

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. LANDASAN TEORI**

##### **1. BADUTA**

Baduta adalah istilah yang ditujukan untuk anak-anak di bawah usia dua tahun atau sekitar 0–24 bulan. (Depkes RI, 2006). Masa ini adalah waktu yang sangat penting karena merupakan masa yang digunakan menciptakan sumber daya manusia yang baik dan berkualitas tinggi. Secara umum, dua tahun pertama setelah kehamilan dan enam bulan setelah kehamilan disebut sebagai periode "keemasan," di mana sel otak dalam perkembangan dan pertumbuhan yang optimal. Kekurangan gizi pada usia ini dapat menyebabkan gagal tumbuh dan berdampak negatif di masa mendatang. (Hadi, 2005).

Anak balita sering terkena kekurangan gizi, sehingga sering disebut sebagai golongan rawan gizi. Selain berdampak langsung pada kesakitan, bahkan kematian kekurangan gizi juga berdampak pada pertumbuhan, perkembangan intelektual dan produktivitas, serta dapat menghambat perkembangan otak sehingga dapat mempengaruhi kecerdasan (Adisasminto, 2008).

Masalah gizi pada dasarnya adalah masalah yang muncul dalam kesehatan masyarakat. Obat-obatan dan layanan kesehatan saja bukan satu-satunya cara untuk menanganinya. Timbulnya masalah gizi juga disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor langsung seperti penyakit infeksi dan asupan pangan, sementara faktor tidak langsung seperti pelayanan kesehatan pola asuh ibu dan ketersediaan pangan dirumah. (Supariasa dkk, 2010).

##### **2. STATUS GIZI**

Status gizi adalah kondisi gizi seseorang yang dapat digunakan untuk menilai apakah seseorang berada dalam kondisi normal atau mengalami masalah gizi (gizi salah). Gizi salah merupakan gangguan kesehatan yang timbul akibat kekurangan, kelebihan, atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan,

kecerdasan, serta aktivitas atau produktivitas (Siswanto, 2001). Secara umum, status gizi menggambarkan kondisi tubuh sebagai hasil dari konsumsi makanan dan pemanfaatan zat gizi. Jika asupan gizi cukup dan dimanfaatkan dengan baik, maka akan tercapai status gizi optimal yang mendukung pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara menyeluruh (Almatsier, 2011).

Untuk menilai status gizi, digunakan ambang batas yang salah satunya adalah standar antropometri WHO-NCHS. Berdasarkan Baku Harvard, status gizi dikelompokkan menjadi empat kategori (Supriasa, 2014):

- a. Gizi lebih (Overweight), termasuk kegemukan dan obesitas.
- b. Gizi baik (Well nourished).
- c. Gizi kurang (Underweight), meliputi mild dan moderate PCM (Protein Calorie Malnutrition).
- d. Gizi buruk (severe PCM), termasuk marasmus, marasmus-kwashiorkor, dan kwashiorkor.

Status gizi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah pemberian MP – ASI. MP – ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Kemenkes RI, 2019).

### **3. PENILAIAN STATUS GIZI**

Penilaian status gizi merupakan interpretasi data yang diperoleh melalui berbagai metode untuk mengidentifikasi individu atau populasi yang berisiko mengalami kekurangan atau kelebihan gizi (Hartriyanti & Triyanti, 2007). Penilaian status gizi dengan metode antropometri mengacu pada Standar Pertumbuhan Anak WHO 2005.

Secara etimologis, antropometri berasal dari kata *anthropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran), sehingga berarti pengukuran tubuh. Definisi ini bersifat umum, namun dari sudut pandang gizi, antropometri didefinisikan sebagai pengukuran berbagai dimensi dan komposisi tubuh pada berbagai tingkat usia serta status gizi (Supriasa, 2017).

Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain. Variabel tersebut adalah sebagai berikut :

a) Umur

Umur memegang peranan penting dalam penilaian status gizi. Kesalahan dalam menentukan umur dapat menyebabkan interpretasi yang salah. Hasil pengukuran berat dan tinggi badan tidak berarti jika tidak disertai penentuan umur yang tepat. Kesalahan umum yang terjadi adalah pembulatan umur pada angka tertentu seperti 1 tahun, 1,5 tahun, atau 2 tahun. Oleh karena itu, umur harus dihitung secara cermat, dengan ketentuan 1 tahun = 12 bulan dan 1 bulan = 30 hari. Perhitungan dilakukan dalam bulan penuh tanpa menghitung sisa hari.

b) Berat badan

Berat badan mencerminkan massa jaringan tubuh, termasuk cairan tubuh. Ukuran ini sensitif terhadap perubahan mendadak, baik akibat penyakit infeksi maupun penurunan asupan makanan. Berat badan biasanya dinyatakan dalam indeks BB/U (Berat Badan menurut Umur) atau dengan memantau perubahan berat badan saat pengukuran. Indeks ini banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, tetapi hasilnya bergantung pada ketepatan umur dan kurang menunjukkan tren perubahan gizi jangka panjang.

c) Tinggi badan

Tinggi badan mencerminkan pertumbuhan linier dan sering digunakan untuk menilai kondisi gizi masa lalu, misalnya akibat berat badan lahir rendah atau kurang gizi saat balita. Indeks yang digunakan adalah TB/U (tinggi badan menurut umur) atau BB/TB (berat badan menurut tinggi badan). Pengukuran tinggi badan jarang dilakukan secara berkala karena pertumbuhannya lambat, biasanya setahun sekali. Indeks ini dapat mencerminkan kondisi lingkungan, kemiskinan, dan masalah kesehatan menahun.

d) Indeks Antropometri

Indeks yang paling sering digunakan untuk menilai status gizi adalah BB/U, TB/U, dan BB/TB. BB/U menggambarkan total berat tubuh termasuk air, lemak, tulang, dan otot. TB/U mencerminkan pertumbuhan linier, sedangkan LILA digunakan untuk menilai massa otot, lemak, dan tulang pada bagian tubuh tertentu.

Tabel 2.1

Kategori Ambang batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Antropometri

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	< -3 SD
	Berat badan kurang (underweight)	-3 SD sd < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	< -3 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD sd < -2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	< -3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (obese)	> +3 SD

Sumber : Permenkes, 2020

Tabel 2.2

## Standar Penambahan BB Bayi Balita

Umur	Laki – Laki (gram/bulan)
1 bulan	800
2 bulan	900
3 bulan	800
4 bulan	600
5 bulan	500
6-7 bulan	400
8-11 bulan	300
≥ 12 bulan	200

Umur	Perempuan (gram/bulan)
1 bulan	800
2 bulan	900
3 bulan	800
4 bulan	600
5 bulan	500
6 bulan	400
7-10 bulan	300
≥ 11 bulan	200

Sumber : Buku KIA, 2024

#### 4. EDUKASI

##### a. Pengertian Edukasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), edukasi diartikan sebagai proses mengubah sikap dan perilaku individu maupun kelompok dalam rangka mendewasakan manusia melalui kegiatan pengajaran dan pelatihan. Fitriani (2011) menjelaskan bahwa edukasi atau pendidikan adalah upaya memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui pembelajaran sehingga seseorang atau kelompok dapat bertindak sesuai harapan pendidik.

Proses ini mengubah seseorang dari yang tidak tahu menjadi tahu dan dari yang tidak mampu mengelola kesehatannya menjadi mandiri. WHO (2008) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai suatu proses untuk meningkatkan kesadaran, pengendalian, dan perbaikan kesehatan individu maupun masyarakat dengan menumbuhkan kepedulian terhadap perilaku dan gaya hidup yang memengaruhi kesehatan. Sementara itu, menurut Depkes RI (2012), edukasi merupakan proses pemberdayaan individu, kelompok, dan masyarakat agar mampu menjaga, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan dengan melibatkan masyarakat secara aktif sesuai budaya setempat.

#### **b. Tujuan Edukasi**

Chayatin, Rozikin, dan Supradi (2007) menyebutkan tiga tujuan utama edukasi kesehatan diantaranya adalah membantu individu menetapkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka rasakan, memberikan pemahaman mengenai tindakan yang dapat dilakukan terhadap masalah kesehatan serta cara memanfaatkan sumber daya yang ada serta membantu pengambilan keputusan yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan.

#### **c. Metode Edukasi**

Menurut Notoatmodjo (2012), metode edukasi dibedakan berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai yaitu dengan pendekatan individu, misalnya melalui bimbingan, penyuluhan, dan wawancara. Pendekatan kelompok, yang terbagi menjadi dua jenis:

- 1). Kelompok besar, dengan jumlah peserta lebih dari 15 orang. Metode yang umum digunakan adalah ceramah dan seminar. Ceramah dilakukan oleh pembicara secara lisan di depan forum agar peserta memperoleh informasi. Sedangkan seminar melibatkan diskusi bersama untuk memecahkan masalah, dipimpin oleh seorang ahli di bidangnya.
- 2). Kelompok kecil, dengan jumlah peserta kurang dari 15 orang. Metode ini memungkinkan interaksi lebih intensif antara pemberi edukasi dan peserta.

