

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Baduta Underweight

1. Pengertian *Underweight*

Berat badan kurang atau *underweight* merupakan salah satu masalah gizi utama yang terjadi pada anak-anak di Indonesia. Berat badan kurang (*underweight*) merupakan status gizi yang berdasarkan indikator BB/U di bawah -2SD (BKKBN, 2024). Berat Badan Menurut Umur (BB/U) merupakan indikator yang digunakan untuk menilai berat badan anak dibandingkan dengan usianya, yang dapat mengklasifikasikan gambaran status gizi anak menjadi gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih (Nugroho & Santoso, 2011). *Underweight* merupakan kondisi anak dengan berat badan lebih rendah daripada berat badan adekuat menurut usianya.

2. Faktor Penyebab *Underweight*

Masalah berat badan kurang disebabkan oleh asupan gizi yang tidak memenuhi kebutuhan pada waktu tertentu. Berat badan kurang pada anak yang sedang dalam pertumbuhan merupakan masalah serius. Keadaan ini mencerminkan kebiasaan makan yang buruk. *Underweight* disebabkan karena kebutuhan asupan zat gizi yang tidak tercukupi dalam rentang waktu tertentu (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Penyebab *underweight* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain yaitu berat badan lahir rendah, pemberian ASI yang buruk dan tidak menerapkan ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI yang tidak dianjurkan sesuai usianya, minimnya asupan keragaman pangan, pendidikan orang tua, kurangnya pengetahuan gizi, tingkat pendapatan keluarga, terbatasnya akses terhadap makanan yang cukup, status imunisasi yang buruk, serta sanitasi lingkungan yang buruk, dan lain sebagainya (Kumar et al., 2019).

3. Dampak *Underweight*

Dampak *underweight* terlihat jelas pada pertumbuhan fisik anak-anak yang mengalami kekurangan gizi, terutama tersebar di negara berpendapatan rendah dan menengah. Kekurangan gizi selama 1000 HPK (Hari Pertama Kelahiran) menjadi periode kritis untuk perkembangan otak dan pertumbuhan linear yang tepat, serta berdampak buruk pada kesehatan kognitif dan fisik anak. *Underweight* merujuk pada kekurangan gizi memiliki dampak jangka pendek dan jangka panjang pada kesehatan anak-anak sehingga berdampak negatif pada produktivitas ekonomi negara (Akombi *et al.*, 2017).

Menurut Kumar *et al.* (2019), dampak *underweight* anak menyebabkan perkembangan fisik dan kognitif yang buruk pada anak usia dini, mempengaruhi prestasi pendidikan, status kesehatan, dan kinerja aktivitas tubuh. Menurut Khotimah (2020) dan Saleh (2021) dalam Estu (2024), status gizi bayi dengan berat badan kurang yang berkepanjangan akan berdampak pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, seperti gangguan kemampuan kognitif, metabolisme tubuh, pertumbuhan fisik dan kekebalan tubuh, meningkatnya risiko Penyakit Tidak Menular (PTM), menurunnya produktivitas saat dewasa dan timbulnya masalah kepercayaan diri yang dapat berujung pada kematian.

4. Pencegahan *Underweight*

Salah satu upaya intervensi gizi sensitif adalah meningkatkan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak. Peningkatan kesadaran ibu dapat dilakukan melalui berbagai cara. Penelitian edukasi gizi terkait “Cegah Berat Badan Kurang, Wujudkan Anak Hebat” yang dilakukan di Kecamatan Kemayoran, Jakarta Pusat menunjukkan peningkatan skor rata-rata pengetahuan ibu balita yaitu dari skor *pre-test* 78,5 meningkat menjadi 87,7. Kegiatan edukasi gizi

mampu meningkatkan pengetahuan ibu balita terkait *underweight*, penyebab, dampak, dan pencegahannya (Sebayang *et al.*, 2024). Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Kendal menunjukkan adanya peningkatan rata-rata berat badan balita sebesar 500-1500 gram setelah diberikan edukasi gizi terkait asupan gizi pada balita (Rahayu *et al.*, 2019). Sejalan dengan penelitian di wilayah Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Aceh Barat terkait edukasi gizi selama tiga bulan menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kenaikan berat badan balita hingga berpengaruh dalam perubahan status gizi balita ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$) (Mahardany *et al.*, 2025). Dalam penelitian ini, intervensi gizi difokuskan pada edukasi gizi sebagai upaya peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik MP-ASI sebagai penanggulangan masalah gizi baduta *underweight*.

B. Edukasi Gizi

1. Pengertian Edukasi Gizi

Edukasi gizi merupakan proses pendidikan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan individu atau kelompok dalam memilih dan mengonsumsi makanan sesuai kebutuhan gizi. Edukasi gizi tidak hanya menekankan pada pemberian informasi, tetapi juga mendorong terjadinya perubahan perilaku makan yang berkelanjutan (Notoatmodjo, 2018). Edukasi merupakan salah satu intervensi yang diberikan tenaga kesehatan untuk klien yang bertujuan meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan secara komprehensif (Indriani *et al.*, 2023). Edukasi gizi merupakan kombinasi strategi pembelajaran yang disusun untuk mendorong perubahan mandiri dalam perilaku terkait gizi terutama pemilihan makanan untuk mendukung tercapainya kesehatan dan kesejahteraan yang lebih optimal (Supu *et al.*, 2022). Menurut Almatsier (2019), edukasi gizi adalah upaya sistematis untuk membantu individu memahami hubungan antara makanan, zat gizi, dan kesehatan.

Pemahaman tersebut diharapkan mampu membentuk pola makan yang sehat dan sesuai prinsip gizi seimbang.

