

## Feeding Practices and Nutritional Status of The Toddler

### Praktik Pemberian MP-ASI dan Status Gizi (PB/U) Balita

Yessi Marlina<sup>1</sup>, Dewi Erowati<sup>2</sup>, Yola Humaroh<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Poltekkes Kemenkes Riau, Pekanbaru, Indonesia

Email Corresponden: yessi.marlina@pkr.ac.id

#### Article Info

#### Article history

Received date: 2024-04-02

Revised date: 2024-12-30

Accepted date: 2025-01-02



#### Abstract

Complementary feeding practices that are not optimal are one of the causing factors of stunting. The purpose of this study was to determine the relationship between complementary feeding practice and stunting among children in Kampar Districts. Complementary feeding practices include early age of giving complementary feeding, texture, frequency, portion, hygiene, and responsive feeding. Kampar is a high contributor to fish resources but has also been a locus for stunting for several years. The cross-sectional study with a population of all children aged 6-23 months. The proportionate stratified random sampling technique was used with a total sample is 100 children. Body length was measured using a length board, feeding practices were obtained through observation using a checklist sheet, and nutritional intake through food recall for 1x24 hours. Data analysis was univariate and bivariate using the chi-square test. There are 17% stunted and 83% non-stunted. As many as 29% received early complementary feeding, 70% texture was inappropriate, 66% frequency was inappropriate, 69% portion was inappropriate, 83% menu did not vary, 95% was not hygienic, 38% was unresponsive and inadequate intake. There was a significant relationship between responsive feeding and nutritional status ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Stunted toddler; Stunting; Complementary feeding

#### Abstrak

Praktik pemberian MP-ASI yang tidak optimal menjadi salah satu penyebab stunting. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan praktik pemberian MP-ASI dan kejadian stunting di Kabupaten Kampar. Penelitian ini melihat secara keseluruhan tiap komponen dalam pemberian MP-ASI seperti usia awal pemberian, frekuensi, tekstur, porsi, hygiene sanitasi, dan responsive feeding. Kampar menjadi salah satu penyumbang sumber daya ikan yang tinggi namun juga selalu mejadi lokus stunting selama beberapa tahun. Disain penelitian adalah cross-sectional dengan populasi seluruh balita usia 6-23 bulan. Sampel berjumlah 100 balita dengan menggunakan teknik *proportionate stratified random sampling*. Panjang badan menggunakan *length board*, praktik MP-ASI diperoleh melalui *mixed method* antara wawancara mendalam dan observasi menggunakan lembar *checklist*, dan data asupan melalui *food recall* 1x24jam. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji chi-square. Terdapat 17% balita stunting dan 83% tidak stunting. Sebanyak 29% balita mendapatkan MP-ASI dini, 70% tekstur MP ASI tidak sesuai, 66% frekuensi MP ASI tidak tepat, 69% porsi MP ASI tidak sesuai, 83% menu tidak bervariasi, 95% MP ASI tidak hygiene dan 38% pemberian MP ASI tidak responsif. Terdapat hubungan signifikan antara responsive feeding dengan status gizi ( $p < 0.05$ ).

**Kata Kunci:** balita pendek; stunting; MP ASI

#### PENDAHULUAN

Salah satu permasalahan gizi yang masih dihadapi Indonesia saat ini adalah *stunting*. *Stunting* digambarkan sebagai suatu masalah gizi kronis yang dapat memberikan gambaran

kegagalan pertumbuhan yang terakumulasi sejak sebelum dan sesudah kelahiran yang diakibatkan oleh tidak tercukupinya asupan zat gizi [1]. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.2 Tahun 2020 tentang Standar

Antropometri Anak, anak dikatakan pendek atau *stunted* apabila nilai *z-score* pengukuran panjang badan atau tinggi badan menurut umur berada pada rentang  $-3 SD \leq z < -2 SD$ . Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi stunting di Indonesia tercatat sebesar 21,5%, mengalami penurunan dari 21,6% pada tahun sebelumnya, dan di Provinsi Riau sendiri sebesar 13,6% [2][3].

Generasi yang tumbuh secara optimal atau dengan kata lain tidak *stunting* pada umumnya memiliki tingkat kecerdasan yang lebih baik, sehingga akan memberikan daya saing yang baik dalam bidang pembangunan dan ekonomi [4]. Periode 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) merupakan simpul kritis sebagai awal terjadinya pertumbuhan stunting, yang sebaliknya berdampak jangka panjang hingga berulang dalam siklus kehidupan [4]. Periode 1000 HPK dimulai dari saat janin dalam kandungan (270 hari) hingga bayi berusia dua tahun, memiliki pengaruh permanen dan tidak dapat dikoreksi terhadap pertumbuhan fisik, mental, dan kecerdasan [5].

