

**HUBUNGAN POLA PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING  
ASI (MP-ASI) PADA ANAK USIA 6-24 BULAN YANG  
MENGALAMI STUNTING DI PUSKESMAS GROGOL  
PETAMBURAN KOTA JAKARTA BARAT**

**SKRIPSI**



disusun oleh:

**PARAS RISART AZZAHRA**

**405160134**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS TARUMANAGARA  
JAKARTA**

**2019**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gizi merupakan salah satu hal penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Tingkat status gizi yang optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi makronutrien dan mikronutrien terpenuhi dengan baik sejak masa *golden period* anak. Indonesia saat ini merupakan negara berkembang, untuk mencapai status gizi yang optimal sulit di masa sekarang. Sehingga timbul masalah gizi yang menjadi sorotan dunia salah satunya adalah stunting.<sup>1</sup> Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Kejadian ini mulai terjadi saat bayi masih dalam kandungan dan muncul saat anak berusia 24 bulan.<sup>2</sup>

Saat ini Indonesia menduduki peringkat kelima tertinggi di dunia untuk kejadian stunting. *Global Nutrition Report* pada tahun 2014 menunjukkan, Indonesia termasuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi kronis yaitu stunting, *wasting* dan *overweight* pada balita. Dibandingkan beberapa negara di Asia Tenggara, prevalensi balita stunting di Indonesia masih terbilang tinggi daripada Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (UNSD 2014).<sup>3</sup> Menurut Riskesdas tahun 2018, jumlah anak balita stunting di Indonesia mencapai 30,8% yang terdiri atas 11,5% sangat pendek dan 19,3% pendek. Prevalensi anak baduta yang mengalami stunting di Indonesia adalah 29,9% yang terdiri dari 12,8% sangat pendek dan 17,1% pendek. Persentase anak baduta stunting pada tahun 2018 di Provinsi DKI Jakarta adalah 27,2% yang terdiri dari 18,2% sangat pendek dan 9,2% pendek.<sup>4</sup> Sedangkan data yang didapatkan dari Pemantauan Status Gizi (PSG) pada tahun 2017, prevalensi nasional stunting pada anak di Indonesia yang berusia 0-23 bulan sebanyak 20,1% dan untuk kelompok balita adalah 29,6%. Artinya satu dari 5 anak yang usianya kurang dari 2 tahun mengalami stunting. Sementara prevalensi stunting di DKI Jakarta pun masih terbilang cukup tinggi yaitu 18,1% untuk anak berusia 0-23 bulan, dan untuk anak berusia 0-59 bulan adalah 22,7%.<sup>5</sup> Beberapa faktor yang menjadi penyebab stunting dibagi menjadi 4

kategori yaitu, faktor anak, faktor paternal dan maternal, faktor sosial dan ekonomi dan kejadian infeksi.<sup>6</sup> Stunting dapat menyebabkan terganggunya perkembangan otak dan motorik anak, penurunan produktivitas anak di masa depan dan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.<sup>7</sup>

Salah satu cara untuk mengantisipasi terjadinya stunting adalah dengan pemberian MP-ASI untuk memenuhi kebutuhan zat gizi makronutrien dan mikronutrien anak. Didapatkan data pada penelitian yang dilakukan oleh Agus H A, dkk pada tahun 2010 di kota Banda Aceh MP-ASI memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian stunting.<sup>1</sup> Pemberian MP-ASI berlangsung pada usia 6 bulan sampai 23 bulan, atau disebut juga dengan masa peralihan. Masa peralihan ini merupakan masa rawan pertumbuhan anak karena pada masa ini merupakan awal terjadinya masalah pertumbuhan anak yang dapat berlanjut pada tingginya prevalensi kejadian malnutrisi dan stunting. Selain itu, pola pemberian MP-ASI kepada bayi juga perlu diperhatikan. Pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap dari mulai konsistensi makanan, variasi makanan, dan frekuensi pemberian yang semakin sering sejalan dengan bertambahnya usia bayi. Selain itu, pemberian MP-ASI harus dilakukan dengan prinsip *responsive feeding* sesuai dengan asuhan psikososial anak.<sup>8</sup>

Penelitian ini berlangsung karena belum adanya publikasi mengenai prevalensi, hubungan dan informasi mengenai stunting dan pola pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat, sehingga tujuan dari penelitian ini adalah menyajikan informasi dan data mengenai hal tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

### **1.2.1 Pernyataan masalah**

Belum diketahui seberapa besar hubungan pola pemberian MP-ASI yang adekuat dengan kejadian stunting

### 1.2.2 Pertanyaan masalah

- Bagaimana prevalensi stunting di puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat?
- Bagaimana pola pemberian MP-ASI ibu kepada anak?
- Apakah terdapat hubungan antara pola pemberian MP-ASI terhadap kejadian stunting?

## 1.3 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kesadaran dan perilaku mengenai pola pemberian MP-ASI yang tepat agar tidak terjadi kejadian *stunting* di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

- Diketahui prevalensi kejadian stunting di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat
- Diketahui pola pemberian MP-ASI untuk bayi usia 6-24 bulan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat
- Diketahui hubungan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting pada bayi usia 6-24 bulan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

- Memberikan informasi mengenai stunting dan pola pemberian MP-ASI yang sesuai untuk anak berumur 6-24 bulan
- Agar puskesmas dan tenaga kesehatan dapat memberikan penyuluhan kepada masyarakat mengenai MP-ASI dan menginformasikan dampak yang akan terjadi terhadap pertumbuhan anak usia 6-24 bulan

#### 1.5.2 Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai MP-ASI terhadap pertumbuhan anak umur 6-24 bulan selama melakukan penelitian dan mendapatkan pengalaman dalam bidang penelitian

#### 1.5.3 Bagi pihak institusi

Memberikan referensi tambahan untuk penelitian selanjutnya

#### 1.5.4 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai stunting dan pola pemberian MP-ASI pada bayi usia 6-24 bulan

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Stunting**

##### 2.1.1 Definisi

Stunting adalah suatu masalah gizi kronis yang menyebabkan tidak tercukupinya kebutuhan dasar dan metabolik seorang anak untuk tumbuh. Seorang anak bisa dikatakan stunting apabila tidak tercapainya standar penilaian antropometri status gizi sesuai umur berdasarkan Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U). Parameter yang dapat digunakan untuk menilai kondisi stunting harus diukur dan di plot di grafik pertumbuhan WHO 2006 sesuai dengan jenis kelamin dan usia.<sup>2</sup>

##### 2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko *Stunting*

Ada beberapa faktor yang menyebabkan anak mengalami stunting, terutama pada 1000 hari pertama kehidupan anak. Faktor anak dinilai berdasarkan umur (bayi, balita, dan remaja), jenis kelamin, berat badan bayi saat lahir (dinyatakan rendah jika BB <2.5 kg atau normal jika 2.5 - < 4.0 kg), pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, dan awal pemberian MP-ASI yaitu dimulai saat bayi berusia 6 bulan. Faktor paternal dinilai dari TB/U ayah dan ibu sesuai dengan *WHO Standard Growth Factor Reference for School-Aged Children and Adolescents*, sedangkan untuk faktor maternal dinilai berdasarkan partisipasi, frekuensi, dan *check-up* rutin *Ante Natal Care* (ANC) yaitu minimal empat kali selama masa kehamilan pada trimester I, trimester II, dan trimester III. Selanjutnya, dari segi sosial dan ekonomi dilihat berdasarkan pendidikan orang tua dan kondisi ekonomi keluarga (kelas bawah, kelas menengah, dan kelas atas). Hal terakhir yang dilihat adalah frekuensi dan tingkat keparahan penyakit infeksi, yang akan berdampak pada kondisi kesehatan anak.<sup>6</sup>

Faktor yang pertama adalah nutrisi dan kesehatan ibu yang ikut berperan selama masa kehamilan. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap pertumbuhan anak, dan jika nutrisi ibu tidak adekuat selama kehamilan, maka akan berdampak kepada terjadinya *stunting*. Faktor yang kedua adalah pemberian nutrisi bayi yang tidak adekuat, yaitu ASI eksklusif selama 6 bulan dan Makanan Pendamping ASI

(MP-ASI) dimulai saat usia bayi 6 bulan. Pemberian MP-ASI harus mencukupi kebutuhan nutrisi dari segi makronutrien dan mikronutrien dan juga dengan jumlah yang sesuai umur anak. Faktor yang terakhir adalah, kejadian infeksi yang dialami bayi saat sudah lahir. Karena frekuensi dan keparahan infeksi dapat mempengaruhi pertumbuhan dan asupan nutrisi anak.<sup>9</sup> Hasil penelitian Al-Ansori (2013) menemukan bahwa faktor resiko kejadian stunting pada anak usia 12–24 bulan adalah status ekonomi keluarga, riwayat ISPA, dan asupan protein kurang.<sup>7</sup>

Hasil dari riset WHO, pada dasarnya setiap anak mempunyai kemampuan yang sama dalam hal pertumbuhan, namun peran lingkungan sangat memengaruhi seorang anak untuk bisa tumbuh tinggi. Salah satu faktor lingkungan yang memiliki pengaruh besar ialah kesadaran masyarakat untuk memberikan asupan gizi yang cukup pada 1000 hari pertama kehidupan bayi. Stunting juga merupakan manifestasi dari konsekuensi lebih lanjut Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan kurang gizi pada masa balita dan tidak adanya pencapaian perbaikan pertumbuhan yang optimal pada masa berikutnya.<sup>7</sup>

### 2.1.3 Kategori *Stunting*

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, kategori anak *stunting* yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, dikategorikan pendek jika nilai z scorenya kurang dari -2SD sampai dengan -3SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari 3SD.<sup>3</sup>

### 2.1.4 Angka Kejadian *Stunting*

Saat ini Indonesia menduduki peringkat kelima tertinggi di dunia untuk masalah gizi stunting. Dibandingkan beberapa negara di Asia Tenggara, prevalensi balita stunting di Indonesia masih terbilang cukup tinggi daripada Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (UNSD 2014).<sup>3</sup>

Sementara menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, jumlah anak balita yang *stunting* di Indonesia mencapai 30,8% yang terdiri atas

11,5% sangat pendek dan 19,3% pendek. Sedangkan prevalensi untuk anak baduta yang *stunting* di Indonesia adalah 29,9% yang terdiri dari 12,8% sangat pendek dan 17,1% pendek. Prevalensi anak balita *stunting* yang didapatkan pada tahun 2018 menunjukkan penurunan yang signifikan dibandingkan pada tahun-tahun sebelumnya. Untuk kategori **sangat pendek** terjadi penurunan dari 18,0% pada tahun 2013, 18,8% pada tahun 2007. Sedangkan untuk kategori **pendek** mengalami peningkatan dari 18% pada tahun 2007 menjadi 19,2% pada tahun 2013. Sedangkan persentase kejadian *stunting* di beberapa daerah pada tahun 2013-2018, meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur (51,7%), Sulawesi Barat (48,0%) dan Nusa Tenggara Barat (45,3%), Provinsi Kepulauan Riau (26,3%), Daerah Istimewa Yogyakarta (27,2%) dan DKI Jakarta (27,5%). Persentase anak baduta *stunting* pada tahun 2018 di Provinsi DKI Jakarta adalah 27,2% yang terdiri dari 18,2% sangat pendek dan 9,2% pendek.<sup>3,4</sup>

Data yang didapatkan dari Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017, prevalensi nasional *stunting* pada anak di Indonesia untuk kelompok balita adalah 29,6%. Angka prevalensi *stunting* untuk kelompok balita lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi untuk kelompok baduta atau anak yang berusia 0-23 bulan, yaitu sebanyak 20,1%. Sementara prevalensi *stunting* di DKI Jakarta pun masih terbilang cukup tinggi yaitu 18,1% untuk anak berusia 0-23 bulan, sedangkan untuk anak berusia 0-59 bulan adalah 22,7%. Prevalensi di daerah Jakarta Barat adalah 20,4%.<sup>5</sup>

### 2.1.5 Dampak Stunting

*Stunting* dapat mengakibatkan dampak yang fatal terhadap produktivitas anak di masa depan. Anak *stunting* dapat mengalami kesulitan dalam belajar dibandingkan dengan anak seusianya.<sup>7</sup> *Stunting* dapat mempengaruhi struktur dan kapasitas fungsional otak.<sup>10</sup> Pada 1000 hari pertama kehidupan perkembangan dendrit dan akson, neurogenesis, sinaptogenesis, myelinisasi dan gliogenesis sedang mengalami perkembangan yang sangat pesat. Pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Grantham-McGregor et al, tahun 2007 didapatkan bahwa anak yang menderita *stunting* merupakan prediktor kuat untuk gangguan perkembangan kognitif dan prestasi sekolah anak pada masa yang akan datang.<sup>11</sup> Selain itu jika

kejadian stunting ditambah dengan defisiensi nutrien, akan mempengaruhi neuroanatomi dan neurofisiologi, karena dapat mempengaruhi perkembangan otak anak.<sup>10</sup> Potensi tumbuh kembang anak, kemampuan motorik dan produktivitas dapat menjadi tidak sempurna, serta anak memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita penyakit tidak menular.<sup>7</sup>

