

Penerapan Model Promosi Kesehatan Terhadap Kemampuan Ibu Dalam Pemenuhan Gizi Pada Anak Yang Mengalami Stunting

Health Promotion Model into Mother's Ability Nutrition in Stunted Children

Apriyani Puji Hastuti^{1*}, Dina Nurpita Suprawoto², Ratna Roesardhyati³, Rif'atul Fani⁴

^{1,2,3,4} Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Institut Teknologi Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang, Jalan Sodanco Supriadi 22, Malang, Jawa Timur Indonesia

*Corresponding author

Email: apriyani.puji@itsk-soepraoen.ac.id

A b s t r a c t

Keyword : health promotion, mother ability, nutrition, stunted children,

Background: Health promotion regarding the provision of nutrition to children who experience stunting is closely related to the role of mothers in using their knowledge, belief and abilities in improving nutrition and fulfilling adequate nutrition in children. **Objective:** to analyze the ability of mothers to fulfill nutrition in children aged 6-24 months who are stunted. **Method:** the research design used a quasy-experiment with a pre-test post-test control group design approach with a sample size of 114 mothers with stunted children who were taken using a random technique with cluster sampling. The independent variable in this study is health promotion based on the health promotion model and the dependent variable is the mother's ability to fulfill nutrition in children aged 6-24 months who are stunted. The research instrument used a questionnaire for each variable. Data analysis in this study is the Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney. **Result** The ability of mothers to fulfill nutrition in children aged 6-24 months who experience stunting with indicators of continuity of breastfeeding 74.63 ± 6.85 (p -value = 0.000), food preparation and processing 95.10 ± 5.35 (p -value = 0.000), complementary feeding 87.31 ± 6.89 (p -value=0.000) and responsive feeding 87.92 ± 7.27 (p -value=0.000) and there is a difference between the treatment group and the control group regarding the mother's ability to fulfillment of nutrition in stunted children with a p -value of 0.000 **Conclusion:** there is a significant difference in the ability of mothers to fulfill nutrition in stunted children.

Kata kunci :
promosi kesehatan,
Kemampuan ibu,
Pemberian makan
bayi dan anak,
stunting

A B S T R A K

Latar belakang: Promosi kesehatan tentang pemberian gizi pada anak yang mengalami stunting erat kaitannya dengan peran ibu dalam menggunakan pengetahuan, keyakinan dan kemampuan yang dimiliki dalam meningkatkan gizi dan pemenuhan gizi yang adekuat pada anak. **Tujuan:** menganalisa kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting. **Metode:** desain penelitian ini menggunakan quasy experiment dengan pendekatan pre- test post-test control group design dengan besar sampel sebanyak 114 ibu yang memiliki anak stunting yang diambil dengan Teknik random dengan cluster sampling. variabel independent dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan berbasis health promotion model dan variabel dependen kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner untuk masing- masing variabel. Analisa data dalam penelitian ini adalah *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney*. **Hasil:** Kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting dengan indikator persiapan dan pengolahan makanan $95,10 \pm 5,35$ (p - value= 0.000), *complementary feeding* $87,31 \pm 6,89$ (p - value= 0.000) dan *responsive feeding* $87,92 \pm 7,27$ (p - value=0.000) dan ada perbedaan antara kelompok

perlakuan dan kelompok kontrol tentang kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak stunting dengan *p-value* 0.000

Kesimpulan: kemampuan ibu dalam pemenuhan zat gizi terdapat perbedaan signifikan pada anak dengan stunting.

How To Cite : Hastuti, A.,P., Suprawoto, D., N., Roesardhyati, R., Fani, R., 2023. Penerapan Model Promosi Kesehatan Terhadap Kemampuan Ibu Dalam Pemenuhan Zat Gizi Pada Anak Stunting. *Journal of Islamic Medicine*. 7(02), 132-141 <https://doi.org/10.18860/jim.v7i2.23205>
Copyright © 2023

