

**GAMBARAN *SELF EFFICACY* IBU DALAM
PEMBERIAN MP-ASI DAN KEJADIAN *STUNTING*
PADA BADUTA USIA 6-23 BULAN DI PULAU
BARRANG LOMPO KOTA MAKASSAR**

**NUGRAHENI DWI PRATIWI PUTRI
K021181007**



**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

SKRIPSI

**GAMBARAN *SELF EFFICACY* IBU DALAM
PEMBERIAN MP-ASI DAN KEJADIAN *STUNTING*
PADA BADUTA USIA 6-23 BULAN DI PULAU
BARRANG LOMPO KOTA MAKASSAR**

NUGRAHENI DWI PRATIWI PUTRI

K021181007



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

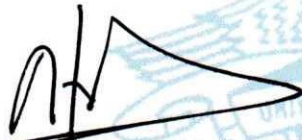
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 28 Desember 2022

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II




Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., P.hD Rahayu Indriasari, S.KM., MPH.CN., P.hD
NIP. 196203181988031004 NIP.197611232005012002

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin




Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP.196303181992022001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu, 28 Desember 2022.

Ketua : **Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., P.hD**



(.....)

Sekretaris : **Rahayu Indriasari, S.KM., MPH.CN., P.hD**



(.....)

Anggota : **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes**



(.....)

Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH



(.....)



PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nugraheni Dwi Pratiwi Putri
NIM : K021181007
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi
Hp : 085256818216
Email : pratiwi.nugrah@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul **“Gambaran *Self Efficacy* Ibu Dalam Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* Pada Baduta Usia 6-23 Bulan Di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar”** benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan *plagiarism* dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Oktober 2022

Yang Menyatakan



Nugraheni Dwi Pratiwi Putri

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi
Makassar, Oktober 2022

Nugraheni Dwi Pratiwi Putri

“Gambaran *Self Efficacy* Ibu Dalam Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* Pada Baduta Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar”

(xvii + 117 halaman + 15 tabel + 9 lampiran)

Stunting adalah gangguan pertumbuhan anak yang dapat terjadi bila dalam waktu yang lama pemberian MP-ASI tidak sesuai sehingga menyebabkan kurangnya asupan gizi pada anak. *Self efficacy* ibu dalam pemberian makan adalah keyakinan diri ibu yang menjadi faktor penting pembentuk perilaku ibu dalam melakukan kegiatan pemberian MP-ASI. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.

Jenis penelitian yaitu deskriptif dengan populasi baduta usia 6-23 bulan. Jumlah sampel 100 orang menggunakan metode *cluster random sampling*. Penelitian dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2022. Pengumpulan data efikasi diri ibu menggunakan kuesioner *complementary feeding self efficacy* dan data panjang badan baduta dari pengukuran *lengthboard*. Analisis univariat menggunakan aplikasi *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) 25*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 100 baduta di Pulau Barrang Lompo mayoritas berjenis kelamin laki-laki (59%), kelompok usia 12-23 bulan (67%), anak ke-2 (38%), berat badan lahir normal (91%) dan panjang badan lahir normal (32%). Berdasarkan karakteristik orang tua, mayoritas ayah berusia 26-35 tahun (58,6%), bekerja sebagai nelayan (86,9%), berpendidikan SD/MI (61%), suku Makassar (84%) dan pendapatan perbulan \leq Rp. 1.000.000 (49,5%). Sebagian besar ibu berusia 26-35 tahun (50%), tidak bekerja/IRT (88%), pendidikan SD/MI (47%), suku Makassar (91%) dan tidak berpendapatan (88%). Mayoritas sumber air yang berasal dari sumur bor/pompa (44%) dan air minum galon (100%). Terdapat (52%) ibu kategori *self efficacy* tinggi dan (48%) kategori *self efficacy* rendah. Ada 2 aspek yang mayoritas *self efficacy* ibu masih rendah yaitu aspek kualitas dan kuantitas MP-ASI (55%) dan aspek menciptakan suasana nyaman dan interaksi (*responsive feeding*) (52%). Mayoritas ibu kategori rendah berusia 26-35 tahun (52%), SD/MI (61,7%) dan tidak bekerja/IRT (47,7%). Terdapat (31%) baduta usia 6-23 bulan yang mengalami *stunting*, paling banyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki (71%), usia 12-23 bulan (74,2%), BBL normal (90%) dan PBL normal (84,6%). Persentase *self efficacy* ibu rendah pada anak yang mengalami *stunting* untuk aspek kualitas dan kuantitas MP-ASI dan

aspek suasana nyaman dan interaksi (*responsive feeding*) sama jumlahnya yaitu 32,7% dan aspek hygiene dan keamanan makanan sebesar 29,5%.

Disimpulkan bahwa masih banyak ibu yang memiliki *self efficacy* rendah dalam pemberian MP-ASI di Pulau Barrang Lompo terutama pada aspek kualitas dan kuantitas MP-ASI dan aspek menciptakan suasana nyaman dan interaksi (*responsive feeding*). Kejadian *stunting* masih menjadi masalah kesehatan yang cukup besar termasuk pada ibu yang memiliki *self efficacy* rendah. Disarankan kepada puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan melalui edukasi terkait kualitas dan kuantitas MP-ASI menggunakan bahan berbasis lokal, murah dan mudah ditemukan dan mengajarkan prinsip-prinsip *responsive feeding* serta melakukan pendampingan bagi ibu yang tingkat *self efficacy*-nya masih cenderung rendah. Ibu baduta disarankan lebih aktif mencari informasi mengenai pemberian MP-ASI serta berkonsultasi kepada petugas kesehatan terkait pertumbuhan anak.

Kata Kunci : *Stunting, Self Efficacy* ibu, MP-ASI, Baduta
Daftar Pustaka : 125 (1977-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi berkat dan karunia-Nya kepada sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi dengan judul “**Gambaran *Self Efficacy* Ibu Dalam Pemberian MP-ASI dan Kejadian *Stunting* Pada Baduta Usia 6-23 Bulan Di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar**” ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu di Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa selama proses penyusunan naskah skripsi ini terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Namun, skripsi ini dapat terselesaikan pada waktunya itu semua tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala hormat penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kedua orang tua yang sangat penulis sayangi dan cintai, Bapak **Parjimin**, Ibu **Martince Kede Tembo** dan saudara penulis **Satriyo Pratama Putra** yang senantiasa memberikan kasih sayang, mendoakan, memberikan semangat an dukungan moral maupun materi untuk penulis. Terima kasih atas segala perjuangan dan pengorbanan yang sangat luar biasa untuk penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan tahapan pendidikan ini. Penulis berharap bisa membalas seluruh kebaikan dengan selalu menjadi kebanggaan untuk keluarga.
2. Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., P.hD** selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu **Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK** sebagai ketua Program Studi S1 Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Bapak **Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., P.hD** selaku dosen Penasihat Akademik dan dosen pembimbing I penulis yang sejak awal perkuliahan tidak pernah bosan memberikan nasihat dan semangat yang luar biasa untuk penulis hingga naskah skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ibu **Rahayu Indriasari, SKM., MPH.CN., P.hD**, selaku dosen pembimbing II yang sejak awal memberikan bantuan dan masukan kepada penulis dengan penuh kesabaran serta memberikan motivasi dan semangat selama rangkaian proses penyusunan skripsi ini.
6. Ibu **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes** dan Ibu **Marini Amaliah Mansur, S.Gz., MPH** selaku dosen penguji I dan II yang telah memberikan saran, masukan dan ilmu yang luar biasa berharga mulai dari proses penyusunan proposal hingga naskah skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Seluruh **Dosen** Program Studi S1 Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah menjadi orang tua penulis selama menempuh pendidikan dibangku kuliah yang tiada pernah lelah berbagi ilmu serta pengalaman berharga untuk penulis selama menjalani proses perkuliahan hingga bisa sampai ditahap ini.
8. Seluruh **Staf** Prodi Ilmu Gizi dan Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah sabar membantu dan mengurus berkas penulis semenjak menempuh pendidikan di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
9. Kepada Bapak Camat Kepulauan Sangkarrang, Ibu Lurah Pulau Barrang Lompo, Kepala Puskesmas Barrang Lompo dan seluruh kepala RT/RW di

Pulau Barrang Lompo, terima kasih atas arahan, masukan dan bantuannya kepada penulis selama proses penelitian.

10. Keluarga besar “**PMK FKM UNHAS**” dan “**PIA BUKIT**” yang penulis cintai. Terima kasih telah menjadi rumah yang nyaman selama penulis menempuh perkuliahan dan menjadi penopang penulis dalam menyelesaikan studi.
11. Sahabat “**FLEKS18EL**” yang penulis cintai. Terima kasih karena telah menjadi rumah selama empat tahun dalam kebersamaan perjuangan dan menghadapi suka duka perkuliahan hingga skripsi ini selesai. Semoga kesuksesan selalu bersama kita.
12. Kakanda **Firmita Dwiseli, S.KM., MKM** terima kasih telah banyak memberi bantuan, masukan dan motivasi serta dorongan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dan yang senantiasa mendengar keluh kesah penulis.
13. Kakak-kakak “**LUVENA**” kak **Ruth Suria, S.KM**, kak **Resky Beny, S.Gz** dan kak **Elma Ampangallo, S.Gz**, yang sangat penulis kasihi, terima kasih atas seluruh dukungan dan topangan doa serta kebersamaan selama melalui proses perkuliahan hingga skripsi ini telah terselesaikan.
14. Sahabat “**Domba yang Hilang**” **Alberta Putri Datu Puang, A.Md,Gz** dan **Adeline Jane A.Md** terima kasih karena senantiasa mendengar keluh kesah dan curhatan hati penulis selama menjalani perkuliahan dan terima kasih telah memberi canda tawa, semangat dan juga doa hingga skripsi ini selesai.

15. Sahabat tersayang sejak SMA **Novianti, A.Md.T, Alfryheni Dwinugrah Regal, S.Ked, Sefnice, A.Md,Ak, Katherine, S.Si dan Cicilia Chintya** terima kasih karena senantiasa mendengar keluh kesah penulis dan senantiasa memberikan doa serta menjadi penyemangat penulis hingga dapat menyelesaikan pendidikan S1 ini.
16. Saudara tercinta **“Orang Toraja” Mekel, Tasya, Risna, Jeli, Juli dan Ceha** yang selalu memberi bantuan dan semangat serta menjadi penghibur penulis dalam keadaan apapun selama perkuliahan hingga penyusunan skripsi ini selesai. Penulis berharap, semoga kebersamaan ini selalu terjaga hingga kita sukses nanti.
17. Seluruh pihak yang turut serta dalam penyelesaian pendidikan, penelitian dan penyusunan naskah skripsi ini yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih atas seluruh bantuan baik materil maupun non materil dan doa yang diberikan kepada penulis selama menempuh pendidikan hingga sampai ditahap ini
18. Terakhir penulis ingin berterima kasih kepada diri sendiri karena sudah kuat berjuang melewati rintangan suka duka dunia perkuliahan, terima kasih untuk tidak menyerah walau terkadang apa yang dilalui berat, terima kasih sudah bertahan sejauh ini dan tetap percaya diri, semoga kedepannya akan tetap semangat berjuang untuk masa depan yang sukses dan bahagia.