Penjelasan Prof. Hamam hadi (2013) menyebutkan bahwa resiko terbesar dari stunting adalah meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas anak, hal ini dapat diakibatkan oleh defisiensi mikronutrien seperti vitamin dan seng. Selain itu, anak yang menderita stunting memiliki risiko obesitas yang lebih besar di masa dewasa, dan rentan terhadap penyakit tidak menular seperti diabetes, jantung, penyakit pembuluh darah, kanker, dan stroke. Stunting juga bisa meningkatkan kemungkinan anak menderita penyakit degeneratif di masa depan.<sup>7,12</sup>

## **2.2 Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)**

MP-ASI adalah makanan atau minuman selain ASI yang mengandung nutrien yang diberikan kepada bayi selama periode pemberian makanan peralihan (*complementary feeding*) (WHO). Memasuki usia 6 bulan, bayi telah siap menerima makanan selain ASI, karena kebutuhan gizi bayi tidak dapat tercukupi jika hanya diberikan ASI. Selain itu, pada usia 6 bulan pertumbuhan gigi geligi bayi mulai tumbuh, lidah tidak lagi menolak makanan setengah padat, dan sistem pencernaan sudah siap untuk mencerna makanan atau minuman selain ASI.<sup>13</sup>

### **2.2.1 Persyaratan Makanan Pendamping ASI**

Menurut *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (GSIYCF), MP-ASI harus memenuhi beberapa syarat, yaitu tepat waktu (*timely*), adekuat dari segi variasi, jumlah, frekuensi jenis makanan (*adequate*), aman (*safe*), tepat cara pemberian dilihat dari tekstur makanan dan prinsip pemberian makan secara *responsive feeding* sesuai dengan usia anak (*properly*).<sup>14</sup>

Tepat Waktu (*timely*) adalah MP-ASI mulai diberikan saat kebutuhan energi dan nutrien melebihi yang didapat dari ASI. Adekuat (*adequate*) adalah MP-ASI harus mengandung cukup energi, protein, dan mikronutrien. Aman (*safe*) dalam

penyimpanan, penyiapan dan saat diberikan MP-ASI harus higienis. Tepat cara pemberian (*properly*) adalah MP-ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi dan cara pemberiannya sesuai dengan usia bayi.<sup>14</sup>

### 2.2.2 Panduan Dasar Pemberian Makan

#### **Urutan pemberian makan**

Menurut *American Association of Pediatrics* (AAP) tidak ada urutan khusus dalam pengenalan jenis bahan makanan yang diberikan kepada bayi.<sup>15</sup> Namun hal yang harus diperhatikan adalah makanan tersebut terbukti aman, bergizi dengan tekstur yang sesuai dengan kemampuan bayi.<sup>8</sup>

#### **Tekstur dan konsistensi makanan**

Dimulai dengan makanan bertekstur lembut atau halus dan konsistennya masih agak encer, selanjutnya secara bertahap tekstur dan konsistensinya ditingkatkan menjadi makin kental sampai padat dan kasar.<sup>8</sup>

#### **Jumlah**

Dimulai dengan jumlah sedikit, sekitar 1-2 sdt pada saat pengenalan jenis makanan. Selanjutnya, secara bertahap ditingkatkan sampai jumlah yang sesuai dengan usia bayi.<sup>8</sup>

#### **Jarak waktu antara pemberian makanan baru**

Bayi harus diperkenalkan dengan satu-persatu jenis makanan sebelum diberikan campuran makanan dengan jarak 2-3 hari (4-7 hari bila ternyata terdapat riwayat alergi). Hal ini bertujuan agar bayi dapat mengenali rasa dan aroma setiap jenis makanan baru, contohnya rasa wortel, apel, daging ayam atau sapi, dan sebagainya. Makanan sebaiknya diberikan pada pagi hari (oleh ibu) agar cukup waktu bila terjadi reaksi yang menyimpang.<sup>8</sup>

#### **Keamanan pangan**

Semua peralatan makan bayi harus dicuci sebelum digunakan, dan juga ibu harus cuci tangan dengan bersih. Dan juga tidak menggunakan peralatan makan bersama-sama, atau mengunyah makanan terlebih dahulu sebelum diberikan kepada bayi.<sup>8</sup>

### **Saat yang tepat untuk memulai pemberian MP-ASI**

Hal pertama yang harus diperhatikan adalah kesiapan saluran cerna bayi. Salah satu contohnya adalah perkembangan enzim pencernaan bayi yang sudah sempurna. Perkembangan enzim pencernaan biasanya terjadi pada usia 3-4 bulan. Selanjutnya, perkembangan keterampilan oromotor bayi. Kesiapan bayi untuk menerima makanan padat biasanya bervariasi, berkisar antara usia 4-6 bulan.<sup>8</sup>

Hal yang ketiga adalah kebutuhan nutrisi selain dari ASI tidak diperlukan sebelum usia 6 bulan karena ASI masih dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, kecuali bila terbukti adanya gangguan pertumbuhan atau kenaikan berat badan tanpa penyebab yang jelas. Kebutuhan akan variasi makanan dan perubahan tekstur makanan juga merupakan hal yang penting. Sejalan dengan perkembangan oromotornya, dalam 1 tahun pertama bayi perlu dikenalkan dengan berbagai variasi rasa, aroma, tekstur dan konsistensi makanan.<sup>8</sup>

### **MP-ASI harus diberikan Tepat Waktu**

Saat bayi berusia 6 bulan kebutuhan nutrisi tidak lagi terpenuhi oleh ASI, khususnya energi, protein, dan beberapa mikronutrien terutama zat besi (Fe), seng (Zn), dan vitamin A. Sehingga diperlukan asupan nutrisi tambahan, berupa makanan pendamping ASI. Namun, pemberian MP-ASI yang tidak tepat waktu, terlalu dini diberikan (<4 bulan) ataupun terlambat (>7 bulan) dapat mengakibatkan hal-hal yang merugikan.<sup>8</sup>

Tabel 2.1 Efek Pemberian MP-ASI yang Tidak Tepat Waktu

Terlalu dini (<4 bulan)	Terlambat (>7 bulan)
<b>Risiko diare, dehidrasi</b>	Potensial untuk terjadinya gagal tumbuh
<b>Produksi ASI menurun</b>	Defisiensi zat besi
<b>Sensitisasi alergi</b>	Gangguan tumbuh kembang
<b>Gangguan tumbuh kembang</b>	

Sumber: Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Metabolik. IDAI. Cetakan kedua, 2014.<sup>8</sup>

### **Tanda-tanda bayi siap menerima makanan selain ASI kesiapan fisik**

Refleks ekstrusi pada bayi sudah berkurang atau menghilang. Refleks ekstrusi merupakan gerakan primitif atau gerakan *involuntary* pada bayi berupa respon dorongan dari lidah bayi yang muncul jika bibir bayi tersentuh. Secara otomatis lidah bayi akan bergerak maju, tujuannya adalah untuk menolak makanan dalam bentuk padat (Bennett, 2013).<sup>8</sup>

Keterampilan oromotor pada bayi sudah siap. Definisi dari keterampilan oromotor adalah kemampuan untuk menggerakkan otot-otot pada wajah, rahang, kerongkongan, dan tenggorokan. Beberapa contoh keterampilan oromotor pada bayi adalah, bayi mampu menelan makanan yang lebih kental dan padat dari yang hanya mampu menghisap dan menelan makanan yang cair, bayi dapat memindahkan makanan dari bagian depan ke bagian belakang mulut, bayi mampu menahan kepala tetap tegak supaya tidak tersedak, dan bayi mampu menjaga keseimbangan badannya, baik berupa duduk atau dengan sedikit bantuan tangannya untuk meraih benda di dekatnya.<sup>8</sup>

### **Kesiapan psikologis**

Bayi akan memperlihatkan perubahan perilaku saat siap menerima makanan berupa, perubahan dari reflektif ke imitatif, dan bayi menjadi lebih mandiri dan eksploratif. Saat usia bayi mencapai 6 bulan, bayi mampu menunjukkan keinginan untuk makan dengan cara membuka mulutnya, menunjukkan rasa lapar dengan memajukan tubuhnya ke depan atau ke arah makanan dan menunjukkan rasa kenyang dengan menarik tubuh ke belakang atau menjauh dari makanan.<sup>8</sup>

### 2.2.3 Pemberian MP-ASI

Prinsip pemberian MP-ASI pada bayi dengan ASI *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (GSIYCF,2002) adalah pemberian ASI eksklusif, ASI *on demand*, ‘*responsive feeding*’, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pemberian MP-ASI secara bertahap, bervariasi dan kaya vitamin-mineral, dan tambahkan asupan saat anak sakit.<sup>14</sup>

ASI eksklusif harus diberikan sejak lahir sampai usia 6 bulan, Selanjutnya tambahkan MP-ASI mulai usia 6 bulan (180 hari) dan ASI tetap dilanjutkan sebagai ASI *on demand* sampai usia 2 tahun atau lebih. Menerapkan ‘*responsive feeding*’ dengan prinsip asuhan psikososial dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta penanganan makanan yang baik dan tepat.<sup>14</sup>

Pemberian MP-ASI dimulai pada usia 6 bulan dengan jumlah sedikit, bertahap dinaikkan sesuai usia bayi, dan ASI tetap sering diberikan. MP-ASI diberikan secara bertahap dari segi konsistensi dan variasi, ditambah sesuai kebutuhan dan kemampuan bayi. Frekuensi pemberian MP-ASI semakin sering sejalan dengan bertambahnya usia bayi. Variasi MP-ASI harus diperkaya oleh nutrisi agar seluruh kebutuhan nutrisi anak terpenuhi. Selain itu, MP-ASI harus mengandung vitamin-mineral atau berikan preparat vitamin-mineral bila diperlukan.<sup>14</sup>

Jika anak sakit, berikan asupan cairan yang cukup, termasuk lebih sering menyusui, dan berikan makan makanan lunak dan yang disukai. Setelah sembuh, berikan anak makanan lebih sering dan berikan motivasi anak untuk makan lebih banyak.<sup>14</sup>

## 2.2.4 Jenis dan Contoh MP-ASI

Tabel 2.2 Jenis Makanan Pendamping ASI

Umur	Tekstur	Frekuensi	Jumlah rata-rata/kali makan
<b>6-8 bulan</b>	Mulai dengan bubur halus, lembut, cukup kental, dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar	2-3 kali/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2 kali selingan	Mulai dengan 2-3 sendok makan ditingkatkan bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkok (=125 ml) Waktu makan tidak lebih dari 30 menit <sup>16</sup>
<b>9-11 bulan</b>	Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan bisa dipegang atau diambil dengan tangan	3-4 kali/hari, ASI tetap diberikan, tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2 kali selingan	$\frac{1}{2}$ sampai $\frac{3}{4}$ mangkok (=125 – 175 ml) Waktu makan tidak lebih dari 30 menit <sup>16</sup>
<b>12-23 bulan</b>	Makanan keluarga, bila perlu masih dicincang atau disaring kasar	3-4 kali/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makanannya diberikan 1-2 kali selingan	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkok (175 -250 ml) Waktu makan tidak lebih dari 30 menit <sup>16</sup>

Sumber: Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Metabolik. IDAI. Cetakan kedua, 2014.<sup>8</sup>

### 2.2.5 Komposisi Zat Gizi MP-ASI

Nutrisi terdiri atas makronutrien (karbohidrat, protein dan lemak), Mikronutrien (vitamin dan mineral) dan air. Makronutrien merupakan zat utama yang terdapat dalam diet dan berfungsi sebagai sumber energi bagi tubuh yang akan digunakan untuk pertumbuhan, pemeliharaan dan aktivitas. Metabolisme makronutrien akan memproduksi energi dan masing-masing menghasilkan 4 kkal per gram untuk karbohidrat dan protein, dan 9 kkal per gram lemak.<sup>8</sup>

#### a. Makronutrien:

Karbohidrat merupakan penyedia energi terpenting dan memasok 40-80% dari asupan energi total. FAO/WHO (1998) menganjurkan untuk mengonsumsi paling sedikit 55% dari total energi berasal dari berbagai sumber karbohidrat.<sup>8</sup>