LATAR BELAKANG

Stunting merupakan salah satu masalah yang terjadi di dunia *triple burden disease*. Kondisi pertumbuhan di bawah standar menunjukkan terjadinya hambatan dalam pertumbuhan anak. Dampak stunting pada anak dapat terjadi segera dan dalam jangka waktu panjang, meliputi peningkatan morbiditas dan mortalitas, perkembangan anak dan kemampuan belajar yang buruk, peningkatan risiko penyakit infeksi dan non-infeksi, resistensi insulin yang berisiko terjadinya diabetes, hipertensi, dislipidemia, kemampuan kerja yang rendah, serta gangguan reproduksi di masa dewasa. Selain itu, anak stunting mengalami peningkatan risiko overweight atau obes di masa yang akan datang.^(1,2) Stunting pada anak dapat terjadi pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) setelah konsepsi dan berkaitan dengan berbagai faktor, meliputi status sosio-ekonomi, asupan makanan, infeksi, status gizi selama kehamilan, defisiensi mikronutrien, dan lingkungan. Faktor sosial seperti akses yang kurang baik terhadap layanan kesehatan dan tinggal di area pedesaan juga berkaitan dengan terjadinya stunting pada anak. Praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang tidak adekuat berkaitan dengan stunting pada anak, yaitu kualitas makan yang buruk disebabkan kurangnya makro dan mikronutrien, keragaman makanan dan makanan bersumber dari protein hewani, serta kandungan anti nutrient dan kandungan makanan yang rendah energi.⁽³⁾ Stunting merupakan keadaan gagal tumbuh pada balita dimana panjang badan menurut usia (PB/U) atau tinggi badan menurut usia

(TB/U) lebih rendah dari standar nasional yang berlaku.⁽⁴⁾

Peran pemberian makan dalam dua tahun pertama kehidupan erat kaitannya dengan kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi. Pada periode usia ini resiko terjadi masalah gizi karena peralihan/ penyapihan dan praktik pemberian makan bayi- anak, khususnya dalam hal variasi makanan, kualitas pola makan, ketersediaan dan aksesibilitas makanan bergizi, terpapar infeksi dan sanitasi yang buruk.⁽⁵⁻⁷⁾ Kualitas makanan dan gizi tergantung pada kemampuan ibu dalam pemberian makan yang tepat pada anak usia 6- 24 bulan dan didukung dengan pengetahuan yang dimiliki mengenai gizi.⁽⁸⁾ Ibu yang memiliki pendidikan dan pengetahuan yang baik mempengaruhi pola asuh anak termasuk dalam pemberian makan, pola konsumsi pangan dan status gizi.^(9,10) Pada praktiknya, ibu dalam memberikan makanan kepada anak berdasarkan respon lapar yang diungkapkan anak, selain itu menu makanan yang disiapkan berdasarkan keinginan dari anak serta banyaknya penggunaan MPASI instan yang dinilai lebih praktis.⁽¹¹⁾

Ibu merupakan bagian anggota keluarga yang memiliki otonomi dan peran pengasuhan dalam pemberian makan bayi dan anak serta mampu mengambil keputusan terutama mengenai kesehatan pada anak.⁽¹¹⁻¹³⁾ Pengetahuan dan ketrampilan ibu sangat diperlukan sebagai dasar untuk memenuhi gizi anak, ibu harus dapat menerapkan pengasuhan dalam hal pemberian makanan pada anak (*responsive feeding*) yang meliputi pemberian makanan sesuai usia anak, kepekaan ibu terkait waktu makan anak, menciptakan suasana makan anak yang baik dan nyaman.^(14,15) PMBA

memerlukan adanya keragaman variasi makanan, porsi ditingkatkan secara bertahap, konsistensi makanan, dan proporsi yang seimbang pada makro- mikro nutrisi meliputi sayur, buah- buahan, lauk pauk (sumber protein hewani dan nabati) serta makanan pokok sebagai sumber energi. ⁽¹⁶⁾

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh promosi kesehatan berbasis *health promotion model* terhadap kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting.

METODE

Desain penelitian dalam penelitian ini menggunakan *quasy experiment* dengan pendekatan *pre-test post-test control group design*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Wagir Kabupaten Malang. Teknik sampling yang digunakan adalah random sampling dengan *cluster sampling*, dengan kriteria inklusi adalah ibu yang memiliki anak dengan stunting, memiliki anak lebih dari satu, mengurus rumah tangga, sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah anak tunggal dan tidak tinggal serumah dengan orang tua. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 114 ibu yang memiliki anak stunting pada tiap kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Variabel independen dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan berbasis *health promotion model*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting.

Pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang dimodifikasi sesuai tujuan penelitian yang bersumber dari *Infant and Young Children Feeding* (2018). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann Whitney. Penelitian ini telah memiliki sertifikat etik yang diterbitkan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

dengan nomor 2162- KEPK tanggal 9 April 2023

Promosi Kesehatan Berbasis *Health Promotion Model*

Modul promosi kesehatan berbasis *health promotion model* adalah media edukasi promosi kesehatan sesuai teori *health promotion model* dengan faktor pengetahuan ibu, motivasi, *self- efficacy*, hambatan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dukungan sosial dan pengaruh situasional dengan indikator persiapan dan pengolahan makanan, *complementary feeding*, *responsive feeding*. Dimana implementasi promosi Kesehatan ini dilaksanakan selama 6 minggu dengan model pendampingan yang selama 1 minggu 1 kali, dimana waktu 6 minggu tersebut ibu dapat melakukan konsultasi dan menerapkan serta mengaplikasikan dari informasi yang didapatkan sesuai dengan panduan modul PMBA.

Kemampuan Ibu Dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak Yang Mengalami Stunting

Kemampuan ibu dalam pemberian makan bayi dan anak yang mengalami stunting adalah hal yang dilakukan oleh ibu dalam menjalankan perannya dalam memberikan makan pada anak stunting dengan indikator persiapan dan pengolahan makan, *complementary feeding* dan *responsive feeding*.

HASIL PENELITIAN

Lokasi penelitian terletak di Wilayah Kabupaten Malang yang merupakan sebuah Kabupaten di Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Kabupaten Malang adalah kabupaten terluas kedua di Jawa Timur setelah Kabupaten Banyuwangi dan merupakan Kabupaten dengan populasi terbesar di Jawa Timur. Ibu Kota Kabupaten Malang adalah Kota Kecamatan Kepanjen dimana Wilayah Kerja Puskesmas di Kabupaten Malang sebanyak 39 Puskesmas.

Prevalensi kejadian stunting pada bulan Februari 2023 di Wilayah Puskesmas Kabupaten Malang tersebut adalah 10,9% dengan total anak berusia 28 hari- 72 bulan di Wilayah Puskesmas Kabupaten Malang sebanyak 138.155 anak dimana 15.055 anak diantaranya mengalami stunting. Kejadian stunting untuk masing- masing klasifikasi usia dapat dibagi sebagai berikut: usia 0- 6 bulan sebanyak 4%, usia 6- 24 bulan sebanyak 33%, usia 2- 3 tahun sebanyak 24% dan usia 3- 6 tahun sebanyak 39%. Anak yang berusia 6- 24 bulan yang mengalami stunting sebanyak 3.926 orang dengan rincian Puskesmas Tajinan dengan kategori severe stunting sebanyak 13 orang dan stunting sebanyak 176 orang dari total jumlah balita sebanyak 4826 orang; Puskesmas Kepanjen dengan kategori severe stunting sebanyak 87 orang dan stunting sebanyak 373 orang dari total jumlah balita sebanyak 5035 orang; Puskesmas Singosari dengan kategori severe stunting sebanyak 8 orang dan stunting sebanyak 205 orang dari total jumlah balita sebanyak 4923 orang; Puskesmas Wajak dengan kategori severe stunting sebanyak 13 orang dan stunting sebanyak 176 orang dari total jumlah balita sebanyak 4622 orang; Puskesmas Bululawang dengan kategori severe stunting sebanyak 195 orang dan stunting sebanyak 714 orang dari total jumlah balita sebanyak 3991 orang, sehingga total jumlah anak usia 6- 24 bulan sebanyak 33%.

Upaya yang dilakukan pemerintah Kabupaten Malang dalam bentuk kerjasama penanganan stunting yang melibatkan lintas sektor salah satunya dengan TPPS. Hal ini dikarenakan banyak faktor yang menyebabkan misal penggunaan air bersih. Selain itu intervensi pemberian asupan gizi dan edukasi pada ibu dilakukan oleh posyandu dan tim pendamping keluarga (TPK), dimana pada kasus tertentu diintervensi secara bersama- sama dengan melibatkan lintas sektor.

