

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DAN KEJADIAN
STUNTING PADA ANAK USIA 6-23 BULAN DI PULAU BARRANG
LOMPO KECAMATAN KEPULAUAN SANGKARRANG KOTA
MAKASSAR**

ADNES ADILVA AZZAHRAH

K021181008



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

2023

SKRIPSI

**GAMBARAN PRAKTIK PEMBERIAN MP-ASI DAN KEJADIAN
STUNTING PADA ANAK USIA 6-23 BULAN DI PULAU BARRANG
LOMPO KECAMATAN KEPULAUAN SANGKARRANG KOTA
MAKASSAR**

ADNES ADILVA AZZAHRAH

K021181008



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

PROGRAM STUDI ILMU GIZI

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

PERNYATAAN PERSETUJUAN

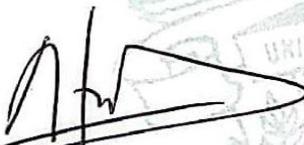
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 28 Desember 2022

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D
NIP.196203181988031004


Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed
NIP.196706171999031001

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

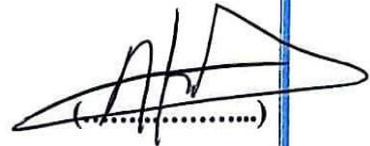

Dr. dr. Citra Kesumamasari, M.Kes., Sp.GK
NIP.19630318 199202 2 001



PENGESAHAN TIM PENGUJI

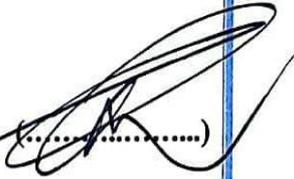
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu 28 Desember 2022.

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



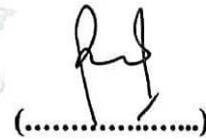
(.....)

Sekretaris : **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed**



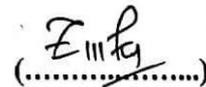
(.....)

Anggota : **Rahayu Indriasari, SKM, MPH CN, Ph.D**

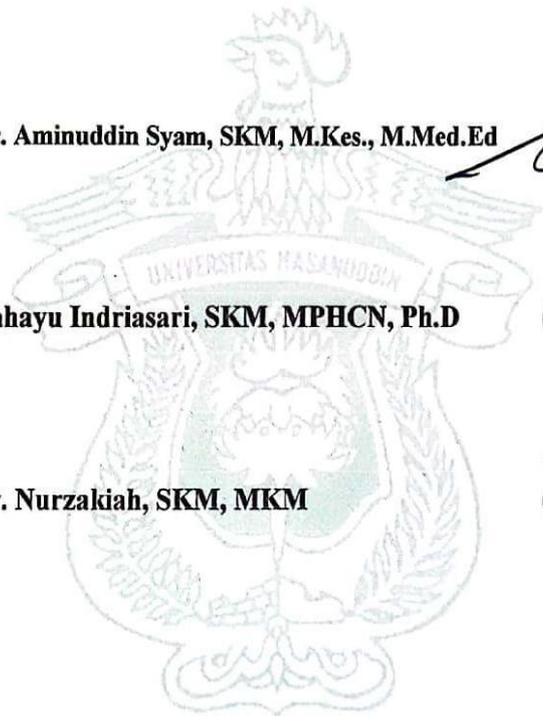


(.....)

Anggota : **Dr. Nurzakiah, SKM, MKM**



(.....)



PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Adnes Adilva Azzahrah
NIM : K021181008
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi
HP : 081244989956
Email : adnesazzahrah@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar ” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarism dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 30 Desember 2022

Yang Membuat Pernyataan



Adnes Adilva Azzahrah

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Ilmu Gizi

Adnes Adilva Azzahrah

“Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar”

(xiv + 137 Halaman + 16 Tabel + 3 Gambar + 6 Lampiran)

Praktik pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) yang tidak tepat merupakan salah satu masalah yang sering terjadi di negara berkembang. Hal tersebut dapat menyebabkan masalah gangguan pertumbuhan fisik pada anak, termasuk *stunting*. Pemberian makanan pada bayi dan anak kecil adalah area kunci untuk meningkatkan kelangsungan hidup anak dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. 2 tahun pertama kehidupan anak sangat penting, karena nutrisi yang optimal selama periode ini menurunkan morbiditas dan mortalitas, mengurangi risiko penyakit kronis, dan mendorong perkembangan yang lebih baik secara keseluruhan. *Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (kerdil) dari standar usianya. *Stunting* merupakan ancaman utama terhadap kualitas manusia Indonesia, juga ancaman terhadap kemampuan daya saing bangsa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan.

Desain penelitian dalam penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif observasional dan teknik pengambilan sampel menggunakan *Cluster Random Sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar yang berjumlah 100 anak. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk melihat karakteristik dan distribusi frekuensi setiap variabel. Analisis menggunakan program SPSS kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Hasil dari penelitian didapatkan dari 100 anak yang diukur panjang badannya memiliki status gizi normal yakni 67% dan status gizi pendek atau *stunting* yakni 31%. Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan usia pertama kali pemberian MP-ASI yang tepat sebanyak 74%, kemudian untuk parameter jenis pemberian MP-ASI yang sesuai usia anak sebanyak 79%, frekuensi pemberian MP-ASI yang sesuai usia anak hanya 5%. Adapun, parameter tekstur pemberian MP-ASI yang sesuai usia anak sebanyak 79% dan porsi pemberian MP-ASI yang sesuai usia anak sebanyak 24%.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *stunting* di Pulau Barrang Lompo sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat dan parameter praktik pemberian MP-ASI yakni waktu pemberian MP-ASI pertama; jenis dan tekstur MP-ASI yang diberikan sesuai usia anak, sedangkan frekuensi dan porsi MP-ASI yang diberikan masih tidak sesuai. Maka dari itu, diharapkan kepada orang tua khususnya ibu agar dapat memberikan dan menerapkan praktik pemberian MP-ASI pada anak dengan baik dan sesuai, selain itu orang tua bekerja sama dengan petugas kesehatan dalam pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Kata Kunci: Praktik Pemberian MP-ASI, *Stunting*, Anak Usia 6-23 Bulan
Daftar Pustaka: (2000-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT Yang Maha Agung dan Maha Pemberi Karunia yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis bisa sampai pada tahap penyelesaian skripsi yang berjudul “Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar”. Penulisan skripsi ini sebagai syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Strata 1 Ilmu gizi (S.Gz) di Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Penulis menyampaikan terima kasih kepada pihak yang turut andil dalam proses penyelesaian skripsi yang penulis buat. Oleh karena itu, dengan rasa hormat dan rasa syukur penulis berterima kasih kepada:

1. Prof. dr. Veni Hadju, MSc, Ph.D. selaku pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan dari perumusan judul hingga sampai pada penyelesaian skripsi.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku pembimbing 2 yang telah memberikan waktu luang untuk mengarahkan dan membimbing hingga penyelesaian skripsi.
3. Ibu Rahayu Indriasari, SKM., MPHCHN., Ph.D. selaku penguji 1 dan Ibu Dr. Nurzakiah., SKM., M.KM selaku penguji 2 yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam proses penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp. GK selaku ketua Program Studi Ilmu Gizi FKM serta seluruh staf yang telah mendukung keberlangsungan

perkuliahan selama di Program Studi Ilmu Gizi FKM Unhas hingga penyelesaian skripsi penulis.

5. Bapak saya tercinta Adi Maulana dan Mama saya tercinta Andriani S serta kedua Adik tersayang Andra dan Ayesha yang selalu memberikan dukungan, doa kepada Allah SWT, kasih sayang, pengorbanan, dukungan moril dan materil, serta menjadi penyemangat bagi penulis.
6. Keluarga besar Alm. Syahrudin dan Hj. St. Idi di Enrekang yang telah memberikan bantuan berupa dukungan, doa kepada Allah SWT, moril dan materil hingga penyelesaian skripsi.
7. Seluruh dosen FKM Unhas khususnya seluruh dosen Program Studi Ilmu Gizi yang telah banyak memberikan motivasi serta ilmu yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
8. Seluruh Staf Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Barrang Lompo, Kelurahan Barrang Lompo, dan Puskesmas Barrang Lompo yang telah membantu dalam perizinan penelitian di Pulau Barrang Lompo.
9. Ibu Harun dan Kak Farida yang telah bersedia memberikan fasilitas tempat tinggal selama Pulau Barrang Lompo.
10. Safira Amri dan Nugraheni Dwi Pratiwi Putri selaku teman satu tim yang telah berjuang dan saling membantu dalam proses penyusunan skripsi.
11. Sahabat seperjuangan IVY (Safira Amri dan Luthfiah Aisyah Hamsah) yang telah bersama melewati suka dan duka selama di bangku perkuliahan serta selalu memberikan dukungan selama proses pengerjaan skripsi.

12. Teman seperjuangan OTW S.Gz (Fira, Lutfi, Putri dan Hikmah) yang telah kebersamai selama masa akhir perkuliahan dan selalu memberikan dukungan selama proses pengerjaan skripsi.
13. Para penghuni Adnes Universe : BTS, ATEEZ, TXT, CR7, Xiao Zhan yang telah menghibur dan menyemangati secara tidak langsung sampai penulis bisa sampai pada tahap penyelesaian skripsi ini.
14. Teman-teman seperjuangan VENOM dan FLEKS18EL angkatan 2018 yang telah kebersamai selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi.

Demikianlah ucapan terima kasih kepada pihak yang terlibat, terakhir terima kasih pada diri sendiri yang telah sabar berjuang dan bekerja keras sehingga bisa sampai pada proses ini. Penulis menyadari bahwa terdapat ketidaksempurnaan pada skripsi yang penulis buat sehingga penulis memohon maaf atas segala kekurangan. Semoga skripsi yang penulis buat bisa bermanfaat untuk khalayak umum.