ASI merupakan pilihan makanan yang optimal pada bayi. Namun setelah usia 6 bulan, ASI saja tidak lagi mampu mencukupi kebutuhan gizi bayi sehingga perlu tambahan zat gizi lain dari MP ASI. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif 6 bulan pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan pengenalan MP-ASI dengan terus memberikan ASI sampai usia 2 tahun [6]. Data WHO menunjukkan hanya sepertiga dari anak balita di negara berkembang yang mendapatkan MP ASI yang adekuat, sementara di Indonesia, sebagian besar anak tidak menerima MP ASI yang tepat akibat pola asuh yang salah [7]. Praktik pemberian MP ASI yang tidak optimal menjadi salah satu penyebab langsung terjadinya kekurangan gizi dan stunting [8].

Menurut WHO (2003), ada 6 aspek yang perlu diperhatikan dalam praktik pemberian MP-ASI yaitu respon/sikap anak terhadap makanan yang diberikan, *hygiene* dan sanitasi dalam pengolahan dan penyajian, jumlah porsi yang diberikan, konsistensi makanan, frekuensi pemberian dan kandungan energi, variasi bahan makanan serta usia awal pemberian

MP-ASI. Waktu pemberian MP-ASI berhubungan dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan[9]. Anak yang mendapatkan MP-ASI dini berisiko 18 kali lebih besar untuk mengalami *stunting*[10]. Kuantitas MP-ASI yang rendah dipengaruhi oleh faktor ibu yang tidak memperhatikan porsi yang dikonsumsi anak dan rendahnya rata-rata asupan zat gizi makro.

Kabupaten Kampar merupakan penyumbang terbesar produksi ikan budidaya air tawar di Provinsi Riau khususnya ikan patin. Data Badan Pusat Statistik Provinsi Riau menyebutkan bahwa produksi ikan patin Kabupaten Kampar tahun 2020 sebesar 21.549 ton. Ikan patin sendiri mengandung 17 g protein dalam 100 g bahan [11]. Walaupun memiliki sumber daya berupa bahan pangan sumber protein, Kabupaten Kampar sendiri memiliki prevalensi balita stunting yang tinggi. Sejak tahun 2019 hingga 2021, Kampar selalu masuk dalam lokus penurunan stunting. Prevalensi balita stunting di Kampar tahun 2021 sebesar 25,7% dan menurun di tahun 2022 menjadi 14,5% [12]. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan praktik pemberian MP ASI dan kejadian stunting di Kabupaten Kampar.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain *cross sectional* di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Kabupaten Kampar. Populasi penelitian ini adalah balita usia 6-23 bulan dengan metode *sampling* adalah *proportionate stratified random sampling*, dengan mengambil sampel berdasarkan proporsi masing-masing desa di wilayah kerja puskesmas tersebut. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah bayi/balita berusia 6-23 bulan, terdaftar atau teregistrasi sebagai penduduk tetap di Kabupaten Kampar (dilihat dari kepemilikan KK) dan ibu bayi/balita bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*, sedangkan kriteria eksklusi adalah bayi/balita yang mengalami sakit (penyakit infeksi) yang berpengaruh terhadap pemberian makanan (dalam kurun waktu satu minggu), bayi/balita

berkebutuhan khusus dan cacat fisik, pindah tempat tinggal pada saat pengambilan data dan ibu bayi/balita yang mengundurkan diri saat penelitian masih berlangsung. Jumlah sampel yang diperoleh sebesar 100 balita. Indeks antropometri PB/U menggunakan aplikasi *WHO Anthro* yang diperoleh dari hasil pengukuran panjang badan menggunakan *lengthboard*. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek dikategorikan ke dalam kelompok *stunting* dan bayi dengan status gizi normal dan tinggi dikategorikan ke dalam kelompok tidak *stunting*. Praktik MP-ASI berupa usia awal pemberian, tekstur, frekuensi, porsi, variasi, *hygiene* sanitasi dan *responsive feeding* diperoleh dari hasil wawancara dan observasi menggunakan kuisisioner dan lembar *checklist*. Usia awal pemberian dikategorikan menjadi <6bulan dan ≥6bulan. Tekstur, frekuensi, porsi, dan variasi MP-ASI yang diperoleh dari hasil wawancara dan observasi akan dibandingkan dengan pedoman MP-ASI lalu dikategorikan menjadi sesuai dan tidak sesuai. *Hygiene* sanitasi dikategorikan menjadi *hygiene* dan tidak *hygiene*, sedangkan *responsive feeding* dikategorikan menjadi responsif dan tidak responsif. Kandungan gizi MP-ASI yakni energi, karbohidrat, protein dan lemak diperoleh melalui *food recall* 1x24 jam kemudian dibandingkan dengan kecukupan AKG berdasarkan kategori umur balita lalu dikategorikan menjadi adekuat dan inadekuat. Analisis data menggunakan uji *chi square* dengan nilai  $p < 0,05$  maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara satu variabel dengan variabel lainnya.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Analisis Univariat