Akhir kata, penulis memohon maaf apabila terdapat kesalahan dan kekurangan dalam skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat memberikan

manfaat yang besar untuk dunia pendidikan dan masyarakat serta semoga berguna bagi siapapun yang membacanya.

Makassar, Oktober 2022

Nugraheni Dwi Pratiwi Putri

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI	iv
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	v
RINGKASAN	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Umum Masyarakat Pulau	11
B. Tinjauan Umum Baduta.....	14
C. Tinjauan Umum <i>Stunting</i>	15
D. Tinjauan Umum MP-ASI.....	26
E. Tinjauan Umum <i>Self Efficacy</i>	35

F. Tabel Sintesa.....	42
G. Kerangka Teori	45
BAB III KERANGKA KONSEP	49
A. Kerangka Konsep.....	49
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	49
BAB IV METODE PENELITIAN	52
A. Jenis Penelitian.....	52
B. Lokasi Penelitian.....	52
C. Populasi dan Sampel	52
D. Instrumen Penelitian	55
E. Alur Penelitian	59
F. Pengumpulan Data	59
G. Pengolahan dan Analisis Data	61
H. Penyajian Data	62
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	63
A. Gambaran Umum Lokasi	63
B. Hasil Penelitian	65
C. Pembahasan.....	77
D. Keterbatasan Penelitian.....	100
BAB VI PENUTUP	102
A. Kesimpulan	102
B. Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA	104

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Ambang Batas Kategori Status Gizi	16
Tabel 2.2	Pemberian MP-ASI Anak Usia 6-23 Bulan	31
Tabel 2.3	Tabel Sintesa	42
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	49
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Baduta di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	65
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Ayah Baduta di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	66
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Ibu Baduta di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	68
Tabel 5.4	Distribusi Sumber Air Rumah Tangga di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	69
Tabel 5.5	Distribusi Kategori <i>Self Efficacy</i> Ibu dalam Pemberian MP-ASI di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	70
Tabel 5.6	Distribusi Kategori <i>Self Efficacy</i> Ibu dalam Pemberian MP-ASI berdasarkan Karakteristik Responden di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.....	70
Tabel 5.7	Distribusi Respon Pernyataan <i>Complementary Feeding Self Efficacy</i> Ibu di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.....	71
Tabel 5.8	Distribusi <i>Self Efficacy</i> Ibu Berdasarkan Aspek dalam Pemberian MP-ASI di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	74
Tabel 5.9	Distribusi Kejadian <i>Stunting</i> Baduta Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	75
Tabel 5.10	Distribusi Kejadian <i>Stunting</i> Berdasarkan Karakteristik Baduta Usia 6-23 Bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.....	75
Tabel 5.11	Distribusi <i>Self Efficacy</i> Ibu dan Aspek dalam Pemberian MP-ASI Berdasarkan status <i>Stunting</i> di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori.....	45
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	49
Gambar 4.1	Diagram Alur Penelitian	59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Hasil Analisis Data SPSS
- Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 *Informed Consent*
- Lampiran 4 Kuesioner Karakteristik Responden
- Lampiran 5 Kuesioner *Complementary Feeding Self Efficacy*
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 9 Dokumentasi Kegiatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tumbuh kembang anak yang optimal menjadi indikator yang mencerminkan status gizi dan kesehatan penduduk suatu wilayah juga merupakan indikator kualitas sumber daya manusia (Mashar et al., 2021). Baduta atau anak usia di bawah dua tahun (usia 0-24 bulan) merupakan salah satu kelompok sasaran pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK) manusia untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM). Seribu hari dimulai sejak terjadinya konsepsi hingga anak berumur 2 tahun, terdiri dari 270 hari kehamilan dan 730 hari kehidupan pertama sejak bayi dilahirkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Usia 0-24 bulan sering disebut sebagai periode emas (*golden period*) karena terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat dan juga merupakan periode kritis (Puspasari and Andriani, 2017). Tahap emas dapat tercapai dengan baik jika anak diberikan asupan gizi yang cukup untuk tumbuh kembang yang optimal. Sebaliknya apabila selama periode emas anak mendapat makanan yang tidak aman dan tidak sesuai dengan kebutuhan gizinya maka mempunyai resiko terinfeksi dan bila infeksinya berulang-ulang akan mempengaruhi pertumbuhan anak (Rusmil dkk, 2019) dengan begitu masa emas ini akan berubah menjadi masa kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang anak, pada masa itu dan berlanjut hingga masa depan (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Masalah gizi pada anak baduta usia 0-24 tidak hanya bersifat akut seperti kurus, obesitas, gizi buruk atau kurang namun juga yang bersifat kronis yaitu gizi pendek (*stunting*) (Fuada, 2017; Rahmawati et al., 2016). *Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama. Akibatnya terjadi gangguan pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (kerdil) dari standar usianya (Kemenkes RI, 2019).

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan angka *stunting* anak dibawah lima tahun pada tahun 2020 yaitu kurang lebih 149,2 juta dengan persentase sekitar 22% dan angka *stunting* tertinggi pertama di dunia berada di Melanesia sebesar 43,6%, kedua tertinggi berada di Afrika Tengah sebesar 36,8%. Untuk kawasan Asia Tenggara menduduki posisi keenam dengan angka *stunting* sebesar 27,4% (WHO, 2020). Indonesia sendiri menjadi negara dengan angka prevalensi *stunting* tertinggi kedua di Asia Tenggara setelah Timor Leste pada tahun 2020 dengan prevalensi yaitu 31,8% (WHO, 2020).

Stunting masih menjadi persoalan besar di Indonesia, bukan hanya persoalan gagal tumbuh secara fisik, tapi juga perkembangan otak. Status gizi balita dengan indeks PB/U atau TB/U di Indonesia pada tahun 2013 tercatat sebanyak 37,2% balita mengalami *stunting* dan pada tahun 2018 turun menjadi 30,8% (Risikesdas 2013;2018). Berdasarkan Studi Status Gizi Balita Indonesia tahun 2019 prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada angka 27,7% (SSGBI,2019) dan hasil Studi Status Gizi Indonesia tahun 2021

menunjukkan prevalensi balita *stunting* mengalami penurunan menjadi 24,4% dan pada baduta sebesar 20,8%. Hasil SSGI ini menunjukkan terdapat 27 provinsi termasuk dalam kategori Kronis-Akut ($\text{Stunted} \geq 20\%$) dan Sulawesi Selatan termasuk salah satunya (SSGI, 2021).

Untuk Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 angka *stunting* pada balita sebesar 35,7% (BPS, 2018) sedangkan menurut SSGI tahun 2021 angka prevalensi balita *stunting* di Sulawesi Selatan sebesar 27,4% dan untuk Kota Makassar sebesar 18,8% (SSGI, 2021). Meskipun dari tahun ke tahun angka *stunting* menunjukkan penurunan, namun angka ini masih termasuk dalam kategori tinggi. Karena, menurut WHO batas maksimal suatu masalah kesehatan masyarakat yakni 20%. Adapun target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024 yakni 14% ditahun mendatang dengan melakukan ketepatan intervensi.

Anak-anak yang mengalami *stunting* pada umumnya akan mengalami hambatan pada perkembangan kognitif dan motoriknya yang akan mempengaruhi produktivitasnya saat dewasa. *Stunting* juga menyebabkan anak mudah terserang penyakit terutama penyakit tidak menular seperti diabetes, obesitas, dan penyakit jantung, serta postur tubuh tidak maksimal saat dewasa dan meningkatkan angka kematian. Secara ekonomi, hal tersebut tentunya akan menjadi beban dan kerugian ekonomi jangka panjang bagi negara terutama akibat meningkatnya pembiayaan kesehatan (Kemenkes RI, 2018; Mahshulah, 2019). Tidak hanya menjadi masalah kesehatan serius,

tetapi juga menyangkut pembangunan dan martabat bangsa karena *stunting* menyumbang generasi yang kurang berdaya saing (Kemenkes RI, 2019).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan *stunting* yaitu perilaku mengenai kebersihan diri dan makanan yang dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti kepercayaan, mitos, atau tradisi yang bersifat turun-temurun. Selain itu faktor pemberian ASI secara eksklusif, pola asuh balita serta pekerjaan ibu (Toby et al., 2021). Dari aspek ibu dan pola asuh yang kurang baik terutama pada perilaku dan praktik pemberian makan kepada anak juga menjadi penyebab anak *stunting* apabila ibu tidak memberikan asupan gizi yang cukup dan baik. (Kemenkes RI, 2019). Penelitian yang dilakukan Noftalina *et al* (2019) membuktikan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pola asuh makan, pola asuh kebersihan, pola asuh kesehatan serta pola asuh stimulasi psikososial dengan kejadian *stunting*.

Pemberian MP-ASI yang tidak sesuai akan menimbulkan beberapa masalah. Pemberian MP-ASI terlalu dini usia <6 bulan akan menyebabkan gangguan pada pencernaan bayi, karena sistem pencernaan belum siap untuk menerima makanan semi padat. MP-ASI yang diberikan terlambat setelah usia 6 bulan juga dapat menyebabkan kebutuhan gizi makro dan mikro tidak tercukupi dan berisiko mengalami gangguan pertumbuhan, anemia, terjadinya alergi makanan dan mengalami masalah makan dikemudian hari. Angka baduta pertama kali diberikan MP-ASI pada usia ≥ 6 bulan di Indonesia menunjukkan 44,7% dan untuk provinsi Sulawesi Selatan 52,1% (SSGI, 2021). Pemberian MP-ASI yang tidak tepat seperti bentuk makanan

(tekstur/konsistensi), jumlah, frekuensi, variasi yang tidak sesuai dengan usia akan berakibat pada tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak dan jika pemberian MP-ASI berlebih maka mengakibatkan anak menderita gizi lebih (*overweight*) dan obesitas (Kusumaningrum, 2019; Kemenkes RI, 2020).