Makassar, November 2022

Adnes Adilva Azzahrah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Umum Tentang Baduta.....	11
B. Tinjauan Umum Tentang Stunting.....	11
C. Tinjauan Umum Tentang Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI).....	25
D. Tinjauan Umum Tentang Waktu Pemberian MP-ASI Pertama.....	33
E. Tinjauan Umum Tentang Jenis Pemberian MP-ASI.....	35
F. Tinjauan Umum Tentang Frekuensi Pemberian MP-ASI.....	36
G. Tinjauan Umum Tentang Tekstur MP-ASI.....	39
H. Tinjauan Umum Tentang Porsi Pemberian MP-ASI.....	41
I. Tinjauan Umum Tentang Kepulauan dan Masyarakat Pesisir / Nelayan....	42
J. Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting.....	44
K. Kerangka Teori.....	48
BAB III KERANGKA KONSEP	50
A. Kerangka Konsep.....	50
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	50
BAB IV METODE PENELITIAN	54
A. Jenis Penelitian.....	54

B. Waktu dan Lokasi Penelitian	54
C. Populasi dan Sampel Penelitian	55
D. Instrumen Penelitian.....	59
E. Metode Pengumpulan Data.....	61
F. Alur Penelitian	62
G. Pengolahan dan Analisis Data	62
H. Penyajian Data	64
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	65
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	65
B. Hasil.....	66
C. Pembahasan.....	77
D. Keterbatasan Penelitian.....	91
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
A. Kesimpulan.....	93
B. Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA	95
LAMPIRAN.....	-
RIWAYAT HIDUP.....	-

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak	14
Tabel 2.2 Pedoman Pemberian Makan Bayi Usia 6-23 Bulan yang Mendapat ASI.....	32
Tabel 2.3 Jenis dan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping ASI	39
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden.....	67
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Sampel.....	69
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Waktu Pemberian MP-ASI Pertama Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo	71
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Jenis Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo	71
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo	72
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Tekstur Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo	73
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Porsi Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo	73
Tabel 5.8 Distribusi Data Praktik Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-23 Bulan	74
Tabel 5.8.1 Distribusi Waktu Pemberian MP-ASI Pertama dan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-23 Bulan.....	75
Tabel 5.8.2 Distribusi Jenis Pemberian MP-ASI dan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-23 Bulan	75
Tabel 5.8.3 Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI dan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-23 Bulan.....	76
Tabel 5.8.4 Distribusi Tekstur Pemberian MP-ASI dan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-23 Bulan.....	76
Tabel 5.8.5 Distribusi Porsi Pemberian MP-ASI dan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-23 Bulan	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	48
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	50
Gambar 4.1 Diagram Alir Penelitian	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Analisis Data SPSS.....	110
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian	122
Lampiran 3 Surat Keterangan Izin Melakukan Penelitian	130
Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	134
Lampiran 5 Surat Etik Penelitian.....	136
Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian.....	137

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara kepulauan terbesar di dunia, yang wilayahnya terdiri dari daratan dan perairan. Indonesia terdiri dari pulau-pulau baik besar dan kecil yang jumlahnya sekitar 17.504 pulau (Hasanah, 2020). Namun, secara ekologis pulau-pulau kecil tersebut rapuh dan rentan. Ukuran yang kecil, tantangan dari zona pesisir terkonsentrasi di lahan terbatas, sumber daya yang terbatas, penyebaran geografis dan isolasi dari pasar, menempatkan pulau-pulau kecil pada posisi yang kurang menguntungkan (UNEP, 2013). Kondisi yang terjadi dalam ruang lingkup wilayah kepulauan/pesisir pantai seperti ekonomi, pengetahuan dan derajat kesehatan yang rendah secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap masalah gizi anak.

Seribu hari pertama kehidupan atau biasa disebut dengan periode emas merupakan masa awal kehidupan sejak masih berada dalam kandungan sampai usia anak 2 tahun. Masa itu sangat berarti untuk progres tumbuh kembang yang cepat dan pesat yang akan mempengaruhi kesehatan bayi yang akan datang dan bila masa itu tidak ibu perhatikan secara benar dan tepat, maka kemungkinan akan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan bayi yang lebih besar. Jangka waktu anak berusia 2 tahun (0-24 bulan) mengalami masa yang berisiko bagi tumbuh dan kembangnya. Tumbuh dan kembang bayi yang baik sangat memerlukan zat gizi yang nantinya bila tidak dipenuhi akan mempengaruhi status gizi anak (Shobah dan Rokhaidah, 2021).

Upaya peningkatan status kesehatan dan gizi bayi/anak umur 0-24 bulan melalui perbaikan perilaku masyarakat dalam pemberian makanan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari upaya perbaikan gizi secara menyeluruh. Ketidaktahuan tentang cara pemberian makanan bayi dan anak, adanya kebiasaan yang merugikan kesehatan, secara langsung dan tidak langsung menjadi penyebab utama terjadinya masalah kurang gizi pada anak, khususnya pada umur di bawah 2 tahun (baduta) (Widyawati *et al.*, 2016).

Secara global pada tahun 2020 diperkirakan 149 juta anak balita mengalami *stunting* (terlalu pendek untuk usia). Pemberian makanan pada bayi dan anak kecil adalah area kunci untuk meningkatkan kelangsungan hidup anak dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. 2 tahun pertama kehidupan anak sangat penting, karena nutrisi yang optimal selama periode ini menurunkan morbiditas dan mortalitas, mengurangi risiko penyakit kronis, dan mendorong perkembangan yang lebih baik secara keseluruhan (WHO, 2021).

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (kerdil) dari standar usianya. *Stunting* merupakan ancaman utama terhadap kualitas manusia Indonesia, juga ancaman terhadap kemampuan daya saing bangsa. Hal ini dikarenakan anak *stunted*, bukan hanya terganggu pertumbuhan fisiknya (bertubuh pendek/kerdil) saja, melainkan juga terganggu perkembangan otaknya, yang mana tentu akan

sangat mempengaruhi kemampuan dan prestasi di sekolah, produktivitas dan kreativitas di usia-usia produktif (Kemenkes RI, 2018).

Stunting menurut *World Health Organization (WHO) Child Growth Standart* didasarkan pada indeks panjang badan dibanding umur (PB/U) atau tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas (*z-score*) kurang dari -2 SD (Kemenkes RI, 2018). Faktor penyebab *stunting* yaitu keluarga dan rumah tangga, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak adekuat, beberapa masalah dalam pemberian ASI, infeksi dan kelainan endokrin (Wandini dkk, 2021).

MP-ASI merupakan proses transisi dari asupan yang semata berbasis susu menuju ke makanan yang semi padat. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Pemberian MP-ASI yang tepat diharapkan tidak hanya dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi, namun juga merangsang keterampilan makan dan merangsang rasa percaya diri pada bayi. Pemberian makanan tambahan harus bervariasi dari bentuk bubur cair ke bentuk bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lumat, makanan lembek dan akhirnya makanan padat (Mufida dkk., 2015).

Terkadang ada ibu-ibu yang sudah memberikan MP-ASI pada usia dua atau tiga bulan, padahal di usia tersebut kemampuan pencernaan bayi belum siap menerima makanan tambahan. Masalah gangguan pertumbuhan pada usia dini yang terjadi di Indonesia diduga kuat berhubungan dengan banyaknya bayi yang sudah diberi MP-ASI sejak usia satu bulan, bahkan sebelumnya.

Pemberian MP-ASI terlalu dini juga akan mengurangi konsumsi ASI dan bila terlambat akan menyebabkan bayi kurang gizi (Mufida dkk., 2015).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hanum (2019) mengungkapkan bahwa didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara usia pertama kali diberikan MPASI dengan kejadian *stunting*. Hal ini juga selaras dengan hasil penelitian Prihutama dkk (2018) yang menyatakan bahwa anak yang memperoleh MP-ASI dini memiliki risiko 17,756 kali mengalami *stunting*.

Anak usia 6-24 bulan yang mengalami infeksi akan mengalami penurunan nafsu makan yang mengakibatkan daya tahan tubuh menurun. Pemberian MP-ASI dini membuat energi dan zat gizi dari ASI menurun sehingga berdampak pada kegagalan pertumbuhan anak. Penundaan pemberian MP-ASI dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak menjadi terhambat karena zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh tidak terpenuhi (Rahmah dkk., 2020).

MP-ASI adekuat adalah MP-ASI yang dalam pemberiannya memenuhi syarat antara lain waktu yang tepat, jenis, tekstur/konsistensi, frekuensi dan porsi yang sesuai dengan usia anak (Septikasari, 2018). Frekuensi pemberian MP-ASI harus menyesuaikan kapasitas lambung anak. Pemberian MP-ASI yang tepat biasanya 2-3 kali sehari (Rahmah dkk., 2020). WHO menyebutkan bahwa tekstur atau konsistensi makanan pendamping ASI yang sesuai dengan usia anak dan diberikan secara bertahap akan memberikan pertumbuhan anak yang optimal. Apabila tekstur MPASI terlalu padat, maka anak akan membutuhkan lebih banyak waktu untuk mengunyah, hal ini menyebabkan

anak akan makan dalam jumlah yang sedikit dalam waktu yang lebih lama sehingga asupan makanannya akan kurang. Di sisi lain, jika anak diberikan tekstur makanan yang terlalu cair, maka risiko kesulitan makan nantinya akan meningkat (Wangiyana dkk, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Najahah dkk (2013) menyebutkan bahwa balita yang mendapatkan MPASI tidak sesuai memiliki risiko 7,4 kali mengalami *stunting* dibandingkan balita yang mendapatkan MPASI sesuai. Sementara itu, penelitian oleh Wangiyana dkk (2020) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian ASI dan porsi/jumlah MPASI yang diberikan dengan risiko perawakan pendek.