2. Tujuan Edukasi Gizi

Tujuan utama edukasi gizi adalah meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan gizi yang seimbang. Edukasi gizi juga bertujuan membentuk sikap positif terhadap pemilihan makanan yang sehat (Almatsier, 2019). Pada ibu balita, tujuan edukasi gizi difokuskan pada peningkatan kemampuan dalam menerapkan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai usia. Dengan demikian, edukasi gizi diharapkan dapat berkontribusi terhadap perbaikan status gizi balita (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

3. Metode Edukasi Gizi

Metode edukasi gizi merupakan cara yang digunakan untuk menyampaikan pesan gizi kepada sasaran agar mudah dipahami dan diterapkan. Metode yang umum digunakan meliputi ceramah, diskusi, demonstrasi, serta penggunaan media cetak dan audiovisual (Notoatmodjo, 2018). Pemilihan metode edukasi gizi perlu disesuaikan dengan karakteristik sasaran, seperti usia, tingkat pendidikan, dan latar belakang sosial budaya. Metode yang bersifat interaktif dan visual dinilai lebih efektif dalam meningkatkan pemahaman sasaran (Maulana, 2017).

4. Pengaruh Edukasi Gizi dengan Pengetahuan , Sikap, dan Praktik MP-ASI

Penelitian yang dilakukan di wilayah Desa Dlangu, Kabupaten Purworejo menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan praktik MP-ASI kepada ibu baduta setelah diberikan edukasi gizi. Hasil penelitian menunjukkan nilai *p-value* 0,008 ($p < 0,05$) pada variabel

pengetahuan dan nilai *p-value* 0,031 ($p < 0,05$) pada variabel praktik MP-ASI. Peningkatan pengetahuan ibu dengan kategori baik dari 41,2% menjadi 88,2% dan peningkatan praktik MP-ASI dengan kategori baik dari 52,9% menjadi 88,2%. Dengan demikian, terdapat perbedaan yang signifikan pada pengetahuan dan praktik MP-ASI pada ibu baduta setelah diberikan edukasi gizi (Susilowardani & Budiono, 2022). Penelitian yang dilakukan di Kota Pekanbaru, menunjukkan adanya peningkatan sikap ibu baduta setelah diberikan video edukasi MP-ASI dari sebanyak 63% meningkat menjadi 95% (Yolahumaroh *et al.*, 2024). Penelitian yang dilakukan di wilayah puskesmas Tanjung Motawa menunjukkan hasil edukasi gizi secara *online* dari *WhatsApp group* dan demonstrasi memasak melalui aplikasi *zoom meeting* tentang praktik pemberian MP-ASI terdapat hubungan yang signifikan setelah diberikan intervensi dari sebesar 60,9% meningkat menjadi 82,6% (Tane & Sembiring, 2021).

C. Media Video

1. Pengertian Media Video

Media video merupakan sarana penyampaian pesan-pesan dan informasi tentang kesehatan (Aroni, 2022). Media video merupakan media audio visual yang mengandalkan indera penglihatan dan pendengaran yang dapat digunakan dalam pembelajaran karena dapat menggambarkan suatu objek yang bergerak bersamaan dengan suara yang seirama (Pagarra *et al.*, 2022). Media video adalah sarana penyampaian informasi atau pesan gizi dan kesehatan yang dapat melalui video (Supu *et al.*, 2022). Media video digunakan sebagai sarana komunikasi edukatif untuk menyampaikan pesan secara menarik dan mudah dipahami. Penggunaan media video dapat meningkatkan perhatian dan minat sasaran (Maulana, 2017).

2. Media Video Pembelajaran

Media video dapat digunakan sebagai media pembelajaran yang bersifat interaktif-tutorial yang dapat membimbing audiens untuk memahami sebuah materi melalui visualisasi. Media video dapat dijadikan pembelajaran observasional karena audiens dapat mengikuti praktik sesuai yang diajarkan dalam video secara interaktif (Aroni *dkk*, 2022). Menurut Nana Sudjana dan Ahmad Rifai (1991) dalam Aroni (2022), media pembelajaran sebaiknya memperhatikan kriteria-kriteria berikut:

- a. Tujuan pembelajaran yang tepat, berisi unsur-unsur pemahaman, aplikasi, analisis, dan sintesis.
- b. Isi bahan pembelajaran yang didukung fakta, prinsip, konsep, dan generalisasi yang memerlukan bantuan indera agar mudah dipahami.
- c. Media pembelajaran yang mudah diperoleh, ekonomis, dan praktis.
- d. Penyuluh yang terampil dalam menggunakan media pembelajaran.
- e. Terdapat waktu untuk menggunakannya.
- f. Sesuai dengan taraf kemampuan audiens, sehingga makna yang terkandung didalamnya dapat dipahami oleh audiens.

3. Kelebihan Media Video

Media video termasuk media audio-visual yang mampu menjelaskan materi yang bersifat praktik dengan lebih jelas dibandingkan penjelasan verbal saja. Hal ini sangat bermanfaat dalam edukasi MP-ASI (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Selain itu, media video dapat digunakan berulang kali tanpa mengubah isi pesan. Keunggulan ini menjadikan media video efisien dan konsisten dalam penyampaian edukasi gizi (Maulana, 2017). Menurut Agustiniingsih

(2015) dalam komunikatif (Indriani *et al.*, 2023), kelebihan media video sebagai berikut.

- a) Media gerak yang memadukan gambar dan suara
- b) Lebih mampu mempengaruhi perilaku individu dibandingkan media cetak
- c) Dapat digunakan kapan saja dan berulang-ulang
- d) Menyajikan objek yang lebih jelas dan detail
- e) Dapat dipercepat atau diperlambat
- f) Dapat digunakan secara klasikal dan individual

Media video merupakan salah satu perkembangan teknologi informasi yang mulai mempengaruhi dunia konseling dan edukasi. Media video dapat dilakukan melalui edukasi *online chat* dan *instant* jejaring sosial dengan cara berinteraksi dan membangun percakapan yang interaktif (Aroni *dkk*, 2025). Edukasi media video yang memerlukan internet dapat menjadi media pembelajaran yang memiliki kelebihan (Aroni, 2022):

- a) Memudahkan distribusi pendidikan ke semua tempat dengan kapasitas daya tampung yang tidak terbatas.
- b) Proses pembelajaran tidak dibatasi waktu dan tempat.
- c) Proses pembelajaran dapat memilih topik yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing.
- d) Durasi waktu pembelajaran tergantung pada kemampuan masing-masing audiens.
- e) Topik pembelajaran lebih akurat dan terbaru.
- f) Proses pembelajaran dapat dilakukan secara interaktif, menarik, dan mudah diakses.

