervensi Peningkatan Kompetensi

Tahap II

Edukasi

Pendampingan

Buku Pegangan MP-ASI

Kompetensi Ibu

Pengetahuan

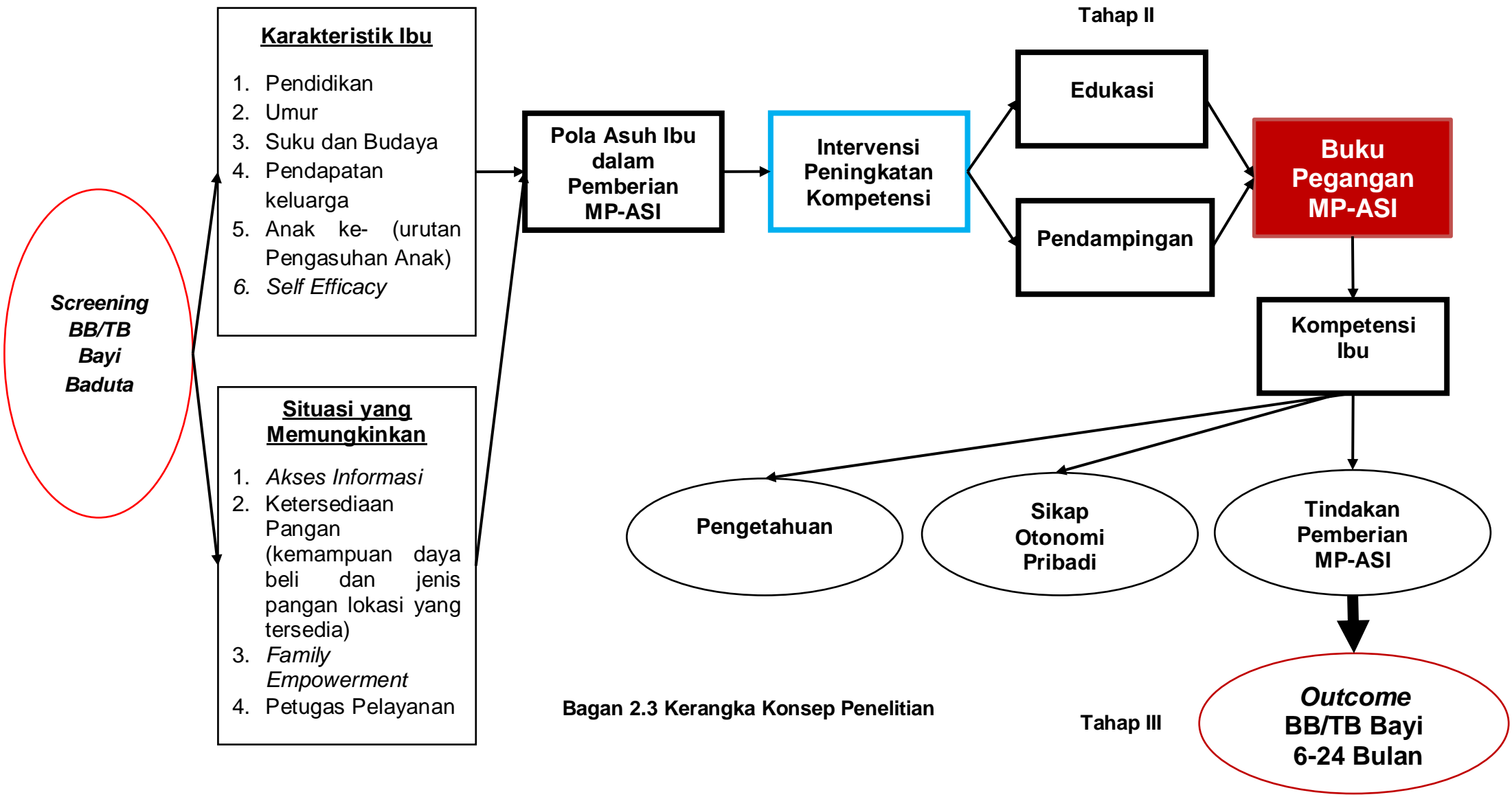
Sikap Otonomi Pribadi

Tindakan Pemberian MP-ASI

Tahap III

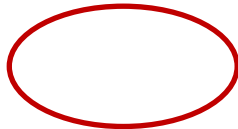
Outcome BB/TB Bayi 6-24 Bulan

Bagan 2.3 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

= **Variabel *Independent***



= **Variabel *Dependent***



= **Variabel Antara (*Intervening Variable*)**



= **Variabel kontrol (*Penekan–Penggangu*)/ *Confounding***

2.10 Definisi Konsep

Beberapa Variabel yang termasuk dalam penelitian kualitatif dijelaskan dalam definisi konsep berikut:

1. Karakteristik Ibu merupakan karakteristik yang dimiliki oleh Ibu Baduta diantaranya Pendidikan, umur, suku, budaya, pendapatan keluarga, anak ke (urutan pengasuhan anak), dan *self efficacy*.
Situasi yang memungkinkan merupakan situasi yang dapat memungkinkan seorang ibu mampu melakukan pemberian MP-ASI kepada Baduta meliputi akses informasi yang tersedia dari berbagai sumber, ketersediaan pangan (kemampuan daya beli dan jenis pangan lokasi yang tersedia), *family empowerment* atau dukungan keluarga, dan adanya dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dari petugas pelayanan kesehatan.
2. Pola asuh ibu dalam pemberian MP-ASI merupakan cara yang dilakukan oleh ibu dalam pemberian MP-ASI kepada Baduta.
3. Intervensi peningkatan kompetensi dilakukan melalui 2 metode, yakni edukasi dan pendampingan pemberian MP-ASI kepada Ibu Baduta
4. Edukasi peningkatan kompetensi ibu dalam pemberian MP-ASI merupakan pemberian materi yang dilakukan secara langsung oleh

peneliti kepada Ibu Baduta. Edukasi dilaksanakan di balai desa dengan konten edukasi berupa pengertian, jenis-jenis tumbuh kembang Baduta, tahapan perkembangan Baduta, cara, resep, manfaat, pola asuh, dsb dalam pemberian MP-ASI untuk pencegahan *stunting*.