Protein merupakan senyawa organik yang terdiri dari rangkaian asam amino yang berikatan dan membentuk senyawa peptida yang dihubungkan dengan ikatan sulfhidril dan ikatan hidrogen. Menurut Peraturan KEMENKES RI Nomor 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi, kebutuhan protein untuk anak usia diatas 6 bulan anak sekitar 18 gram/hari.<sup>8,17</sup>

Lemak merupakan makronutrien yang paling kompleks dibanding makronutrien lainnya, karena mempunyai banyak varian. Komite nutrisi AAP (*American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition*) merekomendasikan bahwa bayi harus mendapat asam linoleat dan linolenat yang merupakan asam lemak esensial, sedikitnya 3% untuk asam linoleat dan 0,3% asam linolenat dari total energi.<sup>8</sup>

#### b. Mikronutrien:

Vitamin adalah senyawa organik yang secara alami terdapat dalam tumbuhan dan hewan. Vitamin juga biasanya ditemukan secara alami pada makanan dalam jumlah yang sangat kecil, dan tidak disintesis oleh tubuh dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis, yaitu vitamin A, vitamin B, vitamin C (Asam Askorbat), vitamin D, vitamin E, vitamin K.<sup>18</sup> Mineral merupakan elemen anorganik yang tidak diproduksi oleh tumbuhan dan hewan dan banyak disimpan di dalam tulang dan jaringan otot. Beberapa contoh mineral adalah kalsium, magnesium, fosfor, zink, zat besi dan kalium. Mikronutrien esensial yang paling penting dipertimbangkan dalam pemberian MP-ASI adalah zat besi.<sup>18</sup>

### 2.2.6 Kebutuhan Zat Gizi Anak

Pengertian kebutuhan zat gizi dalam asuhan nutrisi adalah kebutuhan terhadap masing-masing zat gizi yang perlu dipenuhi yang mencakup 3 macam kebutuhan. Fungsi zat gizi yang pertama adalah untuk memenuhi kebutuhan penggantian (*replacement*) dan kekurangan (depleksi atau defisiensi) dalam tubuh. Fungsi zat gizi yang kedua adalah untuk menjaga kebutuhan (*maintenance*) zat gizi. Fungsi zat gizi yang ketiga adalah untuk memenuhi kebutuhan zat gizi tambahan karena kehilangan (*loss*) dan untuk pemulihan jaringan atau organ yang sedang sakit.<sup>9</sup>

**Kebutuhan kalori/protein = RDA (lihat tabel dibawah ini) untuk umur TB  
(sesuai TB/U) X BB Ideal**

Tabel 2.3 *Recommended Dietary Allowances* untuk Bayi dan Anak

	<b>Umur (tahun)</b>	<b>BB (kg)</b>	<b>TB/PB (cm)</b>	<b>Kalori (kkal/kg)</b>	<b>Protein (g/kg)</b>	<b>Cairan (ml/kg)</b>
Bayi	0,0-0,5	6	60	108	2.2	140-160
	0,5-1,0	9	71	98	1.5	125-145
Anak	1-3	13	90	102	1.23	115-125

Sumber: Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Metabolik. IDAI. Cetakan kedua, 2014.<sup>8</sup>

Tabel 2.4 Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat dan Air

	Kelompok Umur	
	6-12 bulan	13-24 bulan
Energi (kkal)	725	1125
Protein (g)	18	26
Lemak (g) Total	36	44
n-6	4,4	7,0
n-3	0.5	0,7
Karbohidrat (g)	82	155
Serat (g)	10	16
Air (mL)	800	1200

Sumber: PERMENKES RI No.75 Tahun 2013<sup>17</sup>

### 2.3 Status Gizi Anak

Status gizi merupakan keadaan seimbang antara jumlah asupan (*intake*) zat gizi dan jumlah (*requirement*) yang dibutuhkan tubuh untuk menjalani fungsi biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, dan lainnya).<sup>8</sup>

### 2.3.1 Klasifikasi Status Gizi Anak

Tabel 2.5 Klasifikasi Status Gizi Menurut WHO 2006

Z-Score	Indikator Pertumbuhan			
	(PB/U) atau (TB/U)	(BB/U)	BB/TB	BMI/U
<b>Diatas 3</b>	Lihat catatan 1	Lihat	Obesitas	Obesitas
<b>Diatas 2</b>		catatan	Berat Badan	Berat Badan Berlebih
<b>Diatas 1</b>		2	Berlebih	
			Resiko Berat Badan Berlebih (Lihat Catatan 3)	Resiko Berat Badan Berlebih (Lihat Catatan 3)
<b>0 (Median)</b>				
<b>Dibawah -1</b>				
<b>Dibawah -2</b>	Stunting atau Pendek (Lihat catatan 4)	Berat Badan Rendah	Kurus	Kurus
<b>Dibawah -3</b>	<i>Severity Stunted</i> atau Sangat Pendek (Lihat catatan 4)	Berat Badan Sangat Rendah (Lihat catatan 5)	Sangat Kurus	Sangat Kurus

Sumber: WHO 2006<sup>8,19</sup>

Catatan:

1. Anak dikategori ini dikatakan sangat tinggi. Tetapi sangat tinggi bukanlah suatu masalah, kecuali terlalu berlebihan yang akan mengindikasikan adanya kelainan endokrin berupa tumor dari kelenjar penghasil hormon

pertumbuhan. Sebaiknya segera lakukan pemeriksaan jika anak dicurigai memiliki kelainan endokrin.

2. Anak dikategori ini mungkin mengalami masalah pertumbuhan tetapi harus dipastikan lagi dengan BB/TB atau BMI/U
3. Jika pemetaan menunjukkan poin diatas 1, artinya mungkin berisiko. Jika poin menunjukkan angka z-score 2 artinya berisiko.
4. Anak dengan stunting atau severely stunting sangat mungkin menjadi berat badan berlebih.
5. Kategori ini merujuk pada berat badan sangat rendah menurut *Integrated Management of Childhood Illness in-service training* (IMCI. WHO, Geneva, 1997).

### 2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak

Menurut UNICEF (1998), faktor yang berhubungan dengan status gizi, adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Faktor kedua, penyebab tidak langsung yaitu ketersediaan pangan, pola asuhan ibu dan anak, pelayanan kesehatan dan lingkungan. Faktor ketiga yaitu kemiskinan, Pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Faktor keempat, yaitu krisis politik dan ekonomi.<sup>1</sup>

### 2.3.3 Pengukuran Antropometri Status Gizi Anak

Antropometri adalah pengukuran dimensi tubuh manusia dalam hal ini dimensi tulang, otot dan jaringan lemak. Antropometri selain digunakan untuk menentukan status nutrisi anak, dapat pula digunakan untuk memantau tumbuh kembang seorang anak. Pengukuran antropometri umumnya meliputi pengukuran berat badan, panjang atau tinggi badan, dan lingkar kepala (dari lahir sampai 3 tahun). Pengukuran ini dilakukan berulang secara berkala untuk mengkaji pertumbuhan jangka pendek, jangka panjang, dan status nutrisi.<sup>8</sup>

#### **Berat Badan**

Berat badan merupakan penghitungan dari status gizi secara umum yang memerlukan data lain seperti umur, jenis kelamin, dan PB/TB. Berat badan dapat diukur dengan timbangan digital atau timbangan dacin. Berat badan anak sebaiknya diukur dengan baju minimal atau tanpa baju dan tanpa popok pada

bayi. Berat badan dicatat dengan ketelitian sampai 0,01 kg pada bayi dan 0,1 pada anak yang lebih besar.<sup>20,21,22</sup>

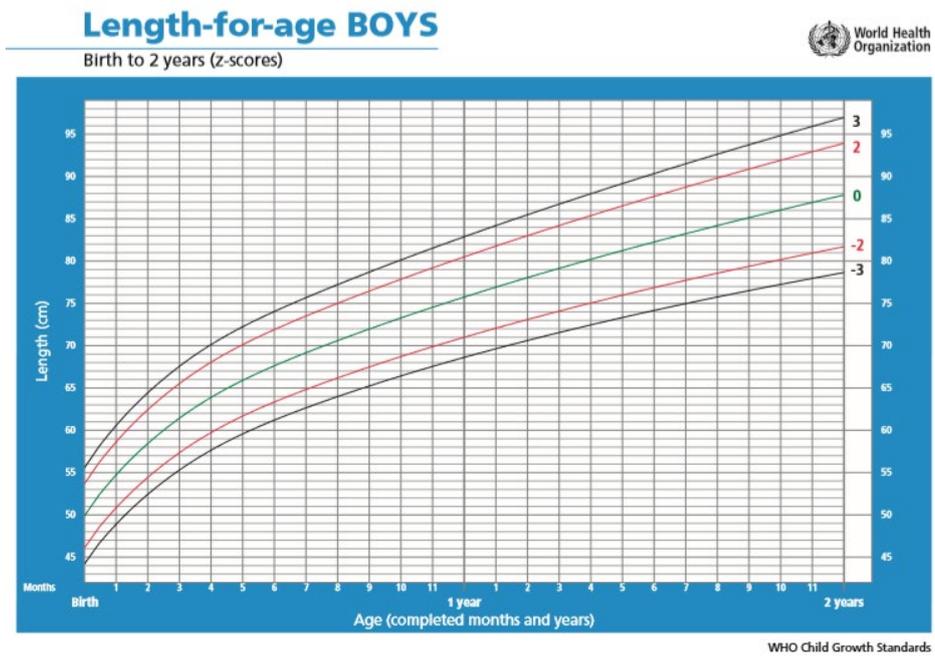
### **Panjang badan atau Tinggi Badan**

Panjang badan atau tinggi badan mencerminkan status nutrisi jangka panjang seorang anak. Panjang badan diukur menggunakan papan pengukur panjang untuk anak dibawah umur 2 tahun atau PB kurang dari 85 cm. pengukuran PB maupun TB dilakukan dengan ketelitian sampai 0,1 cm.<sup>20,21,22</sup>

Anak dengan keterbatasan fisik misalnya kontraktur memerlukan cara pengukuran alternatif. Misalnya menggunakan rentang lengan (*arm span*), Panjang lengan atas (*upper arm length*), dan Panjang tungkai bawah (*knee height*). Pengukuran ini menggunakan *caliper* geser (*sliding caliper*) pada bayi dan antropometer besar pada anak.<sup>8</sup>

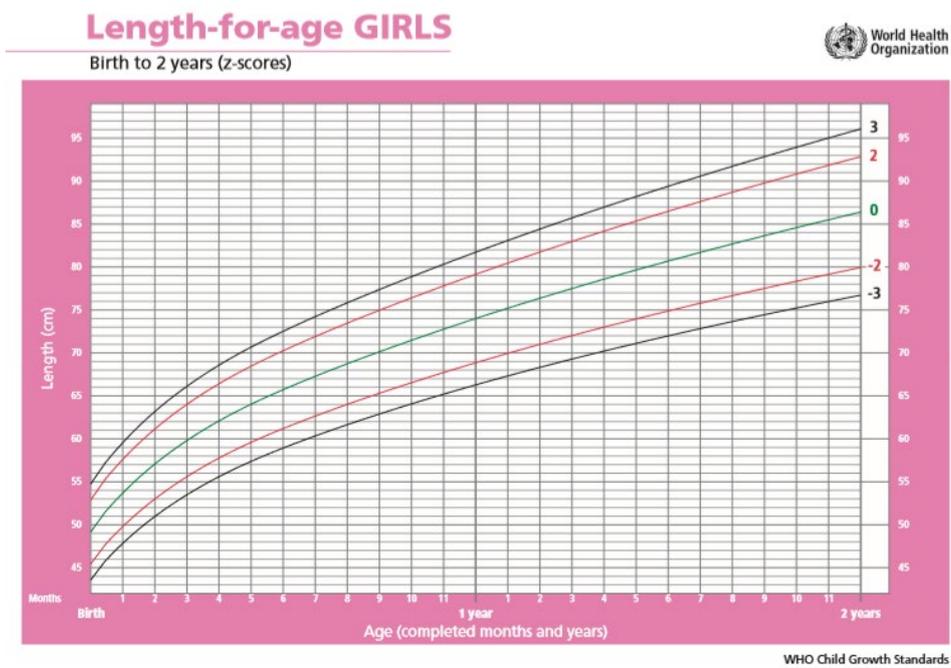
Pengukuran panjang badan bayi dilakukan oleh dua orang pengukur. Pengukur pertama memosisikan bayi agar lurus di papan pengukur sehingga kepala bayi menyentuh papan penahan kepala dalam posisi bidang datar. Pengukur kedua menahan agar lutut dan tumit bayi menempel dengan papan penahan kaki.<sup>8</sup>

