

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Baduta

a. Definisi

Baduta adalah istilah yang digunakan untuk menyebut anak usia kurang dari dua tahun atau berada pada rentang usia 0–23 bulan. Masa ini termasuk dalam periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang dikenal sebagai periode emas (*golden period*) karena menjadi fase paling penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Periode ini dimulai sejak janin dalam kandungan selama sekitar 270 hari hingga anak mencapai usia dua tahun pertama kehidupannya, yakni sekitar 730 hari.¹

Pada masa baduta, anak masih berada dalam tahap pasif karena sangat bergantung pada orang tua atau pengasuh untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, mandi, dan buang air.¹² Periode ini juga merupakan fase kritis karena pertumbuhan dan perkembangan anak berlangsung sangat cepat, sehingga dibutuhkan asupan gizi yang seimbang baik dari segi kualitas maupun kuantitas untuk mendukung tumbuh kembang yang optimal. Jika terjadi gangguan gizi pada fase ini, dampaknya dapat memengaruhi pertumbuhan, perkembangan, bahkan kelangsungan hidup anak di masa depan. Masalah gizi yang muncul pada periode ini juga bisa bersifat permanen dan sulit diperbaiki walaupun kebutuhan gizi anak tercukupi pada tahap selanjutnya.^{2,3}

b. Karakteristik

1) Pertumbuhan

Pertumbuhan (*growth*) merupakan proses peningkatan ukuran yang mencakup volume, berat, dan jumlah sel, bersifat *irreversible* atau tidak bisa kembali ke bentuk semula, serta dapat diukur secara kuantitatif. Pertumbuhan mencerminkan perubahan

dalam hal besar, jumlah, ukuran, atau dimensi pada tingkat sel, organ, ataupun individu, yang dapat dinyatakan dalam satuan ukuran seperti berat (gram atau kilogram), panjang (sentimeter atau meter), dan lainnya. Secara umum, pertumbuhan juga diartikan sebagai peningkatan ukuran fisik dan struktur tubuh, baik sebagian maupun keseluruhan, yang terjadi akibat multiplikasi serta pembesaran sel-sel tubuh.²⁰

2) Perkembangan

Perkembangan (*development*) merupakan proses peningkatan kemampuan serta perubahan struktur dan fungsi tubuh menuju tingkat yang lebih kompleks secara teratur. Proses ini terjadi melalui diferensiasi sel, jaringan, organ, atau sistem organ yang terorganisasi sehingga masing-masing dapat menjalankan fungsinya dengan baik. Artinya, perkembangan mencerminkan pematangan fungsi organ atau individu sebagai hasil interaksi antara kematangan sistem saraf pusat dengan organ yang dipengaruhi, seperti pada perkembangan sistem neuromuskular, kemampuan berbicara, aspek emosional, intelektual, sosial, dan perilaku.²⁰

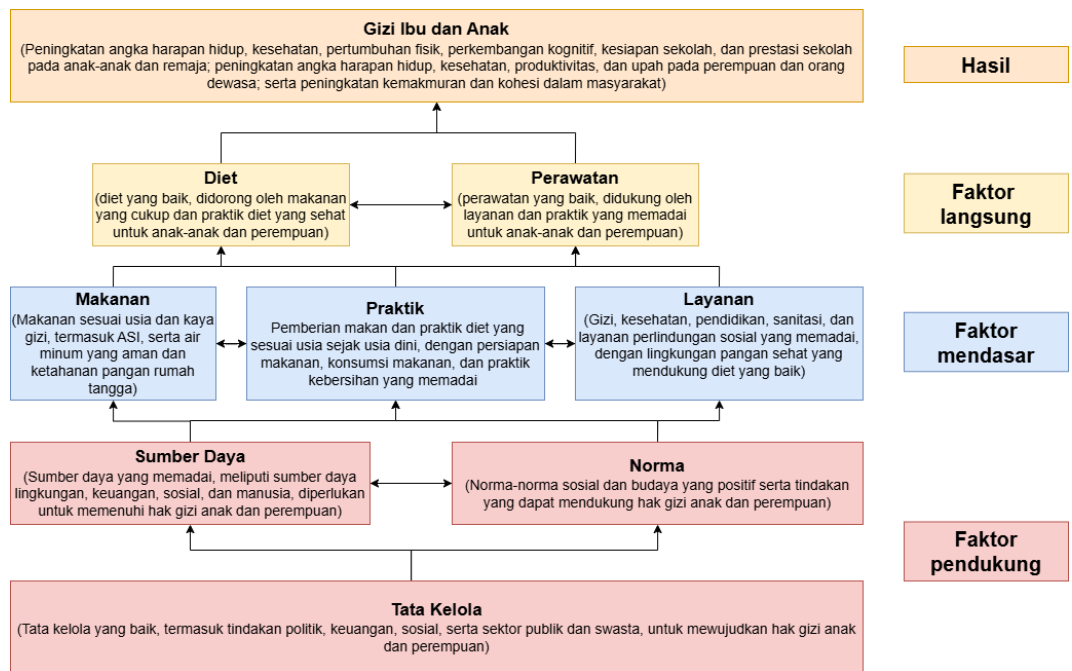
Perkembangan sistem saraf berlangsung paling intensif selama periode 1000 HPK. Perubahan signifikan terjadi sejak hari ke-18 setelah pembuahan, ketika struktur awal otak mulai terbentuk, hingga anak berusia dua tahun. Dalam periode ini, berbagai struktur dan proses penting berkembang pesat, termasuk sistem sensorik (terutama pendengaran dan pengelihat); hipokampus yang berfungsi dalam pengenalan, pembelajaran, dan penyimpanan memori; sistem neurotransmiter monoamin yang terdiri atas proses mediasi *reward*, afeksi, dan suasana hati; serta terjadinya percepatan proses mielinasi. Selain itu, korteks prefrontal yang mengatur perilaku kompleks seperti perencanaan, perhatian, dan kemampuan dalam melakukan lebih dari satu pekerjaan (*multitasking*) serta sirkuit otak yang berperan dalam perkembangan sosial mengalami perkembangan pesat pada periode ini.

