

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Deskripsi lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta pada tanggal 10 s/d 12 Agustus 2016 dengan jumlah responden 56 orang responden. Desa Tegalrejo merupakan salah satu dari 4 desa yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Gedangsari 2.

Jarak Desa Tegalrejo dari Kecamatan Gedangsari yaitu 15 km sedangkan dengan ibukota kabupaten berjarak 45 km dan 50 km jarak dengan ibukota provinsi. Fasilitas kesehatan terdekat yaitu Puskesmas Pembantu Gedangsari yang terletak berdampingan dengan kelurahan, dan ke Puskesmas Gedangsari2 berjarak sekitar 3 km. Desa Tegalrejo memiliki jumlah penduduk sekitar 8300 jiwa dengan 55 RT dan 11 RW. Luas wilayah Kelurahan Tegalrejo sekitar 40992 ha/m².

Adapun batas-batas wilayah Kelurahan Tegalrejo yaitu sebelah utara: Kecamatan Bayat Kabupaten Klaten, Desa Jarum, Desa Nengahan, Desa Bogem, dan Desa Kaligaya; sebelah timur: Desa Tancep dan Kecamatan Ngawean; sebelah selatan: Desa Watugajah, dan Desa Mertelu; sebelah barat: Kecamatan Pilangrejo, dan Kecamatan Nglipar. Desa Tegalrejo merupakan daerah dengan wilayah 2/3 dataran tinggi dan 1/3 dataran rendah. Mayoritas masyarakat Desa Tegalrejo bekerja sebagai buruh atau buruh tani. Ada pula sebagian masyarakat yang bergantung pada matapencaharian sebagai petani dan pedagang.

2. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik pada penelitian ini adalah ibu balita yang mengalami *stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta yang diambil menggunakan teknik *Accidental Sampling* dan memperoleh responden sejumlah 56 orang responden. Distribusi frekuensi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita *Stunting* dan Keluarga Balita *Stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta.

Karakteristik Balita dan Keluarga	F	%
Karakteristik Balita <i>Stunting</i>		
Usia		
- >1-3 tahun	30	53,6
- >3-5 tahun	26	46,4
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	25	44,6
- Perempuan	31	55,4
Panjang Badan Lahir		
- Pendek (<48 cm)	30	53,6
- Normal (48-52 cm)	26	46,4
- Panjang (>52 cm)	0	0
Status Gizi TB/U		
- <i>Stunting</i>	36	64,3
- Severe <i>Stunting</i>	20	35,7
Karakteristik Keluarga Balita <i>Stunting</i>		
Pendidikan Terakhir Ibu		
- Tidak tamat SD	0	0
- Tamat SD	21	37,5
- Tamat SMP/ sederajat	24	42,9
- Tamat SMA/ sederajat	11	19,6
- Tamat Diploma/ perguruan tinggi	0	0
Pekerjaan Ibu		
- Petani/ peternak/ nelayan	0	0
- Buruh/ buruh tani	24	42,9
- Karyawan swasta	5	8,9
- Pegawai negeri/ TNI/ POLRI	0	0
- Wiraswasta	1	1,8
- IRT/ tidak bekerja	26	46,4
- Lainnya	0	0

Pendidikan Terakhir Ayah		
- Tidak tamat SD	0	0
- Tamat SD	19	33,9
- Tamat SMP/ sederajat	18	32,1
- Tamat SMA/ sederajat	19	33,9
- Tamat Diploma/ perguruan tinggi	0	0
Pekerjaan Ayah		
- Petani/ peternak/ nelayan	0	0
- Buruh/ buruh tani	40	71,4
- Karyawan swasta	6	10,7
- Pegawai negeri/ TNI/ POLRI	0	0
- Wiraswasta	10	17,9
- IRT/ tidak bekerja	0	0
- Lainnya	0	0
Jumlah	56	100

Sumber: Data Primer 2016

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa balita yang mengalami *stunting* lebih banyak pada usia >1-3 tahun yaitu 30 balita (53,6%). Sedangkan dari jenis kelamin balita sebagian besar adalah balita perempuan yang mengalami *stunting* yaitu 55,4% balita perempuan. Sebanyak 30 balita (53,6) *stunting* memiliki riwayat dengan panjang badan lahir rendah, sedangkan balita *stunting* yang tidak memiliki riwayat panjang badan lahir rendah hanya 46,4% saja.

