

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 *Stunting*

2.1.1 Definisi *stunting*

Stunting (kerdil) merupakan kondisi balita yang memiliki tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Keadaan ini bisa diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari -2 standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari *WHO* (Kementerian Kesehatan RI, 2018: 2).

Tubuh pendek atau *stunting* yaitu suatu kondisi terjadi kegagalan tumbuh pada anak balita karena kekurangan gizi kronis terutama dalam 1.000 hari pertama kehidupan sehingga anak terlalu pendek untuk usianya (Susanti & Citerawati, 2019: 67).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri penilaian status gizi anak sangat pendek dan pendek yaitu berdasarkan indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang biasa disebut *stunting* atau severely. Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila balita sudah dapat diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar baku *WHO-MGRS* (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005 dan didapatkan hasil

nilai z-score < -2 SD, sedangkan dikatakan sangat pendek apabila hasil z-score < -3 SD (Kementerian Kesehatan RI, 2016:1).

2.1.2 Ciri-ciri *stunting*

Menurut (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, 2017: 7) yang dijelaskan dalam buku saku desa dalam penanganan *stunting*, ciri-ciri *stunting* yaitu sebagai berikut:

- a. Tanda pubertas terlambat.
- b. Penampilan buruk pada tes perhatian dan memori belajar.
- c. Pertumbuhan gigi terlambat.
- d. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan *eye contact*.
- e. Pertumbuhan terlambat.
- f. Wajah tampak lebih muda dari usianya.

2.1.3 Diagnosis dan klasifikasi

Balita pendek merupakan akibat dari keadaan kurang gizi, pengukuran antropometri balita pendek menggunakan pengukuran indikator tinggi badan untuk melihat keadaan gizi masa lalu yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada balita. Berdasarkan indikator TB/U dalam keadaan normal pertumbuhan tinggi badan sejalan dengan penambahan umur (Septikasari, 2018: 9). Berikut ini merupakan klasifikasi status gizi

berdasarkan indikator tinggi badan atau panjang badan menurut umur ditunjukkan dalam tabel 2.1:

No.	Indeks	Kategori status gizi	Ambang batas
1.	Panjang badan menurut Umur	Sangat pendek	< -3SD
2.	PB/U atau	Pendek	-3 sampai dengan <2SD
3.	Tinggi badan menurut Umur	Normal	-2 sampai dengan 2SD
4.	TB/U	Tinggi	> 2SD

Sumber: Standart antropometri penilaian status gizi anak (Kemenkes RI, 2011:4).

2.1.4 Pemeriksaan antropometri *stunting*

Antropometri merupakan ukuran tubuh yang dilihat dari sudut pandang gizi, maka dari itu antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Alhamda & Sriani, 2015: 66).

Jenis pengukuran antropometri meliputi usia, berat badan, panjang badan/tinggi badan, lingkaran lengan atas. Batasan usia yang digunakan tahun usia penuh (*completed year*) dan untuk anak usia 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (*completed month*). Dimensi tubuh yang dibutuhkan pada penelitian ini yaitu umur dan tinggi badan, guna memperoleh indeks antropometri tinggi badan berdasarkan umur (TB/U).

a. Umur

Dapat diartikan sebagai jangka waktu sebuah proses dalam satu periode tertentu, sejak manusia dilahirkan hingga sampai meninggal.

b. Tinggi badan

Tinggi badan merupakan indikator karena mudah diukur dan diamati. Tinggi badan adalah penambahan tinggi duduk dan panjang tungkai. Pertumbuhan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya lingkungan tempat tinggal, status ekonomi (Sudargo, Freitag, Kusmayanti, & Rosiyani, 2018:21).

Tinggi dan berat badan yang tidak normal dapat menjadi pertanda adanya gangguan pertumbuhan, penting sekali untuk secara rutin memeriksakan kesehatan saat bayi (usia 0-1 tahun) dan balita, untuk mengetahui pertumbuhannya (Sutomo & Anggraini, 2010:5).