Meski perkembangan saraf terus berlanjut sepanjang hidup, pada usia dua tahun otak sudah mengalami restrukturisasi yang luar biasa.^{21,22}

c. Status Gizi

Status gizi menggambarkan kondisi tubuh yang dipengaruhi oleh asupan makanan serta pemanfaatan zat gizi. Zat gizi berperan penting sebagai sumber energi, pendukung pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan, serta pengatur berbagai proses tubuh. Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan biokimia, biofisik, dan klinis, maupun secara tidak langsung dengan menggunakan data survei konsumsi pangan, statistik vital, serta faktor ekologi.^{23,24}

2. Kerangka Konseptual UNICEF tentang Gizi Ibu dan Anak



Gambar 1. Kerangka Konseptual UNICEF tentang Determinan Gizi Ibu dan Anak Tahun 2020. Kerangka kerja untuk pencegahan segala bentuk malnutrisi.

Strategi Gizi UNICEF 2020 – 2030 dipandu oleh kerangka kerja konseptual UNICEF tentang determinan gizi ibu dan anak tahun 2020. Kerangka kerja ini dibangun berdasarkan karya konseptual UNICEF tahun 1990, dengan pertimbangan meningkatnya tiga beban malnutrisi yakni

kekurangan gizi (*undernutrition*), defisiensi mikronutrien, dan kelebihan berat badan (*overweight*), serta menyoroti peran diet dan perawatan sebagai determinan langsung gizi ibu dan anak.⁴

a. *Outcomes* (Hasil)

Hasil yang diperoleh dari perbaikan gizi untuk anak-anak dan perempuan terlihat dalam jangka pendek maupun jangka panjang, meliputi,⁴

- 1) Pada masa kanak-kanak dan remaja: Peningkatan kelangsungan hidup, kesehatan, pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, kesiapan sekolah dan prestasi sekolah.
- 2) Di masa dewasa dan bagi masyarakat: Peningkatan kelangsungan hidup, kesehatan, produktivitas, dan upah pada orang dewasa, serta peningkatan kesejahteraan dan kohesi sosial bagi masyarakat.

b. *Immediate Determinants*

Penentu langsung gizi ibu dan anak adalah diet dan perawatan, yang saling memengaruhi yakni sebagai berikut,⁴

- 1) Diet: Diet atau pola makan yang baik didorong oleh makanan yang cukup serta pemberian makan dan praktik pola makan yang memadai untuk mendukung gizi yang baik bagi anak-anak dan perempuan.
- 2) Perawatan: Perawatan yang baik didorong oleh layanan yang memadai untuk mendukung gizi yang baik bagi anak-anak dan perempuan.

c. *Underlying Determinants*

Penentu yang mendasarinya adalah makanan, praktik, dan layanan yang tersedia bagi anak-anak dan perempuan di rumah tangga, komunitas, dan lingkungan mereka untuk memungkinkan gizi yang baik yakni sebagai berikut,⁴

- 1) Makanan, yang terdiri atas makanan yang kaya zat gizi dan sesuai usia. Termasuk ASI dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) untuk anak-anak dalam dua tahun pertama kehidupan, dengan air minum

yang aman dan layak minum serta ketahanan pangan rumah tangga sepanjang tahun untuk semua anak dan perempuan.

- 2) Praktik, yang terdiri atas praktik pemberian makan dan diet yang sesuai usia. Termasuk pemberian ASI, pemberian MP-ASI yang responsif, dan stimulasi pada anak usia dini, dengan persiapan makanan, konsumsi makanan, dan praktik kebersihan yang memadai untuk semua anak dan perempuan.
- 3) Layanan, yang terdiri atas gizi, kesehatan, sanitasi, pendidikan, dan layanan perlindungan sosial yang memadai, dengan lingkungan makanan sehat dan lingkungan hidup sehat yang mencegah penyakit dan meningkatkan diet dan aktivitas fisik yang memadai untuk semua anak dan perempuan.

d. *Enabling Determinants*

Penentu yang mendukung adalah kondisi politik, keuangan, sosial, budaya, dan lingkungan yang memungkinkan gizi yang baik bagi anak-anak dan perempuan. Dalam Kerangka Konseptual 2020, penentu pendukung dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu,⁴

- 1) Tata Kelola: Tata kelola yang baik mengacu pada tindakan politik, keuangan, sosial, serta sektor publik dan swasta untuk mewujudkan hak gizi anak-anak dan perempuan.
- 2) Sumber Daya: Sumber daya yang memadai mengacu pada sumber daya lingkungan, keuangan, sosial dan manusia yang dibutuhkan untuk mewujudkan hak gizi anak-anak dan perempuan.
- 3) Norma: Norma positif merujuk pada norma dan tindakan gender, budaya, dan sosial yang diperlukan untuk mewujudkan hak gizi anak-anak dan perempuan.