Sikap dan perilaku ibu dalam memilih makanan yang akan dikonsumsi oleh balita juga dipengaruhi oleh berbagai faktor (Puspasari and Andriani, 2017). Perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI yang dimaksud yaitu mulai dari segi ketepatan waktu, jenis makanan dan jumlah makanan ditentukan oleh pengetahuan ibu mengenai MP-ASI (Kusumasari, 2012). Pemberian makan yang dilakukan ibu berkaitan dengan efikasi diri ibu atau keyakinan ibu dalam pemberian makan anak. Hal ini juga berhubungan dengan status gizi (Solikhah & Rohmatika, 2021). Efikasi diri dalam pemberian makan meliputi pemberian makanan sehat dan keragaman makanan, jumlah makanan yang diberikan, isyarat makan, makanan sesuai perkembangan anak serta efikasi umum untuk memberi makan anak (Solikhah & Ardiani, 2019).

Seseorang dengan efikasi diri yang baik dapat menyelesaikan tugas sampai tuntas, sedangkan orang dengan efikasi diri yang rendah biasanya menunjukkan rasa takut, panik, cenderung menghindari masalah atau menyerah lebih awal (Hoffman, 2013). Efikasi diri seorang ibu dipengaruhi dari banyak hal seperti pengetahuan ibu yang baik, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengalaman menerima informasi dan disebutkan juga bahwa pengalaman ibu menjadi salah satu sumber efikasi (Fatimah, 2021). Berdasarkan hasil

penelitian Aulia *et al.*, (2021) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan, pengetahuan, dan efikasi diri ibu dengan kejadian *stunting*.

Pulau Barrang Lompo merupakan salah satu pulau berpenduduk yang ada di Makassar Propinsi Sulawesi Selatan, letaknya \pm 11 km dari kota Makassar. Diketahui bahwa jumlah penduduk Pulau Barrang Lompo pada tahun 2018 sebanyak 3696 orang yang terdiri dari laki-laki sebanyak 1845 orang (49,92%) dan perempuan sebanyak 1851 orang (50,08%). Kelompok umur yang paling banyak yaitu 15-50 tahun berjumlah 2219 orang (60,04%) kemudian umur 0-14 tahun sebanyak 986 orang (26,68%) dan paling sedikit kelompok umur 50 tahun keatas hanya 491 orang (13,28%). Hal ini menunjukkan bahwa penduduk kelompok usia kerja dan penduduk usia muda mendominasi di pulau ini (Nyompa *et al*, 2019).

Kelompok usia kerja dapat mempengaruhi pemberian MP-ASI. Kerja dikategorikan menjadi dua yaitu bekerja di dalam rumah dan bekerja di luar rumah (Marfuah, 2017). Ibu yang bekerja di luar rumah tidak memiliki banyak waktu untuk memompa ASI di tempat kerja sehingga berpotensi memberikan anak makanan tambahan selain ASI. Perhatian ibu terhadap perkembangan anak juga menjadi berkurang dan ibu tidak dapat mengontrol asupan makanan anak dengan baik, terlebih anak dititipkan pada pengasuh yang belum tentu mengerti tentang pemberian MP-ASI yang tepat (Lestiarini & Sulistyorini, 2020; Savita & Amelia, 2020).

Sedangkan ibu yang bekerja di rumah sebagai ibu rumah tangga pada dasarnya mempunyai lebih banyak waktu untuk memberikan ASI kepada

bayinya, namun ibu lebih memilih memberikan makanan pendamping ASI kepada bayinya yang belum berusia 6 bulan, hal ini disebabkan ibu lebih mempunyai kesempatan untuk membuat MP-ASI untuk bayinya dari pada memberikan ASI (Alhidayati & Rahmita, 2016).

Pada usia muda pengetahuan yang didapatkan biasanya hanya sebatas tahu tentang MP-ASI, tetapi tidak dipraktikkan dalam tindakan yang benar dan nyata, biasanya terjadi pada ibu usia muda yang belum mempunyai banyak pengalaman dalam merawat bayi. Dalam hal ini ibu tidak mengetahui waktu dan jenis MP-ASI yang baik dan benar untuk anak (Rustam *dkk.*, 2022)

Usia kerja juga berdampak pada *self efficacy* sejalan dengan penelitian Fatimah (2021) menunjukkan adanya pengaruh status pekerjaan terhadap efikasi diri ibu. Penelitian lain menjelaskan bahwa ibu yang bekerja di rumah, sebagai ibu rumah tangga cenderung memiliki efikasi diri yang baik dalam merawat anaknya karena ibu memiliki waktu yang cukup dalam mengasuh dan merawat anak dibandingkan dengan ibu yang bekerja di luar (Wahdah dalam Fatimah, 2021).

Masalah utama masyarakat pulau yaitu kemiskinan yang berdampak pada tingkat pendidikan. Umumnya mereka hanya tamat sekolah dasar, sekolah menengah pertama atau sekolah menengah atas dan setelah itu mereka diminta melaut untuk membantu orang tua sebagai nelayan. Menurut teori semakin rendah tingkat pendidikan maka informasi akan sulit diterima, dengan begitu pengetahuan yang didapatkan juga minim. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang

(Mattiro, 2019) sehingga akan mempengaruhi *self efficacy* sejalan dengan penelitian Fatimah (2021) bahwa *self efficacy* dipengaruhi oleh beberapa hal seperti pendidikan, pengetahuan, pekerjaan dan pengalaman (Latief dkk., 2022; Syarif, 2022).

Berdasarkan data yang didapatkan dari penelitian sebelumnya pada bulan November tahun 2021 yang dilakukan oleh tim Jenewa Institut bahwa di wilayah Pulau Barrang Lompo didapatkan angka *stunting* yang mencapai 30% (Hasmiati, 2021). Jenewa Institute merupakan lembaga profesional kesehatan dibidang pelatihan, penelitian, dan pendampingan yang melaksanakan sebuah pelatihan terkait penggunaan aplikasi pemetaan di bidang kesehatan atau biasa disebut *Geographic Information System (GIS)* (Syam, 2019). Diketahui bahwa Pulau Barrang Lompo ini termasuk ke dalam salah satu daerah lokus prioritas penurunan *stunting*. Hal ini diperkuat dengan adanya data Dinas Kesehatan Kota Makassar yang menunjukkan bahwa Pulau Barrang Lompo menduduki posisi ke-3 daerah dengan prevalensi *stunting* tertinggi di kota Makassar (Dinkes Kota Makassar, 2021).

Dari uraian di atas masih sangat kurang penelitian dan referensi yang membahas mengenai *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan penelitian sejenis belum pernah dilakukan sebelumnya di kota Makassar terkhusus di daerah pulau serta tingginya angka prevalensi *stunting*. Untuk itu peneliti tertarik dan menganggap perlu untuk melakukan penelitian guna mengkaji lebih dalam mengenai hal tersebut di daerah pulau, terkhusus di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum penelitian yaitu untuk mengetahui gambaran *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah

- a. Mengetahui gambaran *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.
- b. Mengetahui gambaran kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Pulau Barrang Lompo Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian yaitu:

1. Manfaat ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi pembelajaran bagi peneliti selanjutnya dan menambah wawasan pembaca

mengenai *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting*.

2. Manfaat institusi

Menjadikan penelitian ini sebagai referensi tambahan, menambah wawasan serta diharapkan menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan khususnya mengenai *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI dan kejadian *stunting*.

3. Manfaat Praktis

Menambah pengalaman serta wawasan terkait *self efficacy* ibu dalam pemberian MP-ASI juga sebagai media peneliti dalam mengamalkan dan menerapkan *skill* yang diperoleh selama dibangku kuliah dalam pengukuran serta menjadi salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di program studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Masyarakat Pulau

Indonesia terkenal sebagai negara dengan sebutan nama negara maritim. Pendapat tersebut diperkuat dengan keadaan Indonesia yang merupakan negara dengan jumlah pulau terbanyak di dunia, terdapat sekitar 17.500 pulau, baik berpenghuni maupun tidak berpenghuni (Amalia *dkk.*, 2021). Salah satu pulau yang menjadi daerah maritim di Kawasan Indonesia Bagian Timur ialah Pulau Sulawesi khususnya Sulawesi Selatan. Letak Sulawesi Selatan yang dikelilingi oleh wilayah lautan sehingga masyarakatnya banyak memilih profesi sebagai nelayan, terutama dalam usaha penangkapan ikan (Akmal et al., 2020).

Pulau-pulau kecil memiliki karakteristik sumberdaya daratan yang relatif sedikit, sehingga sebagian besar aktivitas ekonomi dan bisnis bersumber pada sumberdaya pantai dan laut (Tupamahu et al., 2021). Dalam kehidupan sehari-hari masyarakat yang hidup di pulau-pulau kecil dan terisolir, akan terpapar dengan risiko kesehatan seperti kurangnya ketersediaan air bersih, minimnya ketersediaan makanan yang bergizi dan terbatasnya pelayanan kesehatan dari sektor publik terutama pada saat musim badai. Kondisi perumahan yang padat dan kurang memenuhi syarat kesehatan sehingga mudah terinfeksi dengan vektor dan agen penyakit yang

berkembang, juga mendukung terciptanya sanitasi yang buruk (Massie & Kandou, 2013).

Wilayah pulau biasanya dihuni masyarakat yang mayoritas berprofesi sebagai nelayan. Masalah utama yang dihadapi oleh masyarakat pulau adalah kemiskinan. Kemiskinan yang dialami merupakan suatu realita atau fakta yang tak terbantahkan. Fenomena kehidupan sosial masyarakat miskin disekitar pesisir, khususnya kehidupan nelayan tradisional, sering diidentifikasi sebagai kehidupan kelompok masyarakat khusus dengan karakteristik tinggal di perkampungan kumuh, akses yang rendah terhadap pelayanan sosial dasar seperti pendidikan dan kesehatan serta bantuan sosial lainnya (Suryaningsi, 2017).

Di sisi lain, kesadaran untuk keluar dari perangkap kemiskinan tersebut relatif rendah. Rendahnya tingkat pendidikan yang tidak hanya dialami oleh kepala keluarga mereka saja, namun berimbas juga kepada anggota keluarga yaitu anak-anak mereka juga mau tidak mau berpendidikan rendah (Hamdani & Wulandari, 2016). Hal ini dibuktikan dengan masih sedikit anak-anak nelayan di pulau-pulau yang bersekolah sampai di perguruan tinggi (Latief *dkk.*, 2022). Banyak sekali dijumpai bahwa tingkat pendidikan anak nelayan hanya pada tingkat dasar dan menengah, hal ini didasari beberapa faktor, yaitu masalah sosial dan ekonomi. Faktor lainnya yaitu perhatian dari orang tua yang memberi pengaruh tumbuh kembang pendidikan anak dan persepsi yang menyatakan bahwa nelayan tidak butuh ijazah dan hanya menggunakan tenaga dan otot untuk melaut (Ramadhani et

al., 2022). Bahkan dalam beberapa kasus pada nelayan di pulau-pulau kota Makassar, anak-anak yang telah tamat sekolah menengah atas biasanya secepatnya dicarikan jodoh oleh orang tuanya dan dinikahkan. Itulah sebabnya pernikahan usia muda pada masyarakat nelayan di pulau-pulau masih menjadi fenomena sosial yang berlangsung sampai saat ini (Latief *dkk.*, 2022).