Pada penelitian ini, *stunting* pada anak sebagian besar terjadi pada ibu dengan pendidikan terakhir SMP (42,9%) dan bekerja sebagai IRT/tidak bekerja (46,4%) , sedangkan pendidikan terakhir ayah seimbang antara tamat SD dan SMA yaitu 33,9% dengan pekerjaan mayoritas adalah sebagai buruh/buruh tani (71,4%).

3. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian yang menghasilkan distribusi frekuensi

dan presentase dari tiap variabel. Data yang dianalisis adalah distribusi ketepatan waktu pemberian MP-ASI, distribusi frekuensi pemberian MP-ASI, distribusi frekuensi kuantitas MP-ASI, dan distribusi frekuensi kualitas MP-ASI. Data dikumpulkan menggunakan data primer yang diperoleh langsung dari responden dengan menggunakan alat ukur berupa kuesioner, sedangkan hasil pemantauan gizi indikator TB/U diperoleh data dari puskesmas dan posyandu.

a. Distribusi Frekuensi Ketepatan Waktu Pemberian MP-ASI.

Ketepatan waktu pemberian MP-ASI dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu kategori tepat jika waktu pemberian MP-ASI pada balita ≥ 6 bulan, sedangkan kategori tidak tepat apabila balita diberikan MP-ASI < 6 bulan. Distribusi frekuensi ketepatan waktu pemberian MP-ASI dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Ketepatan Waktu Pemberian MP-ASI Balita yang Mengalami *Stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta.

Ketepatan Waktu Pemberian MP-ASI	F	%
Tepat (≥ 6 bulan)	41	73.2
Tidak Tepat (< 6 bulan)	15	26.8
Jumlah	56	100

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan data dari tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa balita *stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta sudah mendapatkan MP-ASI tepat sesuai dengan ketentuan usia yaitu 73,2% terpenuhi. Hal ini berarti bahwa 26,8% balita *stunting* mendapatkan MP-ASI yang tidak tepat menurut usia.

b. Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI Balita.

Frekuensi pemberian MP-ASI dalam penelitian ini dikategorikan dalam kategori cukup dan tidak cukup. Balita dinyatakan cukup dalam frekuensi pemberian MP-ASI jika diberikan makanan pendamping sebanyak 3x dalam sehari. Jika frekuensi pemberian MP-ASI <3 kali atau >3 kali dalam sehari maka dikategorikan tidak cukup. Distribusi frekuensi pemberian MP-ASI balita yang mengalami *stunting* dapat dilihat pada tabel 4.3 dibawah ini:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI Balita yang Mengalami *Stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta.

Frekuensi Pemberian MP-ASI	F	%
Cukup (Jika pemberian MP-ASI 3 kali sehari)	39	69,6
Tidak Cukup (Jika pemberian MP-ASI <3 kali atau >3 kali)	17	30,4
Jumlah	56	100

Sumber : Data Primer 2016

Dari tabel 4.3 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar balita yang mengalami *stunting* sudah cukup dalam pemberian MP-ASI yaitu 69,6% balita, sedangkan 17 balita diberikan MP-ASI <3 kali sehari dan >3x sehari yang berarti 30,4% balita tidak mendapatkan MP-ASI yang cukup sesuai dengan kebutuhannya.

c. Distribusi Frekuensi Kuantitas MP-ASI

Kuantitas MP-ASI dalam penelitian ini dibagi menjadi 4 kategori yaitu kategori defisit apabila asupan <70% dari RDA, asupan kurang apabila berkisar 70-80% dari RDA, asupan sedang jika berkisar 80-90%

dari RDA, dan baik apabila $\geq 100\%$ dari RDA. Distribusi frekuensi kuantitas MP-ASI dapat dilihat pada tabel 4.4 dibawah ini :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kuantitas MP-ASI yang Diberikan pada Balita *Stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta.