Berikut ini merupakan perkembangan panjang badan normal, usia dan jenis kelamin berdasarkan indikator tinggi badan atau panjang badan menurut umur ditunjukkan dalam tabel 2.2 :

Tabel 2.2 perkembangan panjang badan normal, usia 0-12 bulan pada bayi perempuan dan laki –laki

No.	Bulan	Perempuan	Laki-Laki
1.	0	45.6-52.7	46.3-53.4
2.	1	50.0-57.4	51.1-58.4
3.	2	53.2-60.9	54.7-62.2
4.	3	55.8-66.2	57.6-65.2
5.	4	58.0-66.2	60.0-67.8
6.	5	59.9-68.2	61.9-69.9
7.	6	61.5-70.0	63.6-71.6
8.	7	62.9-71.6	65.1-73.2
9.	8	64.3-73.2	66.5-74.6
10.	9	65.6-74.7	69.0-77.6
11.	10	66.8-76.1	70.2-78.9
12.	11	68.0-77.5	71.3-80.2
13.	12	69.2-78.9	77.7-76.27

Sumber : (WHO, 2015)

1. Anak bisa berdiri

Pengukuran TB anak yang sudah bisa berdiri menggunakan alat ukur SECA. Alat ini digunakan untuk mengukur berat badan orang dewasa, anak yang sudah bisa berdiri ataupun bayi, hanya cara pengukurannya saja yang berbeda.

1) Penyiapan alat ukur :

- a. Tempelkan alat pengukur di dinding dengan bagian yang lebih panjang menempel di lantai dan bagian yang lebih pendek menempel di tembok. Tarik pengukur TB ke atas sampai pada garis merah bisa terlihat angka 0 sehingga anda harus berlutut untuk melihat angka 0 dan harus meminta bantuan seseorang untuk menahan ujung atas meteran pengukur). Langkah ini sangat penting karena untuk memastikan pengukuran yang akurat.
- b. Tempelkan ujung atas alat pengukur dengan menggunakan paku, pastikan kestabilan alat tersebut.
- c. Setelah memastikan bagian atas sudah menempel dengan normal maka meteran alat pengukur dapat anda tarik ke atas dan pengukuran tinggi siap dilakukan.

2) Cara pengukuran tinggi badan :

- a. Minta tolong ibu agar anak untuk melepaskan sepatu dan melepaskan hiasan atau dandanan rambut yang mungkin dapat mempengaruhi hasil pengukuran TB anak.

- b. Mintalah si ibu untuk membawa anak tersebut ke papan ukur dan berlutut di hadapan si anak.
- c. Berlututlah anda dengan lutut sebelah kanan di sebelah kiri anak tersebut. Ini akan memberikan kesempatan maksimum kepada anda untuk bergerak.
- d. Tempatkan kedua kaki anak secara merata dan bersamaan di tengah-tengah dan menempel pada alat ukur/dinding. Tempatkan tangan kanan anda sedikit di atas mata kaki anak pada ujung tulang kering, tangan kiri anda pada lutut si anak dan dorong ke arah papan ukur/dinding.
- e. Pastikan kaki anak lurus dengan tumit dan betis menempel di papan ukur/dinding.
- f. Mintalah anak untuk memandang lurus ke arah depan atau kepada ibunya yang berdiri di depan anak. Pastikan garis pandang si anak sejajar dengan tanah.
- g. Dengan tangan kiri anda peganglah dagu anak. Dengan perlahan-lahan ketatkan tangan anda
- h. Jangan menutupi mulut atau telinga anak. Pastikan bahu anak rata, dengan tangan di samping, dan kepala, tulang bahu dan pantat menempel di papan ukur/dinding.
- i. Mintalah anak untuk mengambil nafas panjang

j. Dengan tangan kanan anda, turunkan meteran alat pengukur hingga pas di atas kepala anak. Pastikan anda menekan rambut si anak. Jika posisi anak sudah benar, baca dan catat hasil pengukuran dengan desimal satu di belakang koma dengan melihat angka di dalam kaca pengukuran. Naikkan meteran dari atas kepala anak dan lepaskan tangan kiri anda dari dagu anak.