Menurut UNICEF pada tahun 2018 ada sekitar 151 juta anak di dunia terutama di negara berkembang yang mengalami *stunting* (UNICEF, 2018). Di Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR) Negara Indonesia menduduki peringkat ketiga yaitu 36,4%, setelah India urutan kedua 38,4%, dan Timor Leste 50,2% (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 menuliskan *stunting* Indonesia berada pada urutan keempat di dunia, sedangkan di kawasan Asia Tenggara prevalensi *stunting* Indonesia tertinggi kedua setelah Kamboja (WHO, 2021).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan pada tahun 2013 diketahui bahwa prevalensi balita *stunting* di Indonesia mencapai 37,2% yang meningkat dibandingkan tahun sebelumnya, kemudian mengalami penurunan menjadi 30,8% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) menuliskan saat ini prevalensi *stunting*

secara nasional ialah 24,4% (Kemenkes RI, 2021). Yang mana dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 pemerintah, menetapkan target angka *stunting* nasional agar bisa turun mencapai 14% (Izwardy, 2020).

Di provinsi Sulawesi Selatan sendiri prevalensi *stunting* berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2019 yakni sekitar 30,59% yang dimana mengalami penurunan dari tahun ke tahun yakni 27,4% namun masih tetap dalam zona merah karena masih kurang dari 20% ambang batas standar dari *World Health Organization* (WHO). Menurut data dari Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2021 Makassar memiliki prevalensi *stunting* 18,8% (Kemenkes, 2021).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar 2020, salah satu wilayah yang masuk ke dalam 3 besar daerah di kota Makassar yang memiliki prevalensi *stunting* yang tinggi adalah Pulau Barrang Lompo. Data terbaru menurut survei awal yang dilakukan oleh tim Jenewa Institut pada November 2021 yang dilansir oleh salah satu portal berita Makassar yaitu upeks.co.id menuliskan bahwa anak yang mengalami *stunting* di Pulau Barrang Lompo mencapai 30% yakni lebih dari ambang batas yang ditetapkan oleh WHO yaitu 20%.

Pulau Barrang Lompo sendiri berada di Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar yang memiliki penduduk lebih dari 4.000 jiwa yang mayoritas bekerja sebagai nelayan. Berdasarkan informasi oleh salah satu ibu kader puskesmas Barrang Lompo, masih banyak anak yang diberikan

MP-ASI tidak tepat pada usia 6 bulan, dengan frekuensi makan yang tidak menentu dikarenakan anak yang malas makan.

Makanan pendamping harus diberikan pada umur yang tepat sesuai kebutuhan dan daya cerna bayi. Memberikan nasi atau pisang pada bayi yang masih berumur beberapa hari ada bahayanya, karena saluran pencernaan pada bayi belum sempurna (Siahaan dan Sihotang, 2015). Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak terutama di usia 0-23 bulan harus dilakukan secara benar dan tepat. Kesalahan pemberian makanan di periode tersebut dapat mengakibatkan masalah gizi kurang dan balita pendek (Arini dkk., 2017).

Pemberian MP-ASI yang tidak cukup gizi secara kualitas dan kuantitas berdampak terhadap malnutrisi yaitu gizi kurang dan terjadinya stunting terutama pada anak di bawah usia 2 tahun. Bila tidak tertangani secara dini maka anak yang mengalami malnutrisi tersebut menjadi sumber daya manusia yang produktivitasnya rendah dan berisiko mengalami penyakit tidak menular (Arini dkk., 2017). Dengan memperhatikan fenomena yang ada, prevalensi mengenai *stunting*, serta pertumbuhan yang nampaknya berkolerasi dengan praktik pemberian MP-ASI. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti Gambaran Praktik Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo, Kecamatan Kepulauan Sangkarrang, Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Bagaimana gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini dijabarkan sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui gambaran waktu pemberian MP-ASI pertama dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran jenis MP-ASI yang diberikan dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran frekuensi pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.

- d. Untuk mengetahui gambaran tekstur MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.
- e. Untuk mengetahui gambaran porsi pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Manfaat Ilmiah

Dapat berguna untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengembangan ilmu yang dapat menjadi suatu proses pendidikan dan referensi mengenai gizi kedepannya.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat memberikan informasi agar dapat meningkatkan pengetahuan mengenai praktik pemberian MP-ASI dan *stunting* pada anak usia 6-23 bulan.

3. Manfaat Bagi Institusi

Dapat berguna terkait penelitian terhadap instansi dimana penelitian dilakukan, menjadi referensi dan sumber kepustakaan terkait dengan praktik pemberian MP-ASI dan *stunting* pada anak usia 6-23 bulan.

4. Manfaat Bagi Peneliti Lain

Memberikan kontribusi pada penelitian-penelitian yang akan datang, dapat memberikan informasi ilmiah, serta dapat menjadi referensi/acuan dan bahan pertimbangan dalam menentukan konsep penelitian selanjutnya terkait dengan praktik pemberian MP-ASI dan *stunting* pada anak usia 6-23 bulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Baduta

Baduta (Bayi usia di bawah tahun) merupakan masa pertumbuhan, terutama otak. Masa pertumbuhan merupakan periode yang menentukan. Perhatian yang ketat sangat diperlukan terutama dalam tumbuh-kembangnya. Hal ini didasarkan pada fakta bahwa periode ini peluang emas dalam pembentukan jaringan tubuh termasuk otak, dan pembentukan perkembangan sosial kognitif lainnya (Fuada, 2017). Usia Baduta adalah usia emas dimana pada usia tersebut, terjadi pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan serta emosional anak. Potensi tersebut berkontribusi terhadap pembentukan sumber daya manusia sebagai generasi penerus bangsa yang berkualitas (Kusumawati, Latipa dan Hafid, 2020).

B. Tinjauan Umum Tentang Stunting

1. Status Gizi Anak

a. Pengertian Status Gizi Anak

Masa bayi dimulai dari periode 0 hari atau hari setelah lahir sampai usia 2 tahun. Periode ini merupakan periode kritis pada masa pertumbuhan atau disebut sebagai periode emas (*golden period*). Pada masa ini, sebagian besar fungsi fisiologi berubah, mulai dari tubuh yang tumbuh lebih cepat dibandingkan dengan lengan dan kaki, demikian halnya dengan organ dan sistem organ termasuk sistem saraf yang membentuk jutaan sinapsis baru sebagai penghubung dengan

neuron di otak. Status gizi merupakan gambaran ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang diperoleh dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh (Pakar Gizi Indonesia, 2016).

Status gizi yaitu keadaan kesehatan individu-individu atau kelompok yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat-zat gizi lain yang diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri (Himawan, 2006). Status Gizi merupakan kondisi tubuh sebagai dampak mengkonsumsi makanan dan penggunaan zat gizi, dikelompokkan menjadi 3 kondisi, yaitu gizi kurang baik, baik, dan lebih (Gunawan dan Ash shofar, 2018). Status gizi merupakan keadaan kesehatan yang ditentukan oleh nutrien yang diterima dan dimanfaatkan oleh tubuh. Jika status kesehatan diperiksa oleh dokter atau perawat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang (radiologi, laboratorium), maka status gizi dinilai oleh ahli gizi lewat wawancara gizi seperti *food recall*, pemeriksaan antropometrik (berat badan, indeks massa tubuh, lingkar perut, dll) dan penunjang lainnya (laboratorium, *body composition analysis*) (Hartono, 2006).

Status gizi pada anak baduta akan berpengaruh terhadap kesehatan, perkembangan, dan produktivitas yang akan menentukan kualitas hidup anak di masa yang akan datang. Status gizi baduta yang buruk kemungkinan besar akan mengalami masalah neurologis, hambatan tumbuh kembang dan penurunan kualitas anak. Beberapa

faktor seperti tempat tinggal, pendidikan orang tua dan status ekonomi mempengaruhi kejadian stunting, gizi buruk dan perkembangan bahasa (Ashar dkk., 2021).

b. Kualifikasi Status Gizi

Indeks antropometri erkadang atau bahkan sering digunakan sebagai indeks tunggal seperti indeks BB/U (kurang berat atau *underweight*), TB/U (pendek atau stunting), BB/TB (kurus atau *wasting*) (Sudiman, 2008). Standar Antropometri Anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang/tinggi badan yang terdiri atas 4 (empat) indeks, meliputi: Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U); Indeks Panjang Badan menurut Umur atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) dan Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) (Kemenkes RI, 2020).

Indeks PB/U atau TB/U itu sendiri menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit. Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan di atas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin, namun hal ini jarang terjadi di Indonesia (Kemenkes RI, 2020).

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	< -3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	-3 SD s/d < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD s/d +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek (<i>Stunted</i>)	-3 SD s/d < -2 SD
	Normal	-2 SD s/d +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	3 SD s/d < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD s/d +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> +1 SD s/d +2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> +2 SD s/d +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> +3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	3 SD s/d < -2 SD

- 60 bulan	Gizi baik (normal)	-2 SD s/d +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> +1 SD s/d +2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> +2 SD s/d +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> +3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD s/d < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD s/d +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD s/d +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> +2 SD

Sumber: Kemenkes RI, 2020

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

1) Penyebab Langsung

a) Asupan Gizi yang Kurang

Kurangnya asupan gizi dapat disebabkan karena terbatasnya jumlah asupan makanan yang dikonsumsi atau makanan yang tidak memenuhi unsur gizi yang dibutuhkan. Perlambatan pertumbuhan anak terjadi pada usia 6-24 bulan (Septikasari, 2018). Penyebabnya antara lain pola makan yang tidak memenuhi syarat gizi dan kesehatan. Asupan makanan yang buruk gizi ini menyebabkan anak usia 6-24 bulan tidak dapat mengikuti pola pertumbuhan yang seharusnya. Parameter perlambatan pertumbuhan yang mungkin dapat dilihat langsung

adalah dari berat badannya. Ketika mencapai usia satu tahun, berat badan anak akan bertambah tiga kali lipat dari berat badan ketika lahir. Setelah mencapai usia dua tahun, berat badannya hanya akan bertambah menjadi empat kali dibandingkan dengan berat waktu lahir (Khomsan dan Ridhayani, 2008).

b) Penyakit Infeksi

Infeksi menyebabkan rusaknya beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat-zat makanan secara baik (Septikasari, 2018). Penyakit infeksi akibat virus atau bakteri dalam waktu singkat dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kebutuhan tubuh terhadap cairan, protein, dan zat-zat gizi lain. Disisi lain, adanya penyakit infeksi dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan keterbatasan dalam mengonsumsi makanan. Hal ini dapat menyebabkan malnutrisi akibat penyakit infeksi (Nurkomala, 2017).