Kuantitas MP-ASI	F	%
Defisit (<70%)	24	42,9
Kurang (70-80%)	6	10,7
Sedang (80-90%)	10	17,9
Baik ($\geq 100\%$)	16	28,6
Jumlah		

Sumber : Data Primer 2016

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar kuantitas makanan pendamping ASI pada balita tergolong defisit yaitu mencapai 42,9% atau 3/7 balita *stunting* di Desa Tegalrejo memperoleh kuantitas makanan pendamping ASI yang kurang. Kuantitas makanan yang kurang disebabkan karena ibu hanya memberikan makanan yang menurutnya baik tanpa mempertimbangkan berapa kebutuhan energi anak dalam seharinya.

d. Distribusi Frekuensi Kualitas MP-ASI

Dalam penelitian ini distribusi frekuensi kualitas MP-ASI dikategorikan menjadi dua yaitu kategori baik apabila skor yang didapat $>50\%$ dan kategori kurang apabila skor yang diperoleh $\leq 50\%$. Distribusi frekuensi kualitas MP-ASI dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kualitas MP-ASI yang Diberikan pada Balita *Stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta.

Kualitas MP-ASI	F	%
Baik ($> 60\%$)	25	44,6
Kurang ($\leq 60\%$)	31	55,4
Jumlah	56	100

Sumber : *Data Primer 2016*

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa 31 dari 56 balita mendapat makanan pendamping dengan kualitas yang kurang yaitu 55,6%. Hal ini terjadi karena ibu memberikan makanan yang tidak bervariasi dan tidak teratur, pemberian makan rata-rata makan nasi dengan lauk yang sama untuk makan pagi siang dan malam. hal ini tidak sesuai dengan kebutuhan gizi per hari yang seharusnya.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Balita *Stunting* Dan Keluarga Balita *Stunting*

Stunting merupakan retardasi pertumbuhan linear dengan defisit dalam panjang badan < -2 Z-score menurut baku rujukan pertumbuhan. *Stunting* merupakan kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan dimasa lalu yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak (Kartikawati, 2011).

Stunting dapat diketahui melalui indeks antropometri tinggi badan menurut umur (TB/U) atau panjang badan menurut umur (PB/U). *stunting* didefinisikan indikator status gizi TB/U yang kurang dari minus dua standar deviasi (-2 SD) dibawah rata-rata standar atau keadaan dimana tubuh anak lebih pendek dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya (MCA-Indonesia, 2009). Prevalensi *stunting* di Desa Tegalrejo Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta memiliki balita dengan

status gizi *stunting* (pendek) sejumlah 64,3% sedangkan sisanya sebanyak 35,7% balita dengan status gizi *severe stunting* (sangat pendek).

Penyakit kurang energi dan protein merupakan bentuk malnutrisi terutama pada anak dibawah umur 5 tahun dan kebanyakan di negara-negara berkembang. Umur yang paling rawan adalah balita. Oleh karena itu, pada masa inilah anak mudah sakit dan mudah terjangkit masalah kurang gizi. Ada kecenderungan anak umur 24-59 bulan menderita status gizi kurang disebabkan karena asupan gizi yang dibutuhkan meningkat pada usia ini (Soetjiningsih, 2008).

Penelitian ini menunjukkan bahwa balita yang mengalami *stunting* lebih banyak terjadi pada kelompok umur >1-3 tahun yaitu mencapai 53,6%. Hasil ini sejalan dengan penelitian tahun 2012 di Sumatra oleh Fitri yang menunjukkan proporsi kejadian *stunting* pada balita lebih banyak ditemukan pada kelompok umur 12-36 bulan dibandingkan dengan kelompok umur 37-59 bulan.

Jenis kelamin menentukan besar kecilnya kebutuhan gizi bagi seseorang. Pria membutuhkan zat tenaga dan protein lebih dibandingkan dengan wanita. Anak laki-laki sering sakit dibandingkan anak perempuan, namun kejadian tersebut belum pasti penyebabnya. Pada masyarakat tradisional, wanita mempunyai status lebih rendah dibandingkan dengan anak laki-laki sehingga angka kesakitan, kematian bayi dan malnutrisi dominan terjadi pada wanita (Soetjiningsih, 2008).

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar anak yang mengalami *stunting* terjadi di usia >1-3 tahun dan terjadi pada balita perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Hestuningtyas, TR (2013) di Semarang yang menyatakan bahwa sebagian besar anak *stunting* usia 1-2 tahun terjadi pada perempuan. Namun, hasil tersebut bervariasi. Hal berbeda dikemukakan oleh peneliti lain yang menyebutkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan signifikan dengan terjadinya *stunting* pada balita (Hong dalam Fitri, 2012).