2. Bayi atau anak belum bisa berdiri

Pengukuran TB anak yang belum bisa berdiri menggunakan alat ukur SECA. Penyiapan alat ukur :

- a. Tempelkan alat pengukur pada permukaan yang keras dan rata, disarankan meja yang panjang atau tempat tidur dengan satu bagian menempel di tembok. Tempelkan bagian alat pengukur yang lebih panjang di ujung yang menempel di tembok. Tarik meteran pengukur hingga bisa melihat angka 0 pada garis merah di kaca pengukur yang menempel di tembok. Metode ini sangat penting untuk memastikan pengukuran yang akurat.
- b. Tempelkan ujung alat pengukur bukan menempel di tembok dengan menggunakan paku, pastikan konsisten dan tidak berubah-ubah.

- c. Setelah memastikan bagian atas sudah menempel dengan konsisten maka meteran alat pengukur dapat ditarik ke samping dan pengukuran tinggi
 - d. Siap dilakukan.
- 1) Langkah untuk melakukan pengukuran:
- a. Meminta bantuan ibu untuk membaringkan anak di permukaan yang keras dan rata dengan memegang punggung anak dengan satu tangan dan bagian bawah badan dengan tangan lainnya. Perlahan-lahan turunkan anak ke atas permukaan keras dengan bagian kaki menempel di tembok.
 - b. Mintalah ibu si anak untuk berlutut di sebelah alat ukur menghadap alat ukur agar anak lebih tenang.
 - c. Pegang kepala anak dari kedua arah telinganya. Gunakan tangan yang nyaman dan lurus, tempelkan kepala anak pada bagian atas papan ukur sehingga anak bisa memandang lurus ke arah depan. Garis pandang anak harus tegak lurus dengan tanah. Kepala anda harus lurus dengan kepala anak.
 - d. Pandanglah langsung ke mata anak.
 - e. Pastikan anak berbaring di atas permukaan keras. Tangan kiri di ujung tulang kering anak sedikit di atas sendi mata kaki atau pada lututnya. Tekanlah dengan kuat ke arah permukaan keras.

- f. Dengan menggunakan tangan kanan anda, geserkan alat pengukur ke arah kepala anak. Pastikan anda menekan rambut anak. Jika posisi anak sudah benar, baca dan catat hasil pengukuran.

2.1.5 Penyebab *stunting*

Penyebab utama *stunting* yaitu kurangnya asupan gizi yang diterima oleh janin atau bayi, selain itu adanya masalah gizi kronis yang dipengaruhi oleh kondisi ibu sebelum kehamilan, dan sesudah kehamilan, Menurut (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017: 5) penyebab anak mengalami *stunting* (kerdil):

- a. Faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita
 1. Wanita usia subur dengan LILA <23,5 cm

Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada saat kehamilan dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil yang mengalami KEK beresiko melahirkan bayi dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) yang jika tidak segera ditangani akan menyebabkan *stunting*. Maka dari itu, wanita usia subur (WUS) usia 15-49 tahun yang hamil maupun tidak hamil harus memenuhi gizi sesuai dengan kebutuhannya (Kementerian Kesehatan RI, 2016: 4).

2. Anemia pada ibu hamil

Kondisi lain yang dapat mempengaruhi kejadian *stunting* yaitu ibu hamil dengan anemia, khususnya anemia defisiensi besi. Kejadian ini bisa mempengaruhi pertumbuhan dan berkembangnya janin atau bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Diperkirakan 41,8% ibu hamil di dunia separuhnya mengalami anemia yang disebabkan karena kekurangan zat besi (Kementerian Kesehatan RI, 2016: 5).

3. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

BBLR yaitu berat bayi lahir kurang dari 2500 gram akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk dapat berisiko menjadi pendek jika tidak tertangani dengan baik (Kementerian Kesehatan RI, 2016: 5).

4. ASI eksklusif

ASI sangat berperan dalam pemenuhan nutrisi bagi bayi. Konsumsi ASI juga dapat meningkatkan kekebalan tubuh bayi sehingga menurunkan risiko penyakit infeksi. Sampai usia 6 bulan, bayi direkomendasikan hanya mengonsumsi ASI. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, ASI eksklusif merupakan ASI yang diberikan kepada bayi semenjak lahir sampai usia 6 bulan tanpa menambahkan makanan atau minuman lain kecuali obat, vitamin dan mineral. Setelah 6 bulan

baru diberikan makanan pendamping ASI (Kementerian Kesehatan RI, 2016: 6).