Pengumpulan data dilakukan terhadap 100 balita berusia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota yang terdiri dari Desa Ridan, Desa Bangkinang, Desa Langgini dan Desa Kumantan. Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	n	%
<b>Umur</b>		
21 – 25 tahun	24	24.0
26 – 30 tahun	35	35.0
31 – 35 tahun	23	23.0
36 – 40 tahun	13	13.0
>40 tahun	5	5.0
<b>Status Gizi Ibu Berdasarkan IMT</b>		
<i>Underweight</i> (IMT <18.5 kg/m <sup>2</sup> )	3	3.0
Normal (IMT 18.5 – 22.9 kg/m <sup>2</sup> )	43	43.0
<i>Overweight</i> (IMT 23 – 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	29	29.0
Obesitas I (IMT 25 – 29.9 kg/m <sup>2</sup> )	21	21.0
Obesitas II (IMT ≥30 kg/m <sup>2</sup> )	4	4.0
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Bekerja		
- Guru	8	8.0
- Petani Karet	1	1.0
- Wirausaha	4	4.0
- Pegawai Swasta	2	2.0
- Buruh	1	1.0
- Perawat	2	2.0
- Dokter	1	1.0
Tidak bekerja	81	81.0
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
Tamat SD	4	4.0
Tamat SMP	16	16.0
Tamat SMA	60	60.0
Perguruan Tinggi/Akademi	20	20.0
<b>Pendapatan</b>		
≥UMK	41	41.0
< UMK	59	59.0
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>		
≤ 4 anggota keluarga	64	64.0
> 4 anggota keluarga	36	36.0
<b>Anggota Keluarga</b>		
Keluarga Inti	99	99.0
Bukan Keluarga Inti	1	1.0

\*UMK (Rp2.950.088,28/per bulan)

Berdasarkan Tabel 1, sebanyak 43% ibu memiliki status gizi normal, 3% *underweight* dan 54% *overweight* dan obesitas. Nilai rata-rata IMT ibu sebesar 23.62 dengan IMT terendah adalah 17.33 dan tertinggi sebesar

36.51. Sebanyak 81% ibu tidak bekerja, dan 60% memiliki pendidikan terakhir tamat SMA. Karakteristik balita yang menjadi sampel penelitian dapat dilihat ada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik Balita

Karakteristik Responden	N	%
<b>Usia Anak</b>		
6-11 bulan	36	36.0
12-24 bulan	64	64.0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	49	49.0
Perempuan	51	51.0
<b>BB Lahir</b>		
< 2500gr	22	22.0
≥ 2500gr	78	78.0
<b>B Lahir</b>		
< 48cm	68	68.0
≥ 48cm	32	32.0
<b>Status Gizi Balita Berdasarkan TB/U</b>		
stunting	17	17.0
tidak stunting	83	83.0
<b>Status Menyusui</b>		
Masih ASI	79	79
Tidak ASI	21	21

Berdasarkan Tabel 2, sebanyak 17% balita termasuk stunting dan 83% balita tidak stunting dengan rata-rata nilai zscore adalah -0.27. Berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuisiner, sebanyak 79% balita masih menyusui dengan ibunya, 32% balita mengkonsumsi susu formula, dan 13% balita mengkonsumsi susu formula dan ASI.

### Analisis Bivariat

Penelitian yang ada selama ini pada umumnya hanya melihat beberapa variabel praktik pemberian MP ASI seperti usia awal pemberian atau variasi makanan saja, sedangkan penelitian ini melihat tiap aspek praktik pemberian MP-ASI sesuai pedoman WHO, termasuk kesesuaian tekstur, frekuensi, jumlah porsi, hygiene sanitasi bahkan responsive feeding yang diperoleh dengan cara mixed methods antara wawancara mendalam dan observasi.

Analisis Bivariat penelitian ini menggunakan uji Chi Square untuk melihat hubungan antara praktik pemberian MP-ASI seperti usia awal pemberian, tekstur, frekuensi, porsi, variasi, hygiene sanitasi, responsive feeding dan asupan terhadap status gizi (TB/U). Tiap aspek dalam praktik MP-ASI digali m Salah satu indikator dalam praktik pemberian MP-ASI adalah usia. Menurut WHO (2003), pemberian MP-ASI yang tepat diberikan ketika anak berusia 6 bulan atau 180 hari dan proses menyusui tetap dilanjutkan[6]. ASI merupakan sumber zat gizi utama yang mampu memenuhi segala kebutuhan gizi bayi hingga berusia 6 bulan. Namun, setelah usia enam bulan, semakin sulit bagi bayi yang disusui untuk memenuhi kebutuhan gizinya hanya dari ASI saja, sehingga perlu tambahan dari MP-ASI. Selain itu, sebagian besar bayi secara perkembangan siap untuk menerima makanan selain dari ASI sekitar usia enam bulan[13]. Adapun tanda bahwa anak sudah siap untuk menerima MP-ASI [14] adalah anak dapat duduk dengan leher tegak dan mengangkat kepalanya sendiri tanpa memerlukan bantuan, anak menunjukkan ketertarikan terhadap makanan dan anak menjadi lebih lapar, dan tetap menunjukkan tanda lapar, walaupun ibu sudah memberikan ASI secara rutin.