Selain itu Program Keluarga Harapan (PKH) didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi,

perawatan dan pendampingan, termasuk akses terhadap program perlindungan lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi episentrum dan *center of excellence* penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional. Namun kegiatan ini masih belum dapat dilakukan secara menyeluruh dan optimal dalam meningkatkan kualitas penyelenggaraan penyelenggaraan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang lebih baik yang mendorong ke kehidupan yang lebih sejahtera baik itu dari segi ekonomi maupun kualitas diri.

Upaya peningkatan kemampuan ibu dilakukan dengan promosi kesehatan dengan menggunakan Kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting sebelum dan sesudah intervensi model promosi kesehatan berbasis *health promotion model* dimana hasil pengukuran kemampuan ibu dilakukan pada saat 1 bulan setelah intervensi dilakukan.

5.2.1 Data Umum

Penilaian gambaran karakteristik responden berdasarkan hasil analisis deskriptif disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi berupa nilai presentase dan frekuensi, nilai mean, dan standar deviasi. Berikut ini adalah hasil uji kesetaraan karakteristik data demografi responden antar kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi Dimana hal ini dapat menggambarkan bahwa antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setara.

Tabel 1 Uji Kesetaraan Karakteristik Responden antar Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	Kelompok		nilai p kesetaraan
		Perlakuan (n=114)	Kontrol (n=114)	
1	Usia Ibu			0.440 ^a
	17- 25 tahun	27 (23,7%)	18 (15,8%)	
	26- 35 tahun	54 (47,36%)	48 (42,10%)	
	36- 45 tahun	33 (28,94%)	48 (42,10%)	
2	Usia Ibu			0.458 ^b
	Min- Max	21- 45	25- 43	
	Mean±SD	31,65±6,494	32,26±1,003	
3	Pendidikan			0,483 ^a
	Tidak tamat SD	0	0	
	Tamat SD	6 (5,26%)	12 (10,52%)	
	Tamat SMP	24 (21,05%)	12 (10,52%)	
	Tamat SMA	57 (50%)	54 (47,36%)	
	Pendidikan Tinggi	27 (23,69%)	36 (31,6%)	
4	Pekerjaan			0.569 ^a
	Petani	1 (2,63%)	0	
	Wiraswasta	27 (23,69%)	24 (21,05%)	
	Ibu Rumah Tangga	84 (73,68%)	90 (78,95%)	
5	Usia anak			0.644 ^a
	6- 12 bulan	12 (10,52%)	12 (10,52%)	
	12- 24 bulan	102 (89,48%)	102 (89,48%)	
6	Usia Anak			0.820 ^c
	Min- Max	9- 22	10- 22	
	Mean±SD	18,86±0,64	18,44±0,574	
7	Mengurus Anak			0.209 ^a
	Sendiri	84 (73,68%)	90 (78,95%)	
	Dibantu keluarga	30 (26,32%)	24 (21,05%)	
8	Jenis Kelahiran Anak			0.212 ^a
	Spontan	87 (76,31%)	72 (63,15%)	
	Sectio searea	27 (23,69%)	42 (36,84%)	

^aChi square test, ^bMann Whitney, ^cIndependent t- test

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa pada indikator kemampuan ibu dalam hal persiapan dan pengolahan makanan, *complementary feeding*, *responsive feeding*, dan kepatuhan terhadap terapi stunting sebagian besar dalam kategori cukup. Dimana indikator kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi mengalami peningkatan antara sebelum dan setelah intervensi menjadi sebagian besar dalam kategori baik. Sedangkan pada kelompok kontrol, menunjukkan bahwa indikator kemampuan ibu dalam

pemenuhan gizi pada anak stunting sebagian besar dalam kategori cukup.

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6-24 bulan yang mengalami stunting mengalami peningkatan antara sebelum dan setelah intervensi baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank- Test* didapatkan bahwa terdapat perbedaan kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6-24 bulan yang mengalami

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Kemampuan Ibu Dalam Pemberian Makan Bayi dan Anak Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol (n=114)

Variabel	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Persiapan dan Pengolahan makanan								
Baik	9	7,9	111	97,4	6	5,3	6	5,3
Cukup	96	84,2	3	2,6	99	86,8	99	86,8
Kurang	9	7,9	0	0	9	7,9	9	7,9
Complementary Feeding								
Baik	33	28,9	114	100	9	5,3	21	18,4
Cukup	81	71,1	0	0	102	89,5	87	76,3
Kurang	0	0	0	0	6	5,3	6	5,3
Responsive Feeding								
Baik	9	7,9	111	97,4	6	5,3	9	7,9
Cukup	105	92,1	3	2,6	99	86,8	99	86,8
Kurang	0	0	0	0	9	7,9	6	5,3