Kerangka kerja tersebut menggunakan narasi positif tentang apa yang berkontribusi terhadap gizi yang baik pada anak-anak dan perempuan serta memberikan kejelasan konseptual tentang faktor penentu yang memungkinkan, mendasari dan langsung dari gizi yang memadai, keterkaitan vertikal dan horizontalnya, dan kelangsungan hidup,

pertumbuhan, perkembangan, pembelajaran, ekonomi dan hasil sosial yang positif yang dihasilkan dari perbaikan gizi ibu dan anak.⁴

3. Pemberian Makan Bayi dan Anak

a. Definisi

Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) berpengaruh pada kesehatan, perkembangan, dan status gizi baduta secara langsung yang dapat berdampak pada kelangsungan hidupnya. Peningkatan praktik PMBA pada anak usia 0–23 bulan penting untuk meningkatkan gizi, kesehatan, dan perkembangannya.⁵

b. Indikator

Indikator yang digunakan untuk menilai PMBA yakni sebagai berikut,⁵

1) Indikator Menyusui

a) *Ever Breastfed (EvBF)/Pernah Disusui*

Menyusui direkomendasikan untuk semua bayi, kecuali dalam beberapa kasus seperti mempunyai kondisi medis tertentu.⁵

b) *Early Initiation of Breastfeeding (EIBF)/Inisiasi Menyusu Dini (IMD)*

Pedoman WHO tentang perawatan maternitas menyatakan bahwa “semua ibu harus didukung untuk memulai menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan, dalam jam pertama setelah melahirkan”. IMD tidak mengharuskan bayi menyusu pada payudara atau ada konsumsi ASI dari payudara ibu ke bayi. Hal ini terkait dengan peletakan bayi di payudara ibu dalam waktu satu jam setelah lahir berkaitan dengan sejumlah hasil positif termasuk penurunan angka kematian dan pemberian ASI eksklusif. Meletakkan bayi baru lahir di dada ibu membutuhkan kontak kulit ke kulit, dan kedekatan antara ibu dan bayi ini memberikan manfaat jangka pendek dan jangka panjang. Kontak kulit langsung membantu mengatur suhu tubuh bayi baru lahir dan

memungkinkan tubuh mereka dihuni oleh bakteri baik dari kulit ibu.⁵

c) *Exclusively Breastfed for The First Two Days After Birth (EBF2D)/ASI Eksklusif Selama Dua Hari Pertama Setelah Lahir*

Memberikan bayi baru lahir makanan atau minuman apapun selain ASI berpotensi menunda kontak kritis pertama dengan ibu dan dapat mempersulit mereka untuk memulai menyusui dalam jangka panjang.⁵

d) *Exclusive Breastfeeding Under Six Months (EBF)/ASI Eksklusif di Bawah Usia Enam Bulan*

WHO merekomendasikan agar bayi disusui secara eksklusif dalam 6 (enam) bulan pertama kehidupannya. Memberikan ASI eksklusif adalah pilihan teraman dan tersehat bagi bayi dimanapun. Menjamin bayi mendapatkan sumber makanan yang secara unik disesuaikan dengan kebutuhan mereka sekaligus aman, bersih, sehat, dan mudah diakses. Pemberian ASI eksklusif juga dapat melindungi bayi dari diare, infeksi saluran pernapasan bawah, otitis media akut, serta kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas pada anak.⁵

ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa makanan atau minuman lain, bahkan air putih. Menyusui oleh ibu susu, pemberian ASI perah, dan pemberian ASI donor, semuanya dihitung sebagai pemberian ASI. Obat-obatan yang diresepkan, larutan rehidrasi oral, vitamin, dan mineral tidak dihitung sebagai cairan atau makanan. Akan tetapi, cairan herbal dan obat tradisional serupa dihitung sebagai cairan, dan bayi yang mengonsumsinya tidak disusui secara eksklusif.⁵

e) ***Mixed Milk Feeding Under Six Months (MixMF)/Pemberian Susu Campuran di Bawah Usia 6 Bulan***

Indikator ini digunakan untuk melihat praktik pemberian susu formula dan/atau susu hewan pada bayi di bawah usia enam bulan. Pemberian susu campuran seperti pemberian ASI ditambah pengganti ASI dikaitkan dengan peningkatan risiko penghentian menyusui dini, penurunan produksi ASI, dan perubahan mikroflora usus.⁵

Pemberian susu campuran mencakup semua jenis susu formula (misalnya susu formula bayi, susu formula lanjutan, susu balita) atau susu hewan cair apa pun selain ASI (misalnya susu sapi, susu kambing, susu evaporasi, atau susu bubuk yang telah dilarutkan). Yogurt, baik cair maupun padat, tidak dihitung di sini karena umumnya tidak diberikan sebagai pengganti ASI.⁵

f) ***Continued Breastfeeding (CBF)/Melanjutkan Pemberian ASI (12 – 23 Bulan)***

Melanjutkan pemberian ASI berguna selama anak sakit karena anak sering kurang nafsu untuk mengonsumsi makanan padat sehingga pemberian ASI dapat membantu mencegah dehidrasi sekaligus menyediakan zat gizi yang dibutuhkan untuk proses pemulihan. Melanjutkan pemberian ASI juga dapat mencegah separuh dari seluruh kematian yang disebabkan oleh penyakit menular dan dikaitkan dengan kinerja yang lebih tinggi dalam tes kecerdasan di antara anak dan remaja. Periode menyusui yang lebih lama juga dapat mengurangi risiko anak menjadi *overweight* atau obesitas. Melanjutkan pemberian ASI juga bermanfaat bagi ibu, karena dapat mengurangi risiko kanker payudara dan berpotensi mengurangi risiko kanker ovarium serta diabetes tipe 2.⁵