Asupan gizi ibu hamil yang kurang adekuat sebelum masa kehamilan menyebabkan gangguan pertumbuhan pada janin sehingga dapat menyebabkan bayi lahir dengan panjang badan lahir pendek, bayi yang dilahirkan memiliki panjang badan lahir normal bila panjang badan lahir bayi tersebut berada pada panjang 48-52 cm. Panjang badan lahir pendek dipengaruhi oleh pemenuhan nutrisi bayi tersebut saat masih dalam kandungan.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar balita *stunting* di Desa Tegalrejo memiliki riwayat panjang badan lahir pendek yaitu mencapai 53,6%. Sama halnya dengan penelitian Anugraheni, HS (2012) menyatakan bahwa panjang badan lahir merupakan faktor resiko terjadinya *stunting*.

Pendidikan sangat mempengaruhi penerimaan informasi seseorang mengenai gizi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah pula dalam proses penyerapan informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan perbaikan gizi (Nuh, 2013).

Berdasarkan penelitian ini diketahui pendidikan terakhir ibu terdapat 37,5% tamat SD, 42,9% tamat SMP, dan 19,6 tamat SMA. Sedangkan pendidikan terakhir ayah terdapat 33,9% tamat SD, 32,1% tamat SMP dan 33,9% tamat SMA. hal ini memperlihatkan bahwa kejadian *stunting* pada balita terjadi lebih banyak pada ibu dengan pendidikan SMP dan ayah dengan pendidikan SD dan SMA. Pada penelitian Husein (2013) mengemukakan bahwa pendidikan orang tua bukan merupakan faktor resiko kejadian *stunting*. Pendidikan orang tua tidak menjadi faktor resiko *stunting* dimungkinkan karena faktor resiko yang mempengaruhi *stunting* banyak.

Pekerjaan merupakan faktor penting dalam menentukan kualitas dan kuantitas pangan, karena pekerjaan berhubungan erat dengan pendapatan. Pendapatan yang rendah akan menghalangi perbaikan gizi dan menimbulkan kekurangan gizi (Berg dalam Syafiq, 2012). Pada penelitian ini kejadian *stunting* lebih banyak terjadi pada balita dengan pekerjaan ibu IRT/tidak bekerja (46,6%) dan pekerjaan ayah buruh/buruh tani (71,4%) disebabkan karena status ekonomi keluarga pada ibu yang tidak bekerja cenderung rendah. Meskipun balita mempunyai banyak waktu dirumah bersama ibu namun apabila pendapatan yang tidak mendukung maka hal tersebut tentu berpengaruh terhadap status gizi balita.

2. Ketepatan Waktu Pemberian MP-ASI

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi dan atau anak untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI ini diberikan bersamaan dengan ASI mulai bayi

usia 6 bulan hingga 24 bulan (Riksani, 2012). Standar WHO menetapkan pemberian makanan tambahan adalah ketika usia bayi 6 bulan. Alasannya yaitu selain karena mempertimbangkan kematangan organ pencernaan, mengurangi resiko alergi, membentuk antibody yang cukup dari ASI, salah satunya adalah karena mengacu pada kondisi sanitasi dan higienitas yang kurang baik di negara berkembang.

Hasil penelitian ini sebagian besar balita *stunting* diberikan makanan pendamping ASI tepat sesuai dengan standar usia yaitu ≥ 6 bulan yaitu 73,2%. Berbeda dengan penelitian Wanda (2014) di Aceh yang menyatakan bahwa anak yang diberikan MP-ASI terlalu dini memiliki risiko menjadi *stunting* 6,54 kali dibandingkan dengan anak yang diberikan MP-ASI dengan umur yang seharusnya.

Waktu pemberian MP-ASI yang tergantung pada kebutuhan dan kesiapan mental masing-masing bayi karena perbedaan kecepatan pertumbuhan dan aktivitas serta kondisi lingkungan. MP-ASI dapat mulai diberikan saat usia 6 bulan karena perkembangan bayi sudah mendukung untuk mulai diberikan MP-ASI. Pada penelitian Anugraheni di Pati tahun 2012 menyatakan bahwa pemberian MP-ASI terlalu dini tidak mempengaruhi terjadinya *stunting*.