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat Usia Awal Pemberian MP-ASI dan Status Gizi (PB/U)

Variabel	Status Gizi (TB/U)		Total	P value
	Stunting	Tidak Stunting		
<b>Awal Pemberian MPASI</b>				
≥6 bulan	4	25	29	.585
<6 bulan	13	58	71	
<b>Tekstur MP-ASI</b>				
Sesuai	4	26	30	.523
Tidak Sesuai	13	57	70	
<b>Frekuensi Pemberian MPASI</b>				
Sesuai	6	28	34	.902
Tidak Sesuai	11	55	66	
<b>Jumlah Porsi MPASI</b>				
Sesuai	4	27	31	.465
Tidak sesuai	13	56	69	
<b>Variasi MP-ASI</b>				

Bervariasi	3	14	17	0,93
Tidak bervariasi	14	69	83	8
<b>Hygiene Sanitasi</b>				
Sesuai	1	4	5	.855
Tidak sesuai	16	79	95	
<b>Responsive Feeding</b>				
Responsif	5	57	62	.002
Tidak responsif	12	26	38	
<b>Asupan Energi</b>				
Adekuat	9	49	58	.643
Tidak Adekuat	8	34	42	
<b>Asupan Lemak</b>				
Adekuat	2	26	28	.102
Tidak Adekuat	15	57	72	
<b>Asupan Protein</b>				
Adekuat	15	70	85	.682
Tidak Adekuat	2	13	15	
<b>Asupan Karbohidrat</b>				
Adekuat	13	49	62	.177
Tidak Adekuat	4	34	38	

Berdasarkan Tabel 3, terdapat 71% anak yang menerima MP-ASI sebelum berusia 6 bulan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui usia paling awal bayi memperoleh MP-ASI adalah ketika berusia 1 bulan. Kelompok makanan yang diperkenalkan untuk pertama kalinya juga bervariasi, seperti air putih, air madu, pisang, susu formula, bahkan bubur halus. Bayi sering rewel, gelisah, bahkan menangis, menjadi alasan pemberian MP-ASI dini. Para ibu berasumsi bahwa anak rewel dan menangis karena lapar sehingga ibu menganggap pemberian ASI tidak lagi mencukupi kebutuhan si anak. Pengenalan awal MP-ASI dapat menyebabkan timbulnya masalah pencernaan seperti muntah, diare dan sembelit[15]. Hal ini disebabkan karena sistem pencernaan anak dalam mengolah makanan padat belum berfungsi optimal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nai (2014), dimana tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara tingkatan usia pengenalan MP-ASI dengan risiko kejadian stunting[16]. Pada saat anak diberikan makanan tambahan selain ASI sebelum berusia 6 bulan, anak akan berisiko mengalami kontaminasi bakteri sehingga dapat menyebabkan timbulnya penyakit

infeksi[17], yang jika berlangsung lama dapat berdampak terhadap status gizi ataupun pertumbuhan anak. Namun data mengenai penyakit infeksi tidak diteliti dalam penelitian ini. Pemberian MP-ASI dini tidak secara langsung berdampak terhadap status gizi atau pertumbuhan anak melainkan terhadap status kesehatan anak [15]. Pemberian MP-ASI dini akan menyebabkan anak memiliki risiko tinggi untuk tersedak, mengalami alergi makanan, penurunan asupan ASI atau susu formula[18]. Selain itu, pengenalan awal MP-ASI seperti susu sapi, buah dan jus buah juga dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan lainnya, misalnya Diabetes Mellitus Tipe 1[19]. *American Academy of Pediatrics* (AAP) menyarankan bahwa bayi <6 bulan tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi jus buah hingga berusia 1 tahun [19].

Berdasarkan hasil analisis Tabel 3, diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tekstur MP-ASI yang diberikan dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.523$ ). Walaupun demikian, [6] apabila anak diberikan makanan dengan konsistensi atau tekstur yang tidak sesuai dengan perkembangan usianya, anak mungkin tidak dapat mengkonsumsi porsi makanan yang diberikan atau anak memerlukan waktu yang lebih lama untuk menghabiskan makanannya sehingga asupan makan menjadi terganggu. Hal ini akan berdampak tidak langsung terhadap status gizinya. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan pada penelitian (Wangiyana *dkk.*, 2020) dimana tidak diperoleh hubungan yang signifikan antara tekstur pemberian MP-ASI dengan risiko stunting. Menurut IDAI tahun 2018, tekstur MP-ASI diberikan secara bertahap sesuai perkembangan usia, dimulai dari makanan yang dihaluskan hingga menjadi bubur kental (*puree*) untuk usia 6 bulan, makanan yang dilumatkan halus (*mashed*) untuk usia 6-9 bulan, makanan yang dicincang halus (*minced*), dicincang kasar (*chopped*), atau makanan yang dapat dipegang sendiri (*finger foods*) untuk usia 9-12 bulan, serta makanan keluarga yang dihaluskan atau dicincang seperlunya untuk usia diatas 12 bulan[14]. Hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa sebanyak 70% anak belum mendapatkan MP-ASI dengan tekstur yang sesuai dengan usianya.