4. Kekurangan Media Video

Media video memiliki beberapa keterbatasan. Menurut Agustiniingsih (2015) dalam komunikatif (Indriani *et al.*, 2023), kelemahan media video yaitu:

- a) Relatif membutuhkan dana yang lebih mahal
- b) Sulit untuk direvisi
- c) Proses penayangannya membutuhkan peralatan tambahan seperti LCD atau internet.

5. Alasan Edukasi Gizi Menggunakan Media Video

Media video termasuk dalam media audio-visual. Media audio-visual menjadi alat bantu dalam pendidikan yang dapat menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran (Notoatmojo, 2011 dalam Suiroaka & Supariasa, 2012). Media video menjadi salah satu media pembelajaran yang memanfaatkan perkembangan teknologi yang memiliki kemampuan yang lebih baik karena mengkombinasikan jenis media auditif dan visual (Aroni, 2022). Berdasarkan Kerucut Pengalaman oleh Wyatt dan Looper (1999), media video dikaitkan dengan tingkat retensi sekitar 30% daya ingat dan tingkat keterlibatan yang melibatkan verbal dan visual. Pemilihan media akan mempengaruhi kemampuan daya ingat individu, berikut perbedaan kemampuan daya ingat individu berdasarkan tingkat keterlibatan (Muhammad, 2022):

- a) Verbal : Setelah 3 jam, daya ingat 70%. Setelah 3 hari, daya ingat 10%.
- b) Visual : Setelah 3 jam, daya ingat 72%. Setelah 3 hari, daya ingat 20%.
- c) Verbal+Visual : Setelah 3 jam, daya ingat 85%. Setelah 3 hari, daya ingat 65%.

6. Efektivitas Media Video Dibanding Media Cetak

Beberapa penelitian terdahulu terkait edukasi gizi menggunakan media video telah menunjukkan keberhasilan yang signifikan.

Penelitian oleh Sitorus *et al.* (2025) menunjukkan bahwa edukasi menggunakan media video tentang pencegahan *stunting* secara

signifikan meningkatkan pengetahuan ibu balita ($p < 0,05$). Penelitian terkait edukasi *stunting* dengan media video yang dilakukan di Desa Ngepung, Kabupaten Nganjuk menunjukkan hasil nilai *mean rank* pengetahuan pada kelompok sasaran yang diberikan edukasi gizi menggunakan media video lebih tinggi yaitu 48,71 daripada kelompok sasaran yang diberikan edukasi gizi menggunakan media *leaflet* yaitu 26,79. Penelitian tersebut menunjukkan edukasi gizi menggunakan media video lebih berpengaruh dibandingkan dengan media leaflet dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$) terhadap tingkat pengetahuan ibu balita. Hal ini menunjukkan edukasi gizi menggunakan media audio-visual memiliki peluang yang lebih besar dibandingkan media cetak kepada sasaran ibu balita (Kinasih & Afifah, 2023).

Sejalan dengan penelitian Ahriyasna *et al.* (2025) terkait efektivitas edukasi gizi menggunakan media video tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menunjukkan hasil media video memiliki pengaruh yang lebih baik dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap dibanding dengan media leaflet, namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada praktik PMBA antara media video dan media leaflet.

Di era saat ini, penyebaran media video melalui media sosial sangat cepat di semua kalangan usia. Penelitian yang dilakukan di salah satu posyandu di Jakarta Pusat, penggunaan media sosial cukup banyak terjadi di ibu bayi, sebanyak 79,1% ibu menggunakan media sosial *TikTok* dan *instagram* (Manalu & Putri, 2025). Hal ini menunjukkan mayoritas ibu balita sering menggunakan media sosial, khususnya *TikTok* dan *instagram*.

7. Pengaruh Edukasi Gizi Menggunakan Media Video dengan Pengetahuan , Sikap, dan Praktik MP-ASI

Penelitian Yolahumaroh *et al.* (2024) untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu balita dalam

pemberian MP-ASI menggunakan video edukasi yang dilakukan di Kota Pekanbaru pada balita kurus menunjukkan adanya peningkatan sebelum dan sesudah diberikan video edukasi. Berdasarkan variabel pengetahuan, sebelum diberikan video edukasi MP-ASI, sebanyak 57% responden termasuk kategori cukup dan setelah diberikan video edukasi MP-ASI meningkat menjadi kategori baik sebanyak 97,8%. Hasil menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan video edukasi MP-ASI dengan nilai $p\text{-value} = 0.000$ ($p < 0.05$).

Berdasarkan variabel sikap, sebelum diberikan video edukasi MP-ASI sikap responden yang sesuai sebanyak 63% dan meningkatkan menjadi 95% setelah diberikan video edukasi MP-ASI. Hasil menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dan sesudah diberikan video edukasi MP-ASI dengan nilai $p\text{-value} = 0.000$ ($p < 0.05$).

Berdasarkan variabel perilaku ibu balita, sebelum diberikan video edukasi MP-ASI perilaku responden yang tepat sebanyak 75,6% dan meningkat menjadi 80% setelah diberikan video edukasi MP-ASI. Namun, hasil menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara perilaku sebelum dan sesudah diberikan video edukasi MP-ASI dengan nilai $p\text{-value} = 0.209$ ($p < 0.05$). Oleh sebab itu, variabel praktik MP-ASI pada penelitian ini dilakukan dengan menampilkan video praktik memasak MP-ASI.

D. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui atau ‘tahu’ dari kejadian setelah manusia merasakan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui lima panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, dan perabaan. Sebagian penginderaan mendapatkan pengetahuan yang diperoleh dari

mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Menurut Maulana (2009), pengetahuan merupakan hasil dari ‘tahu’ setelah mendapatkan pengindraan terhadap suatu objek. Pengetahuan menjadi pedoman dalam membentuk seseorang dalam melakukan tindakan (*overt behavior*).

Menurut Cambridge (2020) dalam Swarjana (2022) pengetahuan merupakan informasi atau pemahaman tentang suatu objek yang diperoleh melalui pengalaman atau studi yang diketahui oleh individu atau masyarakat. Pengetahuan merupakan hasil pengetahuan dan hal ini terjadi setelah manusia merasakan suatu objek tertentu (Rany N, 2021). Pengetahuan merupakan pembentukan pikiran asosiatif yang menghubungkan pikiran dengan realitas atau dengan pikiran lain berdasarkan pengalaman yang berulang-ulang tanpa pemahaman apapun tentang sebab dan akibat yang hakiki dan universal (Adnan dan Hamim, 2014).

2. Tingkatan Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui wawancara atau kuesioner, yaitu dengan menanyakan kepada responden tentang apa yang ingin diukur. Tingkatan pengetahuan yang diukur dalam domain kognitif diantaranya sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012).

a) Tahu (*know*)

Tahu didefinisikan sebagai mengingat sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini melibatkan mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik atau semua yang dipelajari atau stimulus yang diterima. Tahu menjadi kata kerja yang mengukur pengetahuan seseorang terhadap hal yang telah dipelajari meliputi menyebutkan, menjelaskan, mendefinisikan, dan menyatakan. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling dasar.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami merupakan kemampuan untuk menggambarkan objek yang diketahui dengan benar dan dapat menafsirkan isinya dengan tepat. Seseorang yang telah memahami suatu objek akan mudah menjelaskan, memberi contoh, menarik kesimpulan, dan membuat prediksi.

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan sesuatu yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penerapan atau penggunaan suatu hukum, rumus, metode, prinsip, dan lain-lain dalam konteks atau situasi yang sesuai.

d) Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan kemampuan dalam menguraikan bahan atau objek menjadi komponen-komponen yang berada dalam suatu struktur organisasi dan saling berkaitan. Kemampuan analisis ini ditemukan dalam penggunaan kata kerja seperti menguraikan seperti diagram, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan lain-lain.

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merujuk pada kemampuan untuk menyusun atau menghubungkan komponen-komponen untuk menciptakan bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk mengembangkan rumus baru dari rumus yang telah ada. Contohnya, sesuatu yang dapat diatur, direncanakan, diringkas, dikoordinasikan, atau dikaitkan dengan teori atau rumus yang telah ada.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi atau penilaian berkaitan dengan untuk membenarkan atau mengevaluasi suatu materi atau objek. Evaluasi ini

didasarkan pada kriteria-kriteria yang telah ditentukan atau kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Perubahan Pengetahuan

Dalam mengadopsi perilaku (berperilaku baru), seseorang harus tahu terlebih dahulu arti dan manfaat dari perilaku tersebut. Terdapat 2 (dua) indikator yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan, yaitu sebagai berikut (Maulana, 2022).

- a) Pengetahuan tentang sakit dan penyakit: penyebab penyakit, gejala dan tanda penyakit, cara pengobatan, cara penularan, dan cara pencegahannya.
- b) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan: jenis-jenis makanan bergizi, manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatan, pentingnya olahraga bagi kesehatan, penyakit-penyakit dan bahaya gaya hidup tidak sehat (merokok, minuman keras, narkoba, dsb), dan pentingnya istirahat cukup.
- c) Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan: manfaat air bersih, cara pembuangan limbah yang benar, manfaat pencahayaan rumah, dan akibat polusi (air, udara, tanah) bagi kesehatan.

Menurut Rogers (1974) dalam Maulana (2022) menyatakan bahwa sebelum seseorang berperilaku baru, sebelumnya akan terjadi proses yang berurutan yang disingkat AIETA, yang dimaksud adalah:

- a) *Awareness* (kesadaran): individu mulai mengetahui dan menyadari stimulus terlebih dahulu,
- b) *Interest* (tertarik): individu mulai tertarik pada stimulus tersebut,
- c) *Evaluation* (berpikir baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya): sikap individu mulai lebih baik,
- d) *Trial* (mencoba): individu mulai mencoba perilaku baru,

- e) *Adoption* (adaptasi) : individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan dan sikapnya terhadap stimulus.

4. Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dalam penelitian dikenal sebagai *Bloom's Cut off Point*, terbagi dalam tiga tingkatan pengetahuan, yaitu pengetahuan baik/tinggi (*good knowledge*), cukup/sedang (*fair/moderate knowledge*), dan rendah/kurang (*poor knowledge*). Klasifikasi tingkatan pengetahuan dapat menggunakan skor yang telah dikonversi ke dalam persentase seperti berikut (Swarjana, 2022).

- a) Pengetahuan baik/tinggi (*good knowledge*): skor 80-100%
- b) Pengetahuan cukup/sedang (*fair/moderate knowledge*): skor 60-79%
- c) Pengetahuan rendah/kurang (*poor knowledge*): skor <60%

E. Sikap

1. Pengertian Sikap

Sikap merupakan respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu objek atau stimulus. Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bereaksi terhadap suatu objek di lingkungan sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2012). Menurut Khomsan, A & Firdaus, D (2022), sikap merupakan respons yang tertutup dari diri seseorang terhadap objek atau stimulus yang diterima.