Usia pemberian MP-ASI yang tepat yaitu saat anak memasuki usia ke-7 bulan. Pemberian MP-ASI terlalu dini dapat menimbulkan gangguan pada pencernaan seperti diare, muntah dan sulit buang air besar. Sebaliknya pemberian MP-ASI terlalu lambat mengakibatkan bayi mengalami kesulitan belajar mengunyah, tidak menyukai makanan padat, dan bayi kekurangan gizi

atau timbulnya masalah pada status gizinya. Pemberian makanan tambahan yang tidak sesuai dengan umur bayi menimbulkan masalah pada kesehatan dan status gizi bayi (Wargiana *et all*, 2013).

3. Frekuensi Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI bukan semata-mata karena produksi ASI berkurang. Namun bisa juga karena bayi masih tetap merasa lapar walaupun sudah diberi ASI sehingga perlu diberi makanan tambahan (Sutomo, 2010). Perlu diperhatikan bahwa meski sudah ada makanan tambahan tetap saja bayi harus lebih banyak mengonsumsi ASI hingga bayi berusia satu tahun.

Usia 1 tahun ke atas anak sudah bisa mengonsumsi makanan keluarga, seperti yang dimakan kakak-kakaknya atau dimakan ayah dan ibunya. Tentu saja bukan makanan yang pedas atau makanan berbumbu banyak yang merangsang lambung. Pemberian makanan pada anak berusia 1 tahun ke atas yaitu dengan memberikan makan padat 3 kali dalam sehari dan 2 kali selingan serta masih memberikan ASI sesuka bayi (Sudaryanto, 2015).

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa frekuensi pemberian MP-ASI balita *stunting* di Desa Tegalrejo yang diberikan makanan padat 3 kali dalam sehari sejumlah 69,6%. Penelitian di Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan yang erat antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi (Afiana, 2010).

Pengaruh frekuensi dalam pemberian MP-ASI yaitu jika frekuensi pemberian kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi, dan jika berlebih akan mengakibatkan bayi mendapatkan zat gizi yang berlebih.

Menurut Depkes-RI (2007), kurangnya frekuensi pemberian MP-ASI dalam sehari akan berakibat gizi anak tidak terpenuhi dan pemberian MP-ASI yang melebihi frekuensi pemberian akan mengarah pada gizi lebih.

4. Kuantitas MP-ASI

Makanan merupakan sumber energi untuk menunjang semua kegiatan atau aktivitas manusia. Energi dalam tubuh timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein, dan lemak. Agar manusia selalu tercukupi energinya diperlukan pemasukan zat-zat makanan yang cukup. Kekurangan makanan akan mengakibatkan tubuh menjadi lemah, baik daya kegiatan, pekerjaan fisik atau daya pikirnya karena kurangnya zat-zat makanan yang diterima (Suhardjo dalam Fitri, 2012).

Kuantitas MP-ASI merupakan jumlah makanan yang diberikan setiap harinya berdasarkan kebutuhan energi anak. Pemberian MP-ASI yang dilaksanakan dengan baik, tentu akan menimbulkan dampak positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak usia balita. Gangguan pertumbuhan linear dapat terjadi saat kualitas dan kuantitas MP-ASI yang diberikan rendah (Caulfield dalam Anugraheni HS, 2012).

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kuantitas MP-ASI yang diberikan pada balita *stunting* di Desa Tegalrejo tergolong defisit yaitu mencapai 42,9%. Presentase ini lebih tinggi dibandingkan dengan kategori lainnya. Hasil ini sejalan dengan penelitian Fitri (2012) yaitu proporsi kejadian *stunting* pada balita lebih banyak ditemukan pada asupan energi kurang dibandingkan dengan yang asupan energinya cukup. Balita

yang mempunyai asupan energi kurang, memiliki risiko menjadi *stunting* sebesar 1,2 kali ketimbang balita dengan asupan energi cukup. Kegagalan pertumbuhan (*stunting*) yang dihasilkan dari kurangnya asupan gizi merupakan faktor risiko yang paling besar dalam menentukan perkembangan anak (Wachs, 2008).