Tabel 3 Perbedaan Kemampuan Ibu dalam Pemenuhan Gizi Pada Anak Usia 6- 24 Bulan

Variabel	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol				Uji Beda		
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Δ	<i>p-value</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Δ	<i>P</i>	<i>Pre-pre</i>	<i>Post-post</i>	Δ
	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>			<i>Mean</i>	<i>Mean</i>		<i>value</i>			
	<i>±SD</i>	<i>±SD</i>			<i>±SD</i>	<i>±SD</i>					
Persiapan dan pengolahan makanan	64,63 ±9,76	95,10 ±5,35	30,47	0,000	63,10 ±9,21	63,84 ±8,66	0,73	0,721	0,450	0,000	0,000
Complementary feeding	71,81 ±6,22	87,31 ±6,89	15,5	0,000	63,86 ±8,51	67,52 ±7,77	3,65	0,054	0,000	0,000	0,000
Responsive feeding	66,13 ±7,63	87,92 ±7,27	21,78	0,000	63,39 ±8,78	64,84 ±8,39	1,44	0,465	0,196	0,000	0,000

stunting sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan indikator persiapan dan pengolahan makanan ($p=0,000$), *complementary feeding* ($p=0,000$), *responsive feeding* ($p=0,000$). Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan antara kemampuan ibu pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting sebelum dan setelah diberikan intervensi standar dengan indikator persiapan dan pengolahan makanan ($p=0,721$), *complementary feeding* ($p=0,054$), *responsive feeding* ($p=0,465$).

Selain itu variabel lain yang terdapat dalam penelitian ini dari hasil uji *Mann-Whitney* didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang meliputi praktek menyusui ($p= 0,000$), persiapan dan pengolahan makanan ($p=0,000$), *complementary feeding* ($p=0,000$), *responsive feeding* ($p=0,000$).

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa promosi kesehatan dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam pemberian makan bayi dan anak yang optimal dengan, persiapan dan pengolahan makanan, pemberian makanan bayi dan anak, *responsive feeding*, dan kepatuhan terhadap terapi stunting pada anak.

Hal ini sesuai dengan rekomendasi Infant Young Child Feeding (IYCF) dan pedoman pemberian makan bayi dan anak dimana prinsip pemberian makan bayi dan anak meliputi tepat waktu, adekuat, aman dan diberikan dengan cara yang benar. Tepat waktu dalam hal PMBA ini adalah MPASI diberikan saat kebutuhan ASI sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi, dimana pada usia 6 bulan anak sudah mulai dapat dikenalkan MPASI. Adekuat dalam hal PMBA ini adalah MPASI mampu memenuhi kecukupan energi, protein, mikronutrien untuk mencapai tumbuh kembang anak dengan mempertimbangkan usia, jumlah, frekuensi, konsistensi/ tekstur, dan variasi makanan.⁽¹⁷⁾ aman dalam hal PMBA ini dimana MPASI disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan menggunakan peralatan yang bersih. diberikan dengan cara yang benar dalam hal ini adalah *responsive feeding* dimana MPASI diberikan secara terjadwal, dengan lingkungan yang mendukung dan prosedur makan yang tepat.^(18,19)

Bayi dan anak usia 6- 24 bulan membutuhkan asupan makanan yang tepat untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, terutama pada periode 1000 hari pertama kehidupan. Kebutuhan gizi yang tidak terpenuhi mengakibatkan bayi dan anak mengalami malgizi, gizi buruk, stunting, wasting, kecerdasan otak tidak maksimal, penurunan daya tahan tubuh dan masalah pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat, bahkan kematian. Pada bayi usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi terpenuhi

melalui pemberian ASI eksklusif. Kandungan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, kolesterol, vitamin D dan fluor yang terkandung didalam ASI membuat bayi usia 0- 6 bulan mendapatkan asupan gizi yang seimbang. Memasuki usia 6 bulan, bayi sudah mendapatkan makanan pendamping untuk memenuhi asupan gizinya. Pencernaan sudah mulai siap untuk mengkonsumsi makanan pendamping ASI (MPASI), sehingga anak mulai bisa diberikan makanan pendamping seperti biskuit maupun susu.⁽²⁰⁾