2. Tingkatan Sikap

Berdasarkan Notoatmodjo (2012), sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

- a) Menerima (*receiving*)

Menerima dimaksudkan bahwa seseorang memperhatikan stimulus yang diberikan. Contohnya sikap seseorang dilihat dari kesediaan dan perhatiannya terhadap ceramah tentang gizi.

b) Merespons (*responding*)

Indikasi dari sikap adalah ketika seseorang merespons saat diberikan pertanyaan dengan memberikan jawaban, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Hal itu merupakan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan, terlepas dari jawaban tersebut benar atau salah, seseorang tersebut telah menerima ide.

c) Menghargai (*valuing*)

Indikasi tingkat tiga dari sikap adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan suatu masalah. Contoh sikap positif adalah seorang ibu yang mengajak orang lain untuk menimbang anaknya di posyandu.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

Tingkat sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu keputusan yang diambil dengan segala risiko.

3. Komponen Sikap

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2012) terdapat 3 komponen sikap:

- a) Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b) Evaluasi terhadap suatu objek atau kehidupan emosional.
- c) Kecenderungan dalam bertindak.

4. Pengukuran Sikap

Pengukuran variabel sikap menggunakan skala likert, yaitu sebagai berikut (Sugiyono, 2023).

- a) Sangat Setuju (SS)
- b) Setuju (S)
- c) Ragu-ragu (RR)
- d) Tidak Setuju (TS)
- e) Sangat Tidak Setuju (STS)

Apabila pernyataan bersikap positif, maka skor tertinggi 5 (Sangat Setuju) dan skor terendah 1 (Sangat Tidak Setuju). Sebaliknya, pernyataan bersikap negatif, maka skor tertinggi 5 (Sangat Tidak Setuju) dan skor terendah 1 (Sangat Setuju).

Sama halnya dengan pengetahuan, sikap juga menggunakan *Bloom's Cut off Point*. Sikap dibedakan menjadi tiga tingkatan, yaitu sikap baik (*good attitude*), sikap cukup/sedang (*fair/moderate attitude*), dan sikap rendah/kurang (*poor attitude*). Berikut klasifikasi konversi ke persen (Swarjana, 2022).

- a) Sikap baik = 80-100%
- b) Sikap cukup/sedang = 60-79%
- c) Sikap kurang = <60%

F. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

1. Pengertian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan yang diberikan kepada bayi yang disusui karena ASI tidak dapat memenuhi semua kebutuhan gizi bayi usia 6 bulan. Usia 0-5 bulan memperoleh kebutuhan zat gizi bayi melalui ASI. Namun, setelah usia 6 bulan, terjadi perbedaan antara energi yang dibutuhkan bayi dan energi yang diperoleh dari ASI (Supardi et al., 2023). Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan bayi mulai usia 6 bulan dapat diberikan makanan tambahan pendamping ASI karena pemenuhan kebutuhan gizi tidak hanya tercukupi melalui ASI (Hardiansyah dan Supariasa, 2017).

2. Tujuan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Berdasarkan Lestari (2017) dalam (Supardi et al., 2023), tujuan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) adalah untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi karena kandungan gizi dalam ASI mulai tidak mencukupi kebutuhan bayi, merangsang bayi untuk

belajar menerima berbagai jenis makanan dengan rasa yang berbeda-beda, merangsang kemampuan menelan dan mengunyah bayi, serta melatih bayi beradaptasi dengan makanan yang lebih padat energi (Nugroho & Santoso, 2011). Pemberian MP-ASI bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang mulai meningkat, membantu bayi mengenal rasa dan tekstur makanan, serta melatih perkembangan fungsi oromotor, yaitu kemampuan mengunyah dan menelan.

3. Prinsip Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Dalam prinsip Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), MP-ASI bukan sebagai makanan pengganti ASI, namun sebagai pendamping atau melengkapi kebutuhan ASI. ASI pada bayi usia 0-6 bulan masih mampu memenuhi kebutuhan zat gizinya. Seiring bertambahnya usia, mulai dari usia 6 bulan, ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi. Sehingga, mulai usia 6 bulan, MP-ASI dapat diberikan kepada bayi untuk memenuhi kebutuhan zat gizinya. Berikut proporsi pemenuhan kebutuhan energi dari ASI dan MP-ASI pada baduta (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

- a. Usia 0-5 bulan : ASI 100% dapat memenuhi kebutuhan energi bayi
- b. Usia 6-8 bulan : ASI 66,7% dan MP-ASI 33,3%. ASI memenuhi $\frac{2}{3}$ kebutuhan energi bayi.
- c. Usia 9-11 bulan : ASI 50% dan MP-ASI 50%. ASI hanya memenuhi $\frac{1}{2}$ dari kebutuhan bayi.
- d. Usia 12-23 bulan : ASI 33,3% dan MP-ASI 66,7%. ASI hanya memenuhi $\frac{1}{3}$ kebutuhan energi bayi dan MP-ASI memenuhi $\frac{2}{3}$ kebutuhan energi bayi.

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) harus sesuai dengan prinsip pemberian MP-ASI, yaitu mengandung aneka ragam jenis bahan makanan dengan tekstur, frekuensi, dan porsi yang juga

disesuaikan dengan kebutuhan zat gizi anak (Septikasari, 2018). Berdasarkan Kemenkes RI (2020) dalam (Supardi et al., 2023) prinsip-prinsip pemberian MP-ASI yang adekuat sebagai berikut.

a. Tepat waktu

Saat memasuki bulan keenam kehidupannya, asupan ASI untuk bayi tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu, pemberian MP-ASI ditujukan untuk meningkatkan kebutuhan zat gizi bayi yang semakin meningkat.

b. Adekuat

Pemberian MP-ASI yang tepat akan memberikan seluruh kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi dan anak. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pemberian MP-ASI yaitu seperti usia, jumlah, frekuensi, tekstur, dan jenis makanan.

c. Aman

Menyiapkan MP-ASI harus diolah dan disimpan secara higienis dan diberikan kepada bayi dengan tangan dan peralatan yang bersih. Lima kunci dari membuat makanan yang aman yaitu:

- 1) Menjaga kebersihan tangan, area pengolahan makanan, dan peralatan.
- 2) Menggunakan bahan-bahan segar dan mengutamakan protein hewani, seperti daging, ikan, telur, dan ayam hingga matang untuk mencegah kontaminasi patogen.
- 3) Menyimpan makanan yang sudah dimasak dan yang mentah secara terpisah.
- 4) Simpan makanan pada suhu yang tepat ($>60^{\circ}\text{C}$, $<5^{\circ}\text{C}$) sesuai dengan jenis makanannya.

d. Pemberian makan yang benar

Pemberian makan yang benar yaitu lingkungan makan yang mendukung, mengetahui tanda anak ketika lapar dan kenyang, menghindari hadiah dengan makanan, menghindari makan sambil bermain dan menonton televisi. Jadwal makan bayi mencakup pemberian selingan berupa snack dan membiasakan makan paling lambat 30 menit. Menerapkan aturan dan etika makan pada anak seperti memberikan makan anak dengan frekuensi kecil dan sering, menghentikan pemberian makanan selama 15 menit jika bayi menolak makanan, membiasakan membersihkan mulut setelah makan, dan menerapkan *finger food* untuk mendorong bayi makan mandiri

4. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Menurut Kemenkes RI (2011) dalam (Septikasari, 2018) MP-ASI harus mengandung kelompok bahan makanan lengkap, meliputi makanan pokok sumber karbohidrat (beras, jagung, ubi, kentang), kacang-kacangan (kacang hijau, kacang merah, kacang kedelai), lauk hewani (daging merah, daging ayam, ikan, telur, susu, keju), sayuran berwarna (wortel, tomat, bayam), buah-buahan (pepaya, apel, jeruk manis), serta lemak dan minyak. Berikut pemberian makanan pendamping ASI (ASI) usia 6-23 bulan menurut World Health Organization (2009) dalam Hardiansyah dan Supariasa (2017).

Tabel 2.1 Pemberian MP-ASI Baduta

Umur	6-8 bulan	9-11 bulan	12-23 bulan
Tekstur	Bertahap dari mulai bubur halus, lunak, cukup kental,	Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan	Makanan keluarga (dicincang, disaring kasar, padat)

Umur	6-8 bulan	9-11 bulan	12-23 bulan
	lalu dilanjutkan lebih kasar	semakin kasar hingga bisa digenggam bayi	
Frekuensi	Makanan utama 2-3 kali sehari Selingan 1-2 kali sehari Tetap diberikan ASI	Makanan utama 3-4 kali sehari Selingan 1-2 kali sehari Tetap diberikan ASI	Makanan utama 3-4 kali sehari Selingan 1-2 kali sehari Tetap diberikan ASI
Porsi Makan	Dimulai dari 2-3 sdm setiap makan, bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkuk kecil atau setara 125 ml	$\frac{1}{2}$ sampai $\frac{3}{4}$ mangkuk kecil atau setara 125-175 ml dan makan tidak lebih dari 30 menit	$\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk kecil atau setara 175-250 ml dan makan tidak lebih dari 30 menit
Jenis Makanan	Makanan utama: MP-ASI saring atau lunak Selingan: buah, biskuit, bubur sum-sum	Makanan utama: MP-ASI kasar atau yang dimodifikasi (lunak, berbumbu ringan, tidak pedas) Selingan: biskuit, buah, pudding, bubur sum-sum	Makanan utama: makanan keluarga berbumbu ringan dan tidak pedas, sedikit lunak Selingan: buah, kue, biskuit, puding, kolak, bubur kacang hijau

5. Faktor yang Mempengaruhi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) terbagi menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan ibu tentang MP-ASI serta pengalaman ibu. Sedangkan faktor eksternal antara lain yaitu sosial budaya, perawatan atau pelayanan petugas kesehatan, serta akses informasi tentang pemberian MP-ASI (Damayanti et al., 2016). Berdasarkan IDAI (2018) dan Kemenkes RI (2020) yang dikutip dalam Supardi et al (2023), berikut beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI.

- a. Kebutuhan protein dan lemak lebih banyak daripada orang dewasa.
- b. Pengolahan ikan, telur, daging, dan lauk hewani lainnya dimasak dengan matang sempurna.
- c. Membatasi pemberian makanan tinggi lemak, pemanis, dan makanan dengan perasa tambahan
- d. Tidak diperbolehkan memberikan jus buah kepada anak dibawah satu tahun
- e. Membiasakan mencuci tangan dan memastikan kebersihan makanan balita sebelum makan
- f. Mengetahui tanda-tanda bayi ketika lapar, kenyang, dan siap menerima MP-ASI
- g. Berikan MP-ASI sesuai dengan usia dan kemampuan balita menerima MP-ASI.

G. Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

1. Indikator Praktik MP-ASI

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI (2024), terdapat 9 indikator praktik MP-ASI untuk menilai keberhasilan praktik PMBA

yang direkomendasikan oleh WHO/UNICEF. Berikut sembilan (9) indikator praktik MP-ASI.

- a. Usia 6-8 bulan: pengenalan makanan solid, semi solid, dan lunak.

Anak usia 6-8 bulan yang pada sehari sebelum survei telah mengonsumsi makanan solid, semi solid, dan lunak.

- b. Usia 6-23 bulan: minimum keragaman makanan.

Anak usia 6-23 bulan yang pada sehari sebelum survei telah mengonsumsi setidaknya lima (5) dari delapan (8) jenis kelompok makanan yaitu ASI; sereal dan umbi berpati; kacang-kacangan, produk kacang-kacangan, dan biji-bijian; produk susu hewani; daging-dagingan; telur; buah dan sayuran kaya vitamin A; buah dan sayur lainnya.

- c. Usia 6-23 bulan : minimum frekuensi makan.