- b. Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan.

Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta yang ada menunjukkan bahwa kebiasaan pemberian makanan bayi yang tidak tepat, seperti pemberian makanan yang terlalu dini atau lebih dari 6 bulan, frekuensi yang kurang berdampak terhadap pertumbuhan bayi (Rahmad, Agus Hendra Al, 2017:11-12). MP-ASI diberikan pada usia diatas 6 bulan. Selain digunakan untuk mengenalkan jenis makanan pada bayi, MP-ASI juga memberi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman (Tim nasional percepatan penanggulangan kemiskinan, 2017: 11).

- c. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *Ante Natal Care* (ANC) atau pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan, *Post Natal Care* (PNC) dan pembelajaran dini yang berkualitas.

Informasi yang dikumpulkan dari dipublikasikan Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 69% di tahun 2013 dan

anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses layanan pembelajaran diri yang berkualitas (Tim nasional percepatan penanggulangan kemiskinan, 2017: 11).

d. Masih kurangnya akses kepada makanan bergizi

Hal ini dikarenakan harga makanan yang bergizi di Indonesia termasuk mahal. Komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal daripada di New Dehli, India. Harga buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di Singapura. Terbatasnya jalan masuk makanan bergizi di Indonesia dan dicatat telah memberikan kepada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia (RISKESDAS, 2013).

e. Kurangnya akses untuk air bersih dan sanitasi

Akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kejadian penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan dan mengakibatkan *stunting* (Kementerian Kesehatan RI, 2016: 2).

2.1.6 Upaya pencegahan *stunting*

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Untuk mewujudkan hal

tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan PERMENKES Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* diantaranya sebagai berikut:

1. Ibu hamil dan bersalin
 - a. Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan.
 - b. Mengupayakan jaminan mutu *antenatal care* (ANC) terpadu.
 - c. Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.
 - d. Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM).
 - e. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
 - f. Pemberantasan kecacingan.
 - g. Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku KIA.
 - h. Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif.
 - i. Penyuluhan dan Pelayanan KB.
2. Balita
 - a. Pemantauan pertumbuhan balita.
 - b. Menyelenggarakan kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) untuk balita.
 - c. Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak.

- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.
3. Anak usia sekolah
- a. Melakukan revitalisasi usaha kesehatan sekolah (UKS).
 - b. Menguatkan kelembagaan Tim Pembina UKS.
 - c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS).
 - d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.
4. Remaja
- a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba.
 - b. Pendidikan kesehatan reproduksi.
5. Dewasa muda
- a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB).
 - b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
 - c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok atau mengonsumsi narkoba.

(Kementerian Kesehatan RI, 2018: 12-13)

2.1.7 Dampak *stunting*

Menurut *World Health Organization* (WHO) dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang.

1. Dampak jangka pendek
 - a. Peningkatan kejadian kesaktian dan kematian.
 - b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak yang tidak maksimal.
 - c. Peningkatan biaya kesehatan.
2. Dampak jangka panjang
 - a. Bentuk tubuh yang tidak optimal saat dewasa lebih pendek dibandingkan pada umumnya.
 - b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya.
 - c. Menurunnya kesehatan reproduksi.
 - d. Daya serap belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah.
 - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

(Kementerian Kesehatan RI, 2018: 12)

2.1.8 Intervensi

Dalam menurunkan angka *stunting*, pemerintah melakukan intervensi yang dibagi menjadi dua, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif.

- a. Intervensi gizi spesifik

Intervensi gizi spesifik merupakan intervensi yang diarahkan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang bertujuan untuk menurunkan angka *stunting* menjadi 30%.