Pemberian MP-ASI dengan tekstur yang tidak sesuai dengan tahapan usia tidak berdampak secara langsung terhadap status gizi. Menurut WHO (2003), apabila anak diberikan makanan dengan tekstur yang tidak sesuai dengan perkembangan usianya, anak mungkin tidak dapat mengkonsumsi porsi makanan yang diberikan atau anak memerlukan waktu yang lebih lama untuk menghabiskan makanannya sehingga asupan makan menjadi terganggu[6], jika dibiarkan dalam waktu yang lama akan berdampak terhadap penurunan status gizi. Pemberian MP-ASI dengan tekstur keras terlalu awal tidak dianjurkan karena akan menyebabkan anak membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mengunyah sehingga jumlah asupan menjadi berkurang dan berdampak secara tidak langsung terhadap status gizi anak[20]. Pemberian makanan dengan tekstur bubur dalam waktu yang lama juga harus dihindari. Pengenalan terhadap tekstur makanan yang tepat berkaitan dengan fungsi berbicara, mengingat organ-organ yang terlibat dalam proses mengunyah juga terlibat dalam proses pelafalan[21].

Berdasarkan Tabel 3, proporsi anak yang mendapatkan frekuensi MP-ASI yang tidak sesuai kategori umur lebih besar (66%) dibandingkan yang sesuai (34%). Frekuensi makan anak seharusnya 3-4x sehari, ternyata kenyataan di lapangan hanya diberikan 2-3x sehari saja. Anak yang tidak lagi menyusui sebaiknya diberikan makanan dengan frekuensi yang lebih sering[10]. Anak berusia 6-12 bulan memerlukan makanan tambahan selain ASI untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi lainnya. Oleh karena itu, perlu pemberian makanan yang mengandung energi dan zat gizi yang tinggi atau melalui pemberian makanan sesering mungkin[16]. Namun, hasil analisa penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.902$ ). Hasil ini berbeda dengan penelitian Wangiyana (2020), dimana anak yang mendapatkan MP-ASI dengan

frekuensi yang tidak tepat berisiko 2.02 kali lebih besar untuk mengalami stunting[20]. Hubungan yang tidak signifikan antara frekuensi pemberian dengan status gizi (PB/U) bisa saja terjadi, dikarenakan walaupun frekuensi yang diberikan telah sesuai, namun jumlah dan kualitas makanan yang diberikan tidak sesuai, maka kecukupan gizi anak tidak terpenuhi, dan apabila berlangsung dalam waktu yang lama dapat menyebabkan stunting[22].

Proporsi anak yang mendapatkan porsi MP-ASI yang tidak sesuai lebih besar (69%) dibandingkan sesuai (31%). Berdasarkan Tabel 3, tidak terdapat hubungan signifikan antara porsi pemberian MP-ASI dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.465$ ). Apabila porsi pemberian MP-ASI sudah sesuai dengan pedoman pemberian namun jika kualitas makanan yang diberikan kurang baik atau tidak beragam, maka anak berisiko mengalami defisiensi zat gizi seperti defisiensi vitamin A dan zink yang berpengaruh terhadap proses pertumbuhan linier[22].

Pemberian MP-ASI dikatakan bervariasi jika anak diberikan  $\geq 4$  kelompok makanan dalam sehari[6]. Pada penelitian ini, susunan menu MP-ASI yang diberikan ibu umumnya hanya terdiri dari 2 kelompok makanan yaitu karbohidrat dan protein hewani, sementara kelompok makanan seperti protein nabati, sayur dan buah jarang diberikan. Protein yang berasal dari tumbuhan biasanya sulit dicerna dan mengandung asam amino yang lebih sedikit dibandingkan protein hewani, namun dikarenakan kebutuhan protein pada bayi dan balita yang cukup tinggi, maka asupan protein nabati tetap diperlukan [23].

Proporsi anak yang mendapatkan MP-ASI bervariasi pada penelitian ini lebih sedikit (17%) dibandingkan anak yang mendapatkan MP-ASI tidak bervariasi (83%). Hal ini dapat disebabkan oleh status ekonomi keluarga, dimana berdasarkan Tabel 1, sebanyak 59% balita berasal dari keluarga dengan penghasilan  $<UMK$ . Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kuantitas dan kualitas pangan yang dikonsumsi seseorang. Semakin tinggi tingkat pendapatan maka semakin besar

pula persentase penambahan pembelanjannya termasuk untuk pangan dari golongan sayur dan buah-buahan serta berbagai jenis pangan lainnya, tetapi penambahan kuantitas ini tidak selalu memperbaiki susunan menu makanan yang dikonsumsinya[24]. Anak-anak yang berasal dari keluarga mampu memiliki MP-ASI yang lebih bervariasi dalam susunan menunya[25][26].