Tingkat pertumbuhan berbeda untuk setiap anak, begitu juga dengan kebutuhan energinya. Kebutuhan energi balita dan anak-anak sangat bervariasi berdasarkan tingkat pertumbuhan dan tingkat aktivitas. Tingkat pertumbuhan untuk usia 1 sampai 3 tahun dan 7 sampai 10 tahun lebih cepat, sehingga mengharuskan kebutuhan energi yang lebih besar. Usia dan tahap perkembangan anak juga berkaitan dengan kebutuhan energi (Sharlin dan Edelstein, 2011)

5. Kualitas MP-ASI

MP-ASI merupakan makanan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan yang berfungsi untuk memberikan zat gizi tambahan selain ASI. Kebutuhan zat gizi yang bertambah tidak bisa dipenuhi melalui ASI saja tapi juga melalui makanan pendamping. Memberikan makanan pendamping ASI sebaiknya diberikan secara bertahap, baik dilihat dari jenis makanannya, tekstur, dan jumlah porsinya. Kekentalan makanan dan jumlah harus disesuaikan dengan kesiapan bayi menerima makanan. Dari sisi tekstur makanan, awalnya bayi harus diberi makanan semi padat, sedangkan makanan padat diberikan ketika bayi sudah mulai tumbuh gigi. Ini berkaitan

dengan kemampuan mencerna dan adaptasi pencernaan bayi akan jenis makanan tertentu (Sudaryanto 2015).

MP-ASI yang diberikan pada anak harus bertahap kepadatannya disesuaikan dengan perkembangan umurnya sebab hal ini disesuaikan dengan keadaan fisiologis anak (Mery S, 2012). Pemberian MP-ASI harus sesuai umurnya, sebagai contoh anak usia 6 bulan yang sudah diberikan nasi lembek hal ini tidak sesuai karena MP-ASI yang sesuai adalah bubur susu. Akibat yang ditimbulkan karena pemberian MP-ASI tidak sesuai umur meliputi akibat jangka pendek dan jangka panjang. Akibat jangka pendek yang ditimbulkan adalah infeksi saluran pencernaan dan kekurangan gizi. Sedangkan akibat jangka panjang yang timbul salah satunya adalah *stunting* karena proses pencernaan yang belum sempurna.

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa 55,4% balita yang mengalami *stunting* di Desa Tegalrejo mendapatkan MP-ASI dengan kualitas yang kurang. Asupan makanan anak seringkali rendah kuantitas dan kualitasnya. Kualitas asupan makanan yang baik merupakan komponen penting dalam makanan anak karena mengandung sumber zat gizi makro (karbohidrat, lemak, protein) dan mikro (seng, kalsium) yang semuanya berperan dalam pertumbuhan anak (Anugraheni HS, 2012). Hasil penelitian di Bogor menyatakan bahwa asupan energi dan zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, seng dan kalsium) berpengaruh terhadap kejadian *stunting* (Astari dalam Husein, 2013).

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi zat gizi yang ditentukan oleh kualitas hidangan pada makanan sehari-hari. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan dan menunjukkan jumlah masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Konsumsi yang adekuat jika hidangan memenuhi kebutuhan tubuh dari segi kualitas maupun kuantitas. Jika kuantitas baik dan kualitas melebihi kebutuhan maka akan terjadi suatu keadaan gizi lebih. Sebaliknya jika kualitas kurang baik dan kuantitasnya akan memberikan kondisi gizi kurang atau kondisi defisit (Sediaoetama dalam Fitri, 2012).

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan yang bisa dijadikan bahan pertimbangan, keterbatasan tersebut antara lain adalah saat pengisian instrumen penelitian ibu saling melihat jawaban temannya sehingga jawaban yang diberikan hampir sama. Data konsumsi makanan yaitu asupan energi balita hanya berdasarkan hasil *recall* 1 x 24 jam. Menurut Supriasa (2012), *recall* konsumsi makanan sebaiknya dilakukan 3 x 24 jam dengan tujuan untuk mengetahui variasi dalam jenis dan jumlah hidangan makanan. Dalam pengisian lembar *food recall* asupan energi hanya mencantumkan makanan selain ASI, sehingga asupan energi yang dihasilkan dari ASI tidak ikut serta dalam perhitungan.