#### **d. Konseling Gizi**

##### **1). Pengertian**

Konseling gizi merupakan bentuk interaksi antara konselor dan klien untuk mengenali permasalahan gizi yang dihadapi serta menemukan solusi yang tepat. Secara umum, konseling memiliki peran penting dalam membantu klien mengubah perilaku terkait pola gizi sehingga status gizi dan kondisi kesehatan dapat menjadi lebih baik (Supriasa, 2014). Proses konseling ini dapat dilakukan oleh berbagai pihak, seperti tenaga kesehatan, organisasi wanita, ahli gizi, bidan, kader masyarakat, konselor sebaya, maupun kelompok orang tua (Mc.Fadden et al., 2019). Menurut PERSAGI (2013), konseling gizi adalah interaksi antara konselor dan klien untuk mengidentifikasi permasalahan gizi dan mencari jalan keluar. Melalui konseling, pengetahuan, sikap, dan praktik gizi dapat ditingkatkan sehingga berkontribusi terhadap perbaikan status gizi anak. Konseling gizi juga didefinisikan sebagai komunikasi dua arah antara konselor dan klien yang bertujuan membantu klien mengenali serta mengatasi masalah gizi. Dalam hal ini, peran pengasuh atau ibu sangat penting karena mereka membentuk pola makan anak. Dengan demikian, diharapkan adanya perubahan pola konsumsi setelah konseling sehingga status gizi anak meningkat.

##### **2). Manfaat Konseling Gizi**

Manfaat konseling gizi menurut Sukraniti, et al (2018) di antaranya:

Menurut Sukraniti et al. (2018), manfaat dari konseling gizi antara lain:

- a) Membantu klien memahami masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi, termasuk penyebab dan gejala yang dialami.
- b) Membantu klien menemukan solusi untuk mengatasi masalah yang ada melalui informasi dan alternatif pemecahan yang diberikan
- c) Memberikan dorongan dan arahan agar klien mampu mencari solusi terbaik. Konselor berperan memotivasi bahwa klien memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalahnya

d) Membantu klien memilih cara yang paling sesuai dan efektif, dengan pendampingan dari konselor.

e) Mendukung proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan status gizi, dengan memberikan rekomendasi diet yang sesuai dengan kondisi kesehatan klien.

### 3). Tahapan Konseling Gizi

Langkah-langkah konseling gizi mengikuti alur PAGT, meliputi:

#### a). Membangun Hubungan Awal

Meliputi salam, perkenalan, mengenali klien, membangun hubungan baik, memahami alasan konsultasi, serta menjelaskan tujuan dan proses konseling.

#### b). Mengidentifikasi Masalah

Mengumpulkan informasi dari berbagai aspek melalui pengkajian gizi (assessment), meliputi data antropometri, biokimia, klinis, fisik, riwayat makan, dan aspek personal.

#### c). Menegakkan Diagnosis Gizi

Mengidentifikasi masalah, penyebab, serta tanda dan gejala berdasarkan hasil pengkajian dengan pendekatan PES (Problem, Etiology, Sign and Symptom).

#### d) Melakukan Intervensi Gizi

Merancang rencana intervensi bersama klien, memilih strategi perubahan perilaku diet, dan menyusun langkah implementasi yang realistis.

#### e). Membangun Komitmen

Komitmen merupakan kunci keberhasilan konseling. Tahap ini bertujuan menciptakan kesepakatan antara konselor dan klien terkait pelaksanaan rencana diet.

#### f). Monitoring dan Evaluasi

Tahap terakhir bertujuan menilai sejauh mana intervensi telah dilaksanakan sesuai kesepakatan dan mengukur keberhasilan konseling. Proses ini dilakukan melalui diskusi mengenai faktor pendukung maupun hambatan dalam penerapan diet yang dianjurkan

#### 4). Faktor – faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Konseling Gizi

Keberhasilan dalam konseling gizi sangat bergantung pada berbagai aspek pendukung. Salah satu unsur utama adalah media yang digunakan selama proses konseling. Penggunaan media seperti leaflet, flipchart, booklet, maupun media audiovisual dapat membantu memperjelas informasi yang disampaikan dan memudahkan pemahaman klien. Pemilihan media harus disesuaikan dengan karakteristik audiens agar pesan yang diberikan dapat diterima dengan maksimal (Notoatmodjo, 2012).