2) Indikator Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

a) *Introduction of Solid, Semi-solid, or Soft Foods* (ISSSF)/Pengenalan Makanan Padat, Semi Padat, atau Lunak (6 – 8 Bulan)

WHO merekomendasikan agar makanan padat, semi padat, dan lunak dikenalkan saat anak berusia 6 bulan sambil terus disusui. Setelah 6 (enam) bulan pertama kehidupan, kebutuhan gizi bayi mulai melebihi apa yang dapat dipenuhi dari ASI saja, sehingga rentan terhadap malnutrisi jika tidak diberikan makanan padat. Anak usia 6–8 bulan yang mengonsumsi makanan padat atau semi-padat memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami *stunted* atau *underweight*.⁵

b) *Minimum Dietary Diversity* (MDD)/Keragaman Diet Minimum (6 – 23 Bulan)

WHO merekomendasikan agar anak usia 6–23 bulan diberi makanan beragam untuk memastikan kebutuhan zat gizinya tercukupi. Keragaman kelompok makanan dikaitkan dengan peningkatan pertumbuhan linier pada anak. Makanan yang kurang beragam dapat meningkatkan risiko defisiensi mikronutrien yang mungkin berdampak buruk pada perkembangan fisik dan kognitif anak.⁵

Makanan disebut beragam jika anak mengonsumsi minimal 5 (lima) dari 8 (delapan) kelompok makanan yang ada dalam satu hari. Delapan kelompok makanan tersebut yaitu 1) ASI; 2) biji dari rumput-rumputan (*grains*), umbi-umbian (*tubers*), serta pisang yang biasanya dikonsumsi dengan cara diolah terlebih dahulu (*plantains*) seperti pisang kepok/siem, pisang raja, pisang nangka, pisang uli, pisang medan, pisang tanduk, pisang kapas, dan pisang bangkahulu; 3) biji dari polong-polongan (*beans*), kacang-kacangan (*nuts*), biji dari bunga (*seeds*); 4) produk susu (susu, susu formula, yoghurt, keju); 5)

daging-dagingan (daging, ikan, unggas, jeroan); 6) telur; 7) buah-buahan dan sayuran kaya akan vitamin A; 8) buah-buahan dan sayuran lainnya.⁵

Konsumsi sejumlah makanan atau minuman dari suatu kelompok makanan sudah cukup untuk "dihitung", artinya tidak ada jumlah minimum. Indikator sebelumnya didasarkan pada batas empat dari tujuh kelompok makanan. Indikator ini kemudian direvisi dengan menambahkan ASI sebagai kelompok makanan terpisah, sehingga jumlah total kelompok makanan menjadi delapan dan batasnya menjadi lima kelompok. Indikator ini direvisi karena indikator sebelumnya memasukkan susu formula tetapi tidak memasukkan ASI, sehingga memberikan keuntungan bagi bayi yang diberi susu formula saat menghitung kelompok makanan.⁵

c) *Minimum Meal Frequency (MMF)/Frekuensi Makan Minimum (6 – 23 Bulan)*

Frekuensi minimum asupan makanan padat, semi padat, atau lunak (termasuk susu untuk anak yang tidak diberi ASI) yang harus dicapai dalam satu hari. Pemberian makan atau makanan ringan yang kurang dari rekomendasi dapat mengganggu asupan energi total dan mikronutrien, yang dapat menyebabkan defisiensi mikronutrien, gangguan pertumbuhan, dan *stunting*. Jumlah minimum didefinisikan sebagai,⁵

Tabel 2. Jumlah *Minimum Meal Frequency* (MMF)

Untuk bayi dan anak yang diberi ASI	
usia 6–8 bulan	2 kali pemberian makanan padat, semi-padat, atau lunak
usia 9–23 bulan	3 kali pemberian makanan padat, semi-padat, atau lunak
Untuk bayi dan anak yang tidak diberi ASI	

usia 6-23 bulan	4 kali pemberian makanan padat, semi-padat, atau lunak, atau susu. Dimana setidaknya 1 (satu) dari 4 (empat) pemberian makanan tersebut harus berupa makanan padat, semi-padat, atau lunak.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pemberian makan mencakup makanan utama dan makanan ringan, kecuali dalam jumlah yang sedikit. Pemberian susu mencakup semua susu formula (seperti susu formula bayi dan susu formula lanjutan) atau susu hewani selain ASI (misalnya susu sapi, susu kambing, susu evaporasi, atau susu bubuk yang dilarutkan), yogurt semi-padat dan yogurt cair atau yang dapat diminum serta produk fermentasi cair/minuman lainnya yang terbuat dari susu hewani.⁵

Pemberian susu tidak termasuk untuk anak yang disusui karena frekuensi makan minimum untuk indikator ini mengasumsikan asupan ASI rata-rata: jika sejumlah besar energi diperoleh dari susu lain, asupan ASI kemungkinan akan jauh lebih rendah daripada rata-rata.⁵

d) *Minimum Milk Feeding Frequency* (MMFF)/Frekuensi Pemberian Susu Minimum untuk Anak yang Tidak Diberi ASI (6 – 23 Bulan)

Prinsip panduan WHO dalam pemberian makan anak usia 6-23 bulan yang tidak diberi ASI yaitu jumlah susu yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizi bergantung pada makanan lain yang dikonsumsi anak. Rekomendasinya yakni sebagai berikut,⁵

- 1) Jika makanan bukan berupa makanan yang difortifikasi atau suplemen, maka kebutuhan susu harian yaitu sekitar 200 – 400 mL jika terdapat konsumsi sumber hewani lainnya dan sekitar 300 – 500 mL jika tidak terdapat konsumsi sumber hewani lainnya.