Gambar 2.1 Grafik pertumbuhan WHO tahun 2006 bayi laki-laki



Sumber: WHO Tahun 2006<sup>23</sup>

Gambar 2.2 Grafik pertumbuhan WHO tahun 2006 bayi perempuan

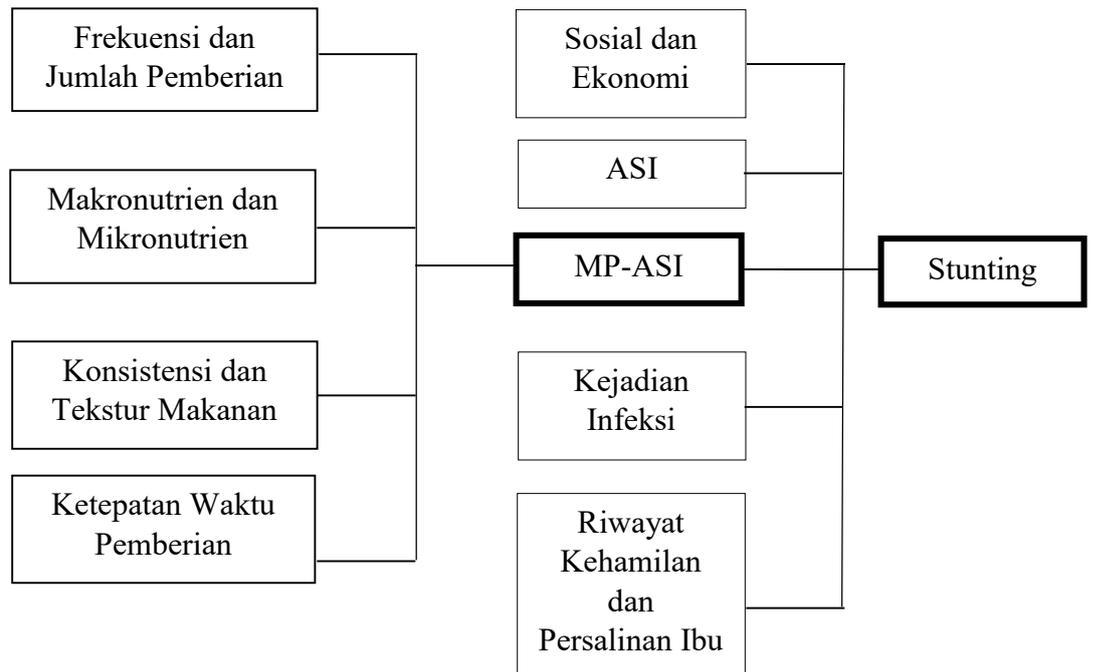


Sumber: WHO Tahun 2006<sup>23</sup>

### **Lingkar Kepala**

Pengukuran rutin LK (lingkar frontal dan oksipital) merupakan komponen dari pengkajian nutrisi anak sampai umur 3 tahun dan dikerjakan terutama pada anak yang mempunyai risiko tinggi gangguan status gizi. Pengukuran menggunakan pita pengukur fleksibel yang tidak dapat diregangkan. Panjang lingkar diambil dari lingkar maksimum dari kepala, yaitu diatas tonjolan supraorbital dan melingkari oksipital. Pengukuran dicatat dengan ketelitian 0,1 cm.<sup>21,22</sup>

## 2.4 Kerangka Teori



## 2.5 Kerangka Konsep



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik *cross sectional*.

#### 3.2 Tempat dan Waktu

Waktu : Maret - April 2019

Tempat : Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat

#### 3.3 Populasi dan Sampel

##### 3.3.1. Populasi target

Anak usia 6-24 bulan yang berdomisili di daerah Kota Jakarta Barat.

##### 3.3.2. Populasi terjangkau

Anak usia 6-24 bulan yang datang ke Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat.

##### 3.3.3. Sampel Penelitian

Anak usia 6-24 bulan yang mendapat MP-ASI dan mengalami stunting di puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat. Sampel diambil dengan teknik *consecutive non random sampling*.

#### 3.4. Perkiraan Besar Sampel

Untuk menghitung besar sampel digunakan rumus sebagai berikut<sup>24</sup>

$$n_1 = n_2 = \frac{\left[ Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{(P_1Q_1) + (P_2Q_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$Z_\alpha$  = karena  $\alpha = 0,05$  sehingga  $Z_\alpha = 1,96$

$Z_\beta$  = karena  $\beta = 0,20$  sehingga  $Z_\beta = 0,842$

$P_1$  = 0,29 (proporsi stunting indonesia)<sup>5</sup>

$(P_1 - P_2)$  = 0,20 (asumsi proporsi yang dianggap bermakna secara klinis)

$P_2$  =  $P_1 - (P_1 - P_2) = 0,29 - 0,20 = 0,09$

$Q$  =  $(1 - P) = 0,81$

$$P = \frac{1}{2}(P1 + P2) = 0,19$$

$$Q1 = (1-P1) = 0,71$$

$$Q2 = (1-P2) = 0,91$$

$$n_1 = n_2 = \frac{\left[1,96\sqrt{2 \cdot 0,19 \cdot 0,81} + 0,84\sqrt{(0,29 \cdot 0,71) + (0,09 \cdot 0,91)}\right]^2}{(0,20)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{[1,96 \cdot 0,55 + 0,84 \cdot 0,53]^2}{(0,20)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{[1,07 + 0,45]^2}{(0,20)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{[1,52]^2}{(0,20)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 57,76$$

$$n_1 = n_2 = 58$$

$$n_1 = n_2 = (58 \times 2) \times 10\%$$

$$n_1 = n_2 = 127$$

Sehingga pada penelitian ini diperlukan total sampel sebesar 127 orang.

### 3.5 Kriteria Inklusi

#### 3.5.1 Kriteria Inklusi

1. Anak usia 6-24 bulan.
2. Ibu dari anak yang bersedia dan menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian.

### 3.6 Cara Kerja Penelitian

#### 3.6.1 Metode Wawancara

Responden akan diwawancara mengenai identitas subjek dan data mengenai pola pemberian MP-ASI untuk melengkapi kuesioner penelitian.

### 3.6.2 Metode Kuesioner

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner untuk mendapatkan identitas subjek, data, pola pemberian MP-ASI dan pengukuran antropometri yang dibutuhkan dalam penelitian.

## 3.7 Variabel Penelitian

### 3.7.1 Variabel Bebas

Pola pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI)

### 3.7.2 Variabel Terikat

Stunting

### 3.7.3 Variabel Perancu

ASI eksklusif, kejadian infeksi, riwayat kehamilan dan persalinan ibu, kondisi sosial dan ekonomi

## 3.8 Definisi Operasional

### 3.8.1 *Stunting*

**Definisi** : Stunting adalah hasil pengukuran (TB/U) atau (PB/U) anak yang termasuk dalam kategori pendek atau sangat pendek menurut grafik WHO tahun 2006 dan merupakan masalah gizi kronis.

**Alat Ukur** : *Infantometer* atau *standiometer* dan kurva pertumbuhan (TB/U) WHO tahun 2006

**Cara Ukur** : Pengukuran Antropometri TB/U atau PB/U dengan *infantometer* atau *standiometer* didapatkan dalam satuan sentimeter (cm), selanjutnya data tersebut dinyatakan ke dalam grafik dengan menghubungkan garis horizontal (umur) dan garis vertikal (PB/U atau TB/U) sehingga mendapatkan titik temu. Lalu dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu, normal, sangat pendek dan pendek

**Hasil Ukur** : - Kategori Sangat Pendek (PB/U <-3SD)

- Kategori Pendek (PB/U  $\geq$ -3SD s/d <-2SD)

- Kategori PB Normal (PB/U >2SD s/d <-1SD)

Skala Ukur : Ordinal

### 3.8.2 Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Definisi : MP-ASI adalah makanan atau minuman selain ASI yang mengandung nutrisi yang diberikan kepada bayi selama periode pemberian makanan peralihan (*complementary feeding*) (WHO)

Alat Ukur : Prinsip pemberian MP-ASI pada bayi (GSIYCF,2002)

Cara Ukur : Wawancara dan Kuesioner

Hasil Ukur : Pola Pemberian MP-ASI yang adekuat dan tidak adekuat berdasarkan 7 aspek, yaitu tepat waktu saat anak usia 6 bulan, pemberian frekuensi, porsi jenis, dan tekstur MP-ASI yang sesuai dengan usia anak, prinsip pemberian MP-ASI secara *responsive feeding*, dan pemberian MP-ASI yang aman dan bersih

Skala Ukur : Kategorik

### 3.8.3 Usia

Definisi : Selisih dari tanggal pengambilan data dengan tanggal lahir responden

Alat Ukur : -

Cara Ukur : tanggal pengambilan data dikurangi dengan tanggal lahir responden

Hasil Ukur : dalam bulan

Skala Ukur : Numerik

## 3.9 Instrumen Penelitian

### 3.9.1 Kuesioner

a. Kuesioner 1 : *Informed Consent*

b. Kuesioner 2: Karakteristik responden dan pengukuran antropometri (nama lengkap, tanggal lahir, usia, tempat tinggal, nomor telepon, BB, TB, pola pemberian MP-ASI, keadaan sosial ekonomi, ASI Eksklusif, kejadian infeksi).

### 3.9.2 Peralatan

- Grafik WHO tahun 2006
- *Infantometer* atau *standiometer*

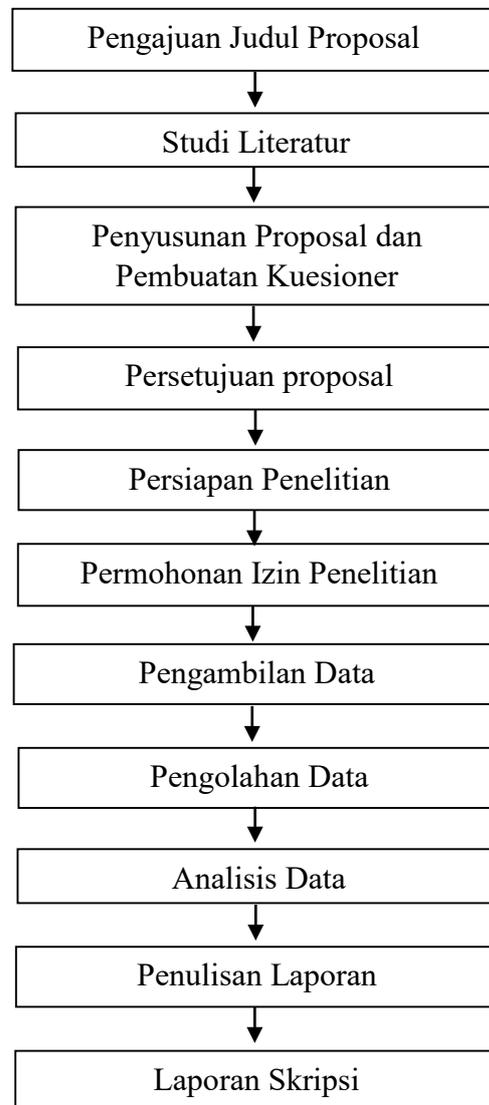
### 3.10 Pengumpulan Data

Data primer diperoleh dengan pengisian kuesioner dan pengukuran antropometri di lokasi penelitian sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

### 3.11 Analisis Data

Data akan dianalisis menggunakan program komputer berupa *software* statistika dan ditampilkan dalam bentuk narasi, tabel dan grafik.