Selain itu, karakteristik sasaran juga memengaruhi efektivitas konseling. Faktor seperti usia, tingkat pendidikan, pengalaman, dan motivasi intrinsik memegang peranan penting terhadap penerimaan pesan gizi. Sebagai contoh, pendekatan yang digunakan pada ibu balita akan berbeda dengan pendekatan untuk remaja, baik dari sisi bahasa, materi, maupun media yang digunakan (Fitriyani et al., 2019).

Durasi dan frekuensi konseling juga merupakan aspek penting yang perlu diperhatikan. Konseling yang terstruktur dan dilakukan secara berulang cenderung memberikan hasil lebih baik dalam mengubah perilaku dibandingkan dengan konseling satu kali yang singkat. Pendekatan berkesinambungan memungkinkan adanya evaluasi dan penguatan pesan secara berkala (Contento, 2016).

Lingkungan saat konseling juga berpengaruh signifikan. Suasana yang nyaman, tenang, dan bebas gangguan membuat klien lebih terbuka dan kooperatif. Selain itu, dukungan sosial dari keluarga maupun komunitas dapat memperkuat keberhasilan perubahan perilaku setelah sesi konseling (Neiger et al., 2018)..

#### **e. Media Edukasi**

Media edukasi merupakan sarana bantu yang bersifat netral, berfungsi untuk mendukung pengajar dalam proses pembelajaran. Pemanfaatan media ini sangat penting agar responden mampu memahami konsep yang sulit dijelaskan hanya melalui bahasa verbal.

Pencapaian hasil optimal dalam penggunaan media dipengaruhi oleh sejumlah faktor, seperti metode yang digunakan, materi, peran pendidik, serta alat bantu dan alat peraga pendidikan. Media pendidikan kesehatan berfungsi sebagai sarana komunikasi dalam penyampaian informasi kesehatan. Berdasarkan jenisnya, media ini terbagi menjadi tiga kategori: media cetak, media elektronik, dan media papan. Salah satu bentuk media cetak yang sering digunakan adalah leaflet, yaitu lembaran informasi kesehatan yang dilipat untuk mempermudah penyebaran pesan (Aroni, 2022).

## **5. DEFINISI MP – ASI**

MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi usia 6–23 bulan untuk melengkapi kebutuhan gizi yang tidak lagi dapat dipenuhi hanya oleh ASI. MP-ASI merupakan tahap peralihan dari ASI menuju makanan semi padat hingga makanan keluarga. Pemberian MP-ASI dilakukan secara bertahap, baik dari segi jumlah maupun frekuensi (Hanindita, 2021).

Seiring bertambahnya usia, kebutuhan nutrisi bayi meningkat karena pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sementara produksi ASI mulai menurun sehingga tidak mampu memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi. Oleh sebab itu, MP-ASI memegang peranan penting dalam memastikan asupan nutrisi yang cukup (Aprilia, 2020). Jika pemberian MP-ASI tidak tepat baik secara kualitas maupun kuantitas, hal ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak (Mutalib, 2014)

## **6. TUJUAN PEMBERIAN MP – ASI**

MP-ASI bertujuan untuk melengkapi kebutuhan gizi bayi yang tidak lagi terpenuhi oleh ASI semata. Selain itu, MP-ASI juga berperan dalam melatih kemampuan bayi menerima berbagai jenis makanan, baik dari segi rasa maupun tekstur, serta melatih keterampilan mengunyah dan menelan (Utami, 2019). Pemberian MP-ASI tidak hanya bermanfaat

untuk pemenuhan zat gizi, tetapi juga disesuaikan dengan kemampuan sistem pencernaan bayi dan menjadi bagian dari proses pendidikan untuk membiasakan pola makan yang baik (Maharani, 2022). Selain itu, MP-ASI membantu mengembangkan keterampilan oromotor bayi seperti mengunyah dan menelan, mencegah terjadinya masalah gizi, dan menjaga status gizi bayi tetap optimal. Pemberian MP-ASI juga dapat mempererat hubungan emosional antara bayi dan keluarga serta memberikan pengalaman sosial yang positif (Siswanto, 2010).