- 2) Takaran saji susu bervariasi, tetapi umumnya antara 100 – 240 mL. Oleh karena itu, frekuensi pemberian susu minimum untuk anak usia 6 – 23 bulan yang tidak diberi ASI yaitu minimal dua kali pemberian susu untuk memenuhi 200 – 500 mL per hari.

e) *Minimum Acceptable Diet (MAD)/Diet Minimum yang Dapat Diterima (6 – 23 Bulan)*

WHO merekomendasikan agar anak usia 6–23 bulan diberi makan dengan frekuensi yang tepat dan variasi yang cukup untuk memastikan kebutuhan energi dan zat gizi terpenuhi. Diet minimum yang dapat diterima (MAD) didefinisikan sebagai,⁵

- 1) untuk anak yang diberi ASI: menerima setidaknya keragaman makanan minimum (MDD) dan frekuensi makan minimum (MMF) untuk usia mereka dalam sehari
- 2) untuk anak yang tidak diberi ASI: menerima setidaknya keragaman makanan minimum (MDD) dan frekuensi makan minimum (MMF) untuk usia mereka dalam sehari serta setidaknya dua kali pemberian susu.

f) *Egg and/or Flesh Food Consumption (EFF)/Konsumsi Telur dan/atau Daging (6 – 23 Bulan)*

WHO merekomendasikan agar anak mengonsumsi daging, unggas, ikan, atau telur setiap hari atau sesering mungkin. Anak yang mengonsumsi telur dan daging memiliki asupan berbagai zat gizi penting yang lebih tinggi, yang diperlukan untuk optimalisasi pertumbuhan linier. Konsumsi telur dikaitkan dengan peningkatan asupan energi, protein, asam lemak esensial, vitamin B12, vitamin D, fosfor, selenium, dan panjang telentang yang lebih tinggi. Pengenalan daging sebagai makanan pendamping awal untuk bayi yang diberi ASI dikaitkan dengan peningkatan asupan protein dan seng. Indikator ini didasarkan pada konsumsi kelompok makanan nomor 5 (daging) dan 6 (telur) yang termasuk dalam 8 (delapan) indikator MDD. Anak dihitung mengonsumsi apabila salah satu kelompok makanan tersebut dikonsumsi.⁵

g) *Sweet Beverage Consumption (SwB)/Konsumsi Minuman Manis*

WHO menyarankan untuk tidak memberikan minuman manis seperti *soft drinks* karena tidak memberikan zat gizi selain energi dan dapat menggantikan makanan yang lebih bergizi. Konsumsi minuman manis bergula atau *sugar-sweetened beverages* (SSBs) yang tinggi dikaitkan dengan peningkatan risiko obesitas pada anak. Pengenalan dini SSBs (sebelum usia 12 bulan) dikaitkan dengan obesitas pada usia 6 tahun. Konsumsi SSBs umum terjadi di banyak negara, terlepas dari tingkat pendapatan mereka. Konsumsi SSBs yang diproduksi secara komersial juga umum terjadi di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah. Selain itu, konsumsi gula baik yang terdapat pada jus buah maupun SSBs dikaitkan dengan peningkatan risiko karies gigi. Berikut minuman manis yang dimaksud,⁵

- (1) Minuman manis mencakup minuman manis yang diproduksi dan dikemas secara komersial seperti soda, minuman rasa buah, minuman olahraga, coklat, minuman susu rasa, minuman malt, dan sebagainya.
- (2) Minuman manis mencakup jus buah 100% serta minuman rasa buah, baik yang dibuat di rumah, oleh pedagang informal, maupun yang dikemas dalam kaleng, botol, boks, sachet, dan sebagainya.
- (3) Minuman manis termasuk minuman buatan rumah dalam bentuk apapun yang telah ditambahkan pemanis (misalnya gula, madu, sirup, bubuk rasa).

h) *Unhealthy Food Consumption (UFC)/Konsumsi Makanan Tidak Sehat (6–23 Bulan)*

Di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah, pola diet bergeser ke arah peningkatan asupan gula tambahan, lemak tidak sehat, garam, dan karbohidrat olahan. Produk makanan komersial seringkali padat energi, rendah zat gizi, serta tinggi garam, gula, asam lemak jenuh dan/atau trans.⁵

Ketika memberikan makanan pada anak, disarankan untuk menghindari makanan seperti permen, coklat, keripik, kentang

goreng, kue, dan biskuit. Konsumsi makanan semacam ini dapat menggantikan makanan yang lebih bergizi dan membatasi asupan vitamin dan mineral esensial. Konsumsi makanan ringan dan minuman tidak sehat telah dikaitkan dengan risiko kekurangan gizi yang lebih tinggi dan panjang badan menurut umur (PB/U) yang lebih rendah pada anak usia satu tahun.⁵

Preferensi makanan yang dimulai sejak dini akan berlanjut hingga masa kanak-kanak dan remaja. Paparan berulang terhadap minuman dan makanan manis di masa kanak-kanak dapat meningkatkan preferensi bawaan untuk rasa manis sehingga meningkatkan konsumsi minuman dan makanan manis yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko *overweight* atau obesitas, dan penyakit kronis terkait di kemudian hari.⁵