Dari hasil analisis pada Tabel 3, tidak terdapat hubungan signifikan antara variasi MP-ASI dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.938$ ). Variasi makanan pada penelitian ini diperoleh berdasarkan hasil *recall* 1x24 jam dan kuisisioner, sehingga kurang menggambarkan pola keragaman makanan responden. Selain itu, status menyusui (79% balita masih mendapatkan ASI), dapat menjadi faktor penyebab tidak terdapatnya hubungan yang signifikan antara variasi makanan dengan status gizi. Risiko kejadian stunting mengalami penurunan dengan adanya pemberian ASI pada anak-anak yang diberi MP-ASI yang tidak beragam [16].

Proporsi pemberian MP-ASI yang aman dan higienis hanya berjumlah 5%, lebih sedikit dibandingkan MP-ASI yang tidak aman dan tidak hygiene (95%). Ada tujuh indikator yang digunakan dalam menilai *hygiene* sanitasi dan keamanan pangan MP-ASI yang diberikan yaitu Ibu/pengasuh mencuci tangan sebelum mengolah makanan, mencuci tangan sebelum memberikan makanan kepada anak, menggunakan talenan terpisah antara bahan mentah dan bahan matang, mencuci tangan anak sebelum makan, menggunakan peralatan makan yang bersih, penyimpanan makanan pada suhu yang aman, dan tidak menggunakan bahan tambahan pangan[14].

Hasil analisis Tabel 3 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara hygiene sanitasi dan keamanan pangan MP-ASI yang diberikan dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.855$ ). Hygiene sanitasi tidak berdampak langsung terhadap penurunan status gizi. Berdasarkan data dari kuisisioner, sebanyak 9% responden (ibu) tidak mencuci tangan sebelum mengolah makanan dengan berbagai alasan seperti, menganggap

tangannya sudah bersih, lupa dan tidak tahu. Sebanyak 18% ibu tidak mencuci tangan sebelum memberi makanan pada anak dengan alasan karena makanan diberikan menggunakan sendok, anak disuap oleh ibunya, anak makan sendiri, dan ada yang menganggap tangan anak sudah bersih sehingga tidak perlu dicuci. Mencuci tangan sebelum mengolah makanan dan sebelum memberikan makanan pada anak wajib dilakukan ibu untuk menjamin keamanan makanan yang diterima anak[14]. Proses persiapan makanan, penyimpanan, dan pemberian makanan adalah sumber umum kontaminasi bakteri penyebab diare[27]. Berdasarkan penggunaan talenan, sebanyak 46% ibu tidak menggunakan talenan yang terpisah dengan alasan hanya memiliki 1 talenan di rumah. Selain itu, sebanyak 45% ibu tidak mencuci tangan anak sebelum makan, 3% tidak menggunakan peralatan makan yang bersih, dan 30% ibu menggunakan bahan tambahan pangan berupa bumbu penyedap dan 100% ibu menyimpan makanan pada suhu yang aman.

Pemberian makan yang responsif adalah ketika orang tua atau pengasuh terlibat dalam perilaku positif dengan anak, sambil mendorong dan memperhatikan minat anak selama waktu makan [28]. Berdasarkan hasil analisis dari Tabel 3, proporsi MP-ASI yang diberikan secara responsif berjumlah 62%, lebih banyak dibandingkan yang tidak *responsif* (38%). Sebagian besar anak diberi makan langsung oleh ibunya dikarenakan faktor ibu yang tidak bekerja (81%), sedangkan bagi ibu yang bekerja, pada umumnya menitipkan anak pada kerabat terdekat. Dalam proses pemberian makan, hal yang utama adalah menciptakan suasana yang menyenangkan sehingga anak tidak hanya mampu menghabiskan makannya, namun juga merasa aman dan gembira, sehingga kegiatan makan merupakan kegiatan menyenangkan yang akan memberikan dampak positif terhadap asupan gizi anak [24].

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *responsive feeding* dengan status gizi (PB/U) ( $p=0.002$ ). Perilaku

orang tua yang cenderung memberikan tekanan saat anak makan menunjukkan hubungan signifikan secara negatif dengan status gizi anak [29]. Menurut Latifah, ibu dengan perilaku responsif memiliki risiko 0.15x lebih rendah memiliki anak stunting dibanding yang tidak responsif [30]. Ibu/pengasuh yang diberi pemahaman dan edukasi khususnya berkaitan dengan pola pengasuhan anak (pemberian makan anak) akan berpengaruh positif terhadap status gizi anak [30].