## 7. SYARAT PEMBERIAN MP – ASI

WHO (2003) merekomendasikan agar MP-ASI diberikan ketika bayi berusia 6 bulan dan ASI tetap dilanjutkan hingga usia 24 bulan. MP-ASI yang baik harus memenuhi beberapa kriteria, antara lain tepat waktu, bergizi lengkap, aman, serta diberikan dengan cara yang benar. Empat syarat utama MP-ASI menurut WHO (2003) adalah:

- a. Tepat waktu. MP-ASI diberikan ketika ASI eksklusif sudah tidak mencukupi kebutuhan nutrisi bayi.
- b. Adekuat. MP-ASI harus mengandung energi, protein, dan mikronutrien sesuai kebutuhan bayi.
- c. Aman. MP-ASI harus disiapkan dan disimpan dengan cara higienis.
- d. Tepat cara pemberian – Pemberian MP-ASI mengikuti prinsip responsive feeding, yaitu memperhatikan tanda lapar dan kenyang bayi.

Selain itu, MP-ASI harus memiliki komposisi yang sesuai dengan kebutuhan bayi, mengandung zat gizi makro (energi, protein, lemak) dan mikro (vitamin, mineral), mudah dicerna, higienis, serta mudah disiapkan (Nurmayanti, 2015)..

Tabel 2.4 Pemberian MP – ASI Bayi dan Anak ( Usia 6 – 23 Bulan)

Umur	Frekuensi	Porsi	Tekstur	Kategori MP - ASI
6 – 8 bulan	2 – 3 x makan 1 – 2 x selingan	2 – 3 sdm bertahap hingga ½ mangkok	Makanan dibuat dengan disaring	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan

Umur	Frekuensi	Porsi	Tekstur	Kategori MP - ASI
		berukuran 250 ml (125 ml)	(makanan lumat dan kental)	
9 – 11 bulan	3 – 4 x makan 1 – 2 x makan	$\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ mangkok ukuran 250 ml (125 – 200 ml)	Bahan makanan dibuat dengan tekstur cincang/cacah, dipotong kecil, makanan yang diiris <i>Finger Snack</i>	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan
12 – 23 bulan	3 – 4 x makan 1 – 2 x makan	$\frac{3}{4}$ - 1 mangkok ukuran 250 ml	Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa	Minimal 5 dari 8 kelompok bahan makanan

Sumber : Kemenkes (2023)

Indikator yang digunakan pemberian MP – ASI yang digunakan anak usia 6 – 23 bulan yang mengonsumsi makanan dan minuman setidaknya 5 dari 8 jenis kelompok makanan pada hari kemarin sebelum survey yang merujuk pada panduan indikator PMBA oleh WHO/UNICEF. 8 jenis kelompok makanan yang digunakan pada indikator ini antara lain:

- 1). ASI (Air Susu Ibu).
- 2). Makanan pokok yang bersumber dari biji-bijian, jagung, gandum, beras, umbi berpati, sagu.
- 3). Kacang-kacangan yang bersumber dari kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, atau kacang lainnya seperti buncis, tahu, tempe, kacang polong.
- 4). Produk susu dan turunannya yang bersumber hewani seperti susu sapi (susu bubuk, susu formula, susu pertumbuhan : susu cair – UHT) yoghurt, keju.
- 5). Daging – dagingan yang bersumber dari sapi, ayam, kambing, unggas, jeroan, ikan, makanan laut dan lain-lain.
- 6). Telur yang bersumber aneka telur ( ayam, bebek, puyuh ).
- 7). Buah dan sayuran kaya vitamin A yang bersumber dari papaya, mangga, jeruk, sayuran berdaun gelap seperti bayam, kangkung,

katuk.

8). Buah dan sayuran lainnya yang bersumber dari pisang, nanas, alpukat, semangka, labu siam, tomat, gambas)

a. Kebutuhan Energi dan Zat Gizi

Menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2019 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kebutuhan energi dan zat gizi baduta telah ditetapkan berdasarkan kelompok umur yang berfungsi sebagai panduan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) setelah usia 6 bulan.