2) Penyebab Tidak Langsung

a) Tidak Cukup Pangan

Ketahanan pangan keluarga berhubungan dengan besarnya pengeluaran keluarga untuk sektor pangan. Pengeluaran keluarga pada sektor pangan berpengaruh pada asupan gizi balita yang berdampak pada status gizi balita. Namun demikian, pada beberapa penelitian menunjukkan belanja sektor

non pangan keluarga seringkali jauh lebih besar daripada belanja sektor pangan (Septikasari, 2018).

b) Pola Asuh yang Tidak Memadai

Pola asuh merupakan praktik di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lain untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Pemberian pola asuh makan yang memadai berhubungan dengan baiknya kualitas konsumsi makanan balita, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Nurkomala, 2017). Kesalahan pola asuh dari orang tua yang tidak memadai yang mengakibatkan pertumbuhan bayi ini terhambat. Faktor ekonomi dan pendidikan orang tua yang rendah yang berdampak pada pengetahuan ibu dan bapak yang terbatas mengenai pola hidup sehat dan pentingnya zat gizi bagi kesehatan dan status gizi anak (Husna dkk., 2016)

c) Sanitasi dan Pelayanan Kesehatan Dasar yang Tidak Memadai

Pelayanan kesehatan seperti KIA, imunisasi, dan pemberantasan penyakit terkait dengan status gizi. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita terkait dengan statusnya dilakukan dengan penimbangan bayi dan balita di posyandu. Namun demikian upaya pelayanan kesehatan harus

disertai dengan upaya perbaikan sanitasi lingkungan agar kesehatan balita tidak terganggu (Hidayat dan Jahari, 2012).

3) Akar Masalah

Penyebab mendasar atau akar masalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketersediaan pangan, pola asuh dalam keluarga dan pelayanan kesehatan serta sanitasi yang memadai, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Septikasari, 2018).

2. *Stunting*

a. *Pengertian Stunting*

Stunting atau gagal tumbuh merupakan suatu keadaan dimana tinggi tubuh seseorang lebih kerdil dibanding tinggi pada umumnya di seusianya. Pertumbuhan yang terlambat seperti pubertas, gigi terlambat, dan wajah tampak muda dari usianya mempunyai dampak buruk yang dapat timbulkan oleh stunting dengan termin pendek yaitu terhambatnya perkembangan otak, kecerdasan, terhambat pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan akibat buruk dalam termin panjang yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya imunitas tubuh yang berdampak pada resiko tinggi terserang penyakit dan menurunnya kemampuan kognitif yang berdampak pada prestasi belajar (Kemenkes RI, 2018 dalam Sinaga dkk, 2021).

Stunting atau malnutrisi kronik merupakan bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. *Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan linear yang disebabkan adanya kekurangan asupan zat gizi secara kronis dan atau penyakit infeksi kronis maupun berulang yang ditunjukkan dengan nilai Z-Score tinggi badan menurut usia (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar *World Health Organization* (WHO). Definisi lain menyebutkan bahwa pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severly stunted* (sangat pendek). Kategori status gizi berdasarkan indeks panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia (TB/U) anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi sangat pendek, pendek, normal, dan tinggi (WHO, 2012).

Menurut UNICEF, WHO dan *World Bank* pada tahun 2018, *stunting* adalah akibat buruk dari gizi buruk di dalam rahim dan anak usia dini. Anak-anak yang menderita *stunting* mungkin tidak pernah mencapai ketinggian penuh mereka dan otak mereka mungkin tidak pernah mengembangkan potensi kognitif penuh mereka. Secara global, sekitar 151 juta anak di bawah 5 tahun menderita *stunting*. Anak-anak ini memulai hidup mereka dengan tanda kerugian: mereka menghadapi kesulitan belajar di sekolah, berprestasi kurang sebagai orang dewasa, dan menghadapi hambatan untuk berpartisipasi dalam

komunitas. *Stunting* mengacu pada anak-anak yang terlalu pendek untuk usianya. Anak-anak ini bisa menderita fisik ireversibel yang parah dan kerusakan kognitif yang menyertai pertumbuhan yang terhambat. Efek yang menghancurkan dari *stunting* bisa berlangsung seumur hidup dan bahkan mempengaruhi generasi berikutnya (UNICEF et al., 2018).

Stunting merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang dan manifestasi akibat lebih lanjut dari tingginya berat badan lahir rendah dan kurang gizi selama balita dan tidak ada pertumbuhan yang sempurna (*catch-up growth*) pada masa berikutnya. *Stunting* didasarkan indeks panjang badan menurut umur atau tinggi badan menurut umur di bandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*multicentre growth reference study*) dengan batas (*z-score*) kurang dari <-2 SD (Sinaga dkk., 2021).

b. Epidemiologi *Stunting*

Menurut UNICEF pada tahun 2018 ada sekitar 151 juta anak di dunia terutama di negara berkembang yang mengalami *stunting* (UNICEF, 2018). Di Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR) Negara Indonesia menduduki peringkat ketiga yaitu 36,4%, setelah India urutan kedua 38,4%, dan Timor Leste 50,2% (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 menuliskan *stunting* Indonesia berada pada urutan keempat di

dunia, sedangkan di kawasan Asia Tenggara prevalensi stunting Indonesia tertinggi kedua setelah Kamboja (WHO, 2021).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan, angka stunting nasional mengalami penurunan dari 37,2% pada 2013 menjadi 30,8% pada 2018 (Kemenkes RI, 2018). Namun di tahun 2019, berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) terjadi penurunan menjadi 27,67%. Hingga pada tanggal 27 Desember 2021, Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) menuliskan saat ini prevalensi stunting secara nasional ialah 24,4% (Kemenkes RI, 2021). Hal ini karena pemerintah terus bergerak menata perangkat pelaksanaan percepatan pencegahan stunting dan menyusun Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) 2018-2024. Pemerintah melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, juga menetapkan target angka stunting nasional agar bisa turun mencapai 14% (Izwardy, 2020).

Di provinsi Sulawesi Selatan sendiri prevalensi stunting berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2019 yakni sekitar 30,59% pada balita yang dimana mengalami penurunan dari tahun ketahun yakni 27,4% namun masih tetap dalam zona merah karena masih kurang dari 20% ambang batas standar dari *World Health Organization* (WHO). Menurut data dari Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2021 Makassar memiliki

pravalensi stunting 18,8% (Kemenkes, 2021). Kemudian, untuk wilayah Pulau Barrang Lompo sendiri masih berada di zona merah karena data terbaru menurut survei awal yang dilakukan oleh tim Jenewa Institut pada November 2021 yang dilansir oleh salah satu portal berita Makassar yaitu upeks.co.id menuliskan bahwa anak yang mengalami stunting di Pulau Barrang Lompo mencapai 30% yakni lebih dari ambang batas yang ditetapkan oleh WHO yaitu 20% (Anonim, 2021).

c. Etiologi *Stunting*

Kejadian *stunting* muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, dan sering menderita penyakit secara berulang karena *hygiene* maupun sanitasi yang kurang baik. Salah satu penyebab tidak langsung dari masalah *stunting* adalah status sosial ekonomi keluarga yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua, karena jika pendidikan tinggi semakin besar peluangnya untuk mendapatkan penghasilan yang cukup supaya bisa berkesempatan untuk hidup dalam lingkungan yang baik dan sehat, sedangkan pekerjaan yang lebih baik orang tua selalu sibuk bekerja sehingga tidak tertarik untuk memperhatikan masalah yang dihadapi anak-anaknya, padahal sebenarnya anak-anak tersebut benar-benar membutuhkan kasih sayang orangtua (Ngaisyah, 2015).

Tingkat sosial ekonomi mempengaruhi kemampuan keluarga untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita, disamping itu keadaan sosial

ekonomi juga berpengaruh pada pemilihan macam makanan tambahan dan waktu pemberian makanannya serta kebiasaan hidup sehat. Hal ini sangat berpengaruh terhadap kejadian *stunting* balita (Ngaisyah, 2015). Penyebab anak mengalami kekerdilan (*stunting*) di antaranya ialah faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita; kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan; masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *ANC-Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas; masih kurangnya akses kepada makanan bergizi, hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal; dan kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi (Kementerian Desa, PDT dan Transmigrasi, 2017).

Menurut Putri dan Ayudia (2020), banyak faktor yang menyebabkan terjadinya keadaan *stunting* pada anak, faktor-faktor tersebut dapat berasal dari diri anak itu sendiri, maupun dari luar diri anak tersebut. Faktor penyebab *stunting* dapat disebabkan oleh faktor langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung dari kejadian *stunting* adalah asupan gizi dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsung adalah pola asuh, pelayanan kesehatan, ketersediaan pangan, budaya ekonomi dan masih banyak lagi (Putri dan Ayudia, 2020). Demam dan ISPA dalam 2 minggu sebelumnya

dan konsumsi makanan yang difortifikasi dalam 3 bulan terakhir berhubungan dengan *stunting* (Ahmad et al, 2018).