Kegiatan yang dilakukan untuk melaksanakan intervensi gizi spesifik dibagi menjadi beberapa intervensi, yaitu:

a) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil

Intervensi ini seperti kegiatan pemberian makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi KEK, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, mengatasi iodium, mengatasi masalah cacangan pada ibu hamil serta melindungi ibu hamil serta malaria.

b) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan

Intervensi ini dilakukan dalam beberapa kegiatan yang mendorong IMD terutama melalui pemberian ASI atau kolostrum serta mendorong pemberian ASI eksklusif.

c) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan.

Intervensi ini seperti kegiatan untuk mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan. Kemudian setelah bayi berusia 6 bulan diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI).

b. Intervensi gizi sensitif

Intervensi ini dilakukan dengan beberapa kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi 70% intervensi *stunting*. Sasaran dari intervensi ini yaitu masyarakat umum. Dalam intervensi gizi spesifik ada 12 kegiatan yang dapat berkontribusi dalam penurunan *stunting* yaitu:

- 1) Mempersiapkan dan menentukan saluran air bersih.
- 2) Mempersiapkan dan memastikan akses terhadap sanitasi.
- 3) Melancarkan bahan pangan.
- 4) Mempersiapkan jalan masuk untuk layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).
- 5) Mempersiapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 6) Mempersiapkan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- 7) Membagikan pendidikan pengasuh pada orang tua.
- 8) Membagikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).
- 9) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- 10) Mempersiapkan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga.
- 11) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.
(Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, 2017: 11-12)

2.2 Makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI)

2.2.1 Definisi makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI)

Makanan pendamping ASI atau biasa disebut MP-ASI merupakan makanan tambahan yang diberikan kepada bayi atau anak disamping ASI untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI diberikan mulai usia 6-24 bulan, dan merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga (Sitompul, 2014: 8).

MP-ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada bayi atau anak yang berusia lebih dari 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi selain dari ASI. Hal ini dikarenakan ASI hanya mampu memenuhi dua per tiga kebutuhan bayi pada umur 6-9 bulan, dan pada umur 9-12 bulan memenuhi setengah dari kebutuhan bayi (Lestari, Lubis, & Pertiwi, 2014: 188).

2.2.2 Tujuan pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI)

Pada usia 0-6 bulan pertama dilahirkan, ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi, tetapi setelah usia 0-6 bulan bayi mulai membutuhkan makanan tambahan selain ASI yang disebut makanan pendamping ASI. Pemberian MP-ASI memiliki tujuan untuk memberikan zat gizi yang cukup untuk kebutuhan bayi atau balita serta pertumbuhan dan perkembangan fisik dan psikomotorik yang maksimal, selain itu untuk mendidik bayi supaya memiliki kebiasaan makan yang baik. Tujuan tersebut dapat tercapai dengan baik jika dalam pemberian MP-ASI sesuai pertambahan umur, kualitas dan kuantitas makanan baik serta jenis makanan yang beraneka ragam (Mufida, dkk, 2015: 1648).

2.2.3 Pola pemberian MP-ASI

MP-ASI yang baik untuk bayi usia 6 – 24 bulan yaitu :

1. Bumbu di tidak tajam, tidak memakai gula, garam, penyedap rasa, pewarna, pengawet.
2. Terpenuhi energi, protein, dan zat gizi mikro seperti zat besi, zinc, kalsium, vitamin A, vitamin C, dan folat.
3. Mudah ditelan dan disukai anak.
4. Mudah dan harga terjangkau

2.2.3.1 Pemberian MP-ASI untuk anak usia 6 sampai 9 bulan

1. ASI terus diberikan sesuai permintaan anak, karena ASI akan memenuhi lebih dari separuh kebutuhan energi anak pada usia ini.
2. Banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MP-ASI adalah sebanyak 200 kilo kalori per hari.