Tingkat pendidikan secara langsung dapat menentukan mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan (Muharry et al., 2017). Pendidikan berpengaruh secara signifikan pada pengetahuan masyarakat terhadap gizi dan kesehatan sesuai dengan teori kesehatan dan gizi, pendidikan mempengaruhi kualitas gizi anak. Ketika pendidikan kepala rumah tangga rendah, maka pengetahuan mereka terhadap kesehatan dan gizi menjadi rendah sehingga pola konsumsi gizi untuk anak menjadi tidak baik. Selain itu pola asuh orang tua terhadap anak menjadi kurang baik dan implikasinya akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak (Saputra & Nurrizka, 2012). Rendahnya pendidikan ini akan berdampak pada rendahnya pengetahuan masyarakat pulau, ditambah lagi dengan minimnya makanan bergizi yang dapat menyebabkan kondisi malnutrisi serta timbulnya penyakit (Massie & Kandou, 2013).

Status gizi balita dipengaruhi oleh asupan gizi balita itu sendiri dan faktor yang sangat berpengaruh terhadap status gizi balita adalah faktor yang berasal dari orang tua terutama ibu, dikarenakan ibu merupakan dasar pertama dalam pembentukan status gizi balita. Faktor yang berasal dari ibu

adalah pengetahuan, sikap dan perilaku ibu (Anida et al., 2015). Diperlukan pelatihan keterampilan terhadap keluarga nelayan untuk meningkatkan pendapatan keluarga dan perlu diadakan pelatihan gizi terhadap istri nelayan untuk meningkatkan pengetahuan gizi rumah tangga.

B. Tinjauan Umum Baduta

Baduta merupakan singkatan dari anak usia dibawah dua tahun. Usia baduta merupakan usia pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI mulai anak 6 bulan. Usia Baduta juga disebut sebagai usia emas (*golden age*) dimana pada usia tersebut terjadi pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan serta emosional anak. Potensi ini berkontribusi terhadap pembentukan sumber daya manusia sebagai generasi penerus bangsa yang berkualitas (Kusumawati et al., 2020).

Anak usia bawah dua tahun (baduta) termasuk kelompok rentan untuk mengalami masalah gizi karena faktor penyebab langsung (asupan gizi dan penyakit infeksi) dan penyebab tidak langsung (ketahanan pangan, pola asuh, dan layanan kesehatan) sebagaimana ulasan sejumlah peneliti sebelumnya. Pada usia baduta, seorang anak memerlukan asupan gizi seimbang dari sisi jumlah dan proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi badan optimal termasuk memacu perkembangan otak (Ningsih dkk, 2015; Subarkah dkk, 2016; Ulayya dkk, 2018).

C. Tinjauan Umum *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah kejadian kurang gizi kronis yang terjadi selama periode kritis pertumbuhan dan perkembangan pada awal kehidupan. Didefinisikan sebagai status gizi anak usia 0-59 bulan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) berada pada ambang batas <-2 standar deviasi (pendek/*stunted*) dan <-3 standar deviasi (sangat pendek/*severely stunted*) dari median standar pertumbuhan anak menurut WHO (Unicef, 2013).

Stunting (kerdil) merupakan kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor. Sehingga dimasa yang akan datang, balita *stunting* akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes RI, 2018). Masalah *stunting* yang terjadi dapat dipengaruhi oleh kondisi ibu atau calon ibu, masa janin dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita (Dayuningsih, 2020).

Stunting merupakan masalah gizi yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak ketika anak berusia dua tahun, *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan

dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental (Rahmadhita, 2020).

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi

Indeks	Kategori status gizi	Ambang batas (Z-Score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d +3 SD
	Tinggi	>+ 3 SD

Sumber: (Kemenkes RI, 2020)

2. Prevalensi *Stunting*

Masalah gizi kronis ini yang tidak hanya dihadapi oleh Indonesia tetapi juga oleh banyak negara di dunia, terkhususnya negara berkembang. Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan angka *stunting* anak dibawah lima tahun pada tahun 2020 yaitu kurang lebih 149,2 juta dengan persentase sekitar 22% dan angka *stunting* tertinggi pertama di dunia berada di Melanesia sebesar 43,6% dan kedua tertinggi berada di Afrika Tengah sebesar 36,8%. Untuk kawasan Asia Tenggara menduduki posisi keenam dengan angka *stunting* sebesar 27,4% (WHO, 2020). Indonesia sendiri menjadi negara dengan angka prevalensi *stunting* tertinggi kedua di Asia Tenggara setelah Timor Leste sebanyak 48,8% pada tahun 2020 dan Indonesia dengan prevalensi 31,8% (WHO, 2020).

Berdasarkan data Riskesdas di Indonesia pada tahun 2013 tercatat sebanyak 37,2% balita mengalami *stunting* dan pada tahun 2018 turun menjadi 30,8% (Riskesdas 2013;2018). Berdasarkan Studi Status Gizi Balita Indonesia tahun 2019 prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada

angka 27,7% (SSGBI,2019) dan hasil Studi Status Gizi Indonesia tahun 2021 menunjukkan prevalensi balita *stunting* mengalami penurunan menjadi 24,4% dan pada baduta sebesar 20,8%. Hasil SSGI ini menunjukkan terdapat 27 provinsi termasuk dalam kategori Kronis-Akut ($\text{Stunted} \geq 20\%$) dan Sulawesi Selatan termasuk salah satunya (SSGI,2021).

Untuk Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 angka *stunting* pada balita sebesar 35,7% (BPS,2018) sedangkan menurut SSGI tahun 2021 angka prevalensi balita *stunting* di Sulawesi Selatan sebesar 27,4% dan untuk Kota Makassar sebesar 18,8% (SSGI,2021). Menurut WHO *stunting* menjadi masalah kesehatan masyarakat rendah apabila prevalensinya kurang dari 20%, sedang apabila berkisar antara 20-29%, tinggi apabila berkisar antara 30-39% dan sangat tinggi apabila besar atau sama dengan 40%. Sehingga dapat dikatakan bahwa *stunting* di Indonesia termasuk dalam keadaan tinggi sehingga membutuhkan penanganan yang serius.

3. Determinan Penyebab *Stunting*

Stunting secara langsung dapat disebabkan oleh asupan makanan dan terjadinya penyakit infeksi dimana kedua faktor tersebut sangat dipengaruhi oleh pola asuh ibu (Dayuningsih, 2020). Faktor pola asuh ibu yang kurang baik terutama pada perilaku serta cara pemberian makan kepada anak menjadi penyebab *stunting*. Selain itu adanya infeksi pada

ibu, kehamilan saat remaja, gangguan mental pada ibu, jarak kelahiran anak yang pendek, dan hipertensi. Kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan serta akses air bersih dan sanitasi juga menjadi salah satu faktor yang sangat mempengaruhi pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2019).

Perilaku ibu yang dimaksudkan yaitu bagaimana ibu dalam memberikan dan menyiapkan asupan nutrisi, menjaga kebersihan atau *hygiene* untuk anak, menjaga sanitasi lingkungan anak dan bagaimana ibu memanfaatkan sarana prasarana fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan anaknya (Yudianti & Saeni, 2016).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan determinan kejadian *stunting* pada anak usia dibawah 5 tahun. Faktor risiko kejadian *stunting* pada anak umur 6-24 bulan di Kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Aceh yaitu rendahnya pendapatan keluarga, menderita diare, menderita ISPA, rendahnya tingkat kecukupan energi, rendahnya tingkat kecukupan protein, salah satu orang tua pendek, berat bayi lahir rendah, tidak diberi ASI eksklusif, MP-ASI terlalu dini, dan pola asuh yang kurang baik (Lestari et al., 2014). Selain itu, determinan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kecamatan Bontoramba Kabupaten Jeneponto yang melibatkan 350 sampel didapatkan hasil bahwa faktor risiko *stunting* dalam penelitian adalah berat badan lahir rendah ($p=0,002$), usia anak 12-23 bulan ($p=0,000$), tinggi badan ibu $<150\text{cm}$ ($p=0,006$), pengasuh tidak mencuci tangan menggunakan sabun ($p=0,021$) dan imunisasi dasar yang tidak lengkap ($p=0,037$) (Nasrul dkk., 2015).

Penelitian yang dilakukan di kecamatan Soppeng Riaja dan Mallusetase Kabupaten Barru Sulawesi Selatan, melibatkan 155 anak usia 12-60 bulan yang mengalami *stunting*. Didapatkan hasil asupan energi (0,001) dan zat gizi makro seperti karbohidrat (0,001), protein (0,001), lemak (0,008) dan asupan zat gizi mikro seperti vitamin A (0,036) dan zinc (0,05) mempengaruhi kejadian *stunting*. Selain asupan, praktek pemberian makan meliputi konsistensi, frekuensi dan sarapan juga merupakan faktor determinan kejadian *stunting* dengan nilai $p=0,001$ (Hendrayati & Asbar, 2018). Hasil penelitian lainnya menunjukkan pendidikan ibu ($p=0,001$), pekerjaan ibu ($p=0,000$), tinggi badan ($p=0,000$) memiliki hubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan (Amalia et al., 2022).

Pada tahun 2017 sebuah studi kasus-kontrol dilakukan di Distrik Buhweju di Uganda barat daya yang melibatkan 168 anak usia 6-59 bulan. Didapatkan hasil bahwa rendahnya akses terhadap MP-ASI yang tepat dan sesuai, jenis kelamin anak, kerawanan pangan, status sosial ekonomi yang buruk dan pengetahuan yang rendah tentang *stunting* adalah prediktor utama penyebab terjadinya *stunting* pada anak usia 6 – 59 bulan (Bukusuba et al., 2017). Pada usia yang sama yaitu 6-59 bulan, penelitian yang dilakukan didelapan pedesaan dari Kindo Didaye Wearda, Ethiopia menunjukkan bahwa determinan *stunting* adalah penyakit infeksi seperti diare, ISPA, keterlambatan pemberian ASI, tidak imunisasi, defisiensi makanan hewani dan sumber air yang tidak aman (Batiro et al., 2017).