Stunting disebabkan oleh Faktor Multi Dimensi. Intervensi paling menentukan pada 1000 HPK (1000 Hari Pertama Kehidupan) salah satunya ialah praktek pengasuhan yang tidak baik yakni kurang pengetahuan tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pengganti ASI (Kementerian Desa, PDT dan Transmigrasi, 2017).

d. Dampak Akibat *Stunting*

Stunting pada anak balita merupakan salah satu indikator status gizi kronis yang dapat memberikan gambaran gangguan keadaan sosial ekonomi secara keseluruhan di masa lampau dan pada 2 tahun awal kehidupan anak yang dapat memberikan dampak yang sulit diperbaiki (Ngaisyah, 2015). Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh *stunting*:

- 1) Jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme dalam tubuh.
- 2) Dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk

munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke dan disabilitas pada usia tua.

Kesemuanya itu akan menurunkan kualitas sumber daya manusia Indonesia, produktifitas, dan daya saing bangsa (Kementerian Desa, PDT dan Transmigrasi, 2017).

Intervensi Gizi Spesifik merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting, di antaranya intervensi dengan sasaran Ibu Hamil; Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan seperti mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum) dan mendorong pemberian ASI Eksklusif; Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan seperti mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI (Kementerian Desa, PDT dan Transmigrasi, 2017).

C. Tinjauan Umum Tentang Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Dua tahun pertama kehidupan anak dapat tercapai secara optimal apabila ditunjang dengan asupan nutrisi yang tepat sejak lahir. Air susu ibu (ASI) sebagai satu-satunya nutrisi bayi sampai usia enam bulan dianggap sangat berperan penting untuk tumbuh kembang anak. WHO dan UNICEF menganjurkan agar para ibu memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping lainnya hingga bayi berusia

enam bulan. Karena produksi ASI setelah 6 bulan semakin menurun sedangkan bayi terus mengalami pertumbuhan. Sehingga, kebutuhan gizi pada bayi tidak mencukupi hanya dari ASI saja. Oleh karena itu diberikan makanan pendamping ASI (Widyawati et al., 2016).

Praktik pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) yang tidak tepat merupakan salah satu masalah yang sering terjadi di negara berkembang. Hal tersebut dapat menyebabkan asupan zat gizi yang tidak adekuat, terutama dari protein yang berhubungan dengan masalah gangguan pertumbuhan fisik pada anak, termasuk *stunting* (Wangiyana dkk., 2016). MP-ASI merupakan makanan bayi yang menyertai pemberian ASI, diberikan setelah bayi berusia 6 bulan karena ASI tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. MP-ASI mengandung zat gizi yang diberikan pada bayi selama periode penyapihan (*complementary feeding*), yaitu pada saat makanan atau minuman lain diberikan bersama pemberian ASI. Beberapa tujuan pemberian MP-ASI, antara lain: memenuhi kebutuhan gizi; mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur sehingga mampu menerima makanan keluarga dan mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (keterampilan otomotor). (Pakar Gizi Indonesia, 2016)

Makanan pendamping ASI berarti memberikan makanan lain selain air susu ibu. Selama periode pemberian makanan pendamping, bayi secara bertahap menjadi terbiasa makan makanan keluarga. Di akhir periode (biasanya sekitar usia 2 tahun), ASI sepenuhnya digantikan oleh makanan

keluarga, meskipun seorang anak mungkin masih kadang-kadang menyusu untuk kenyamanan. Makanan pendamping ASI ada dua macam: makanan yang disiapkan secara khusus dan makanan keluarga biasa yang dimodifikasi agar mudah dimakan dan memberikan nutrisi yang cukup. Saat bayi tumbuh dan menjadi lebih aktif, usia tercapai ketika ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak. Jadi makanan pendamping kemudian dibutuhkan untuk mengisi kesenjangan antara total kebutuhan gizi anak dan jumlah yang disediakan oleh ASI (WHO, 2000).

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan atau minuman tambahan yang mengandung zat gizi dan diberikan mulai usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. Setelah bayi berusia 6 bulan, kebutuhan zat gizi makin bertambah seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi, sementara produksi ASI mulai menurun, karena itu bayi membutuhkan makanan tambahan sebagai pendamping ASI. Pemberian makanan tambahan yang tidak tepat kualitas dan kuantitasnya dapat menyebabkan gizi kurang yang berdampak pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan apabila tidak segera diatasi (Arini dkk., 2017).

Menurut WHO (2000), pada usia 6 bulan otot dan syaraf di dalam mulut bayi sudah cukup berkembang untuk mengunyah, menggigit, dan memamah. Pada usia ini juga sistem pencernaan sudah cukup matang untuk mencerna berbagai makanan. Memulai pemberian makanan pendamping ASI di usia yang terlalu dini atau terlalu terlambat dapat memberikan efek yang tidak diinginkan. Usia penyapihan 6-24 bulan merupakan usia yang sangat rawan

karena pada usia ini merupakan masa peralihan dari ASI ke pengganti ASI atau ke makanan sapihan. Pemberian MP-ASI yang tidak tepat dalam jumlah yang cukup baik dari segi kuantitas maupun kualitas. akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan kurang gizi (Arini dkk., 2017).

MP-ASI tidak adekuat meningkatkan risiko gizi kurang anak lebih besar dibandingkan pemberian MP-ASI yang adekuat. MP-ASI adekuat adalah MP-ASI yang dalam pemberiannya memenuhi syarat antara lain waktu yang tepat, jenis yang beraneka ragam, konsistensi, frekuensi dan porsi yang sesuai dengan usia anak (Septikasari, 2018). Dalam Praktik pemberian MPASI pada anak usia dibawah dua tahun dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain faktor predisposisi yang meliputi pendapatan keluarga, usia ibu, pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu, dan jumlah balita dalam keluarga; faktor pendorong yang meliputi penyuluhan gizi, dukungan anggota keluarga, dan dukungan kader posyandu dan petugas kesehatan; serta faktor pendukung yaitu adanya partisipasi ibu ke posyandu (Nurkomala, 2017).

MPASI yang baik dan benar bertujuan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pemberian makanan pendamping dilakukan secara berangsur-angsur untuk mengembangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan serta menerima bermacam makanan dengan tekstur dan rasa. Usia 6 bulan merupakan peralihan tahap pertama dalam pengaturan makan bayi. ASI tetap menduduki tempat yang penting sebagai makanan anak (Ashar, 2008).

Terdapat 2 jenis MP-ASI, yaitu buatan rumah tangga atau pabrik dan makanan yang biasa dimakan keluarga, tetapi dimodifikasi sehingga mudah

dimakan bayi dan memenuhi kebutuhan gizinya. Tekstur makanan mulai dari halus/saring encer (makanan lumat) dan bertahap menjadi lebih kasar (makanan lembek) (Pakar Gizi Indonesia, 2016).

Praktik pemberian MP-ASI yang buruk pada anak usia 6-23 bulan disebabkan oleh banyak faktor. Anak-anak dari keluarga ketahanan pangan menengah dan rendah memiliki skor keragaman pangan yang rendah. Di sisi lain, praktik pemberian MP-ASI pada anak di atas 6 bulan terkait dengan pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan, dan keterampilan ibu, pelayanan kesehatan dan lingkungan rumah. Pada masa anak pertama, ibu cenderung kurang berpengalaman dalam pengasuhan anak, termasuk dalam praktik pemberian MP-ASI. Faktor budaya dan norma sosial di masyarakat juga mempengaruhi praktik pemberian MP-ASI. Model pendidikan gizi yang efektif berdasarkan teori perubahan perilaku diperlukan bagi ibu dan keluarga untuk meningkatkan praktik pemberian MP-ASI dan mencegah masalah gizi pada anak usia 6-23 bulan (Ahmad et al, 2018).

Makanan pendamping ASI yang baik adalah:

1. Kaya akan energi, protein dan zat gizi mikro (terutama zat besi, seng, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat)
2. Bersih dan aman:
 - a. Tidak ada patogen (yaitu tidak ada bakteri penyebab penyakit atau organisme berbahaya lainnya)
 - b. Tidak ada bahan kimia atau racun berbahaya
 - c. Tidak ada tulang atau bagian keras yang dapat membuat anak tersedak

- d. Tidak panas mendidih
3. Tidak terlalu pedas atau asin
4. Mudah untuk anak makan
5. Disukai oleh anak
6. Tersedia secara lokal dan terjangkau
7. Mudah disiapkan. (WHO, 2000)

Laju pertumbuhan anak baduta lebih cepat daripada anak usia prasekolah, sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif lebih besar. Sesuai dengan pertumbuhan badan dan perkembangan kecerdasannya, tubuhnya juga mengalami perkembangan sehingga jenis makanan dan cara pemberiannya pun harus disesuaikan dengan keadaannya. Oleh karena itu, pola makan anak baduta harus sangat diperhatikan oleh pengasuh atau orang tua, dimana porsi makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi yang sering (Nurkomala, 2017).