Makanan tidak sehat yang dimaksud mengacu pada makanan atau kategori makanan yang kemungkinan dikonsumsi oleh bayi dan anak serta tinggi gula, garam, dan/atau lemak tidak sehat. Makanan tidak sehat yang dimaksud yaitu sebagai berikut,⁵

- (1) Permen, coklat, dan manisan gula lainnya, termasuk yang terbuat dari buah atau sayuran asli seperti manisan buah
- (2) Camilan beku seperti es krim, gelato, sherbet, sorbet, popsicles, atau manisan serupa
- (3) Kue, pastry, biskuit manis, dan makanan manis lainnya yang dipanggang atau digoreng yang setidaknya sebagian berbahan dasar biji-bijian olahan (*refined grain*), termasuk yang dibuat dari buah atau sayuran asli atau kacang-kacangan, seperti kue apel atau pai ceri.
- (4) Keripik, kue keju (*cheese puffs*), kentang goreng, mie instan, dan makanan serupa yang sebagian besar mengandung lemak dan karbohidrat serta setidaknya sebagian berbahan dasar biji-bijian atau umbi-umbian olahan. Makanan ini juga seringkali tinggi natrium.

Makanan dalam keempat kategori makanan tidak sehat ini meliputi makanan yang diproduksi dan dikemas secara komersial, diproduksi oleh produsen skala kecil seperti pedagang kaki lima atau

dibuat di rumah. Meskipun beberapa makanan yang dilaporkan oleh responden mungkin memiliki kualitas yang sehat, secara umum kategori makanan sentinel yang dipilih cenderung memiliki kualitas yang tidak sehat. Konsumsi sejumlah makanan dari salah satu kategori makanan tersebut tetap diperhitungkan karena tidak ada jumlah minimum.⁵

i) *Zero Vegetable or Fruit Consumption (ZVF)/Tidak Ada Konsumsi Sayur atau Buah*

Konsumsi sayur dan buah yang rendah dikaitkan dengan asupan yang rendah di kemudian hari, yang akhirnya dapat meningkatkan risiko Penyakit Tidak Menular (PTM). Meski tidak ada rekomendasi universal terkait jumlah porsi sayur dan buah yang optimal dalam sehari untuk bayi dan anak di atas usia enam bulan, tidak adanya konsumsi sayur atau buah dalam sehari berarti menunjukkan praktik yang tidak sehat.⁵

4. Kualitas Diet

a. Definisi

Target kualitas diet harus ditetapkan dan dipantau secara rutin untuk meningkatkan keragaman makanan dan mencegah segala bentuk malnutrisi. Pemantauan kualitas diet menggunakan indikator proksi seperti frekuensi makan minimum atau *minimum meal frequency* (MMF), keragaman diet minimum atau *minimum dietary diversity* (MDD), dan diet minimum yang dapat diterima atau *minimum acceptable diet* (MAD) telah dikembangkan dan divalidasi di berbagai lingkungan. Indikator-indikator ini relatif lebih mudah diterapkan dalam survei skala besar dan memberikan estimasi yang baik tentang asupan energi (kuantitas) dan zat gizi (kualitas). Oleh karena itu, estimasi terkini kualitas diet di tingkat global, regional, dan negara selama periode pemberian makanan pendamping sangat diperlukan untuk memantau dan mengevaluasi kualitas diet anak.²⁵

5. Pola Asuh Pemberian Makan

a. Definisi

Pola asuh pemberian makan merupakan bagian dari praktik pengasuhan orang tua kepada anak. Pola asuh ini mencerminkan kemampuan orang tua dan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian, serta dukungan dalam memberikan makanan kepada anak. Dengan demikian, tumbuh kembang balita sangat bergantung pada pengasuhan orang tua, khususnya dalam hal pemberian makanan yang tepat.²⁶

b. *Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ)*

Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ) atau Kuesioner Gaya Pemberian Makan Anak merupakan sebuah instrumen yang dirancang untuk mengukur keyakinan dan perilaku pemberian makan orang tua atau pengasuh yang memiliki bayi dan anak kecil. IFSQ mencakup item yang menilai keyakinan dan perilaku orang tua dalam 5 (lima) domain gaya pemberian makan yaitu,¹⁴

- 1) *laissez-faire*, di mana orangtua tidak membatasi kualitas atau kuantitas makanan anak dan menunjukkan sedikit interaksi dengan anak selama pemberian makan;
- 2) *pressuring/controlling*, di mana orang tua peduli dengan peningkatan jumlah makanan yang dikonsumsi anak dan menggunakan makanan untuk menenangkan bayi;
- 3) *restrictive/controlling*, di mana orangtua membatasi anak pada makanan sehat dan membatasi kuantitas makanan yang dikonsumsi;
- 4) responsif, di mana orang tua memperhatikan rasa lapar dan kenyang anak dan memantau kualitas makanan anak, dan;
- 5) *indulgent*, di mana orang tua tidak menetapkan batasan pada kuantitas atau kualitas makanan yang dikonsumsi.