Setelah umur bayi lebih dari 6 bulan, maka kebutuhan asupan makanan tidak hanya cukup melalui ASI sehingga Makanan Pendamping ASI perlu diberikan kepada bayi secara bertahap baik secara jenis, jumlah dan juga tekstur sesuai dengan pertambahan usia bayi, sementara itu pemberian ASI pada anak tidak perlu diberhentikan hingga anak berusia 2 tahun. MPASI pada anak dapat diberikan kepada anak sesuai dengan usia anak dimana pada usia 6-9 bulan anak dapat diberikan makanan bertekstur lembut atau lumat, pada usia 9- 12 bulan dapat diberikan makanan bertekstur lembek seperti bubur saring atau nasi tim, dan pada usia 12- 24 bulan dapat diberikan makanan yang bertekstur padat dimana sebelumnya dapat diawali dengan makanan yang dicincang kasar dan secara bertahap disesuaikan dengan kemampuan anak hingga menu makanan dapat disesuaikan dengan menu keluarga.

Dalam pengenalan pemberian makanan pendamping ASI pada anak, paling lama dalam 2 minggu pertama disarankan dikenalkan bubur dan buah tunggal dengan frekuensi makanan 1- 2 kali sehari.⁽²¹⁾ Masa pengenalan ini digunakan untuk pengenalan variasi sumber karbohidrat, sayuran dan buah. Di minggu selanjutnya anak sudah harus dikenalkan dengan protein baik itu protein hewani maupun nabati dan sumber lemak tambahan dalam bentuk bubur halus/ saring yang diberikan bersama dengan karbohidrat dan sayuran

dengan frekuensi makanan 2- 3 kali sehari dan mulai dikenalkan dengan makanan selingan. ^(22,23) Prinsip variasi makanan ini menjadi dasar dalam menyusun menu harian agar kebutuhan makro dan mikronutrien pada anak tetap dapat terpenuhi. Sedangkan pola pengasuhan dalam pemberian makanan dalam hal ini merupakan pemberian makanan secara responsif (*responsive feeding*). ⁽²⁴⁾ *Responsive feeding* saat memberi makan, respon anak dengan senyum, menjaga kontak mata, kata- kata positif yang menyemangati, dan berikan anak makanan lunak yang dapat dipegang untuk merangsang aktif makan sendiri (*finger snack*)

KESIMPULAN

Kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak usia 6- 24 bulan yang mengalami stunting dengan indikator persiapan dan pengolahan makanan $95,10 \pm 5,35$ (p - value= 0.000), *complementary feeding* $87,31 \pm 6,89$ (p - value= 0.000) dan *responsive feeding* $87,92 \pm 7,27$ (p - value=0.000) dan ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang kemampuan ibu dalam pemenuhan gizi pada anak stunting dengan p - value= 0.000

DAFTAR PUSTAKA

1. Bhutta ZA, Akseer N, Keats EC, Vaivada T, Baker S, Horton SE, et al. How countries can reduce child stunting at scale: lessons from exemplar countries. *Am J Clin Nutr.* 2020;112(2):894S-904S.
2. Dewey KG. Reducing stunting by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: evidence, challenges and opportunities. *Matern Child Nutr.* 2016 May;12 Suppl 1:27–38.
3. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr.* 2018;14(4):1–10.
4. Kemenkes. Buku Saku Pemantauan Status Gizi. 2017.
5. Sjarief D, Yuliarti K, Lestari E, Sidiartha L. *Praktek Pemberian Makan Berbasis Bukti Pada Bayi dan Balita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi.* Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2015.
6. Alaofè H, Zhu M, Burney J, Naylor R, Douglas T. Association Between Women’s Empowerment and Maternal and Child Nutrition in Kalalé District of Northern Benin. *Food Nutr Bull.* 2017;38(3):302–18.
7. Das S, Chanani S, Shah More N, Osrin D, Pantvaiddya S, Jayaraman A. Determinants of stunting among children under 2 years in urban informal settlements in Mumbai, India: evidence from a household census. *J Health Popul Nutr.* 2020;39(1):1–13.
8. Yaya S, Odusina EK, Uthman OA, Bishwajit G. What does women’s empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. *Glob Health Res Policy.* 2020;5(1):1–11.
9. Borkotoky K, Unisa S, Gupta AK. STATE-LEVEL DIETARY DIVERSITY AS A CONTEXTUAL DETERMINANT OF NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN IN INDIA: A MULTILEVEL APPROACH. *J Biosoc Sci.* 2018 Jan;50(1):26–52.
10. Laillou A, Gauthier L, Wieringa F, Berger J, Chea S, Poirot E. Reducing malnutrition in Cambodia.