Jumlah energi yang terkandung dalam MP-ASI ditentukan berdasarkan asumsi rata-rata konsumsi ASI per hari, sehingga ada kemungkinan bahwa anak dengan asupan ASI yang lebih tinggi maka kebutuhan energi yang bersumber dari MP-ASI nya cenderung lebih rendah, dan sebaliknya [31]. Menurut IDAI (2018), jumlah tambahan kalori yang harus terkandung dalam MP-ASI untuk kategori usia 6-8 bulan sebesar 200kkal, 9-12 bulan sebesar 300kkal dan 12-24 bulan sebesar 550kkal setiap harinya [14]. Sama halnya dengan energi, jumlah lemak yang dibutuhkan dari MP-ASI untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pada anak tergantung pada tingkat asupan ASI. Anjuran lemak yang terkandung dalam MP-ASI adalah sekitar 30-45% dari total kalori sehari [32]. Kebutuhan protein pada anak meningkat seiring pertambahan usia. Asupan protein harian yang direkomendasikan adalah 1.1g/kg/hari atau sekitar 10% dari total kalori [19]. Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa tidak ada hubungan antara asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat pada MP-ASI dengan status gizi (PB/U). Selain dari MP-ASI, pemenuhan kebutuhan energi dan zat gizi pada anak juga berasal dari asupan ASI maupun susu formula. Berdasarkan Tabel 5 diketahui sebanyak 79% anak masih mengkonsumsi asi. Dari hasil kuisioner juga diketahui bahwa sebanyak 64% balita memiliki sumbangan energi terbesar dari ASI/susu formula.

## SIMPULAN

Berdasarkan indeks PB/U terdapat 17% balita kategori stunting dan 83% balita kategori tidak stunting. Tidak terdapat hubungan

signifikan antara usia awal pemberian, tekstur, variasi, frekuensi pemberian, porsi pemberian, hygiene sanitasi dan asupan gizi pada MP ASI dengan status gizi (PB/U), sedangkan responsive feeding memiliki hubungan signifikan dengan status gizi (PB/U).

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] A. Wulandari Leksono *et al.*, "Risiko Penyebab Kejadian Stunting pada Anak," *J. Pengabd. Kesehat. Masy. Pengmaskemas*, vol. 1, no. 2, pp. 34–38, 2021.
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Buku Saku Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022 - Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | BKPK Kemenkes," 2022.
- [3] BKPK, "Survei Kesehatan Indonesia (SKI)," Jakarta, 2023.
- [4] N. K. Aryastami, "Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi Stunting di Indonesia," *Bul. Penelit. Kesehat.*, vol. 45, no. 4, pp. 233–240, 2017, doi: 10.22435/bpk.v45i4.7465.233-240.
- [5] Kementerian Kesehatan RI, "Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)," 2012.
- [6] WHO, *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. 2003.
- [7] TNP2K, "Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (STUNTING) Periode 2018-2024," 2018.
- [8] A. Ahmad, S. Madaniyah, C. M. Dwiriani, and R. Kolopaking, "Pengetahuan, sikap, motivasi ibu, dan praktik pemberian MP-ASI pada anak usia 6-23 bulan: studi formatif di Aceh," *J. Gizi Klin. Indones.*, vol. 16, no. 1, p. 1, 2019, doi: 10.22146/ijcn.34560.
- [9] D. P. Khasanah, H. Hadi, and B. A. Paramashanti, "Waktu pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) berhubungan dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di Kecamatan Sedayu," *J. Gizi dan Diet. Indones. (Indonesian J. Nutr. Diet.*, vol. 4, no. 2, p.