6. Ketahanan Pangan Rumah Tangga

a. Definisi

Ketahanan pangan adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan pangan, mulai dari tingkat negara hingga individu, yang tercermin dari ketersediaan

pangan dalam jumlah dan mutu yang cukup, aman, beragam, bergizi, merata, serta terjangkau, dan tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat, sehingga memungkinkan setiap orang hidup secara sehat, aktif, produktif, dan berkelanjutan.²⁷

b. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS)*

Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) atau Skala Akses Kerawanan Pangan Rumah Tangga terdiri atas 9 (sembilan) pertanyaan. Setiap pertanyaan diajukan dengan periode ingatan empat minggu (30 hari). Responden pertama-tama ditanyakan tentang kejadian yaitu apakah kondisi dalam pertanyaan tersebut terjadi dalam empat minggu terakhir (ya atau tidak). Jika responden menjawab "ya" untuk pertanyaan tentang kejadian, pertanyaan tentang frekuensi kejadian diajukan untuk menentukan apakah kondisi tersebut jarang terjadi (satu atau dua kali), kadang-kadang (tiga hingga sepuluh kali), atau sering (lebih dari sepuluh kali) dalam empat minggu terakhir. Pertanyaan-pertanyaan kejadian HFIAS berkaitan dengan tiga domain kerawanan pangan (akses) yaitu kecemasan dan ketidakpastian terkait pasokan pangan rumah tangga, kualitas yang kurang memadai (termasuk keragaman dan preferensi jenis makanan), serta asupan makan yang kurang memadai dan konsekuensi fisiknya.²⁸

c. *Food Security and Vulnerability Atlas (FSVA)*

Food Security and Vulnerability Atlas (FSVA) terdiri atas 3 (tiga) komponen penilaian yakni ketersediaan pangan, keterjangkauan pangan, dan pemanfaatan pangan, dengan berbagai macam indikator sesuai yang tertera pada Tabel 3. Kemudian, dilakukan perhitungan indeks komposit dengan mengubah skor komposit menjadi skala 0 – 100. Data Badan Pangan Nasional tahun 2025 melaporkan indeks ketahanan pangan di wilayah kabupaten dan kota di Indonesia. Kabupaten Bantul diketahui memiliki prioritas komposit dengan nilai 5 (lima) selama 2 (dua) tahun terakhir yakni pada tahun 2024 dan 2025, yang artinya tahan pangan.²⁹

Indeks komposit terbagi menjadi 6 (enam) kelompok/prioritas sebagai berikut:²⁹

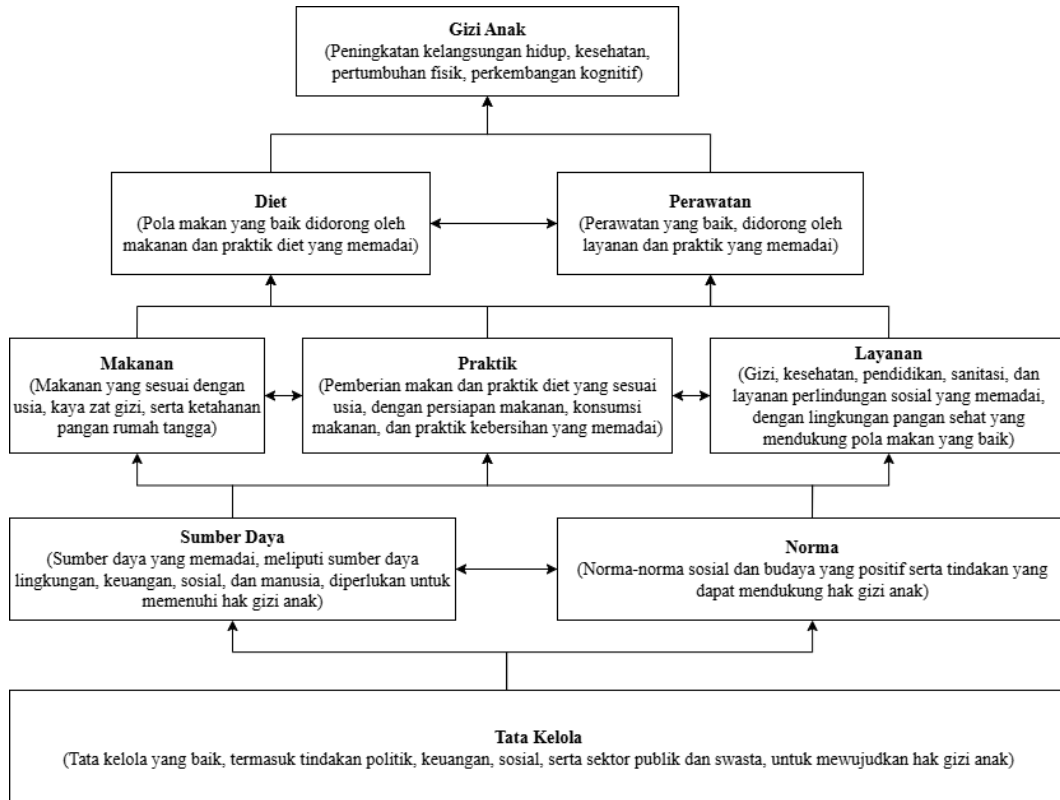
- 1) Prioritas 1 (cut off: <45,59) → sangat rentan
- 2) Prioritas 2 (cut off: 45,60 – 53,42) → rentan
- 3) Prioritas 3 (cut off: 53,43 – 61,47) → agak rentan
- 4) Prioritas 4 (cut off: 61,48 – 69,52) → agak tahan
- 5) Prioritas 5 (cut off: 69,53 – 77,35) → tahan
- 6) Prioritas 6 (cut off: >77,35) → sangat tahan