### 3.12 Alur Penelitian



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1 Karakteristik Responden

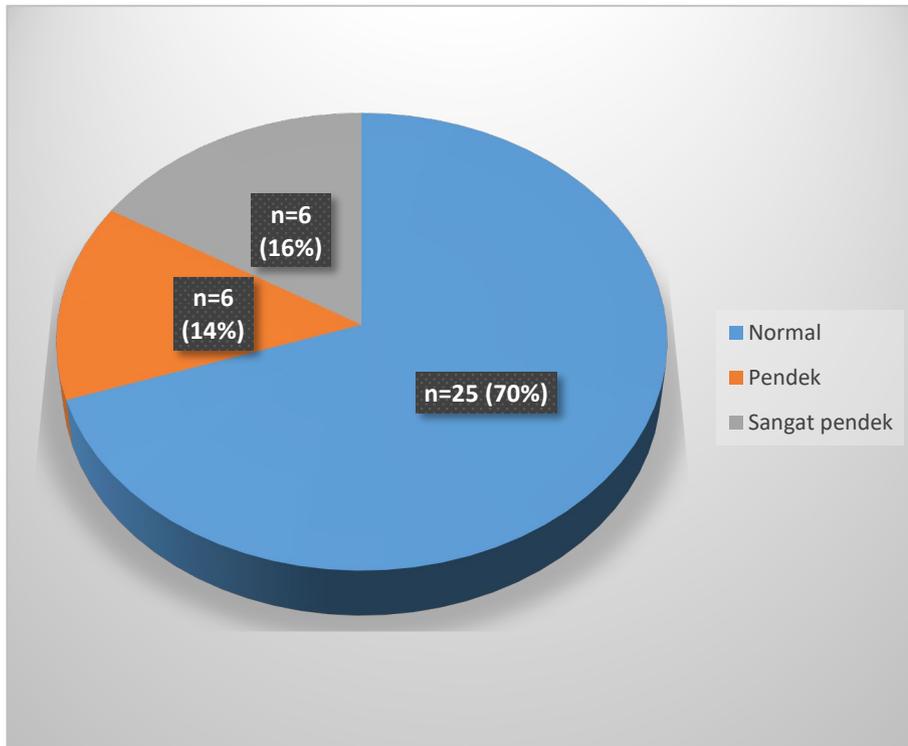
Pada penelitian ini didapatkan responden sebanyak 81 dengan rata-rata usia 13 bulan dan SD  $\pm 4,83$ , dimana sebanyak 53,1% berusia 6-12 bulan. Dari semua responden yang didapatkan, sebanyak 55,6% berjenis kelamin laki-laki. Aspek sosioekonomi, sebanyak 59,3% responden memiliki penghasilan dibawah UMP. Kejadian infeksi dialami 1x/bulan oleh 12,3% responden dan sebanyak 1,2% responden mengalami kejadian infeksi berulang sebanyak 2x/bulan. Sebanyak 75,3% responden memiliki usia gestasi yang sesuai dengan umur kehamilan (aterm). Seluruh responden, terdapat 70,4% tidak mengalami masalah kesehatan sewaktu kehamilan dan 90,1% bayi baru lahir tidak mengalami masalah kesehatan. Selama masa kehamilan, 96,3% ibu hamil melakukan pemeriksaan ANC lebih dari 4x dan 53,1% melakukan PNC sebanyak 2x. Bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif sebanyak 74,1%, sementara 25,9% bayi tidak mendapat ASI Eksklusif.

Tabel 4.1. Karakteristik subjek penelitian

		Normal		Stunting		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
Usia anak	6-12 bulan	30	37,0	13	16,0	43	53,0
	13-24 bulan	25	30,9	13	16,0	38	46,9
Jenis kelamin anak	Laki-laki	26	32,1	19	23,5	45	55,6
	Perempuan	29	35,8	7	8,6	36	44,4
Penghasilan keluarga/bulan	>UMP DKI	25	30,9	7	8,6	32	39,5
	<UMP DKI	30	37	19	23,5	48	60,5
Keluhan infeksi berulang	1x/bulan	8	9,9	2	2,5	10	12,3
	2x/bulan	1	1,2	0	0	1	1,2
Usia gestasi saat lahir	Preterm	8	9,9	10	12,3	18	22,2
	Aterm	45	55,6	16	19,8	61	75,3
	Post term	2	2,5	0	0	2	2,5
Masalah kesehatan saat lahir	Ada	7	8,6	1	1,2	8	9,9
	Tidak ada	48	59,3	25	30,9	73	90,1
Masalah kesehatan ibu hamil	Ada	18	22,2	6	7,4	24	29,6
	Tidak ada	37	45,7	20	24,7	57	70,4
Frekuensi ANC	<4x	3	3,7	0	0	3	3,7
	>4x	52	64,2	26	32,1	78	96,3
Frekuensi PNC	1x	25	30,9	13	16	38	46,9
	2x	30	37	13	16	43	53,1
Pemberian ASI	ASI eksklusif	40	49,4	20	24,7	60	74,1
	ASI non-eksklusif	15	18,5	6	7,4	21	25,9

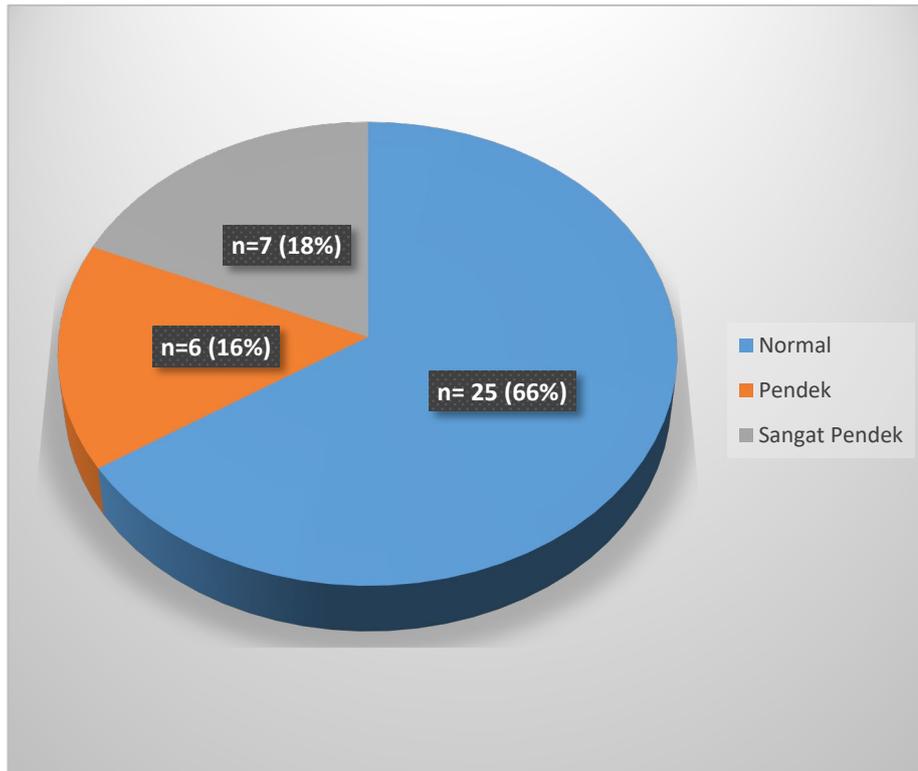
#### 4.2 Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan

Hasil penelitian dibawah ini menunjukkan bayi pada kisaran usia 6-12 bulan memiliki status gizi yang normal sebanyak 70%. Sedangkan untuk kategori sangat pendek didapatkan data sebanyak 16% dan kategori pendek sebanyak 14%.



Gambar 4.1 Prevalensi stunting bayi 6-12 bulan

Hasil penelitian dibawah ini menunjukkan bayi pada kisaran usia 13-24 bulan memiliki status gizi yang normal sebanyak 66%. Sedangkan untuk kategori sangat pendek didapatkan data sebanyak 18% dan kategori pendek sebanyak 16%.



Gambar 4.2 Prevalensi stunting bayi 13-24 bulan

Sehingga hasil dari penelitian menunjukkan, prevalensi bayi dengan status gizi normal pada usia 6-24 bulan adalah 68%. Sedangkan yang termasuk dalam kategori pendek 15%, dan kategori sangat pendek 17%.

### 4.3. Pola Pemberian MPASI

Berdasarkan penelitian 98,8% anak yang berusia 6 bulan sudah mendapat MP-ASI, namun masih terdapat 1 anak berusia 6 bulan yang belum mendapatkan MP-ASI. Sebanyak 71,7% anak mendapatkan MP-ASI untuk pertama kalinya saat ia berusia 6 bulan dan 42% anak diberikan buah lumat untuk MP-ASI pertamanya. Pemberian jenis sumber zat gizi dalam MP-ASI yang dinilai sudah baik yaitu karbohidrat 90,1%, sementara untuk pemberian zat gizi lain seperti protein hewani 77,8%, protein nabati 56,8%, lemak 50,6%, dan vitamin 65,4% dinilai belum adekuat. Pemberian makanan selingan berupa biskuit sebanyak 46,9%. Pemberian MP-ASI menggunakan sendok 71,6% dan kebersihan peralatan makan yang dengan dicuci dengan air dan sabun sebanyak 90,1%. Sebanyak 56,8% responden menggunakan air isi ulang untuk kebutuhan air minum sehari-hari.

Tabel 4.2 Pola pemberian MP-ASI

		MP-ASI Adekuat		MP-ASI tidak Adekuat		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
Responden usia $\geq 6$ bulan yang sudah mendapat MP-ASI		65	80,2	15	18,6	80	98,8
Usia	< 6 bulan	10	12,3	5	6,2	15	18,5
Pertama Mendapat MP-ASI	6 bulan	49	60,6	9	11,1	59	71,7
	> 6 bulan	6	7,4	1	1,2	7	8,6
Jenis MP-ASI Pertama Kali	Buah lumat	28	34,6	6	7,4	34	42
	Bubur susu	22	27,0	8	10,0	30	37
	Bubur saring	15	18,5	2	2,5	17	21
Bahan yang dipakai untuk MPASI	Sumber karbohidrat: beras, kentang	60	74,1	13	16	73	90,1
	Sumber protein hewani: daging	56	69,1	7	8,6	63	77,8
	Sumber protein nabati: tempe, tahu	41	50,6	5	6,2	46	56,8
	Sumber lemak: daging, telur	39	48,1	2	2,5	41	50,6
	Sumber vitamin: sayur, buah	44	54,3	9	11,1	53	65,4
Makanan selingan	Biskuit	27	7,4	11	13,6	38	46,9
	Susu formula	21	55,6	1	1,2	22	27,2
	Susu UHT	8	9,9	0	0	8	9,9
	Lain-Lain	6	7,4	2	2,5	8	9,9
Cara pemberian MPASI	Disuapi dengan sendok	45	55,6	13	16	58	71,6
	Disuapi dengan tangan	6	7,4	0	0	6	7,4
	Anak makan sendiri	13	16	2	2,5	15	18,5
Kebiasaan mencuci tangan dan alat makan	Dengan air + sabun	57	70,3	16	19,7	73	90,1
	Dengan air saja	8	9,9	0	0	8	9,9
	Kadang-kadang lupa	0	0	0	0	0	0
	Tidak mencuci	0	0	0	0	0	0
Sumber air minum	Sumur galian	7	8,6	1	1,2	8	9,9
	PDAM	21	25,9	6	7,4	37	46,9
	Air isi ulang	37	45,7	9	11,1	46	56,8

Penilaian pola pemberian MP-ASI berdasarkan usia dibawah ini dilihat dari variasi jenis makanan, frekuensi pemberian makan per hari dan porsi yang dihabiskan. Pada usia 6-8 bulan, sebanyak 20% anak mendapatkan MP-ASI yang sesuai dari segi jenis makanan, porsi, dan frekuensi pemberian makan. Sedangkan 25% anak berusia 9-11 bulan mendapatkan MP-ASI yang sesuai dari ketiga aspek tersebut. Saat anak berusia 12-24 bulan, sebanyak 55% sudah mendapatkan MP-ASI yang adekuat dinilai dari segi jenis makanan, porsi, dan frekuensi pemberian makan. Sehingga berdasarkan hasil penelitian, persentase pemberian MP-ASI adekuat yang dinilai dari jenis, frekuensi dan porsi pada usia 6-11 bulan lebih kecil daripada usia 12-24 bulan.

Hasil penelitian dibawah ini menunjukkan 72,9% anak mendapatkan MP-ASI tepat waktu pada usia 6 bulan. 77,8% anak mendapatkan frekuensi makanan sesuai usia, 43,2% anak mendapatkan porsi makanan sesuai usia, dan 74% anak mendapatkan makanan dengan tekstur sesuai dengan penambahan usia. Sebanyak 76,5% anak mendapatkan variasi jenis makanan yang adekuat dan 74% diberikan secara *responsive feeding*. Didapatkan 64,2% anak dengan pemberian MP-ASI yang aman dan bersih. Berdasarkan presentase hasil penelitian, pemberian MP-ASI yang sudah memenuhi kriteria adekuat yaitu, *responsive feeding* dan variasi MP-ASI. Sedangkan dilihat dari segi porsi pemberian MP-ASI masih dinilai belum adekuat. Berdasarkan 7 aspek penilaian dibawah ini, 80,2% anak sudah mendapatkan praktik pemberian MP-ASI yang adekuat.