Tahap perkembangan anak dalam memulai pemberian MP-ASI menurut IDAI tahun 2018:

1. Saat anak berusia 6 bulan
 - a. Bayi dapat menggenggam suatu benda dan memasukkannya ke dalam mulut
 - b. Mulai belajar duduk tegap secara mandiri tanpa bantuan
 - c. Menunjukkan respon membuka mulut ketika sendok didekatkan
 - d. Bayi dapat memindahkan makanan dan sendok ke mulut
 - e. Memberikan sinyal lapar dengan cara mencoba meraih makanan

2. Saat anak berusia 6 sampai 9 bulan
 - a. Bayi dapat memindahkan makanan dari satu sisi mulut ke sisi lainnya
 - b. Gigi depan bayi mulai tumbuh
 - c. Bayi dapat menelan makanan yang bertekstur lebih kental
 - d. Dapat menggunakan ibu jari dan telunjuk
 - e. Dapat duduk sendiri tanpa bantuan
 - f. Menunjukkan jari ke arah makanan dan mencoba meraih makanan untuk menunjukkan rasa lapar
3. Saat anak berusia 9 sampai 12 bulan
 - a. Bayi dapat merapatkan bibir ketika disuapi untuk membersihkan makanan yang ada di sendok
 - b. Bayi dapat menggigit makanan dengan tekstur lebih keras, seiring dengan tumbuhnya gigi
 - c. Mulai dapat mengatakan sesuatu dalam konteks yang spesifik, bisa jadi menyebutkan beberapa nama makanan yang diketahuinya
 - d. Menggumamkan lapar dan beberapa nama makanan yang diketahui untuk menunjukkan rasa lapar
4. Saat anak berusia 12 sampai 24 bulan
 - a. Dapat beradaptasi dengan segala macam bentuk makanan, namun belum dapat mengunyah secara sempurna
 - b. Mulai beradaptasi dengan segala menu makanan yang diberikan, termasuk makanan keluarga
 - c. Dapat mengenali makanan dari bentuk, rasa dan aromanya

- d. Dapat mengucapkan nama-nama makanan dan memberikan sinyal lapar dengan cara tersebut
- e. Mulai bisa makan menggunakan sendok secara mandiri (IDAI, 2018)

Tabel 2.2 Pedoman Pemberian Makan Bayi Usia 6-23 Bulan yang Mendapat ASI

Umur	Tekstur	Frekuensi	Jumlah Rata-Rata/Kali Makan	Jenis Makanan
6-8 bulan	Mulai dengan bubur halus, lembut, cukup kental, dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar	2-3×/hari, ASI tetap sering diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2× selingan	Mulai dengan 2-3 sdm/kali, ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkuk atau ½ gelas air mineral kemasan (125 ml)	Makanan utama: MP-ASI saring/lumat Makanan selingan: buah, biskuit, bubur sum-sum
9-11 bulan	Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan dapat	3-4×/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makan, dapat diberikan 1-2× selingan	½ sampai ¾ mangkuk (125-175ml) dan waktu makan tidak lebih dari 30 menit	Makanan utama: MP-ASI kasar/makanan keluarga yang dimodifikasi (lembek, berbumbu ringan, tetapi tidak pedas) Makanan

	dipegang/di ambil dengan tangan			selingan: biskuit, buah, puding, bubur sum-sum
12-23 bulan	Makanan keluarga; jika perlu, masih dicincang atau disaring kasar	3-4×/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1- 2× selingan	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk (175-250 ml) dan waktu makan tidak lebih dari 30 menit	Makanan utama: makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, sedikit lembek/lunak Makanan selingan: buah dan kue, biskuit, puding, kolak, bubur kacang hijau

Sumber: World Health Organization, 2009

D. Tinjauan Umum Tentang Waktu Pemberian MP-ASI Pertama

Makanan pendamping ASI sebaiknya dimulai saat bayi belum bisa lebih lama mendapatkan cukup energi dan nutrisi dari ASI saja. Bagi kebanyakan bayi ini adalah usia 6 bulan, ketika saraf dan otot di mulut berkembang cukup untuk membiarkan bayi mengunyah, menggigit dan memamah. Sebelum 6 bulan, bayi mendorong makanan keluar dari mulutnya karena mereka tidak bisa sepenuhnya mengontrol gerakan lidah mereka. Pada usia itu menjadi

lebih mudah untuk memberi makan bubur kental, pure dan makanan tumbuk karena anak-anak: bisa mengontrol lidah mereka dengan lebih baik; mulai melakukan gerakan 'mengunyah' naik-turun; mulai tumbuh gigi; suka memasukkan sesuatu ke dalam mulutnya; tertarik dengan selera baru (WHO, 2000).

Menurut IDAI tahun 2018, memberikan Makanan Pendamping ASI dapat dimulai ketika anak dapat duduk dengan leher tegak dan mengangkat kepalanya sendiri tanpa memerlukan bantuan; anak menunjukkan ketertarikan terhadap makanan, misalnya mencoba meraih makanan yang ada dihadapannya; anak menjadi lebih lapar dan tetap menunjukkan tanda lapar, seperti gelisah dan tidak tenang walaupun ibu sudah memberikan ASI secara rutin (IDAI, 2018).

Memberikan makanan pendamping ASI terlalu cepat berbahaya karena:

1. Seorang anak belum membutuhkan makanan ini, dan mereka mungkin akan pindah air susu ibu. Jika makanan diberikan, anak akan lebih sedikit meminum ASI dan ibunya akan sedikit menghasilkan ASI, jadi nantinya mungkin lebih sulit memenuhi kebutuhan gizi anak
2. Seorang anak menerima lebih sedikit faktor protektif dalam ASI, sehingga risiko penyakit meningkat
3. Risiko diare juga meningkat karena komplementer makanan mungkin tidak sebersih ASI
4. Makanan yang diberikan sebagai pengganti ASI sering kali encer, bubur yang encer atau sup karena mudah dimakan bayi. Makanan ini mengisi

perut tetapi memberikan nutrisi lebih sedikit daripada ASI, sehingga kebutuhan anak tidak terpenuhi

5. Ibu memiliki risiko lebih besar untuk hamil jika mereka menyusui lebih jarang

Memulai pemberian makanan pendamping ASI yang terlambat juga berbahaya karena:

- a. Seorang anak tidak mendapatkan makanan tambahan yang dibutuhkan untuk mengisi energinya dan kesenjangan nutrisi
- b. Seorang anak berhenti tumbuh atau tumbuh lambat
- c. Risiko malnutrisi dan defisiensi mikronutrien meningkat (WHO, 2000)

E. Tinjauan Umum Tentang Jenis Pemberian MP-ASI

Secara umum terdapat 2 jenis MP-ASI, yaitu MP-ASI dari bahan makanan lokal yang dibuat sendiri dan MP-ASI pabrikan yang difortifikasi dalam bentuk bungkusan, kaleng atau botol (Kemenkes, 2014). Jenis Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat dan diberikan sesuai dengan tahapan usia anak berdasarkan Kemenkes (2014) bahwa pada usia 0-6 bulan anak dianjurkan hanya diberikan ASI. Anak usia 6-9 bulan secara bertahap diberikan makanan lumat seperti bubur susu, bubur sum-sum, pisang saring dan lainnya yang bersifat halus. Kemudian pada usia 9-12 bulan sudah dapat mengonsumsi makanan lunak seperti bubur nasi, nasi tim dan sebagainya.

Sedangkan pada usia 12-24 bulan sudah dapat diperkenalkan makanan padat seperti lontong, nasi dan beragam lauk pauk namun dengan beberapa syarat seperti tidak boleh mengandung banyak garam dan gula, penyedap rasa

maupun bumbu yang berbau tajam (Rostika dkk., 2019). Pada tahun 2005, UNICEF menganjurkan untuk memberikan MPASI yang berasal dari bahan lokal jika kondisi memungkinkan. Makanan Pendamping ASI buatan sendiri memiliki kandungan nutrisi yang sama dan lebih ekonomis daripada MP-ASI buatan pabrik.

F. Tinjauan Umum Tentang Frekuensi Pemberian MP-ASI

Frekuensi makan minimum adalah proporsi anak yang mendapat makanan pendamping sekurang-kurangnya jumlah minimum yang dianjurkan dalam 24 jam terakhir. Seorang anak dinilai telah mengambil 'jumlah makanan yang cukup jika ia menerima setidaknya frekuensi minimum untuk makanan pendamping ASI yang tepat (yaitu, 2 kali selama 6-8 bulan dan 3 kali selama 9-11 bulan, 3 kali untuk anak-anak usia 12-23 bulan) dalam 24 jam terakhir. Untuk anak-anak yang tidak disusui, frekuensi makan minimum adalah 4 (Saaka et al., 2015).

Frekuensi pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) menurut IDAI tahun 2018:

1. Memulai pemberian MP-ASI saat anak berusia 6 bulan
 - a. Mulai dari usia 6 bulan, anak memerlukan tambahan makanan selain ASI
 - b. Lanjutkan pemberian ASI secara rutin, karena ASI tetap menjadi bagian terpenting dari makanan bayi

- c. Ketika memberikan makanan pendamping air susu ibu, perlu diperhatikan banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MPASI adalah sebanyak 200 kilo kalori per hari
 - d. Berikan makanan pendamping ASI 2 kali sehari pada bayi berusia 6 bulan
2. Pemberian MP-ASI untuk anak berusia 6 sampai 9 bulan
- a. Terus berikan ASI sesuai permintaan anak, karena ASI memenuhi lebih dan separuh kebutuhan energi anak berusia 6-9 bulan
 - b. Pemberian ASI secara rutin akan membantu menjaga kesehatan dan kekuatan anak berusia 6-9 bulan
 - c. Ketika memberikan makanan pendamping air susu ibu, perlu diperhatikan banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MPASI adalah sebanyak 200 kilo kalori per hari
 - d. Berikan 2 hingga 3 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya
3. Pemberian MP-ASI untuk anak berusia 9 hingga 12 bulan
- a. Terus berikan ASI sesuai permintaan anak, karena ASI memenuhi separuh kebutuhan energi anak berusia 9-12 bulan
 - b. Pemberian ASI secara rutin akan membantu menjaga kesehatan dan kekuatan anak berusia 9-12 bulan
 - c. Ketika memberikan makanan pendamping air susu ibu, perlu diperhatikan banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MPASI adalah sebanyak 300 kilo kalori per hari

- d. Berikan 3 hingga 4 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya
4. Pemberian MP-ASI untuk anak berusia 12 hingga 24 bulan
 - a. Terus berikan ASI sesuai permintaan anak, karena ASI memberikan sepertiga kebutuhan energi anak berusia 12-24 bulan
 - b. Ketika memberikan makanan pendamping air susu ibu, perlu diperhatikan banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MPASI adalah sebanyak 550 kilo kalori per hari
 - c. Berikan 3 hingga 4 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya (IDAI, 2018)

Seiring bertambahnya usia anak, disarankan agar: terus sering menyusui; tingkatan jumlah makanan yang diberikan pada waktu makan dan berikan sebanyak anak akan makan dengan dorongan aktif; meningkatkan jumlah makanan secara bertahap. Berikan makanan pendamping tiga kali sehari pada 6-7 bulan, meningkat menjadi setidaknya lima kali (3 kali makan dan 2 kali snack) pada 12 bulan; pertama-tama, buat makanan menjadi lunak; lalu dihaluskan atau dipotong kecil-kecil; membantu dan mendorong anak untuk makan (WHO, 2000).