Tabel 2.2 Angka Kecukupan Gizi Baduta

Kelompok Umur	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
6 - 11 bulan	800	15	35	105
1 – 3 tahun	1350	20	45	215

Sumber : Permenkes Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan

## 8. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBERIAN MP – ASI

Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya:

a. Faktor Keluarga

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif karena mereka memberikan dukungan emosional yang berdampak pada psikologis ibu menyusui (Roesli, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Nurpelita (2007) menunjukkan bahwa ibu yang memperoleh dukungan keluarga memiliki kemungkinan 5,1 kali lebih besar untuk tetap menyusui selama enam bulan tanpa memberikan MP-ASI. Pemberian MP-ASI terlalu dini, yaitu sebelum usia 6 bulan, dapat meningkatkan risiko bayi terserang penyakit. Beberapa penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa pemberian makanan selain ASI pada bayi di bawah usia 6 bulan justru memberi dampak negatif terhadap pertumbuhan atau peningkatan berat badan bayi, meskipun tidak mempengaruhi penambahan panjang tubuh (Mufida, Widyaningsih, & Maligan, 2015). Dengan demikian,

dukungan keluarga memiliki peranan signifikan dalam pengambilan keputusan ibu. Semakin besar dukungan yang diberikan, semakin tinggi peluang ibu untuk memberikan MP-ASI sesuai waktu yang dianjurkan.

b. Faktor Budaya

Indonesia merupakan negara dengan beragam budaya yang memengaruhi pola pengasuhan anak di setiap daerah. Perbedaan pola asuh ini salah satunya dipengaruhi oleh latar belakang budaya keluarga. Penelitian Satrianingrum & Setyawati (2021) mengungkapkan bahwa pola pengasuhan pada setiap suku di Indonesia berbeda-beda, baik dalam hal nilai dan budaya yang dianut, pembentukan karakter anak, maupun pola pembinaan yang dilakukan sesuai aturan budaya yang berlaku. Sejalan dengan pendapat Setianing (2018), pola pikir yang terbentuk dari budaya keluarga memengaruhi cara mendidik anak. Faktor budaya serta peran nenek juga sering memengaruhi keputusan ibu dalam memberikan MP-ASI lebih awal. Pemberian MP-ASI sebelum waktunya dapat meningkatkan risiko infeksi, penghentian ASI dini, serta kebiasaan konsumsi makanan tinggi gula dan lemak. Ibu yang memberikan MP-ASI sesuai jadwal umumnya memiliki anak dengan status gizi lebih baik berdasarkan indikator BB/TB dibandingkan ibu yang memberikan MP-ASI terlalu dini. Penelitian Asweros dkk (2021) menunjukkan bahwa anak yang memperoleh MP-ASI tepat waktu memiliki risiko 25% lebih rendah untuk mengalami malnutrisi kronis. Kebiasaan lokal, tradisi, dan kepercayaan juga berperan dalam praktik pemberian MP-ASI. Misalnya, dalam adat Jawa terdapat tradisi “tiga bulanan” di mana bayi diberi bubur susu atau pisang lumat karena dianggap sudah siap menerima makanan padat. Selain itu, orang tua kadang memberikan MP-ASI lebih awal karena menganggap bayi yang sering menangis meskipun sudah diberi ASI menandakan lapar, sehingga diberi tambahan seperti pisang atau nasi yang dilumatkan (Artini, 2019).

### c. Faktor Pengetahuan

Waktu pemberian MP-ASI sepenuhnya bergantung pada perawatan dan pola makan yang diterapkan oleh ibu. Pengetahuan dan sikap ibu mengenai MP-ASI memegang peran penting karena semakin baik pemahaman gizi yang dimiliki, semakin mampu ibu menyusun menu yang sesuai kebutuhan bayi. Sebaliknya, rendahnya pengetahuan menyebabkan anak hanya mendapat makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi (Bahri, 2011). Kurangnya asupan protein dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti keterbatasan akses terhadap sumber protein, minimnya pengetahuan mengenai pentingnya protein, praktik pemberian makanan yang kurang tepat, hingga masalah makan pada anak. Peningkatan pengetahuan dan sikap gizi terbukti signifikan pada ibu yang mendapatkan konseling (Hestuningtyas, 2013). Penelitian Nikmawati dkk (2010) juga menyatakan bahwa rata-rata pengetahuan gizi pada ibu yang diberi konseling lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. Proses perubahan perilaku kesehatan dimulai dari tahap kognitif, yaitu saat seseorang mengetahui stimulus berupa materi yang diberikan, kemudian menimbulkan sikap, dan akhirnya diikuti tindakan nyata.

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan meliputi:

- 1). Tingkat pendidikan
- 2). Akses informasi/media massa
- 3). Aspek sosial, budaya, dan ekonomi
- 4). Lingkungan
- 5). Pengalaman
- 6). Usia