Hasil studi literatur pada tahun 2019 mengenai faktor-faktor yang dapat menyebabkan *stunting* pada anak usia dibawah 5 tahun didapatkan hasil yaitu faktor maternal meliputi nutrisi ibu sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat menyusui; tinggi badan ibu; usia ibu <18 tahun dan jarak kehamilan bedekatan. Faktor kedua adalah lingkungan rumah termasuk tinggi badan ayah; tingkat pendidikan orangtua; tingkat kepadatan keluarga dan dependensi keluarga (misalnya ada lebih dari satu anggota keluarga yang berusia <15 tahun dan >65 tahun); kemampuan orang tua yang buruk dalam merawat anak; kemiskinan; dan ketahanan pangan yang rendah. Faktor ketiga adalah praktik pemberian makan (MP-ASI) dan ASI yang meliputi pemberian makan yang kurang beragam, kurang protein hewani, serta makanan tinggi energi; waktu pemberian MP-ASI saat usia anak <6 bulan; pemberian ASI <24 bulan; serta akses air bersih dan kebersihan. Faktor keempat adalah kejadian infeksi (Kurniadi & Mulyono, 2019).

4. Dampak *Stunting*

Stunting pada anak dapat menimbulkan gangguan perkembangan fisik anak yang *irreversible*, artinya tidak dapat kembali. Salah satu akibatnya yaitu terjadi penurunan kemampuan kognitif dan motorik serta penurunan performa kerja. Anak yang mengalami *stunting* memiliki rerata skor *Intelligence Quotient* (IQ) lebih rendah dibandingkan rerata skor IQ

pada anak normal. Gangguan tumbuh kembang ini akan berlanjut hingga dewasa bila tidak mendapatkan intervensi sejak dini (Setiawan et al, 2018).

Stunting pada masa anak-anak juga dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan status kesehatan yang buruk menjadikan anak lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Terlebih jika disertai dengan kejadian *overweight* dan obesitas pada masa tersebut, maka saat dewasa akan meningkatkan risiko penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, diabetes, hipertensi, stroke dan sebagainya (Trihono dkk, 2015). Anak yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal dan di masa depan dapat berisiko pada rendahnya tingkat produktivitas dan kualitas sumber daya manusia dan pada akhirnya secara luas mengakibatkan kerugian yang akan menghambat pertumbuhan ekonomi negara, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (Rahayu dkk, 2018).

5. Upaya Penanganan dan Pencegahan *Stunting*

Penanganan *stunting* dilakukan dengan mengacu pada Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa Gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Kedua hal ini dilakukan pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) seorang anak sampai berusia 6 tahun dan kepada masyarakat umum. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Adapun sasarannya yaitu ibu hamil,

ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan dengan intervensi sesuai dengan kelompoknya.

Hal ini berkontribusi pada penurunan *stunting* sebesar 30%. Sedangkan intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan dan berkontribusi sebesar 70% intervensi *stunting*. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak terkhusus pada sasaran 1000 HPK. Kegiatan intervensi yang dilakukan seperti menyediakan akses terhadap air bersih dan sanitasi, melakukan fortifikasi bahan pangan, menyediakan akses layanan kesehatan dan keluarga berencana (KB), jaminan kesehatan nasional (JKN), memberikan berbagai macam pendidikan gizi masyarakat dan pengasuhan pada orang tua, memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja, menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin, dan meningkatkan ketahanan pangan dan gizi (Rahayu et al, 2018).

6. Keterkaitan *Stunting* dengan Pemberian MP-ASI

Stunting merupakan masalah pertumbuhan yang terjadi pada awal kehidupan. Penyebab masalah pertumbuhan pada awal masa kehidupan dapat disebabkan karena adanya masalah kekurangan gizi, pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlambat, cakupan gizi pada MP-ASI tidak sesuai kebutuhan atau kurang tepat pemberian sesuai usia, dan perawatan bayi yang kurang memadai. Hal ini dapat terjadi karena gizi merupakan faktor

utama yang mendukung terjadinya proses metabolisme di dalam tubuh (Sastria dkk, 2019)

Pemberian MP-ASI secara signifikan berhubungan dengan pertumbuhan bayi, sebab anak yang diberikan MP-ASI yang tidak tepat berpeluang 6,5 kali lebih besar mengalami gangguan pertumbuhan dibandingkan bayi yang mendapatkan MP-ASI secara cukup. Gangguan pertumbuhan pada bayi sering disebabkan oleh ketidaktepatan orang tua dalam pemberian MP-ASI (Rochmaedah & Waliulu, 2021).

Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan salah satu faktor yang berperan dalam kejadian *stunting* hal ini berkaitan dengan pemberian gizi yang tidak adekuat. Pemberian MP-ASI yang terlambat dapat menyebabkan bayi mengalami kekurangan zat besi oleh karena tidak mendapat zat gizi yang cukup. Terhambatnya pertumbuhan anak akibat kurang asupan zat besi saat balita bila berlangsung lama akan menyebabkan terjadinya *stunting* sehingga perlu untuk memperhatikan pemberian MP-ASI pada balita (Hanum, 2019).

Beberapa penelitian menunjukkan adanya keterkaitan antara pemberian MP-ASI dengan *stunting*. Penelitian yang dilakukan di wilayah Puskesmas Maron Kecamatan Maron Kabupaten Probolinggo menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian makanan pendamping ASI pada usia pertama kali diberikan makanan yaitu sebelum, saat, atau sesudah bayi berusia 6 bulan dengan kejadian *stunting* $p=0,012$. Oleh karena itu semakin banyak ibu yang memberikan MP-ASI

dengan tepat waktu, maka semakin sedikit balita yang mengalami *stunting* (Hanum, 2019).

Pola pemberian MP-ASI dan asupan nutrisi yang baik pada anak usia 6-23 bulan menjadi modal imunitas terbaik sejak dini dan menjadi modal dasar untuk proses tumbuh. Diduga kuat anak usia 6-23 bulan yang memiliki pola pemberian MP-ASI yang baik akan memiliki tumbuh kembang lebih baik dibandingkan anak usia 6-23 bulan yang tidak mendapatkan pola pemberian MP-ASI baik. Hasil penelitian lainnya yaitu hubungan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kelurahan Karyamulya Kecamatan Kesambi Kota Cirebon didapatkan nilai $p\text{-value } 0,000 < \alpha 0,05$ sehingga terbukti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kelurahan Karyamulya Kecamatan Kesambi Kota Cirebon (Ulfah M, 2020).

MP-ASI yang baik mencakup makanan yang beragam untuk memenuhi kebutuhan zat gizi, termasuk zat gizi mikro. MP-ASI harus diberikan tepat waktu yaitu mulai umur 6 bulan ke atas, cukup (jumlah, frekuensi, konsistensi dan keragaman) dan tekstur makanan diberikan sesuai dengan umur anak. Kelompok makanan hewani, buah dan sayur harus ditambahkan dalam MP-ASI. Sebab MP-ASI yang hanya kelompok makanan nabati saja tidak cukup untuk memenuhi zat gizi mikro tertentu. Oleh karena itu, kelompok makanan hewani maupun buah dan sayur harus ditambahkan dalam MP-ASI (Aryani dkk, 2021).

Pada tahun 2020 sebuah penelitian dilakukan di Matraman Jakarta Timur dengan melibatkan 174 balita usia 6-23 bulan memberikan hasil bahwa terdapat hubungan antara riwayat pemberian MP-ASI ($p=0,027$), frekuensi MP-ASI ($p=0,033$) dan jumlah MP-ASI ($p=0,016$) dengan kejadian *stunting* (Tiara, 2020).

Penelitian yang dilakukan di distrik Demba Gofa, Ethiopia Selatan menunjukkan bahwa dari 226 anak yang menjadi sampel penelitian terdapat 80 anak termasuk ke dalam kategori *stunted* dan 14 anak termasuk kategori sangat pendek. Hasil uji menunjukkan keragaman makanan rumah tangga ($p=0,001$), usia pemberian MP-ASI dini ($p=0,000$), frekuensi menyusui dalam 24 jam ($p=0,000$) dan anak yang mengonsumsi makanan dari sumber hewani ($p=0,000$) secara signifikan berkaitan dengan tinggi badan/panjang anak usia 6-23 bulan (Tadele et al., 2022).

Kualitas makanan yang diberikan kepada anak merupakan salah satu determinan dari *stunting*. Keragaman pangan adalah salah satu indikator yang menentukan kualitas makanan sehingga semakin beraneka ragam konsumsi jenis pangan maka status gizi anak juga semakin baik (Utami & Mubasyiroh, 2020; Wantina et al., 2017; WHO, 2013). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor pada tahun 2020 yang melibatkan sebanyak 90 orang anak usia 6-24 bulan. Didapatkan hasil bahwa anak yang *stunting* kurang mengonsumsi jenis pangan daging dan ikan. Kemudian jeroan adalah jenis pangan yang paling sedikit dikonsumsi baik

pada anak *stunting* maupun normal. Selain itu hasil uji menunjukkan adanya hubungan keragaman pangan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-24 bulan ($p\text{-value} = 0,047$). Anak yang mengonsumsi pangan tidak beragam memiliki risiko 3 kali lebih besar mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi pangan beragam (Prastia & Listyandini, 2020).

Risiko terjadinya *stunting* dapat dikurangi dengan memberikan anak ASI eksklusif dan MP-ASI yang sesuai dengan kebutuhannya. Pada usia 6 bulan anak balita diberikan MP-ASI dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga kebutuhan zat gizinya terpenuhi dan dapat mengurangi risiko terjadinya *stunting* (Kementerian Kesehatan RI., 2018).

D. Tinjauan Umum MP-ASI

1. Pengertian MP-ASI

Makanan Pendamping ASI (*Complementary Food*) adalah seluruh makanan dan cairan lainnya selain ASI (PAHO, 2003 dan UNICEF, 2013). MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI (Departemen Kesehatan RI, 2006). Makanan pendamping ASI (MP-ASI) disebut juga makanan yang menyertai pemberian ASI, dimana pemberian makanan ini pada saat bayi berusia 6 bulan, karena ASI tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi (Hardinsyah & Supariasa, 2016).

2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI adalah tahap transisi asupan dari susu (ASI) ke makanan keluarga semi padat secara bertahap, meliputi jenis, jumlah, frekuensi, maupun tekstur dan konsistensinya untuk memenuhi kebutuhan bayi (Rotua, Novayelinda, & Utomo, 2018). Tujuan pemberian makanan pendamping ASI adalah untuk menambah energi dan zat-zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus menerus. Selain itu agar pertumbuhan dan perkembangan menjadi optimal dan menghindari terjadinya kekurangan gizi, defisiensi zat gizi mikro (zat besi, zink, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat) pada ASI yang sudah mulai berkurang saat usia 6 bulan. Adapun protein hewani diutamakan dalam pemberian MP-ASI untuk mencegah terjadinya anak *Stunting* (Kemenkes RI, 2020).