Anak usia 6-23 yang pada sehari sebelum survei telah mengonsumsi makanan solid/padat, semi solid, dan lunak (termasuk susu anak non-ASI) dengan frekuensi minimum yang disesuaikan dengan usia. Frekuensi minimum makanan utama berdasarkan usia dan status ASI :

- 1) Jika diberikan ASI

- a) Usia 6-8 bulan : minimum 2 kali setiap hari
- b) Usia 9-23 bulan : minimum 3 kali setiap hari

- 2) Jika tidak diberikan ASI : diberikan sesuai kelompok usia dan ditambahkan minimal 1-2 kali makan.

- a) Usia 6-8 bulan : minimum 3-4 kali setiap hari
- b) Usia 9-23 bulan : minimum 4-5 kali setiap hari

- d. Usia 6-23 bulan: minimum frekuensi minum susu pada anak non ASI

Anak usia 6-23 bulan yang pada sehari sebelum survei telah mengonsumsi segala jenis susu hewani selain ASI dengan frekuensi minimal 2 kali/hari. Dapat diberikan segala jenis susu hewan (contohnya susu sapi, susu kambing, atau susu bubuk yang

diolah), susu formula, dan yogurt setengah padat, dan produk fermentasi cair/minuman lainnya yang berbahan dasar susu hewani.

e. Usia 6-23 bulan: minimum *acceptable diet* (konsumsi makan anak)

Anak usia 6-23 bulan yang pada sehari sebelum survei telah mengkonsumsi *minimum acceptable diet*.

1) Bagi bayi yang mendapatkan ASI.

- a) Mengonsumsi setidaknya 5 dari 8 jenis kelompok makanan
- b) Frekuensi makan minimal sesuai dengan usianya pada hari kemarin sebelum survei

2) Bagi bayi yang tidak mendapatkan ASI.

- a) Mengonsumsi setidaknya 5 dari 8 jenis kelompok makanan
- b) Frekuensi makan minimal sesuai dengan usia pada hari kemarin sebelum survei
- c) Setidak dua kali minum susu hewani.

f. Usia 6-23 bulan: konsumsi telur, ikan, atau daging

Anak usia 6-23 bulan yang pada hari kemarin sebelum survei mengonsumsi telur, ikan, atau daging. Konsumsi kelompok makanan nomor 5 (daging merah, ikan, unggas, jeroan) dan nomor 6 (telur). Dihitung jika salah satu kelompok makanan tersebut telah dikonsumsi. Tidak termasuk kelompok produk susu dan olahannya.

g. Usia 6-23 bulan: konsumsi minuman manis

Anak usia 6-23 bulan yang pada hari sebelum survei mengkonsumsi minuman manis (*sweetened sweet beverages*). Minuman manis dalam indikator ini termasuk jus buah 100% dan jus yang mengandung gula.

h. Usia 6-23 bulan: konsumsi makanan tidak sehat

Anak usia 6-23 bulan yang pada hari sebelum survei mengonsumsi makanan tidak sehat. Kategori makanan tidak sehat yaitu mencakup permen, coklat, permen buah, makanan beku (es krim, gelato, sorbet, es lilin), kue, *pasty*, biskuit manis, makanan manis yang dipanggang dan digoreng, keripik, kerupuk, kentang goreng, adonan goreng, mie instan, gorengan, dan makanan serupa yang mengandung tinggi lemak, karbohidrat, dan natrium.

a. Usia 6-23 bulan: tidak mengonsumsi buah atau sayuran

Anak usia 6-23 bulan yang pada hari sebelum survei tidak mengonsumsi buah dan/ sayuran. Berdasarkan kelompok makanan nomor 7 (buah dan sayuran kaya vitamin A) dan nomor 8 (buah dan sayur lainnya). Kelompok makanan nomor 2 (kentang putih, singkong, dan ubi jalar), pisang tanduk, umbi-umbian, dan akar-akaran tidak termasuk dalam indikator ini.

2. Penilaian Praktik MP-ASI

Berdasarkan rekomendasi WHO (2009), FAO (2012), dan UNICEF (2013) dalam Ahmad *et al* (2019), terdapat empat indikator kualitas praktik pemberian MP-ASI anak usia 6-23 bulan, yaitu: kesesuaian waktu pemberian MP-ASI (*timely introduction complementary feeding*), frekuensi makan (*minimum meal frequency*), keragaman (*minimum dietary diversity*), dan pemberian MP-ASI yang adekuat (*minimum acceptable diet*). Dari empat aspek tersebut dapat menilai praktik MP-ASI yang tepat (*appropriate complementary feeding*). Cara perhitungan penilaian tersebut adalah sebagai berikut.

a. Kesesuaian waktu pemberian MP-ASI (*timely introduction complementary feeding*).

Persentase anak usia 6-23 bulan yang diberikan MP-ASI padat dan semi padat tepat usia 6 bulan.

b. Frekuensi makan (*minimum meal frequency*)

Jumlah anak usia 6-23 bulan yang mendapatkan makanan utama dengan frekuensi sesuai dengan usianya. Frekuensi makan bayi usia 6-8 bulan yang diberikan ASI yaitu 2 kali sehari dan usia 9-23 bulan 3 kali sehari. Sedangkan, baduta usia 6-23 bulan yang tidak diberikan ASI diberikan minimal 4 kali sehari.

c. Keragaman makanan (*minimum dietary diversity*)

Jumlah anak usia 6-23 bulan yang diberikan makanan 5 dari 8 kelompok pangan yang berbeda sesuai yang ada dalam daftar bahan makanan.

d. Pemberian MP-ASI yang adekuat (*minimum acceptable diet*)