Tabel 4.3 Penilaian MP-ASI yang adekuat

	MP-ASI Adekuat		MP-ASI tidak Adekuat		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Tepat waktu (6 bulan)	49	60,6	10	12,3	59	72,9
Frekuensi	50	61,8	13	16,0	63	77,8
Jumlah	29	35,8	6	7,4	35	43,2
Tekstur	47	58,0	13	16,0	60	74,0
Variasi	56	69,1	6	7,4	62	76,5
Responsif	52	64,2	8	9,8	60	74,0
Aman & bersih	39	48,2	13	16,0	52	64,2
Praktik pemberian MPASI adekuat	65	80,2	16	19,8	81	100

#### 4.4. Hubungan Pemberian MPASI dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan

Pada hasil penelitian ditemukan adanya perbedaan kejadian stunting pada usia 6-24 bulan berdasarkan pola pemberian MP-ASI yang adekuat maupun tidak adekuat dimana dari 16 anak dengan pola pemberian MP-ASI yang tidak adekuat, 6 diantaranya mengalami stunting. Sedangkan 64 anak dengan pola pemberian MP-ASI yang adekuat, 20 diantaranya mengalami stunting. Berdasarkan hasil uji statistik dapat dibuktikan bahwa, tidak adanya hubungan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting dengan nilai *p-value* 0,766. Berdasarkan hasil perhitungan secara epidemiologis didapatkan nilai *Prevalence risk* (PR) sebesar 1,2. Artinya, anak dengan pola pemberian MP-ASI tidak adekuat memiliki resiko 1,2x lebih tinggi untuk mengalami kejadian stunting dibandingkan dengan anak yang mendapat MP-ASI secara adekuat.

Tabel 4.4 Hubungan pemberian MPASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan

	Stunting	Normal	Jumlah
MP-ASI tidak adekuat	6 (7,4%)	10 (12,3%)	16 (19,8%)
MP-ASI adekuat	20 (24,7%)	44 (55,6%)	64 (80,2%)
Jumlah	26 (32,1%)	54 (67,9%)	80 (100%)
Nilai p	0,766		
PR	1,2		

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Karakteristik Responden**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat pada bulan Maret-April tahun 2019 dengan jumlah responden sebanyak 81. Pada tabel 4.1, 53% responden berusia 6-12 bulan, 46,9% berusia 13-24 bulan. Responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 55,6%, dan perempuan sebanyak 44,4%. Penelitian yang dilakukan oleh Agus H A, dkk tahun 2010 di Puskesmas Meuraxa kota Banda Aceh juga didominasi oleh responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 52,6%.<sup>1</sup>

Berdasarkan aspek sosioekonomi, sebanyak 59,3% responden memiliki penghasilan diatas UMP, senilai Rp. 3.940.972, 39,5% memiliki penghasilan diatas UMP, dan 1,2% responden memiliki penghasilan setara dengan UMP tahun 2019. Pada penelitian yang dilakukan oleh Agus H A, dkk tahun 2010 di kota Banda Aceh menyatakan bahwa kejadian stunting pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah. Nilai OR 3,1 (CI 95%; 1,2 – 7,8), artinya anak balita yang mengalami stunting risikonya 3 kali lebih besar disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpendapatan tinggi. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa, pendapatan keluarga mempengaruhi prevalensi kejadian stunting.<sup>1</sup>

Kejadian infeksi yang berulang setiap 1x/bulan dialami oleh 12,3% responden, sementara 1,2% responden mengalami infeksi berulang sebanyak 2x/bulan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Wanda L, dkk dengan total subjek sebanyak 110 anak di Kota Subulussalam Provinsi Aceh tahun 2014, anak yang menderita diare dalam 2 bulan terakhir memiliki risiko stunting sebesar 5,04 kali.<sup>25</sup>

Berdasarkan usia gestasi saat lahir, 75,3% responden aterm atau sesuai dengan usia kehamilan selama 37-42 minggu, 22,2% responden preterm, dan 2,5% responden post term. Pada penelitian yang dilakukan oleh Friska M dengan 24 responden di Kabupaten Kendal pada tahun 2014 mengatakan bahwa, usia kehamilan merupakan faktor risiko stunting. Pada bayi prematur,

dapat terjadi gangguan pertumbuhan linear dikarenakan bayi lahir tidak tepat waktu. Namun, pada bayi yang lahir tepat waktu yang kekurangan asupan zat gizi juga bisa mengalami *growth faltering* di kemudian hari. Terdapat 90,1% responden tidak memiliki masalah kesehatan saat lahir, dan 9,9% responden mempunyai masalah kesehatan saat lahir. Sedangkan 70,4% responden tidak memiliki masalah kesehatan saat ibu hamil, dan 29,6 responden memiliki masalah kesehatan saat ibu hamil.<sup>26</sup>

Frekuensi ANC selama 9 bulan normalnya dilakukan setiap bulan, pada penelitian ini 96,3% responden melakukan ANC lebih dari 4x, dan 3,7% responden melakukan ANC kurang dari 4x. Penelitian yang dilakukan di Sidama, South Ethiopia tahun 2013 menyatakan bahwa frekuensi ANC saat kehamilan merupakan parameter penting dalam pemberian MP-ASI pada anak. Sewaktu ANC, ibu mendapatkan informasi mengenai pemberian MP-ASI yang akan diberikan kepada anaknya dikemudian hari. Pada ibu yang tidak melakukan kontrol ANC secara rutin, tidak mendapatkan informasi mengenai jenis zat gizi dan MP-ASI akan mempengaruhi praktek pemberian makan saat usia 6 bulan, sehingga akan berdampak pada pertumbuhan anak.<sup>27</sup>

Sebanyak 38% anak yang stunting melakukan kontrol pasca persalinan 1x, dan sebanyak 30,9% anak yang normal melakukan kontrol pasca persalinan 1x. Terdapat 43% responden dalam kategori stunting yang melakukan kontrol pasca persalinan 2x dan sebanyak 37% responden yang status gizinya normal melakukan kontrol pasca persalinan sebanyak 2x. Menurut Riskesdas 2018, ibu di Indonesia melakukan kunjungan awal pasca persalinan (6-28 jam) sebanyak 84,1%.<sup>5</sup>

Pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan sebanyak 74,1 responden dan 25,9% responden tidak memberikan ASI Eksklusif. Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia menurut PSG tahun 2017 sebesar 35,7% dan di Jakarta sebesar 46,6%.<sup>6</sup> Selain itu, pada penelitian tersebut juga disebutkan bahwa anak balita di Kota Banda Aceh yang mengalami stunting resikonya 5 kali lebih besar terhadap anak balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif.<sup>1</sup>

## **5.2 Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan**

Parameter yang digunakan untuk penilaian stunting pada penelitian ini adalah grafik pertumbuhan WHO tahun 2006 berdasarkan kategori tinggi badan menurut usia (TB/U) sesuai dengan jenis kelamin dan usia anak. Pada penelitian ini 68% status gizi anak usia 6-24 bulan adalah normal sesuai kategori TB/U, sedangkan untuk kategori stunting sebanyak 32%. Prevalensi stunting anak usia 0-59 bulan di Indonesia pada tahun 2017 menurut PSG sebesar 49,7%, sementara untuk DKI Jakarta adalah 22,7%.<sup>6</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Fahrini Y, di kota Yogyakarta tahun 2013 dengan total responden sebanyak 121 mendapatkan 80,2% anak usia 13-24 bulan mengalami stunting. Setelah dilakukan analisis multivariat, terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian stunting yaitu, usia anak, tinggi badan ibu dan berat badan lahir.<sup>28</sup>

## **5.3 Pola Pemberian MPASI**

Pada tabel 4.3 didapatkan hasil penilaian pola pemberian MP-ASI berdasarkan usia anak dari variasi jenis makanan, frekuensi pemberian makan per hari dan porsi yang dihabiskan. Pada usia 6-8 bulan, sebanyak 11,3% responden yang mendapatkan jenis MP-ASI yang sesuai usia dan adekuat, dan 8,8% responden mendapatkan MP-ASI tidak adekuat dan tidak sesuai usia. Seluruh responden (20%) yang berusia 6-8 bulan mendapatkan MP-ASI yang adekuat berdasarkan frekuensi sesuai dengan usia. Sedangkan hanya 10% responden yang mendapatkan porsi MP-ASI dari total 20% responden yang berusia 6-8 bulan.

Pada usia 9-11 bulan, terdapat 18,8% responden yang mendapat MP-ASI yang adekuat sesuai usia berdasarkan pada jenis makanan, dan 6,3% responden yang tidak mendapatkan MP-ASI sesuai usia dan tidak adekuat. Sebanyak 17,5% responden mengonsumsi MP-ASI dengan frekuensi sesuai usia dan adekuat, dan 7,5% responden yang mengonsumsi MP-ASI secara tidak adekuat dan tidak sesuai dengan frekuensi pada usianya. Porsi makanan per hari anak 9-11 bulan yang sudah adekuat dan sesuai usia sebanyak 13,8%, dan 11,3% anak tidak mendapatkan MP-ASI yang adekuat sesuai usia.

Saat usia anak mencapai 12-24 bulan, 45% responden mendapatkan MP-ASI yang adekuat sesuai dengan jenis makanan seusianya, dan 10% responden

tidak mendapatkan MP-ASI yang adekuat dari segi jenis makanan sesuai usiannya. Dilihat dari pemberian frekuensi makanan anak per hari, sebanyak 41,3% responden sudah mendapatkan MP-ASI yang adekuat dan 13,8% anak tidak mendapatkan MP-ASI adekuat. Sedangkan 35% anak tidak mendapatkan porsi makanan yang sesuai dengan usianya dan 20% anak mendapatkan MP-ASI yang adekuat sesuai dengan porsi anak seusianya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan buku “Rekomendasi Praktik Pemberian Makan Berbasis Bukti pada Bayi dan Batita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi” dari IDAI yang menyatakan bahwa penyebab dari permasalahan status gizi anak Indonesia dikarenakan porsi makanan yang tidak adekuat atau disebut juga *small eater*. Hanya kurang 20% ibu di Indonesia yang sudah memberikan porsi MP-ASI yang sesuai dengan usia anak, hal ini sejalan dengan hasil dalam penelitian ini.<sup>29</sup>

Hasil penelitian menunjukkan 60,6% anak mendapatkan MP-ASI tepat waktu pada usia 6 bulan secara adekuat, dan 12,3% tidak mendapatkan MP-ASI adekuat. 61,8% anak mendapatkan frekuensi MP-ASI yang adekuat dan 16% anak tidak mendapatkan frekuensi yang adekuat. Sebanyak 35,8% anak, mendapat MP-ASI yang adekuat sesuai dengan jumlah makanan sesuai usia dan 7,4% anak tidak mendapatkan MP-ASI yang adekuat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dwi P K dkk di Kecamatan Sedayu, Kota Bantul, Yogyakarta pada tahun 2016 dengan total responden sebanyak 190, anak yang mendapatkan MP-ASI tidak tepat waktu memiliki resiko 2,8 kali mengalami kejadian stunting. Karena saat anak berusia 6 bulan, ASI sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan energi, protein, zat besi, vitamin D, seng, dan vitamin A sehingga diperlukan Makanan Pendamping ASI yang dapat melengkapi kekurangan zat gizi makronutrien dan mikronutrien.<sup>30</sup>

Sebanyak 58% anak mendapatkan tekstur MP-ASI yang adekuat dan 16% anak tidak mendapatkan tekstur MP-ASI yang adekuat. Hasil penelitian ini sesuai dengan buku Pedoman Gizi Seimbang (2014) yang menyatakan bahwa jenis MPASI yang diberikan pertama sebaiknya adalah makanan lumat berbahan dasar bubur. Pada penelitian ini didapatkan hasil 74% anak mendapatkan pemberian MP-ASI dengan tekstur yang sesuai pada usia 6-12 bulan.<sup>31</sup> Pemberian variasi

MP-ASI yang adekuat sebanyak 69,1% dan 7,4% responden tidak mendapatkan variasi MP-ASI yang adekuat. Semakin bertambahnya usia anak semakin bertambah energi dan mikronutrien yang dibutuhkan dari MP-ASI, sehingga pemberian jenis MP-ASI yang bervariasi perlu diperhatikan.<sup>29</sup>

Pemberian MP-ASI yang adekuat secara *responsive feeding* sebanyak 64,2% dan 9,8% responden tidak mendapatkan MP-ASI yang adekuat secara *responsive feeding*. Penelitian yang dilakukan oleh Risna G S dkk, di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo, Semarang pada tahun 2019 dengan total responden sebanyak 64, menyatakan terdapat hubungan *responsive feeding* dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan dengan ( $p=0,003$ ) dan ( $OR=5,6$ ), yang berarti ibu yang tidak memberikan MP-ASI secara *responsive feeding* memiliki resiko 5,6 kali lebih besar anaknya menderita *stunting* dibandingkan dengan ibu yang menerapkan pemberian MP-ASI secara *responsive feeding*.<sup>31</sup>

Sebanyak 48,2% responden mendapatkan MP-ASI adekuat yang aman dan bersih, sedangkan 16% responden tidak mendapatkan MP-ASI adekuat yang aman dan bersih. Menurut MCA Indonesia, faktor sanitasi dan kebersihan lingkungan berpengaruh pula untuk kesehatan ibu hamil dan tumbuh kembang anak, karena anak usia di bawah dua tahun rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit.<sup>2</sup> Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian ini yang membahas tentang keamanan dan kebersihan pemberian MP-ASI, yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan pertumbuhan anak karena dapat mempengaruhi kejadian infeksi. Sehingga, didapatkan data sebanyak 80,2% responden yang mendapatkan MP-ASI secara adekuat di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat dinilai dari aspek penting dalam pemberian MP-ASI yang direkomendasikan oleh *WHO Global Strategy for Feeding Infant and Young Children* pada tahun 2003.<sup>29</sup>

#### **5.4 Hubungan Pemberian MPASI dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan**

Pada penelitian yang dilakukan pada 81 orang responden, terdapat 7,4% anak yang mengalami *stunting* dari 19,8% anak dengan pola pemberian MP-ASI yang tidak adekuat. Sebanyak 24,7% anak mengalami *stunting* dari 80,2% anak dengan pola pemberian MP-ASI yang adekuat. Terdapat 32,1% anak mengalami *stunting*

dan 67,9% anak memiliki status gizi (TB/U) normal dalam penelitian ini. Namun terdapat 1 responden yang belum mendapat MP-ASI pada usia 6 bulan, sehingga responden tersebut tidak termasuk dalam hasil perhitungan di atas.