(IDAI, 2018: 6)

Tabel 2.3 Pola pemberian MP-ASI usia 6-9 bulan

No.	USIA	FREKUENSI KALI SEHARI	PORSI SETIAP KALI MAKAN
1.	6–9 Bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan lumat diberikan 2-3 kali sehari 2. Makanan selingan diberikan 1-2 kali sehari seperti buah, biskuit dan ditambah diberi ASI. 	Diberikan 2-3 sendok makan penuh setiap kali makan dan secara bertahap sampai mencapai 1/2 cangkir mangkuk ukuran 250 ml setiap kali makan

(PERMENKES, 2014: 60)

2.2.3.2 Pemberian MP-ASI untuk anak usia 9 sampai 12 bulan

1. ASI terus diberikan sesuai permintaan anak, karena ASI akan memenuhi lebih dari separuh kebutuhan energi anak pada usia ini.
2. Banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MP-ASI dari usia ini sebanyak 300 kilo kalori per hari

(IDAI, 2018: 8)

Tabel 2.4 Pola pemberian MP-ASI usia 9-12 bulan

No.	USIA	FREKUENSI KALI SEHARI	PORSI SETIAP KALI MAKAN
1.	9-12 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan lembek diberikan 3-4 kali sehari. 2. Makanan selingan 1-2 kali sehari dan ditambahkan diberi ASI. 	½ gelas atau mangkuk atau 250 ml

(PERMENKES, 2014: 60)

2.2.3.3 Pemberian MP-ASI untuk anak usia 12 sampai 24 bulan

1. ASI terus diberikan sesuai permintaan anak, karena ASI akan memenuhi lebih dari separuh kebutuhan energi anak pada usia ini.
2. Banyaknya energi tambahan yang diperlukan dari MP-ASI dari usia ini sebanyak 550 kilo kalori per hari.

(IDAI, 2018: 10)

Tabel 2.5 Pola pemberian MP-ASI usia 12-24 bulan

No.	USIA	FREKUENSI KALI SEHARI	PORSI SETIAP KALI MAKAN
1.	12 – 24 bulan	1. Makanan keluarga diberikan 3-4 kali sehari 2. Makanan selingan diberikan 1-2 kali sehari dan ditambahkan diberi ASI.	1. $\frac{3}{4}$ mangkuk ukuran 250 ml

(PERMENKES, 2014: 60)

2.2.4 Pola pemberian ASI dan MP-ASI untuk bayi dan anak

Tabel 2.6 Pola pemberian ASI dan MP-ASI

No.	Umur	ASI	Makanan lumat	Makanan lembik	Makanan keluarga
1.	0-6 bulan				
2.	6-9 bulan				
3.	9-12 bulan				
4.	12-24 bulan				

Bentuk MP-ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Makanan lumat yaitu seperti sayuran, daging/ ikan/ telur, tahu/ tempe, dan buah yang dilumatkan atau disaring seperti tomat saring, pisang lumat halus, pepaya lumat, air jeruk manis, bubur susu, dan ASI.
2. Makanan lembik yaitu seperti makanan yang mudah ditelan oleh anak bisa dicincang, contoh: bubur nasi campur, nasi tim halus, bubur kacang hijau.
3. Makanan keluarga seperti nasi dengan lauk pauk, sayur, dan buah.

(PERMENKES, 2014: 60)

2.2.5 Masalah pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI)

- a) Pemberian MP-ASI terlalu dini tidak disarankan karena :
1. ASI dapat tergantikan oleh cairan atau makanan lain yang kualitas nutrisinya kurang dibandingkan ASI.
 2. Kurangnya permintaan hisapan bayi karena kenyang akibat MP-ASI menyebabkan penurunan suplai ASI ibu.
 3. Peningkatan risiko infeksi karena terpapar makanan bayi yang tidak steril.
 4. Bayi belum dapat mencerna makanan tertentu dengan baik.
 5. Pemaparan dini terhadap makanan tertentu dapat memicu alergi.
- b) Pemberian MP-ASI terlalu lambat tidak disarankan karena :
1. ASI saja sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhannya, terutama mikronutrien besi dan zink.
 2. Dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan malnutrisi pada anak.
 3. Dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan motorik mulut seperti kemampuan mengunyah dan penerimaan rasa dan tekstur makanan.

(Sitompul, 2014: 12)

2.2.6 Kriteria makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) yang baik

- a. Harga terjangkau dan mudah didapat.
- b. Mudah disajikan.
- c. Disukai oleh bayi.
- d. Rasa tidak terlalu kuat misalnya, tidak pedas, tidak terlalu manis dan asin.
- e. Mudah dimakan.
- f. Bersih serta aman dari bahan kimia, kuman, bebas dari tulang atau bahan lain yang sulit dikunyah sehingga bisa membuat tersedak dan juga makanan tidak terlalu panas.
- g. Padat energi, protein, dan mikronutrien.