Tabel 3. Indikator FSVA²⁹

No	Indikator	Definisi
A. Ketersediaan Pangan		
1	Rasio konsumsi normatif per kapita terhadap ketersediaan pangan	Rasio konsumsi normatif per kapita terhadap produksi bersih pangan sumber karbohidrat (padi, jagung, ubi kayu, ubi jalar, dan pisang). Konsumsi normatif komoditas tersebut sebesar 300 gram/kapita/hari
2	Rasio ketersediaan energi per kapita per hari terhadap standar kebutuhan	Perbandingan antara konsumsi energi dengan standar kebutuhan energi (2.100 kkal/kapita/hari)
3	Rasio ketersediaan protein hewani per kapita per hari terhadap standar kebutuhan	Perbandingan antara konsumsi protein hewani dengan standar kebutuhan protein hewani (25 gram/kapita/hari)
4	Rasio Cadangan Beras Pemerintah Daerah (CBPD) yang dimiliki terhadap CBPD berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.	Berdasarkan Peraturan Badan Pangan Nasional Nomor 15 Tahun 2023 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Badan Pangan Nasional Nomor 3 Tahun 2025
B. Keterjangkauan Pangan		
5	Persentase penduduk hidup di bawah garis kemiskinan	Jumlah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan dibandingkan dengan jumlah penduduk total
6	Koefisien varian harga	Persentase perbandingan standar deviasi dari harga komoditas pangan (beras medium, daging ayam ras, telur ayam ras, dan minyak goreng) terhadap rata-rata harga komoditas tersebut
7	<i>Prevalence of Undernourishment</i> (PoU)	Proporsi populasi penduduk yang mengalami ketidakcukupan konsumsi pangan yang diukur dari asupan energi

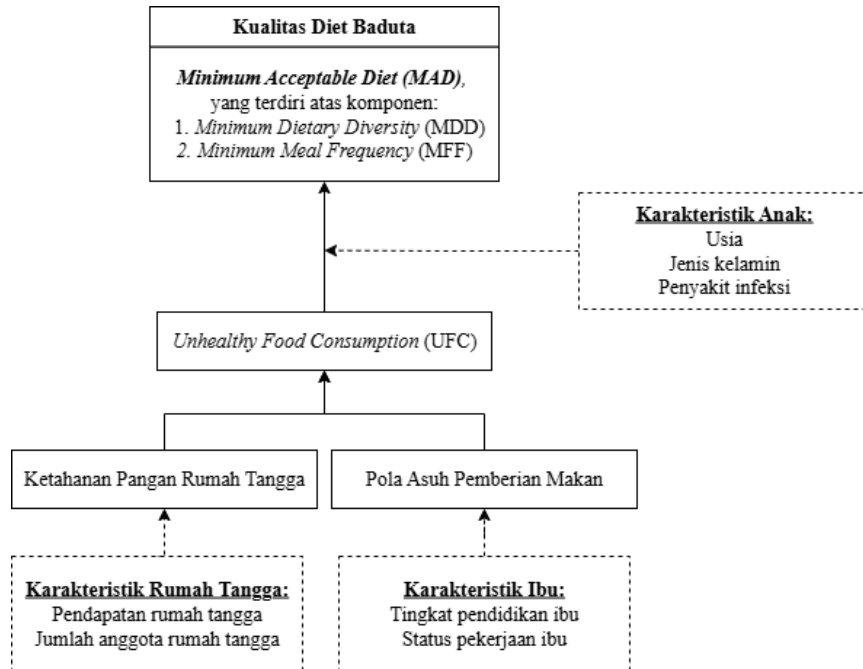
		di bawah kebutuhan minimum energi/ <i>Minimum Dietary Energy Requirement</i> (MDER) untuk dapat hidup sehat, aktif, dan produktif terhadap populasi penduduk secara keseluruhan
C. Pemanfaatan Pangan		
8	Rata-rata lama sekolah perempuan umur > 15 tahun	Rata-rata lama bersekolah (total tahun bersekolah sampai pendidikan tertinggi yang ditamatkan dan kelas tertinggi yang pernah diduduki) oleh perempuan berumur 15 tahun ke atas
9	Persentase rumah tangga tanpa akses air bersih	Persentase rumah tangga yang tidak memiliki akses air minum yang berasal dari air isi ulang, ledeng/PAM, sumur bor/pompa air, sumur terlindung serta mata air yang terlindung dengan memperhatikan jarak ke tempat penampungan limbah/kotoran/tinja terdekat minimal 10 meter
10	Persentase keamanan pangan (segar dan siap saji) yang memenuhi standar terhadap total sampel	Rata-rata persentase keamanan Pangan Segar Asal Tumbuhan (PSAT) dan siap saji yang memenuhi standar keamanan pangan terhadap total sampel
11	Skor Pola Pangan Harapan (PPH) konsumsi	Susunan beragam pangan berdasarkan proporsi keseimbangan energi dari 9 kelompok pangan dengan mempertimbangkan daya terima, ketersediaan pangan, ekonomi, budaya, dan agama
12	Prevalensi balita <i>stunting</i>	Anak di bawah 5 tahun yang tinggi badannya <-2 SD dengan indeks TB/U dari referensi khusus untuk tinggi badan terhadap usia dan jenis kelamin

B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori (UNICEF *Conceptual Framework on Maternal and Child Nutrition*, 2020)

C. Kerangka Konsep



Keterangan:



: Variabel Penelitian



: Variabel Perancu

Gambar 3. Kerangka Konsep