Berdasarkan hasil uji statistik, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting dengan nilai *p-value* 0,766. Sedangkan secara epidemiologis, nilai *Prevalence Risk (PR)* adalah 1,2. Sehingga dapat diartikan bahwa, anak dengan pola pemberian MP-ASI yang tidak adekuat memiliki risiko 1,2x lebih besar untuk mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI adekuat.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting dengan nilai *p-value* 0,766. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi P K dkk, di Kecamatan Sedayu Kota Bantul tahun 2016 dengan total responden 190 anak, didapatkan nilai  $p= 0.005$  artinya terdapat hubungan antara waktu pemberian MP-ASI terhadap kejadian stunting.<sup>31</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Agus H A, dkk tahun 2010 di Kota Banda Aceh dengan jumlah responden sebanyak 44 mendapatkan nilai  $p= 0,006$ , yang menyatakan adanya hubungan antara MP-ASI dengan kejadian stunting, hasil dari penelitian di Kota Banda Aceh juga tidak sejalan dengan penelitian ini.<sup>1</sup>

Perbedaan hasil penelitian, dikarenakan perbedaan variabel penelitian yang digunakan untuk penilaian faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* dan juga perbedaan kesejahteraan masyarakat antara Kota Banda Aceh maupun Kota Bantul dengan DKI Jakarta, perbedaan kultural dalam hubungan masyarakat, dan perbedaan penghasilan yang diperoleh perbulan.

Namun hasil penelitian sejalan dengan penelitian Fahrini Y, di Kota Yogyakarta tahun 2013 dengan total responden sebanyak 121 dengan analisis multivariat yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur pemberian makanan pendamping ASI pertama kali dan asupan nutrisi yang rendah dengan stunting.<sup>29</sup> Dan juga penelitian Hana S A dkk pada tahun 2012 di Kecamatan dan Kabupaten Pati dengan total responden 58 anak yang menyatakan tidak terdapat hubungan antara usia makan pertama ( $p= 0,113$ ) dan pemberian MP-ASI ( $p= 1,000$ ).<sup>33</sup>

## **5.5 Keterbatasan Penelitian**

### **5.5.1 Bias Seleksi**

Dalam penelitian ini jumlah responden tidak memenuhi rumus perhitungan besar sampel.

### **5.5.2 Bias Informasi**

Ibu responden mungkin melebih-lebihkan atau lupa mengenai MP-ASI yang dikonsumsi responden saat melakukan wawancara merupakan salah satu bias informasi yang tidak dapat dicegah.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada 81 responden, maka dapat disimpulkan:

1. Prevalensi stunting anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat Tahun 2019 yang dinilai berdasarkan (TB/U) sebanyak 32%.
2. Anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat Tahun 2019 yang mendapatkan MP-ASI adekuat sebanyak 80,2% dan MP-ASI tidak adekuat sebanyak 19,8%. Berdasarkan hasil penelitian, pemberian MP-ASI yang sudah memenuhi kriteria adekuat yaitu, *responsive feeding* (64,2%) dan variasi MP-ASI (69,1%). Sedangkan dilihat dari segi porsi pemberian MP-ASI sebesar 35,8% adekuat.
3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola pemberian MP-ASI anak usia 6-24 bulan dengan kejadian stunting di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat Tahun 2019 dengan *p-value* 0,766. Nilai *Prevalence Risk* (PR) sebesar 1,2.

#### **6.2 Saran**

1. Puskesmas perlu memberikan dan mengintensifkan informasi mengenai *stunting* dan MP-ASI kepada masyarakat.
2. Penelitian yang selanjutnya dapat dilakukan pada populasi lebih luas, tidak hanya dilakukan di Puskesmas Grogol Petamburan Kota Jakarta Barat.
3. Diharapkan masyarakat dapat mengakses informasi mengenai MP-ASI yang adekuat secara benar sehingga dapat mencegah terjadinya stunting.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Al-Rahmad AH, Miko A, Hadi A. Kajian Stunting Pada Anak Balita Ditinjau dari Pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, Status Imunisasi dan Karakteristik Keluarga Kota Banda Aceh. *Jurnal Kesehatan Ilmu Nasuwakes*. 2013;6. 169–84p.
2. Millennium Challenge Account - Indonesia. Stunting dan Masa Depan Indonesia. Millennium Challenge Account - Indonesia. 1p. Available from:<http://www.mca-indonesia.go.id/assets/uploads/media/pdf/Backgrounder-Stunting-ID.pdf>
3. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Balita Pendek 2016. 12p. Available from:<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/situasi-balita-pendek-2016.pdf>
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. Balitbang Kemenkes RI. 2018. Available from:[http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Risksedas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Risksedas%202018.pdf)
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017. Direktur Jenderal Kesehatan. 2017. 1–150p. Available from:[http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Buku-Saku-Nasional-PSG-2017\\_975.pdf](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Buku-Saku-Nasional-PSG-2017_975.pdf)
6. Rachmi CN. The double burden of malnutrition in Indonesia. [Sydney]: University of Sydney; 2018. 1-209p.
7. Widanti YA. Prevalensi, Faktor Risiko, dan Dampak Stunting pada Anak Usia Sekolah. *JURNAL TEKNOLOGI DAN INDUSTRI PANGAN*. 2017;1(1) Sastroasmoro S. Membina Tumbuh-Kembang Bayi dan Balita. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2007. 115-123p.
8. Sjarif D, Lestari E, Mecitalia M, Nasar S. Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Metabolik. *IDAI*. 2014;2(2). 25-132p.
9. World Health Organization. WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief, Özaltin E, Hill K, Subramanian SV. Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low- to middle-income countries. *JAMA*. 2010;303(15):1507–16.
10. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising Complementary Feeding In A Broader Framework For Stunting Prevention: Complementary Feeding In Stunting Prevention. *Matern Child Nutrition*. 2013 Sep;9(S2):27-45p.
11. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The lancet*. 2007;369(9555):60-70p.
12. Black R, Victoria C, Walker S, Bhutta Z, Cristian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2013;382(9890):427-51p.
13. Sastroasmoro S. Membina Tumbuh-Kembang Bayi dan Balita. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2007. 115-123p.

14. World Health Organization. WHO/FAO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: 2002. 36p. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/growth\\_infant\\_feeding\\_text\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/growth_infant_feeding_text_eng.pdf)
15. American Academy of Pediatrics, Starting Solid Foods. 2008.
16. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders, in infant, toddlers, and young children. Washington DC: Zero to three; 2009.
17. Menteri Kesehatan Indonesia. Peraturan KEMENKES Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013 Tentang Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia. 2013.
18. Sharlin J, Edelstein S. Buku ajar Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta: EGC;2014. 154-178p.
19. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85. 7-660p.
20. World Health Organization. WHO technical report series. The use and interpretation of anthropometry. Report of WHO expert committee. Geneva 1995.
21. Duggan C, Watkins JK, Walker WA. Clinical assessment in nutritional status, Nutrition in Pediatric: Basic science and clinical applications. Ontario: BC Decker;2008. 5-13p.
22. Samour PC, Helm KK, Lang CE. Handbook of Pediatric Nutrition: Nutritional assessment. Aspen, Maryland;1999. p17-42.
23. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. 2006.
24. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian. Klinis. 5th ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014. 373p.
25. Lestari W, Margawati A, Rahfiludin M Z. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Umur 6-24 Bulan di Kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh. Jurnal Gizi Indonesia. Vol 3, No. I. 2014:37-45.
26. Meilyasari F, Isnawati M. Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 Bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal. Doctoral dissertation, Diponegoro University. Vol 3, No 2. 2014.
27. Tessema M, Belachew T, Ersino G. Feeding patterns and stunting during early childhood in rural communities of Sidama, South Ethiopia. Pan African Medical Journal. 2013;14(1).
28. Yulidasari F. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Kota Yogyakarta. Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada. 2013.
29. Sjarif D R, Yuliarti K, Lestari E D, Sidiartha I G L, Nasar S S, Mexitali M. Rekomendasi Praktik Pemberian Makan Berbasis Bukti pada Bayi dan Balita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi. IDAI; 2015. 15-28p.
30. Khasanah DP, Hadi H, Paramashanti BA. Waktu pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) berhubungan dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di Kecamatan Sedayu. Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics). 2016 Aug 30;4(2):105-11.
31. Menteri Kesehatan Indonesia. Pedoman Gizi Seimbang 2014. Permenkes RI No. 41 Tahun 2014. Yogyakarta. 2014.
32. Septamarini RG, Widyastuti N, Purwanti R. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Responsive Feeding Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 6-

- 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo, Semarang. *Journal of Nutrition College*. 2019 May 14;8(1):9-20.
33. Anugraheni HS, Kartasurya MI. Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-36 bulan di Kecamatan Pati, Kabupaten Pati. Doctoral dissertation, Diponegoro University. 2012.

## Lampiran 1

### Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
DINAS KESEHATAN  
**SUKU DINAS KESEHATAN KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT**  
Jl. Raya Kembangan No. 2 Kelurahan Kembangan Selatan, Kembangan  
Telepon (021) 58356225 Fax : 58356225  
Email : kesehatanjb@jakarta.go.id kode pos : 11610  
JAKARTA

Nomor : SA/ 11.77 (5 Februari 2019)  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Hal : Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala PKC. Grogol Petamburan  
di -  
Jakarta

Sehubungan dengan surat dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara No. 099-Adm/FK-Untar/II/2019, tanggal 14 Januari 2019 perihal tersebut pada pokok surat, pada prinsipnya kami dapat memberikan izin penelitian di Puskesmas wilayah Kota Administrasi Jakarta Barat, dan laporan hasil penelitian agar dikirimkan ke Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Barat cq. Seksi Sumber Daya Kesehatan atau email ke [sdjakartabarat@gmail.com](mailto:sdjakartabarat@gmail.com). Kegiatan tersebut akan dilaksanakan pada:

Periode : Februari s.d. Maret 2019

No.	Nama	Judul
1.	Paras Risart Azzahra	"Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Pada Anak Usia 6 - 24 Bulan yang Mengalami Stunting di Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan".

Demikian agar Saudara dan seluruh staf Puskesmas dapat membantu dalam proses penelitian, terima kasih atas perhatian dan kerjasamanya.

Kepala Suku Dinas Kesehatan  
Kota Administrasi Jakarta Barat  
  
dr. Weningtyas Purnomorini, MARS  
NIP 197208242006042016

Tembusan :

1. Ka. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
2. Dekan Fakultas Kedokteran UNTAR



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
UNIT PELAKSANA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT

Jalan Raya Kembangan No 2 Telepon (021) 58357678 Fax (021) 58357678,  
Email ptsp.kota\_jakber@jakarta.go.id  
J A K A R T A

Kode Pos :11610

Nomor : 640/-1.662.9  
Sifat : Penting  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Hal : Rekomendasi Ijin Penelitian

11 Februari 2019

Kepada  
Yth. Puskesmas Kecamatan Grogol  
Petamburan Jakarta Barat  
di  
Tempat

Memperhatikan surat

Dari : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara  
Nomor : 098-Adm/FK-Universitas2019  
Tanggal : 14 Januari 2019  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Setelah mempelajari surat permohonan dan proposal yang diajukan, maka dapat dibenarkan surat rekomendasi tidak keberatan untuk melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul "Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Pada Anak Usia 6-24 Bulan Yang Mengalami Stunting di Puskesmas Grogol Petamburan Jakarta Barat", kepada :

Nama : Paras Risart Azzahra  
NIM : 405160134  
Fakultas/Jurusan : Ilmu Kedokteran  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat  
Tanggal Penelitian : 11 Februari 2019 s.d 28 Februari 2019

Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitas yang dibutuhkan.