- A modeling exercise to prioritize multisectoral interventions. *Matern Child Nutr.* 2020;(June 2018):1–11.
11. Li Z, Kim R, Vollmer S, Subramanian S V. Factors Associated With Child Stunting, Wasting, and Underweight in 35 Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Netw Open.* 2020;3(4):e203386.
 12. Rahman MM, Saima U, Goni MA. Impact of maternal household decision-making autonomy on child nutritional status in Bangladesh. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(5):509–20.
 13. Januarti LF, Abdillah A, Priyanto A. Family Empowerment Model in Stunting Prevention Based on Family Centered Nursing. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan.* 2020;9(2):1797–806.
 14. Matare CR, Mbuya MNN, Pelto G, Dickin KL, Stoltzfus RJ. Assessing maternal capabilities in the SHINE Trial: Highlighting a hidden link in the causal pathway to child health. *Clinical Infectious Diseases.* 2015;61(Suppl 7):S745–51.
 15. Kumeh OW, Fallah MP, Desai IK, Gilbert HN, Silverstein JB, Beste S, et al. Literacy is power: Structural drivers of child malnutrition in rural Liberia. *BMJ Nutr Prev Health.* 2020;1–13.
 16. Nair N, Tripathy P, Sachdev HS, Pradhan H, Bhattacharyya S, Gope R, et al. Effect of participatory women’s groups and counselling through home visits on children’s linear growth in rural eastern India (CARING trial): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health [Internet].* 2017;5(10):e1004–16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X1730339X>
 17. Kurniawan AW, Hastuti AP. Pemberdayaan Keluarga dan Kader Masyarakat Tentang Stimulasi dan Deteksi Dini Perkembangan Pada Anak Usia 6-24 Bulan yang Mengalami Stunting Di Wilayah Puskesmas Wagir Kabupaten Malang. 2021;
 18. Setiawan AM, Hastuti AP. Anthropometric Parameters among Children Under 6 Years with Stunting. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery).* 2021;8(2):221–7.
 19. Hastuti AP, Kurniawan AW, Mufarokhah H. Chronic Disease Management Programs Based On Caring Theory With Blood Pressure Reduction. *Journal Of Nursing Practice.* 2021;5(1):70–6.
 20. Nursalam N, Efendi F, Tristiana D, Misutarno M, Priyantini D. Family empowerment model based on belief and health related quality of life among housewives with HIV/AIDS. *Systematic Reviews in Pharmacy.* 2020;11(5):246–51.
 21. Hastuti AP, Sukartini T, Arief YS, Nursalam N, Indari, Suprawoto DN. Factors Influencing Nutritional Practice of Mothers with Stunted Children [Internet]. Vol. 2. Atlantis Press International BV; 2023. 5–13 p. Available from: http://dx.doi.org/10.2991/978-94-6463-132-6_2
 22. Hastuti AP, Mufarokhah H, Roesardhyati R. Pemberdayaan Ibu Tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak Stunting Usia 6- 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wagir

- Kabupaten Malang. 2023;2(3):255–62.
23. Hastuti AP, Sukartini T, Arief YS, Nursalam N, Mufarokhah H. Women's Empowerment to Improve Nutritional Status in Children: A Systematic Review. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 Feb 3;10(F SE-Narrative Review Article):41–7. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8026>
 24. Lenggono KA, Sholihah Q, Djati MS, Putranto N, Tangkas T, Hastuti AP, et al. Quality audit analysis of the implementation of hand washing 5 moments 6 steps for doctors and nurses with the incidence of plebitis in the hospital. Systematic Reviews in Pharmacy [Internet]. 2020; Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-85082719918&partnerID=MN8TOARS>