Selain itu, MP-ASI dibutuhkan untuk mengisi kesenjangan energi dengan nutrisi. Dari segi kekebalan, pemberian MP-ASI dapat memelihara kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan bila sakit, membantu perkembangan jasmani, psikomotor, mengajarkan kebiasaan yang baik tentang makanan dan memperkenalkan bermacam-macam bahan makanan yang sesuai dengan keadaan fisiologis bayi (Nurastrini & Kartini, 2014). Manfaat pemberian MP-ASI juga untuk menstimulasi keterampilan gerakan otot rongga mulut karena usia 6-9 bulan merupakan periode kritis untuk mengenalkan makanan padat untuk melatih keterampilan gerakan otot rongga mulut yang berguna untuk fungsi bicara. Apabila keterampilan

tersebut tidak dilatih maka akan berisiko gangguan sulit makan dan fungsi bicara (Kemenkes RI, 2020).

Pemberian MP-ASI yang tidak tepat dan tidak sesuai dengan usia akan mengakibatkan terjadinya gangguan dalam pemenuhan kebutuhan gizi bayi dan juga gangguan pencernaan bayi. Karena sistem pencernaan bayi yang belum berusia 6 bulan belum siap untuk menerima makanan semi padat dan berisiko mengalami masalah gangguan pencernaannya seperti diare dan berak darah. Pemberian MP-ASI yang tidak sesuai juga dapat berdampak pada status gizi anak yang tidak terpenuhi, dan pemberian MP-ASI yang melebihi akan mengakibatkan anak berstatus gizi lebih (*overweight*) dan obesitas (Kusumaningrum, 2019).

3. Prinsip dan Cara Pemberian MP-ASI

MP-ASI merupakan makanan tambahan untuk anak berusia 6-24 bulan, dikarenakan ASI tidak bisa memenuhi kebutuhan gizi anak sehingga pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) harus dilakukan dengan tepat agar dapat memberikan manfaat yang efektif dalam pencegahan masalah gizi (Gusmeldawati *et al*, 2021). Secara umum terdapat dua jenis MP-ASI yaitu hasil pengolahan pabrik atau disebut dengan MP-ASI pabrikan dan yang diolah di rumah tangga atau disebut dengan MP-ASI lokal, meskipun begitu pemberiannya tentu saja tetap harus diperhatikan (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Pada tahun 2003, *WHO Global Strategy for Feeding Infant and Young Children* memberikan rekomendasi bahwa 4 persyaratan harus terpenuhi dalam pemberian MP-ASI, diantaranya *properly* (pemberiannya melalui cara yang benar), *timely* (tepat waktu), aman dan kecukupan (WHO, 2003). Pemberian MP-ASI tepat waktu adalah MP-ASI diberikan dimulai usia 6 bulan. Pemberian MP-ASI dini (sebelum berusia 4 bulan) merupakan risiko gagal tumbuh pada masa balita (IDAI, 2015). Selain itu dalam pendampingan ASI, beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya waktu dimulainya pemberian MP-ASI, frekuensi pemberian, jumlah dan kualitas makanan, cara memberikan makanan yang aktif dan responsive (Rusmil dkk, 2019).

Menurut PAHO (2003) prinsip pemberian MP-ASI yaitu sebagai berikut :

a. Jarak waktu menyusui eksklusif dan umur pengenalan MP-ASI

Lakukan pemberian ASI eksklusif sejak lahir hingga usia 6 bulan, dan mulai perkenalkan makanan pendamping ASI pada usia 6 bulan (180 hari) sambil tetap menyusui lanjutkan menyusui sesuai keinginan anak sampai 2 tahun atau lebih.

b. *Responsive feeding*

Latih pemberian makan dengan menerapkan prinsip-prinsip psikososial. Seperti memberi makan bayi secara langsung, peka terhadap isyarat lapar dan kenyang; beri makan perlahan dan sabar, dan dorong anak-anak untuk makan, tetapi tidak memaksa; jika anak tidak

makan banyak dan menolak, lakukan eksperimen dengan berbagai kombinasi makanan, rasa, tekstur dan metode suapan; meminimalkan gangguan selama anak makan jika anak; perhatikan bahwa waktu makan adalah periode belajar dengan cara berbicara dengan anak selama makan dan melakukan kontak mata.

c. Persiapan dan Penyimpanan MP-ASI yang aman

Praktek kebersihan yang baik dan penanganan makanan yang benar dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, menyimpan makanan dengan aman dan menyajikan makanan segera setelah dimasak, menggunakan peralatan yang bersih untuk menyiapkan dan menyajikan makanan, menggunakan cangkir dan mangkuk bersih saat memberi makan anak dan menghindari penggunaan botol susu yang sulit dibersihkan.

d. Jumlah MP-ASI

Mulailah pada usia 6 bulan dengan jumlah kecil. Tingkatkan jumlahnya seiring bertambahnya usia anak, sambil tetap menyusui. Kebutuhan energi dari MP-ASI untuk bayi kira-kira 200 kkal per hari untuk 6-8 bulan usia, 300 kkal per hari pada usia 9-11 bulan, dan 550 kkal per hari pada usia 12-23 bulan.

e. Tekstur dan Konsistensi Makanan

Konsistensi dan variasi makanan secara bertahap sesuai kebutuhan bayi dan disesuaikan kebutuhan dan kemampuan bayi. Bayi bisa makan bubur, makanan yang dihaluskan dan semi-padat mulai usia

enam bulan. Pada usia 8 bulan dapat diberi “*finger food*”. Pada usia 12 bulan, sudah bisa diberi jenis makanan yang sama seperti yang dikonsumsi oleh anggota keluarga lainnya. Hindari makanan yang dapat menyebabkan tersedak.

f. Kandungan Gizi pada MP-ASI

Beri beragam bahan makanan untuk memastikan bahwa kebutuhan nutrisi terpenuhi. Terutama sumber protein seperti daging, unggas, ikan atau telur harus dimakan sesering mungkin. Buah dan sayuran yang kaya vitamin A, makanan dengan kandungan lemak yang cukup serta hindari memberikan minuman dengan nilai gizi rendah, seperti teh, kopi dan minuman manis seperti soda dan batasi jumlah jus.

Tabel 2.2 Tabel Pemberian MP-ASI Anak Usia 6-23

Usia	Jumlah Energi dari MP-ASI yang dibutuhkan per hari	Konsistensi/ Tekstur	Frekuensi	Jumlah setiap kali makan
6-8 bulan	200 kkal	Mulai dengan bubur kental, makanan Lumat	2-3 kali setiap hari. 1-2 kali selingan dapat diberikan	Mulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, tingkatkan bertahap hingga ½ mangkok berukuran 250 ml (125 ml)
9-11 bulan	300 kkal	Makanan yang dicincang halus dan makanan yang dapat dipegang bayi	3-4 kali setiap hari 1-2 kali selingan dapat diberikan	½ -¾ mangkok ukuran 250 ml (125 – 200 ml)

Usia	Jumlah Energi dari MP-ASI yang dibutuhkan per hari	Konsistensi/ Tekstur	Frekuensi	Jumlah setiap kali makan
12-23 Bulan	550 kkal	Makanan Keluarga	setiap hari 1-2 kali selingan dapat diberikan	$\frac{3}{4}$ - 1 mangkok ukuran 250 ml
Jika Tidak Mendapat ASI (6-23 bulan)	Jumlah kalori sesuai dengan kelompok usia	Tekstur/ konsistensi sesuai dengan kelompok usia	Frekuensi sesuai dengan kelompok usia dan Tambahkan 1-2 kali makan ekstra 1-2 kali selingan dapat diberikan.	Jumlah setiap kali makan sesuai dengan kelompok umur, dengan penambahan 1-2 gelas susu per hari @250 ml dan 2-3 kali cairan (air putih, kuah sayur, dll)

4. Penyiapan MP-ASI

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyiapan MP-ASI antara lain:

- a. Higiene dan sanitasi perlu diperhatikan terutama saat mengolah dan menyiapkan makanan anak, pastikan selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum menyiapkan dan mengolah MP-ASI serta memperhatikan kebersihan dapur dan alat-alat yang digunakan.
- b. Memilih bahan makanan yang mengandung karbohidrat seperti beras, biji-bijian, jagung, sagu, dan umbi-umbian. Protein hewani yang diperoleh dari telur, unggas, hati, ikan, daging sapi, susu dan produk

olahannya. Protein nabati seperti kacang kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah dan olahannya yaitu tempe dan tahu. Sumber lemak dari berbagai jenis minyak (minyak kelapa sawit, minyak bekatul, minyak wijen, dll), margarin, mentega, santan. Vitamin dan mineral dari buah dan sayuran terutama zat besi dan seng.

- c. Pemberian sejumlah minyak/lemak sebagai sumber energi yang efisien (menjadikan MP-ASI padat gizi tanpa menambahkan jumlah MP-ASI yang diberikan).
- d. Tekstur sesuai dengan usia dan mempertimbangkan kemampuan oromotor (pergerakan otot rongga mulut).
- e. Membatasi jumlah gula dan garam dengan jumlah sesuai usia.

5. Masalah dalam Pemberian MP-ASI

Dalam pemberian MP-ASI biasanya terdapat beberapa masalah seperti :

a. MP-ASI Dini

Dampak pemberian MP-ASI dini antara lain dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi seperti diare, *septikemia* dan *meningitis* karena MP-ASI yang diberikan tidak sebersih ASI atau mudah dicerna seperti ASI.

b. Asupan zat gizi rendah

Jika MP-ASI yang diberikan encer dengan alasan agar mudah memakannya (kecuali saat pengenalan pertama).

c. Sulit mencerna makanan

WHO menganjurkan agar MP-ASI diberikan mulai usia 6 bulan karena jika diberikan secara dini sistem saluran cerna dan fungsi ginjal belum siap untuk menerima makanan selain ASI. Apabila karena sesuatu hal bayi tidak mendapatkan ASI, susu sebagai penggantinya, harus diformulasi khusus sesuai dengan aturan.

d. MP-ASI Terlambat

MP-ASI yang diberikan terlambat yaitu setelah usia 6 bulan. Dampak MP-ASI terlambat antara lain kebutuhan gizi makro dan mikro anak tidak tercukupi sehingga berisiko mengalami gangguan pertumbuhan, anemia, dll, kehilangan kesempatan memberikan stimulasi otot rongga mulut, lidah, yang berhubungan dengan keterampilan makan, meningkatkan risiko terjadinya alergi makanan, risiko mengalami masalah makan di kemudian hari.

e. Pemberian MP-ASI tidak sesuai

MP-ASI yang tidak sesuai dengan rekomendasi seperti bentuk makanan (tekstur/konsistensi), jumlah, frekuensi, variasi tidak sesuai dengan usia anak juga dapat menjadi masalah bagi anak.

f. Kurang Nafsu Makan

Kurang nafsu makan dapat terjadi karena anak sakit, makanan kurang menarik/kurang bervariasi, terlalu banyak minum susu.

g. Gerakan Tutup Mulut (GTM)

Gerakan tutup mulut dapat terjadi bila bayi/anak merasa kurang sehat/kurang nyaman. Untuk itu dapat disiasati dengan memberikan makanan yang lebih bervariasi/menarik dan tidak monoton disetiap harinya.

h. Anak Pilih-pilih Makanan

Pilih-pilih makanan tertentu sering terjadi karena pada periode emas pengenalan makanan (6-8 bulan), anak tidak diperkenalkan makanan yang bervariasi baik jenis, rasa, tekstur dan macam pengolahannya. Menunda memperkenalkan makanan tertentu juga membuat anak tidak menyukai makanan yang tidak biasa atau jarang dikonsumsi.

i. Adanya mitos dan kebiasaan di masyarakat yang menghambat pemberian MP ASI,

E. Tinjauan Umum *Self Efficacy*

1. Definisi *Self Efficacy*

Self efficacy didefinisikan sebagai keyakinan seseorang mengacu pada kemampuan untuk mengatur dan melaksanakan tindakan tertentu yang diperlukan untuk menghasilkan pencapaian tertentu atau menyelesaikan suatu tugas (Bandura, 1977, 1997, 2006).