Kepada yang bersangkutan diwajibkan :

1. Menghormati, dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah Penelitian;
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai dan tidak ada kaitannya dengan judul Penelitian dimaksud,
3. Melaporkan hasil Penelitian kepada Unit Pelaksana Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Administrasi Jakarta Barat

Rekomendasi ijin penelitian ini dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang tidak mentaati peraturan tersebut diatas.

Demikian untuk menjadi maklum.

Kepala Unit Pelaksana Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kota Administrasi Jakarta Barat,



Tembusan:

1. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Provinsi DKI Jakarta;
2. Walikota Kota Administrasi Jakarta Barat;
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

14 Januari 2019

Nomor : 097 -Adm/FK- Untar/I/2019  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas  
Grogol, Jakarta Barat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, maka dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut dapat diijinkan untuk penelitian dengan metode penelitian pengisian kuesioner, wawancara, pengukuran antropometri selama bulan Januari – Februari 2019 terhadap 214 ibu dan anak usia 6 – 24 bulan di Puskesmas Kecamatan Grogol, Jakarta Barat.

Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Paras Risalt Azzahra  
N I M : 405160134  
Judul Skripsi : Pola pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6 – 24 bulan yang mengalami stunting di Puskesmas Grogol Jakarta Barat

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n. Dyan  
Wakil

 dr. Erni, SE, MC, FISPH, FISCN, Sp.DLP

Tembt:

- tua Unit Penelitian FK UNTAR

Penelitian 2019

## Lampiran 2

### INFORMED CONSENT

**Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-24  
Bulan yang Mengalami Stunting di Puskesmas Grogol Petamburan Kota  
Jakarta Barat**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama :

Usia :

Alamat:

dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, dan saya akan memberikan informasi yang benar setelah mendapat penjelasan dari peneliti yang bernama Paras Risart Azzahra, NIM 405160134. Mahasiswi dari Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara Jakarta.

Jakarta, ..... 2019

Responden

( \_\_\_\_\_ )

### Lampiran 3

#### Kuesioner

Selamat pagi/siang/sore. Saya mahasiswa dari jurusan Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara Jakarta. Saya sedang melaksanakan penelitian tentang Hubungan Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-24 Bulan yang Mengalami Stunting di Puskesmas Grogol Kota Jakarta Barat. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan ibu untuk meluangkan waktu mengisi beberapa pertanyaan dibawah ini. Saya ucapkan terima kasih atas partisipasi ibu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Hari/ Tanggal Pengisian : \_\_\_\_\_

Nomor Responden : \_\_\_\_\_

#### A. Data Responden

1. Nama responden : \_\_\_\_\_

2. Alamat responden : \_\_\_\_\_

3. Usia Ibu : \_\_\_\_\_ tahun

4. Tanggal Lahir Ibu : \_\_\_\_\_

5. Pekerjaan Ibu : \_\_\_\_\_

6. Pekerjaan Ayah : \_\_\_\_\_

7. Nama Bayi : \_\_\_\_\_

8. Jenis Kelamin Bayi : 1. Laki-laki  
2. Perempuan

9. Usia Bayi : \_\_\_\_\_ bulan

10. Panjang Badan Bayi lahir : \_\_\_\_\_ cm

11. Tinggi Badan Bayi : \_\_\_\_\_ cm

12. Tinggi Badan Ibu : \_\_\_\_\_ cm

13. Tinggi Badan Ayah : \_\_\_\_\_ cm

14. Nomor Telepon / HP : \_\_\_\_\_

## B. Pertanyaan

Bila pertanyaan dibawah ini merupakan pilihan ganda, berikan tanda (X) untuk jawaban yang sesuai. Dan untuk pertanyaan isian dapat dijawab sesuai dengan pertanyaannya.

1. Apakah saat ini anak sudah mendapat makanan selain ASI?  
 Tidak  Ya, .....
2. Mulai kapan ibu memberikan makanan tambahan untuk bayi? Usia ... bulan
3. Jenis makanan apa yang diberikan pertama kali?  
 Buah lumat  Bubur saring (homemade)  
 Bubur susu (instan)  Lain-lain, .....
4. Jenis makanan apa yang diberikan sekarang?  
 Buah lumat  Nasi tim  
 Nasi + menu keluarga  Bubur saring (homemade)  
 Lain-lain, .....  Bubur susu (instan)
5. Bahan apa yang dipakai untuk membuat MPASI? (jawaban boleh lebih dari 1)  
 Sumber karbohidrat : .....  
 Sumber lemak : .....  
 Sumber protein hewani : .....  
 Sumber vitamin : .....  
 Sumber protein nabati : .....  
 Lain-lain : .....
6. Berapa kali MPASI diberikan? ..... kali sehari
7. Seberapa banyak porsi yang disiapkan ibu tiap kali pemberian makan?  
(perkirakan dg volume gelas air mineral)  
 1/4 gelas  1/3 gelas  1/2 gelas  2/3 gelas  
 3/4 gelas  1 gelas  >1 gelas
8. Seberapa banyak porsi yang dihabiskan anak tiap kali pemberian makan?  
(perkirakan dg volume gelas air mineral)  
 1/4 gelas  1/3 gelas  1/2 gelas  2/3 gelas  
 3/4 gelas  1 gelas  >1 gelas

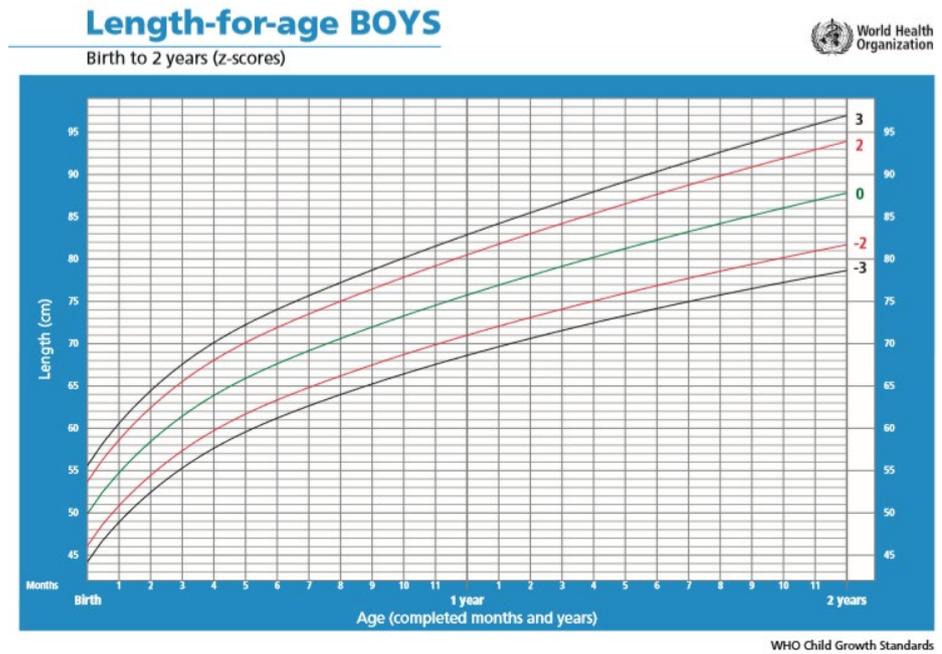
9. Selain MPASI, apakah ada makanan/minuman lain yang diberikan?  
 Biskuit     Susu formula     Susu UHT     Lain-lain, .....
10. Bagaimana cara ibu memberikan makanan untuk anak?  
 Disuapi dengan sendok                       Diajari makan sendiri  
 Disuapi dengan tangan                       Lain-lain, .....
11. Apakah ibu selalu mencuci tangan sebelum memberikan makanan untuk anak?  
 Ya, dengan air + sabun                       Ya, dengan air saja  
 Kadang-kadang lupa                       Tidak cuci tangan
12. Apakah ibu selalu mencuci alat makan/minum anak dengan air + sabun?  
 Ya                       Tidak
13. Apa sumber air minum yang digunakan ibu di rumah?  
 Air sumur     Air PAM     Air isi ulang                       Lainnya, .....

## Penilaian Kuesioner

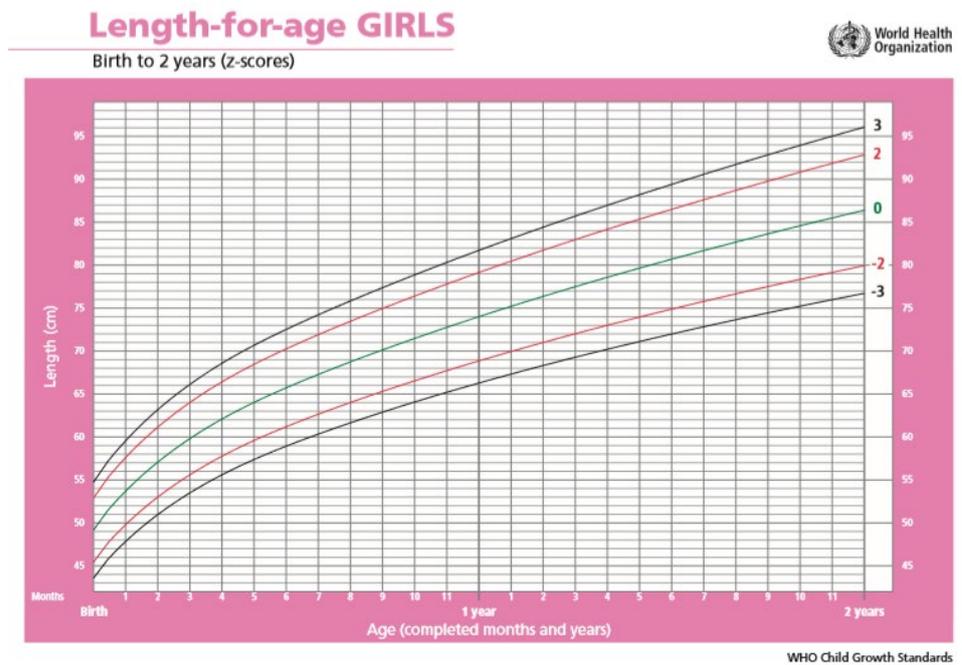
- Pemberian MP-ASI adekuat
  1. ya
  2. 6
  3. bubur
  - 4,5,6,7. Diberikan sesuai usia
  8. makanan dihabiskan sesuai dengan jumlah jawaban nomor 7
  9. a
  10. sesuai usia
  - 11,12. Ya
  13. air isi ulang
- Pemberian MP-ASI tidak adekuat
  - bila jawaban diatas ada yang tidak terjawab dan tidak sesuai dengan jawaban MP-ASI adekuat



## Grafik pertumbuhan WHO tahun 2006 untuk bayi laki-laki



## Grafik pertumbuhan WHO tahun 2006 untuk bayi perempuan



## Lampiran 4

### Dokumentasi Penelitian



## Lampiran 5

### Riwayat Penulis

Nama : Paras Risart Azzahra

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 20 Oktober 1998

Alamat : BSD Nusaloka Jl. Nias Blok i2 no. 18

Nomor Handphone : 085716868206

Riwayat Pendidikan :

1. TK An-Nisa Kebayoran Lama, Jakarta Selatan (2002-2004)
2. SDN Grogol Selatan 04 Petang Kebayoran Lama, Jakarta Selatan (2004)
3. SDN Rawabuntu 03 BSD, Tangerang Selatan (2005-2010)
4. SMPN 08 Kota Tangerang Selatan (2010-2013)
5. SMAN 07 Kota Tangerang Selatan (2013-2016)
6. Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (2016-sekarang)

Riwayat Organisasi :

1. Anggota OSIS SMPN 08 Kota Tangerang Selatan
2. Anggota ekstrakurikuler civics club di SMAN 07 Kota Tangerang Selatan
3. Wakil ketua ekstrakurikuler fotografi di SMAN 07 Kota Tangerang Selatan
4. Anggota ekstrakurikuler ide tangsel di SMAN 07 Kota Tangerang Selatan

Riwayat Pelatihan :

1. Peserta Diksar UMRC 2017 di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
2. Peserta FSDT (*Five Star Doctors Training*) Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
3. Peserta Seminar *Maternal and Neonatal Health* di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
4. *Delegates* AMSC 2018: Malaysia di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

Prestasi :

1. Juara 1 lomba fotografi di SMAN 02 Kota Tangerang Selatan