Berikut adalah jenis dan frekuensi pemberian MPASI menurut Kemenkes RI Tahun 2014.

Tabel 2.3 Jenis dan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping ASI

Umur	Jenis Pemberian	Frekuensi/hari
6-8 bulan	ASI dan makanan lumat (sari buah/bubur)	Usia 6 bulan : Teruskan ASI dan makanan lumat 2 kali sehari Usia 7-8 bulan : Teruskan ASI dan makanan lumat 3 kali sehari
9-11 bulan	ASI dan makanan lembik atau cincang	Teruskan ASI dan makanan lembik 3 kali sehari ditambah makanan selingan 2 kali sehari
12-24 bulan	ASI dan makanan keluarga	Teruskan ASI dan keluarga 3 kali sehari ditambah makanan selingan 2 kali sehari

Sumber: Kemenkes RI, 2014

G. Tinjauan Umum Tentang Tekstur MP-ASI

Pemberian MPASI harus bertahap dan bervariasi mulai dari bentuk cair ke bentuk bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lunak dan akhirnya makanan padat (Ashar, 2008). Usia 6-9 bulan adalah masa kritis untuk mengenalkan makanan padat secara bertahap sebagai stimulasi keterampilan oromotor. Jika pada usia di atas 9 bulan belum pernah dikenalkan makanan padat, maka kemungkinan untuk mengalami masalah makan di usia batita meningkat. Oleh karena itu konsistensi makanan yang diberikan sebaiknya ditingkatkan seiring bertambahnya usia. Mula-mula diberikan makanan padat berupa bubur halus pada usia 6 bulan. Makanan keluarga dengan tekstur yang lebih lunak (*modified family food*) dapat diperkenalkan sebelum usia 12 bulan.

Pada usia 12 bulan anak dapat diberikan makanan yang sama dengan makanan yang dimakan anggota keluarga lain (*family food*) (Nurkomala, 2017).

Tekstur dalam pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) menurut WHO 2003:

1. Untuk usia 6-8 bulan yakni semi cair (dihaluskan), secara bertahap kurangi campuran air sehingga menjadi semi padat.
2. Untuk usia 9-11 bulan yakni atau lunak (disaring kasar), ditingkatkan sampai semakin kasar sehingga bisa digenggam.
3. Untuk usia 12-24 bulan yakni makanan padat.

Adapun tekstur dalam pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) menurut IDAI tahun 2018:

1. Tekstur pemberian MP-ASI saat anak berusia 6 bulan yaitu mulai MPASI dengan makanan yang dihaluskan sehingga menjadi bubur kental (*puree*).
2. Tekstur pemberian MP-ASI untuk anak berusia 6 sampai 9 bulan yaitu berikan MP-ASI dengan tekstur bubur kental (*puree*) atau makanan yang dilumatkan hingga halus (*mashed*).
3. Tekstur pemberian MP-ASI untuk anak berusia 9 hingga 12 bulan yaitu berikan makanan yang dicincang halus (*minced*), dicincang kasar (*chopped*) atau makanan yang dapat dipegang oleh anak (*finger foods*).
4. Tekstur pemberian MP-ASI untuk anak berusia 12 hingga 24 bulan yaitu berikan makanan keluarga yang dihaluskan atau dicincang seperlunya.

(IDAI, 2018)

H. Tinjauan Umum Tentang Porsi Pemberian MP-ASI

Rasa makanan baru mungkin mengejutkan seorang anak. Ibu dianjurkan untuk memulai dengan memberikan satu atau dua sendok teh dua kali sehari dan secara bertahap meningkatkan jumlah dan variasi (pada usia 9 bulan, anak seharusnya makan berbagai makanan keluarga). Butuh waktu bagi seorang anak kecil untuk belajar bagaimana menggunakan bibirnya untuk bersihkan makanan dari sendok dan cara memindahkan makanan baru ke mulut yang siap untuk ditelan. Beberapa makanan mungkin turun ke bawah dagu atau diludahkan. Sehingga perlu mengantisipasi hal ini, bukan berarti bahwa anak tidak menyukai makanannya. Dengan dorongan dan kesabaran, seorang anak segera belajar cara memakan makanan yang baru dan menikmati rasa baru (WHO, 2000).

Menurut IDAI tahun 2018 jumlah/porsi pemberian MP-ASI saat anak berusia 6 bulan yaitu diberikan 2 - 3 sendok makanan pendamping ASI dalam sekali makan sebagai awalan, untuk anak berusia 6 sampai 9 bulan ditingkatkan jumlah MP-ASI secara perlahan menjadi setengah mangkuk berukuran 250 ml, untuk anak berusia 9 hingga 12 bulan juga diberikan makanan pendamping ASI sebanyak setengah mangkuk berukuran 250 ml dan untuk anak berusia 12 hingga 24 bulan ditingkatkan jumlah MP-ASI secara perlahan menjadi tiga perempat mangkuk berukuran 250 ml sekali makan (IDAI, 2018).

I. Tinjauan Umum Tentang Kepulauan dan Masyarakat Pesisir / Nelayan

Secara astronomis Indonesia terletak pada 6°LU - 11°LS dan 95°BT - 141°BT. Merupakan salah satu negara kepulauan terbesar di dunia, yang wilayahnya terdiri dari daratan dan perairan. Berdasarkan data dari Badan Informasi Geospasial, Indonesia memiliki luas wilayah daratan seluas 1.905 juta km² dan wilayah perairan 3.257 juta km², sehingga total wilayah Indonesia yaitu sekitar 5.180 juta km². Indonesia terdiri dari pulau-pulau baik besar dan kecil yang jumlahnya sekitar 17.504 pulau. Tiga per-empat wilayah Indonesia merupakan laut seluas 5,9 juta km², dengan panjang garis pantainya yaitu 95.161 km, yang merupakan garis pantai terpanjang kedua di dunia setelah Kanada. Melalui Deklarasi Djuanda, pada 13 Desember 1957, Indonesia menyatakan diri kepada dunia sebagai negara kepulauan dan bahwa laut Indonesia (laut sekitar, di antara, dan di dalam kepulauan Indonesia) menjadi satu kesatuan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (Hasanah, 2020).

Pulau-pulau kecil dan segala permasalahannya tidak hanya berada pada permasalahan lingkungan dan pembangunan. Secara ekologis pulau-pulau kecil rapuh dan rentan. Ukuran yang kecil, tantangan dari zona pesisir terkonsentrasi di lahan terbatas, sumber daya yang terbatas, penyebaran geografis dan isolasi dari pasar, menempatkan pulau-pulau kecil pada posisi yang kurang menguntungkan (UNEP, 2013). Masyarakat yang hidup di pulau-pulau kecil dan terisolir, kehidupan sehari-hari akan terpapar dengan risiko kesehatan antara lain kurangnya ketersediaan air bersih yang berkualitas,

minimnya ketersediaan makanan yang bergizi dan terbatasnya pelayanan kesehatan dari sektor publik terutama pada saat musim badai. Kondisi perumahan yang padat dan kurang memenuhi syarat kesehatan sehingga mudah terinfeksi dengan vektor dan agen penyakit yang berkembang, juga mendukung terciptanya sanitasi yang buruk sehingga akan terjadi masalah kesehatan seperti diare, hepatitis, demam, malaria dan lainnya (Massie, 2013).

Daerah pesisir memiliki peluang perekonomian karena memiliki kekayaan sumber daya hasil laut yang berlimpah dan kekayaan hayati lainnya. Keanekaragaman kekayaan alam daerah pesisir tidak diimbangi dengan kesejahteraan hidup penduduknya yang masih banyak dengan strata ekonomi rendah dibandingkan penduduk darat lainnya termasuk dalam pemenuhan gizi (Yuliantini, 2022). Nelayan tradisional cenderung memperoleh hasil tangkapan sedikit, sehingga berpengaruh terhadap masalah ekonomi yang berdampak terhadap pemenuhan kebutuhan mereka, terutama kebutuhan gizi (Kardyanti dkk, 2021).

Indikator status gizi kronis salah satunya adalah stunting atau pendek, yaitu menggambarkan terhambatnya pertumbuhan akibat kekurangan asupan zat gizi dalam jangka waktu yang lama. Status gizi buruk pada anak keluarga nelayan 80% lebih besar dibandingkan pada keluarga tani. Rendahnya pendapatan pada rumah tangga nelayan menyebabkan keluarga tidak dapat mengalokasikan pengeluaran kebutuhan dan keanekaragaman pangan untuk memenuhi kecukupan gizi anggota keluarga (Yuliantini, 2022). Kondisi yang terjadi dalam ruang lingkup wilayah kepulauan/pesisir pantai seperti ekonomi,

pengetahuan dan derajat kesehatan yang rendah secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap masalah gizi anak.

J. Hubungan Praktik Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting

Status gizi anak di bawah usia 2 tahun sangat dipengaruhi oleh praktik pemberian makan. Untuk menilai praktik pemberian makan secara tepat dan untuk membandingkan di dalam dan di seluruh negara, WHO merekomendasikan untuk menggunakan delapan indikator inti pemberian makan bayi dan anak (PMT) yakni inisiasi menyusui dini; ASI eksklusif selama enam bulan; melanjutkan menyusui pada satu tahun; pengenalan makanan padat, semi padat, atau lunak; keragaman makanan minimum; frekuensi makan minimum; diet minimum yang dapat diterima; dan konsumsi makanan yang kaya zat besi atau yang diperkaya zat besi (Mya et al, 2019).