Self efficacy mempengaruhi tindakan yang akan dipilih oleh seseorang, tujuan dan komitmen yang mereka tetapkan untuk diri sendiri, seberapa banyak upaya yang mereka lakukan, hasil yang diharapkan, usaha

mereka untuk menghasilkan, seberapa lama mereka akan bertahan dalam menghadapi rintangan, bagaimana menghadapi dan bertahan dalam menghadapi tuntutan lingkungan yang berat dan seberapa tinggi tingkat pemenuhan yang dipilih orang untuk diwujudkan (Bandura, 1997).

Seseorang yang memiliki *sense of efficacy* akan memiliki ketekunan yang semakin dan semakin tinggi sehingga sesuatu atau apa yang dilakukan dapat dicapai dengan sukses (Bandura, 2006). Menurut Victora et al.,(2016) individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan lebih bisa mengatasi suatu permasalahan atau hambatan dibandingkan dengan individu yang memiliki efikasi diri yang rendah.

2. Sumber *Self Efficacy*

Sumber-sumber efikasi diri dapat dikatakan juga sebagai sarana untuk membentuk efikasi diri seseorang (Astuti & Gunawan, 2016). Menurut Bandura (1997) keyakinan seseorang dipengaruhi oleh empat sumber yaitu :

a. Pengalaman

Pengalaman yang dimaksudkan adalah pengalaman langsung dan pencapaian prestasi di masa lalu. Pengalaman yang kuat memberikan bukti mengenai kapasitas seseorang dan dapat menjadi motivasi dalam perubahan pribadi (Bandura, 2006). Bandura menekankan bahwa pengalaman ini adalah sumber informasi efikasi

diri yang paling kuat dan berpengaruh (Bandura 1986 dalam Astuti and Gunawan, 2016).

b. Pengalaman individu lain

Sumber efikasi juga dipengaruhi oleh pengalaman orang lain dengan cara melihat apa yang telah dicapai orang lain (Bandura, 1997). Disebut juga sebagai pengalaman pengganti yang disediakan sebagai contoh sosial melalui pengamatan terhadap perilaku dan pengalaman orang lain sebagai proses belajar individu

c. Persuasi Sosial/Verbal

Merupakan sumber informasi ini yang didapatkan dari lingkungan sekitar dan dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Dengan persuasi verbal, individu mendapat sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Biasanya sumber ini digunakan untuk meningkatkan keyakinan seseorang mengenai potensi yang dimilikinya untuk berusaha dan berjuang mencapai tujuan dan keberhasilan (Bandura, 1997)

d. Fisiologis

Keadaan dimana situasi fisiologis dan psikososial yang dapat menekan kondisi emosional sehingga mempengaruhi keyakinan dalam diri seseorang, terlebih dalam melakukan keputusan. Respon fisiologis dapat berupa kecemasan, stress, dan kelelahan.

Seseorang yang memiliki keempat sumber efikasi diri tersebut cenderung memiliki efikasi diri yang tinggi, dan keyakinan pada kemampuannya tersebut. Sehingga seseorang mampu mengambil keputusan untuk dirinya. Oleh karena itu, pengalaman negatif dari empat sumber efikasi diri ini juga dapat menyebabkan rendahnya efikasi diri seseorang (Astuti & Gunawan, 2016).

3. Dimensi *Self Efficacy*

Secara umum, self-efficacy ditentukan oleh 3 dimensi atau aspek (Bandura, 1997;2006). Aspek tersebut antara lain :

a. *Generality*

Generality berhubungan dengan cakupan bidang atau perilaku. Pengalaman dalam menyelesaikan suatu pekerjaan menimbulkan penguasaan terhadap pekerjaan tersebut dan meningkatkan keyakinan akan pengharapan dapat menyelesaikan hal-hal yang mirip atau yang lebih luas lagi (Putri, F.A.R. & Fakhruddiana, 2018).

b. *Strength*

Strength merupakan tingkat kepercayaan diri seseorang yang dapat diwujudkan dalam perilaku untuk meraih performa tertentu. Aspek ini mengacu pada besarnya keyakinan individu terhadap apa yang dibuatnya. Subjek memiliki keyakinan pada apa yang akan dicapai sehingga melakukan berbagai cara dengan maksimal (Putri, F.A.R. & Fakhruddiana, 2018).

c. Level

Level adalah tingkat rasa keyakinan seseorang terhadap apa yang dilakukan atau tindakan yang diperbuat. Dalam hal ini subjek merasa yakin bahwa apa yang dilakukan bisa berhasil sekalipun memiliki kelemahan namun subjek tetap optimis mampu menangani kesulitan yang dihadapi tersebut (Putri,F.A.R. & Fakhruddiana, 2018).

4. Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Dua faktor yang secara umum mempengaruhi efikasi diri yaitu faktor yang membuat yakin dan faktor yang menyulitkan sehingga didapatkan delapan aspek yang berkaitan diantaranya dukungan sosial, motivasi, tersedianya sarana dan prasarana, kesehatan fisik, kompetensi, niat, disiplin dan bertanggung jawab serta rasa syukur kepada Tuhan (Efendi, 2013).

5. *Self Efficacy* dalam Pemberian Makan

Efikasi diri merupakan faktor penting pembentuk perilaku ibu dalam mendukung nutrisi anak. Efikasi diri yang baik akan menunjang terbentuknya perilaku ibu. Kemampuan yang dimiliki seseorang dapat menunjang tingginya efikasi diri, begitupun sebaliknya bagi seseorang yang berpikir kemampuannya rendah, maka kemungkinan efikasi dirinya lebih rendah (Aulia et al., 2021). Kepercayaan diri yang baik ini kemudian berdampak pada praktik pemberian MP-ASI (Hendriyani, 2020).

Penyebab utama masalah gizi pada balita adalah kurangnya asupan makanan bergizi baik secara kualitas maupun kuantitas. Adanya infeksi yang menyertainya dan berulang seringkali menjadi penyebab signifikan masalah gizi dan kesehatan balita. Selain itu penyebab tidak langsung, faktor yang bukan penyebab utama namun dapat berpengaruh adalah efikasi diri ibu dalam pemberian makan balita dan perilaku ibu dalam pola asuh makan balita (Kartika, 2011 dalam Solikhah *et al.*, 2021).

Complementary feeding self-efficacy adalah satu istilah yang dibuat dengan mengkaji teori-teori yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI. Didefinisi sebagai keyakinan dan kepercayaan ibu dalam melakukan kegiatan pemberian MP-ASI (Hendriyani, 2020). Efikasi diri dalam pemberian makan meliputi efikasi diri dalam pemberian makanan sehat dan keragaman makanan, jumlah makanan yang diberikan, isyarat makan, makanan sesuai perkembangan anak serta efikasi umum untuk memberi makan anak (Solikhah & Ardiani, 2019).

Hasil penelitian Solikhah dan Ardiani (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan efikasi diri ibu dalam pemberian makan dengan status gizi balita dimana *p value* 0.031, α :0.05 kemudian pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa responden yang memiliki efikasi diri yang kurang berisiko 0,091 kali memiliki balita dengan status gizi yang tidak normal dibandingkan dengan responden yang memiliki efikasi diri yang baik.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Posyandu Depok Sleman Yogyakarta juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara *self*

efficacy orang tua dengan perilaku pemberian makan pada anak usia 1-3 tahun dengan nilai *p value* 0.001. Dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa perilaku pemberian makan yang baik pada anak usia 1-3 tahun ditemukan pada orang tua yang memiliki efikasi diri yang baik (Ernawati dkk, 2016).

Pada tingkat individu praktik pemberian makan yang buruk di Indonesia berkaitan dengan kurangnya pengetahuan ibu/pengasuh dan kepercayaan serta adanya anggapan yang salah mengenai praktek pemberian makan yang baik untuk anak (Blaney *et al*, 2015).

Hasil penelitian lainnya menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada orang tua balita mempengaruhi efikasi diri ibu dalam pemberian makan dan perilaku ibu dalam pemberian makan anak (Hajri, 2016 dalam Solikhah and Rohmatika, 2021). Pengetahuan berkontribusi pada keterampilan dan kepercayaan diri ibu (*self efficacy*) dalam menyiapkan makanan yang cukup dan higienis. Salah satu faktor tumbuhnya keyakinan dalam diri yaitu dengan adanya motivasi yang baik dari pengetahuan itu sendiri. Ibu yang memiliki pengetahuan baik akan berpengaruh terhadap peningkatan efikasi diri ibu yang baik (Fatimah, 2021). Pengetahuan tersebut nantinya memberi pengaruh pada efikasi diri ibu dalam melakukan perawatan, pemberian nutrisi, pencegahan infeksi pada anak (Mulyana, 2015 dalam (Fatimah, 2021).

Faktor lain yang berhubungan dengan efikasi diri ibu dalam pemberian makan yaitu pendidikan, pengaruh pekerjaan, pengalaman

individu dan pengalaman menerima informasi (Fatimah, 2021). Pendidikan yang tinggi membantu orang tua untuk memiliki *self-efficacy* yang baik terkait inisiatif untuk mempelajari dan mencari informasi tentang pola makan sehat untuk anak, kegigihan orang tua untuk melawan masalah makan pada anak, serta upaya perilaku pemberian makanan orang tua yang sehat dan aman (Ernawati dkk, 2016). Pada faktor pengalaman menerima informasi akan sangat membantu ibu dalam melakukan perawatan kepada anak. Informasi yang diterima oleh ibu akan membantu ibu dalam memberikan makan pada anak (Dewi & Aminah, 2016).