5. Pendampingan merupakan intervensi yang dilakukan dengan keterlibatan enumerator dalam mendampingi Ibu Baduta menyiapkan, mengelola, dan memberikan MP-ASI lokal sekaligus dilakukan observasi langsung selama 30 hari berturut-turut. Selanjutnya pemberian MP-ASI dilanjutkan sampai 3 bulan, namun observasi langsung dilakukan oleh keluarga, dan disupervisi setiap pekan secara berkala oleh peneliti.
6. Buku Pegangan MP-ASI merupakan buku panduan pemberian MP-ASI lokal yang berisi bahan makanan, cluster usia pemberian MP-ASI, resep, dan manfaat pemberian MP-ASI.

2.11 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Ada pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan demo masak terhadap peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) dalam pemberian MP-ASI lokal pada anak baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi barat.
2. Ada pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan Emo-Demo terhadap peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) dalam pemberian MP-ASI lokal pada anak baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi barat.
3. Ada perbedaan peningkatan kompetensi ibu (pengetahuan, sikap, dan tindakan) antara kelompok yang mendapatkan edukasi dan pendampingan demo masak dan edukasi dan pendampingan Emo demo dalam pemberian MP-ASI lokal pada anak baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi barat.
4. Ada pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan demo masak terhadap peningkatan Berat Badan pada anak baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.
5. Ada pengaruh intervensi edukasi dan pendampingan Emo-demo terhadap peningkatan Berat Badan pada anak baduta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

6. Ada perbedaan peningkatan Berat Badan anak baduta antara kelompok yang mendapatkan edukasi dan pendampingan demo masak dan edukasi pendampingan Emo demo dalam pemberian MP-ASI lokal di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi barat.