(Kadafi, 2019: 17)

2.3 Hubungan MP-ASI dengan kejadian *stunting*

World Health Organization (WHO) menyarankan untuk mengenalkan kepada bayi makanan padat saat anak usia 6 bulan karena pada umur tersebut ASI saja tidak mencukupi kebutuhan pertumbuhan anak yang maksimal. Pemberian MP-ASI perlu memperhatikan usia pemberian, jenis MP-ASI, frekuensi dalam pemberian, dan cara pemberian pada tahap awal (Legie & Lubis, 2019: 12). Pemberian MP-ASI mempunyai manfaat yaitu sebagai pelengkap ASI, membantu bayi dalam proses belajar makan, memberikan kesempatan untuk menanamkan kebiasaan makan yang baik, mengisi kesenjangan antara kebutuhan nutrisi

total pada anak dengan jumlah yang diberikan dari ASI sehingga dapat mencegah terjadinya masalah gizi (Utami, Putri, & K, 2019: 29).

Masalah *stunting* adalah suatu masalah gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi dalam jangka waktu lama (Sardjito, Humas: 1). Hal ini terjadi karena mulai dari pra-konsepsi ketika sebelum menjadi ibu mengalami asupan kurang gizi dan anemia. Sehingga ketika hamil dengan gizi yang kurang dan sanitasi lingkungan yang kurang layak di Indonesia remaja umur 15-19 tahun yang beresiko Kurang Energi Kronik (KEK) sebesar 46,6% dan ketika hamil 24,2% Wanita Usia Subur (WUS) beresiko KEK dan anemia sebesar 37,1%.