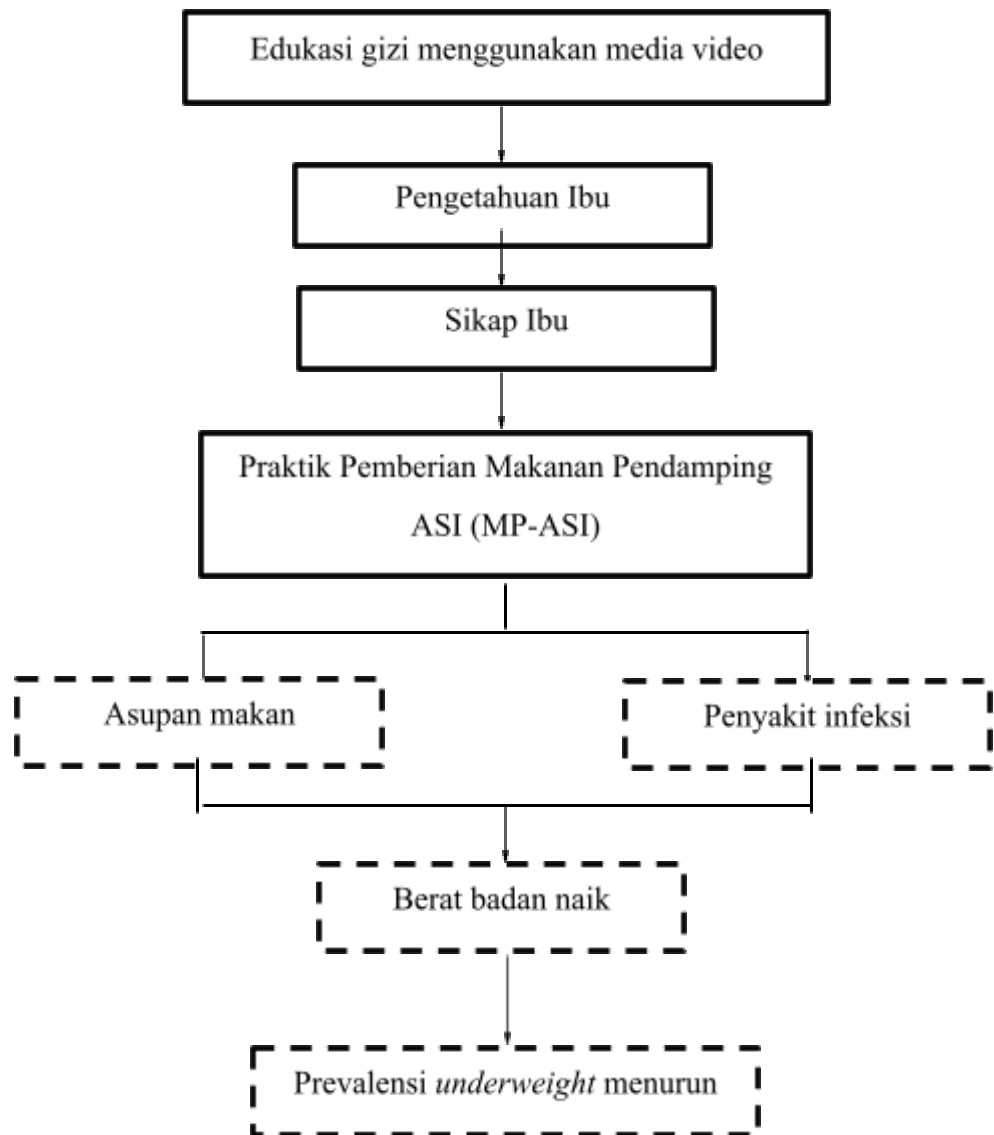
Jumlah baduta usia 6-23 bulan yang mendapatkan makanan dengan frekuensi sesuai usia dan variasi makanan.

e. Praktik MP-ASI yang tepat (*appropriate complementary feeding*)

Jumlah baduta usia 6-23 bulan yang memenuhi keempat aspek, yaitu kesesuaian pemberian MP-ASI tepat waktu, frekuensi sesuai usia, keberagaman makanan, dan pemberian MP-ASI yang adekuat. Namun, apabila terdapat satu aspek tidak sesuai, maka dikategorikan praktik MP-ASI tidak tepat.

Empat indikator utama praktik MP-ASI yang direkomendasikan WHO dan UNICEF, yaitu *timely introduction of complementary feeding*, *minimum meal frequency*, *minimum dietary diversity*, dan *minimum acceptable diet*. Keempat indikator tersebut dipilih karena secara langsung mencerminkan kualitas praktik pemberian makan anak dan telah digunakan secara luas dalam berbagai survei nasional maupun internasional untuk menilai kecukupan praktik pemberian makan bayi dan anak.

H. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



Variabel yang diteliti



Variabel yang tidak diteliti

I. Penjelasan Kerangka Konsep

Edukasi gizi menggunakan media video merupakan variabel bebas yang diberikan kepada ibu baduta yang diharapkan dapat meningkatkan tingkat pengetahuan ibu mengenai pemberian MP-ASI yang tepat. Peningkatan pengetahuan tersebut selanjutnya akan membentuk sikap positif ibu baduta terhadap pemberian MP-ASI. Peningkatan pengetahuan dan sikap diharapkan dapat mendorong praktik MP-ASI yang lebih baik pada ibu baduta *underweight*. Praktik MP-ASI yang lebih baik berpotensi mendukung pemenuhan kebutuhan zat gizi baduta, sehingga dalam jangka panjang dapat meningkatkan berat badan dan memperbaiki status gizinya yang pada akhirnya dapat menurunkan prevalensi *underweight* pada baduta. Namun, penelitian ini tidak mengukur perubahan berat badan dan status gizi baduta sehingga pengaruh tersebut belum dapat disimpulkan secara langsung. Faktor lain seperti usia ibu, pendidikan ibu, penyakit infeksi, dan sanitasi lingkungan berperan sebagai variabel luar yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

J. Hipotesis Penelitian

1. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu baduta *underweight* sebelum dan sesudah diberikan edukasi gizi menggunakan media video.
2. Terdapat perbedaan sikap ibu baduta *underweight* sebelum dan sesudah diberikan edukasi gizi menggunakan media video.
3. Terdapat perbedaan praktik Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada ibu baduta *underweight* sebelum dan sesudah diberikan edukasi gizi menggunakan media video.