F. Tabel Sintesa

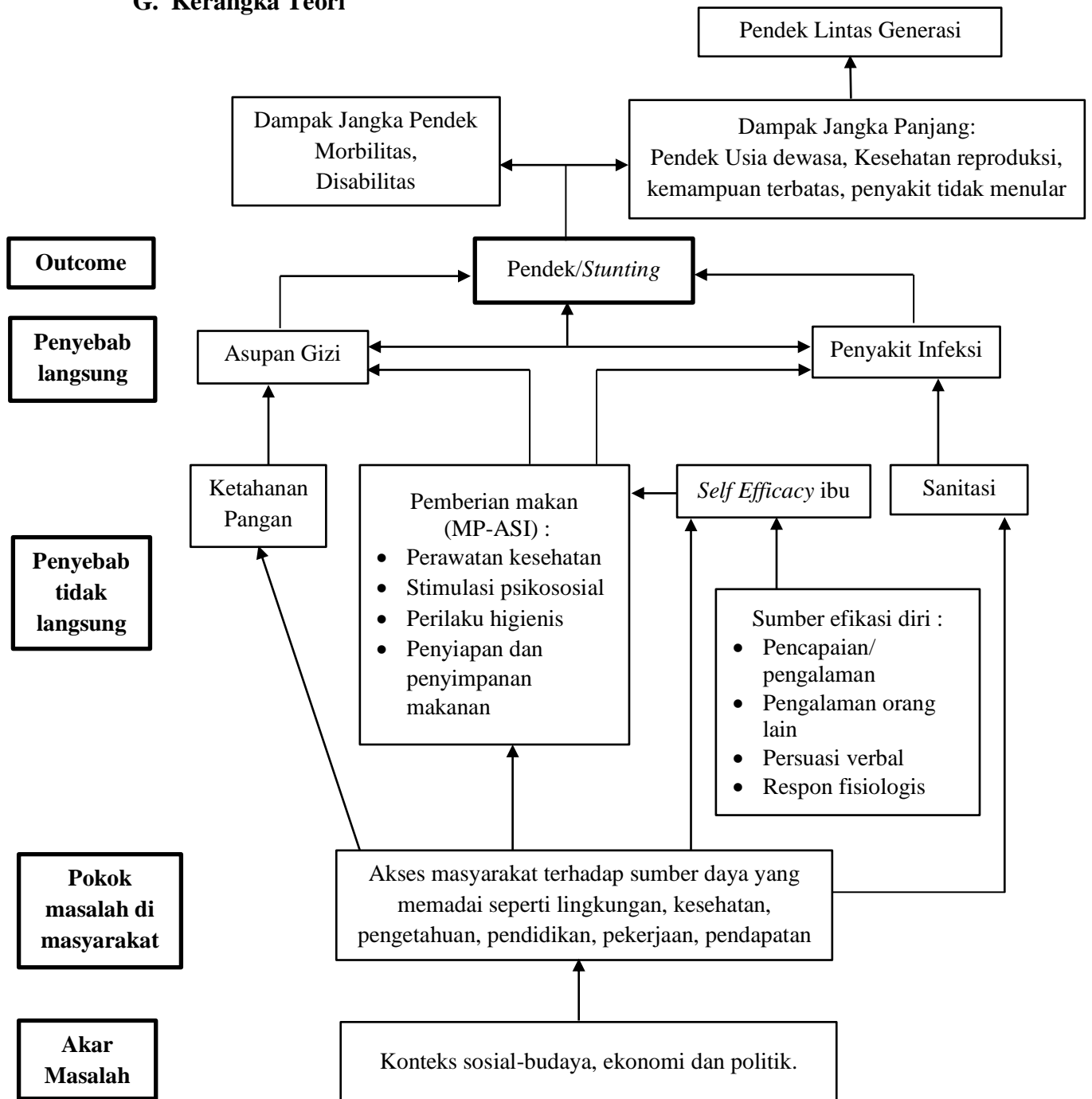
Tabel 2.3 Tabel Sintesa

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian	Karakteristik Variabel			Hasil Penelitian
				Variabel	Jenis Penelitian	Sampel	
1.	Aulia, Dian Ika Puspitasari, Nailiy Huzaimah, Yulia Wardita, Aldi Prawira Sandi (2021)	<i>Stunting</i> dan Faktor Ibu (pendidikan, pengetahuan gizi, pola asuh, dan self efikasi)	Wilayah kerja Puskesmas Dungkek	Variabel independent : Pendidikan, pengetahuan, pola asuh, efikasi diri ibu Variabel dependen : <i>Stunting</i>	analitik korelasional dengan metode <i>Cross sectional</i>	Penelitian ini melibatkan 40 subjek penelitian yang didapatkan melalui teknik <i>simple random sampling</i>	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara pendidikan ($p=0,001$), pengetahuan gizi ($p=0,033$), dan efikasi diri ibu ($p=0,013$) dengan kejadian <i>Stunting</i>

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian	Karakteristik Variabel			Hasil Penelitian
				Variabel	Jenis Penelitian	Sampel	
2.	Maula Mar'atus Solikhah, Nurul Devi Ardiani (2019)	Hubungan Efikasi Diri Pemberian Makan Oleh Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Posyandu Perumahan Samirukun Plesungan Karanganyar	Posyandu balita Perumahan Samirukun Plesungan Karanganyar	Variabel independent : Efikasi diri ibu dalam pemberian makan Variabel dependen : Status gizi	Studi kuantitatif dengan desain penelitian <i>Cross sectional</i>	Penelitian ini melibatkan 47 orang tua balita yang didapatkan dengan menggunakan metode <i>total sampling</i>	Ada hubungan efikasi diri ibu dalam pemberian makan dengan status gizi balita (p value 0.031, α : 0.05). Berdasarkan nilai OR, responden yang memiliki efikasi diri yang kurang berisiko 0,091 kali memiliki status gizi balita yang tidak normal dibandingkan dengan responden yang memiliki efikasi diri yang baik (CI 95%; OR: 0,010-0,801)
3.	Wahyu Dwi Fatimah, Wenny Artanty Nisman, Lely Lusmilasari (2021)	Hubungan Antara Pengetahuan Dan Efikasi Diri Ibu Tentang Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 6-24	Wilayah kerja Puskesmas Kalibawang, Kabupaten Kulonprogo	Variabel independent : Pengetahuan Variabel dependen : Efikasi diri tentang <i>stunting</i>	Observasional analitik dengan desain <i>Cross sectional</i>	Sampel yang dilibatkan dalam penelitian yaitu 105 responden. Menggunakan pendekatan <i>purposive sampling</i>	Terdapat hubungan pengetahuan ibu tentang <i>stunting</i> dengan efikasi diri ibu terhadap pencegahan <i>stunting</i> .

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian	Karakteristik Variabel			Hasil Penelitian
				Variabel	Jenis Penelitian	Sampel	
		Bulan				dalam penentuan responden	$p = 0.000 (< 0,05)$ Efikasi diri dipengaruhi oleh variabel luar seperti pendidikan, pekerjaan, pengalaman menerima informasi.
4.	Maula Mar'atus Solikhah, Lita Heni Kusumawardani, Nurul Devi Ardiani, Annisa Cindy Nurul Afni, Atiek Murharyati, Siti Nurjanah Erinda Nur Pratiwi (2021)	<i>Effect of Nutritional Literacy on Mother's Self Efficacy in Child Feeding (Effect of Nutritional Literacy on Mother's)</i>	Jawa Tengah	Variabel independent : Literasi Gizi Variabel dependen : Efikasi diri ibu dalam pemberian makan	Desain kuasi-eksperimental dengan metode <i>pre-post-test</i> tanpa kelompok control	Penelitian melibatkan 30 orang ibu dengan teknik pengambilan sampel yaitu <i>purposive sampling</i> dengan kriteria tertentu	Ada pengaruh literasi gizi terhadap efikasi diri ibu dalam pemberian makan balita, dengan hasil $p=0,000 (p<0,05)$.
5.	Wut Yee Phyo, Ohn Khin Khin, Min Htike Aung (2021)	<i>Mothers' Nutritional Knowledge, Self-efficacy, and Practice of Meal Preparation for School-age Children in Yangon, Myanmar</i>	Yangon, Myanmar	Variabel independent : Pengetahuan gizi, efikasi diri ibu dan praktek persiapan makanan Variabel dependen : Status gizi anak	Studi analitik <i>cross-sectional</i>	Penelitian dilakukan pada 367 pasangan ibu-anak usia 6-10 tahun dengan teknik pengambilan sampel yaitu <i>systematic random sampling</i>	Terdapat hubungan positif yang antara efikasi diri dan praktik persiapan makan ibu ($p < 0,001$). Efikasi diri ibu memiliki berhubungan signifikan dengan TB/U ($p=0,023$) dan BB/U ($p=0,005$).

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Kerangka teori dimodifikasi dari UNICEF (2013), Engle & Menon (1999),

Bandura (1977)

Kerangka teori ini dimodifikasi dari beberapa gabungan teori. Kerangka utama teori ini menyajikan model adaptasi dari UNICEF yaitu teori determinan gizi buruk anak dari UNICEF tahun 2013. Menurut teori UNICEF 2013 ini terdapat akar masalah dan tiga faktor terjadinya stunting. Akar masalah yang terjadi disuatu negara yaitu konteks social-budaya, ekonomi dan politik, modal finansial, manusia dll, kemudian hal ini menyebabkan timbulnya faktor masalah dimasyarakat seperti akses masyarakat terhadap sumber daya yang memadai seperti tanah, kesehatan, pengetahuan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengalaman dan teknologi kemudian menimbulkan faktor masalah tidak langsung terjadinya *stunting* yaitu ketahanan pangan, praktik pemberian MP-ASI, dan sanitasi.

Dalam kerangka teori ini terdapat tambahan faktor tidak langsung yaitu *self efficacy* ibu yang merupakan keyakinan ibu dalam mengambil tindakan Bandura (1977) hal ini akan mempengaruhi perilaku apa yang akan diambil ibu sebagai pengasuh dalam melakukan praktik pemberian MP-ASI dalam bentuk keyakinan dalam perawatan kesehatan, stimulasi psikososial, perilaku higienis dan penyiapan serta penyimpanan makanan (Engle & Menon 1999).

Selanjutnya, penyebab tidak langsung ini akan mempengaruhi faktor penyebab langsung yang terbagi dua yaitu asupan gizi dan infeksi, hal ini juga saling mempengaruhi dimana ketika anak mengalami penyakit infeksi akan mempengaruhi asupan gizi anak, sebaliknya jika asupan anak tidak memadai atau tidak adekuat membuat anak mudah terkena penyakit infeksi. Jika kedua hal ini

terjadi dalam jangka waktu yang panjang, maka akan menyebabkan terjadinya *stunting* pada balita dan berdampak pada jangka panjang dan jangka pendek.