Stunting merupakan salah satu aspek dalam penilaian tumbuh kembang seorang anak. Stunting yang terjadi pada usia di bawah dua tahun, akan memprediksi fungsi kognitif yang buruk di masa yang akan datang, sehingga pada periode ini sangat penting untuk menjaga proses tumbuh kembang anak salah satunya dengan memperhatikan asupan gizi yang optimal baik dari sumber Air Susu Ibu (ASI) maupun makanan pendamping ASI (Karima dkk, 2021).

Anak yang diberi MP-ASI <6 bulan dengan jenis dan tekstur MP-ASI yang tidak tepat akan lebih mudah untuk mengalami penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernafasan (ISPA) dan juga alergi terhadap jenis makanan tertentu. Apabila anak mengalami diare dan ISPA dalam waktu lama

dapat berpengaruh pada pertumbuhannya. Diare dan ISPA ini dapat menyebabkan nafsu makan dan penyerapan zat gizi dalam usus anak menurun. Terjadinya peningkatan katabolisme di dalam tubuh anak menyebabkan cadangan gizi yang tersedia tidak tercukupi untuk pembentukan jaringan tubuh dan pertumbuhannya sehingga anak dapat mengalami *stunting* (Rahmah dkk, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Sudirman (2022) berdasarkan waktu pemberian MP-ASI ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara waktu pemberian MP-ASI yang kurang dari 6 bulan dengan pemberian dengan kejadian *stunting* pada anak baduta. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini, terutama sebelum usia 4 bulan, dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit gastrointestinal, yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan, defisiensi mikro-nutrien, dan kerentanan terhadap berbagai penyakit menular di masa dua tahun pertama kehidupan.

Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Wangiyana dkk (2020) menyatakan salah satu parameter praktik pemberian MPASI adalah frekuensi pemberian MPASI. Pada penelitian ini didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian ASI dengan risiko perwakan pendek, dimana anak yang mendapatkan MPASI dengan frekuensi yang tidak tepat berisiko 2,02 kali lebih besar untuk mengalami *stunting*. Frekuensi pemberian MPASI diberikan sesuai dengan tahapan perkembangan dan pertumbuhan bayi usia 6-24 bulan. Frekuensi MPASI makan anak harus sesering mungkin karena anak dapat mengonsumsi makanan sedikit demi sedikit sedangkan

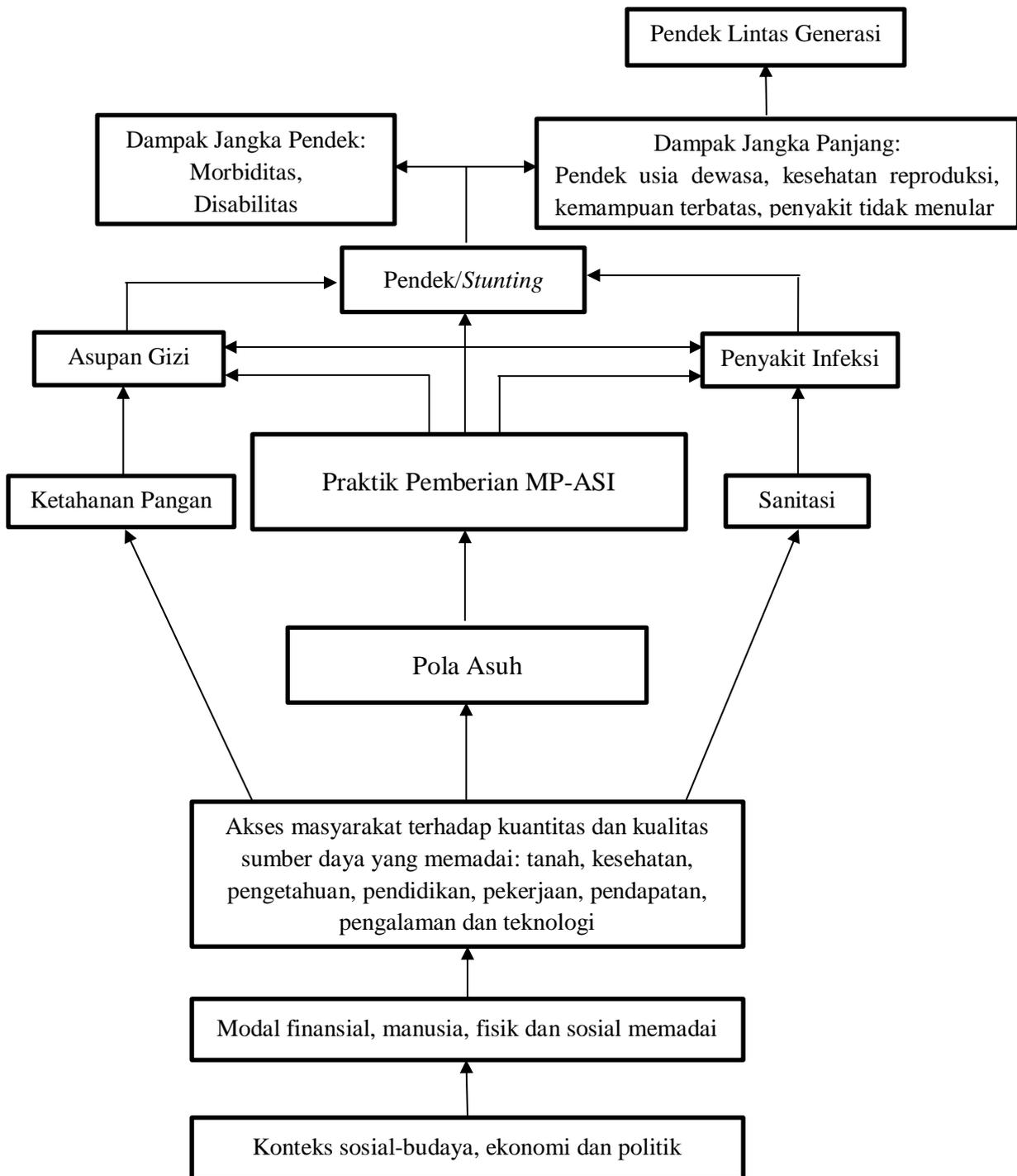
kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya harus terpenuhi. Frekuensi MPASI yang cukup atau lebih dapat memenuhi konsumsi pangan dan zat-zat gizi yang dibutuhkan anak sesuai dengan usianya. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Virginia dkk (2020) yang juga menunjukkan bahwa frekuensi pemberian MP ASI yang tidak sesuai standar berisiko 4,5 kali lebih besar memiliki anak *stunting* dibandingkan dengan frekuensi pemberian MP ASI yang sesuai standar.

Parameter lain dari Wangiyana dkk (2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah pemberian MPASI dengan risiko *stunting*. Didapatkan risiko 2,2 kali lebih besar mengalami *stunting* pada pemberian MPASI dengan takaran yang tidak tepat. Adapun penelitian oleh Virginia dkk (2020) menunjukkan bahwa tekstur MP-ASI yang diberikan yang tidak sesuai standar berisiko 3,3 kali lebih besar memiliki anak *stunting* dibandingkan dengan tekstur MP-ASI yang diberikan yang sesuai standar. Hal tersebut dikarenakan anak usia 9-11 bulan sudah diberikan nasi yang seharusnya nasi dengan tekstur makanan biasa diperkenalkan pada usia 12 bulan. Jika nasi diberikan pada anak usia 9-11 bulan, maka saat mengkonsumsi makanan membutuhkan lebih banyak waktu untuk mengunyah menjadi partikel yang lebih kecil untuk ditelan karena belum adanya keterampilan untuk “mengunyah” (gerakan naik turun mandibula) dan gigi yang belum tumbuh. Akibat dari hal tersebut anak akan makan dalam jumlah yang lebih sedikit (lama mengunyah) sehingga asupan makanannya akan kurang.

Selain itu, Krasevec et al (2017) menyebutkan bahwa anak usia 6-23 bulan yang tidak mengonsumsi kelompok makanan pada hari sebelumnya memiliki peluang 1,345 kali lipat lebih tinggi untuk mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi 5 kelompok makanan. Selain itu, anak yang tidak mengonsumsi makanan hewani berisiko 1,436 kali lipat lebih tinggi mengalami *stunting* dibandingkan anak yang mengonsumsi 3 jenis makanan hewani.

Selanjutnya penelitian oleh Punuh et al (2021) yang dilakukan terhadap ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan menunjukkan bahwa adanya hubungan antara makanan pendamping ASI dengan *stunting* pada anak. Selain itu, dalam penelitian Rahayoe (2015) disebutkan di pulau Barrang Lompo didapatkan hasil bahwa kemiskinan, rendahnya derajat kesehatan dan rendahnya tingkat pendidikan merupakan 3 aspek yang membelenggu kehidupan nelayan yang tidak ada ujung pangkalnya. Di mana kondisi yang sering terjadi dalam ruang lingkup wilayah pesisir pantai dan masyarakat nelayan ini secara tidak langsung akan mempengaruhi pemberian MP-ASI yang di mana pola dan praktik dalam pemberian MP-ASI itu sendiri akan mempengaruhi status gizi anak (Rahayoe, 2015).

K. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Sumber *Conceptual framework of the determinants of child undernutrition UNICEF (2013)*

Teori utama dalam penelitian ini adalah teori determinan gizi buruk anak dari UNICEF tahun 2013. Berdasarkan teori UNICEF ini, terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kejadian stunting. Faktor-faktor ini dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyebab dasar, penyebab tidak langsung dan penyebab langsung. Penyebab dasar kejadian stunting terdiri dari pendidikan, pendapatan, disparitas, sosial budaya, kebijakan pemerintah serta politik. Penyebab dasar ini akan mempengaruhi ketahanan pangan rumah tangga, praktik pemberian makan, pola asuh serta sanitasi kesehatan, faktor ini disebut dengan faktor penyebab tidak langsung. Untuk selanjutnya, penyebab tidak langsung ini akan menyebabkan kurang asupan gizi dan infeksi. Jika kedua hal ini terjadi dalam jangka waktu yang panjang, maka akan menyebabkan terjadinya stunting pada anak.