- 105, 2016, doi: 10.21927/ijnd.2016.4(2).105-111.
- [10] N. Y. Prihutama, F. A. Rahmadi, and G. Hardaningsih, "Pemberian Makanan Pendamping Asi Dini Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 2-3 Tahun," *J. Kedokt. Diponegoro*, vol. 7, no. 2, pp. 1419–1430, 2018.
- [11] D. G. M. Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, *Tabel Komposisi Pangan Indoensia 2017*. 2017.
- [12] Kementerian Kesehatan, "Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Kabupaten/Kota tahun 2021," 2021.
- [13] F. A. Wijaya, "ASI Eksklusif : Nutrisi Ideal untuk Bayi 0-6 Bulan," *Contin. Med. Educ.*, vol. 46, no. 4, pp. 296–300, 2019.
- [14] IDAI, *Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI)*. 2018.
- [15] H. Waqiyah, A. Maineny, and N. Nurfatimah, "The Relationship between the Timing of Complementary Feeding and Maternal Knowledge of Responsive Feeding and the Incidence of Stunting in Children Aged 6-24 Months," *Poltekita J. Ilmu Kesehat.*, vol. 17, no. 1, pp. 147–154, 2023, doi: 10.33860/jik.v17i1.1889.
- [16] H. Nai, I. M. A. Gunawan, and E. Nurwanti, "Praktik pemberian makanan pendamping asi (mp-asi) sebagai faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan," *J. Gizi dan Diet. Indones.*, vol. 2, no. 3, pp. 126–139, 2014, doi: 10.1039/c0an00880j.
- [17] B. A. Paramashanti and S. Benita, "Early introduction of complementary food and childhood stunting were linked among children aged 6-23 months," *J. Gizi Klin. Indones.*, vol. 17, no. 1, p. 1, 2020, doi: 10.22146/ijcn.53788.
- [18] M. A. Abeshu, A. Lelisa, and B. Geleta, "Complementary Feeding: Review of Recommendations, Feeding Practices, and Adequacy of Homemade Complementary Food Preparations in Developing Countries – Lessons from Ethiopia," *Front. Nutr.*, vol. 3, p. 41, 2016, doi: 10.3389/fnut.2016.00041.
- [19] P. Alvisi et al., "Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants," *Ital. J. Pediatr.*, vol. 41, no. 1, p. 36, Dec. 2015, doi: 10.1186/s13052-015-0143-5.
- [20] N. K. A. S. Wangiyana et al., "Praktik Pemberian Mp-Asi Terhadap Risiko Stunting Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Lombok Tengah," *J. Nutr. Food Res.*, vol. 43, no. 2, pp. 81–88, 2020.
- [21] A. Marduel Boulanger and M. Vernet, "Introduction of new food textures during complementary feeding: Observations in France," *Arch. Pediatr.*, vol. 25, no. 1, pp. 6–12, 2018, doi: 10.1016/j.arcped.2017.10.025.
- [22] Nur Hadibah Hanum, "Hubungan Tinggi Badan Ibu dan Riwayat Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan," *Amerta Nutr.*, vol. 3, no. 2, pp. 78–84, 2019, doi: 10.2473/amnt.v3i2.2019.78-84.
- [23] E. Romero-Velarde et al., "Guidelines for complementary feeding in healthy infants," *Boletín Médico Del Hosp. Infant. México (English Ed.)*, vol. 73, no. 5, pp. 338–356, 2016, doi: 10.1016/j.bmhime.2017.11.007.
- [24] Y. Amperaningsih, S. A. Sari, and A. A. Perdana, "Pola Pemberian MP-ASI pada Balita Usia 6-24 Bulan," *J. Kesehat.*, vol. 9, no. 2, p. 310, 2018, doi: 10.26630/jk.v9i2.757.
- [25] S. F. Forsido, N. Kiyak, T. Belachew, and O. Hensel, "Complementary feeding practices, dietary diversity, and nutrient composition of complementary foods of children 6-24 months old in Jimma Zone, Southwest Ethiopia," *J. Health. Popul. Nutr.*, vol. 38, no. 14, pp. 1–7, 2019, doi: 10.1186/s41043-019-0172-6.
- [26] Y. Marlina and D. Erowati, "Pengolahan MP ASI Berbasis Pangan Lokal di Desa Ranah Singkuang Kabupaten Kampar," *Logista J. Ilm. Pengabd. Kpd. Masy.*, vol. 5, no. 2, pp. 202–208, 2021.
- [27] R. Agestika, "the Pattern of Complementary Feeding Affects the Incidence of Diarrhea in Infants," *Indones.*

- Midwifery Heal. Sci. J.*, vol. 6, no. 1, pp. 37–48, 2022, doi: 10.20473/imhsj.v6i1.2022.37-48.
- [28] J. Harbron, S. Booley, and B. Najaar, “Paediatric Food-Based Dietary Guidelines for South Africa: Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life,” *South African J. Clin. Nutr.*, vol. 26, no. 3, pp. 141–149, 2013.
- [29] N. L. A. Purnama, L. Lusmilasari, and M. Julia, “Perilaku orang tua dalam pemberian makan dan status gizi anak usia 2-5 tahun,” *J. Gizi Klin. Indones.*, vol. 11, no. 3, pp. 97–104, 2015, doi: 10.22146/ijcn.19281.
- [30] U. Latifah, R. S. Prastiwi, and U. Baroroh, “The Responsive Feeding Behavior and Stunting Incident on Toddlers,” *J. Kebidanan*, vol. 10, no. 2, pp. 143–148, 2020, doi: 10.31983/jkb.v10i2.6286.
- [31] M. L. Roche, T. W. Gyorkos, B. Blouin, G. S. Marquis, J. Sarsoza, and H. V. Kuhnlein, “Infant and young child feeding practices and stunting in two highland provinces in Ecuador,” *Matern. Child Nutr.*, vol. 13, no. 2, pp. 1–15, 2017, doi: 10.1111/mcn.12324.
- [32] K. G. Dewey and K. H. Brown, “Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs,” *Food Nutr. Bull.*, vol. 24, no. 1, pp. 5–28, 2003, doi: 10.1177/156482650302400102.