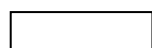
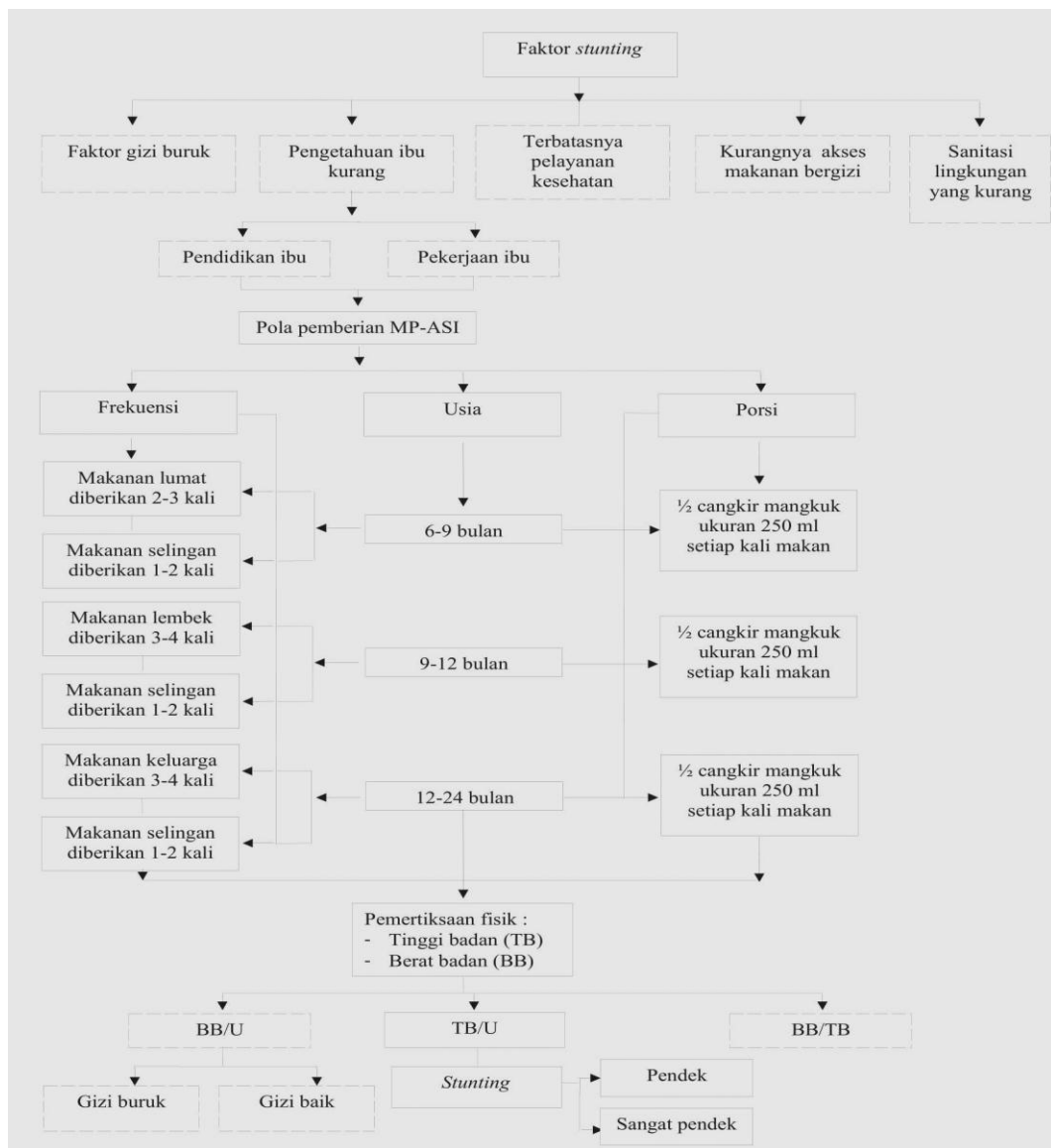
Berdasarkan Survei Nasional Konsumsi Makanan Individu (SKMI) tahun 2014 ataupun menurut sosial ekonomi yang menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil di kota maupun di desa untuk asupan makanan, baik energi, dan protein bermasalah. Pada umumnya kondisi tersebut menyebabkan ibu hamil juga pendek (<150 cm) yang berdampak di bayi yang dilahirkan akan mengalami kekurangan gizi, dengan berat badan lahir rendah atau BBLR (<2500 gram) maupun panjang badan yang kurang dari 48 cm. Lalu setelah bayi lahir dengan kondisi tersebut, bayi akan mengalami kondisi seperti tidak tercapainya Inisiasi Menyusu Dini (IMD), sehingga dapat mengakibatkan

ASI eksklusif sampai 6 bulan rendah, dan tidak menimbulkan adanya pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Menurut pedoman MP-ASI *WHO/UNICEF* setiap bayi 6-23 bulan

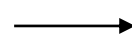
mengonsumsi minimal 4 kelompok jenis makanan yaitu dari 7 kelompok bahan makanan dengan frekuensi minimal 3 kali sekali (Kementerian Kesehatan RI, 2018: 15-18).

Berdasarkan hasil penelitian Ridha Cahya Prakhasita, 2018 menunjukkan bahwa pola pemberian MP-ASI berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 15-59 bulan dengan nilai ($p=0,002$) dan nilai koefisien relasi ($r=0,326$). Pola pemberian yang tepat merupakan pola pemberian MP-ASI yang sesuai dengan jenis makanan, jumlah makanan, dan jadwal makan anak.

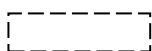
2.4 Kerangka Konsep



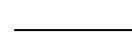
: Diteliti



Mempengaruhi



: Tidak diteliti



Berhubungan

Gambar 2.5 Hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada balita usia 25-48 bulan di Desa Pranggang Kabupaten Kediri.

2.5 Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara terjadinya hubungan variabel yang akan diteliti agar analisis dari penelitian itu dapat terarah.

2.5.1 H₀ : Tidak ada hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian

stunting pada balita usia 25-48 bulan di Desa Pranggang Kabupaten Kediri.

2.5.2 H₁ : Ada hubungan pola pemberian MP-ASI dengan kejadian

stunting pada balita usia 25-48 bulan di Desa Pranggang Kabupaten Kediri.