

SKRIPSI

UPAYA PERUBAHAN PERILAKU DALAM PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)*

PENELITIAN *QUASY EKSPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

PUTRI RAHMA ZURIZA

NIM : 010810019 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar di berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 6 Juni 2012

Yang Menyatakan,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Putri Rahma Zuriza', written over a horizontal line.

PUTRI RAHMA ZURIZA
NIM.010810019B

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

**UPAYA PERUBAHAN PERILAKU DALAM PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN
DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

Oleh:

Nama : PUTRI RAHMA ZURIZA

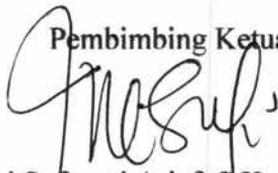
NIM : 010810019B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 6 JUNI 2012

Oleh

Pembimbing Ketua



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes

NIP. 197806062001122001

Pembimbing



Praba Diyan, S.Kep., Ns

NIK. 139101034

Mengetahui

a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep

NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**UPAYA PERUBAHAN PERILAKU DALAM PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI DINI MELALUI PENDIDIKAN
KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION*
(FGD)**

Oleh:

Nama : PUTRI RAHMA ZURIZA

NIM : 010810019B

Telah diuji

Pada tanggal 20 JUNI 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An ()

NIK. 139040680

Anggota : 1. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes ()

NIP. 197806062001122001

2. Praba Diyan, S.Kep., Ns ()

NIK. 139101034

Mengetahui

a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep

NIP. 197904242006042002

MOTTO

Saya persembahkan skripsi ini untuk kedua orang tua saya yang telah memberikan pengorbanan, cinta dan semangat untuk mencapai kehidupan yang lebih baik

Hidup adalah proses, berusaha sebaiknya untuk mendapatkan yang terbaik, agar semuanya indah pada waktunya

Ketika kehidupan tidak kamu jalani dengan penuh kesungguhan, maka kamu akan menjalaninya dengan penuh kelemahan

Jangan habiskan waktumu untuk mencemaskan apa yang dilakukan orang lain. Fokuskan dirimu pada apa yang kamu lakukan. Berikan yang terbaik

3 pelajaran sederhana yang beberapa orang perlu pelajari: Berpikir sebelum bicara. Akui kesalahan sendiri. Ucapkan "MAAF"

Selalu jujur, karena kebebasan adalah milik mereka yang jujur. Orang yang berbohong tak bisa bebas karena mereka terperangkap oleh kebohongannya sendiri

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“UPAYA PERUBAHAN PERILAKU DALAM PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes dan Ibu Praba Diyan, S.Kep., Ns selaku dosen pembimbing dalam penelitian ini, yang telah meluangkan waktu dan pemikiran dalam memberikan bimbingan, pengarahan, dan motivasi yang begitu berarti selama penelitian ini.
4. Ibu Kristiawati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.An selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ilya Krisnana, S.Kep., Ns selaku penguji proposal penelitian yang telah memberikan saran dan masukan pada peneliti.
6. Bapak dan ibu dosen pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberi banyak ilmu dan pemahaman untuk menjadi perawat profesional.

7. Dr. Purwasis selaku Kepala Puskesmas Saradan yang telah memberikan ijin dan fasilitas melakukan penelitian dan memberikan saran, masukan dan nasihat yang positif dalam penyelesaian penelitian ini.
8. Bapak Kepala Desa Bandungan, Bapak dan ibu Kepala Dusun Pare Desa Bandungan serta Ibu Sri Untari, Amd.Keb yang telah memberikan ijin, fasilitas dan bantuan selama penelitian sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
9. Seluruh staf di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan demi kelancaran penyelesaian penelitian ini.
10. Orang tua (Bapak Suharto dan ibu Sufatmawati) serta adik Afrenza yang peneliti sayangi, terima kasih atas pengorbanan, dukungan dan motivasi selama penelitian sehingga peneliti mampu menyelesaikan penelitian ini.
11. Bulik Sus dan suami yang telah mengantarkan peneliti dalam perizinan penelitian.
12. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia merelakan waktu selama penelitian ini.
13. Teman-teman A8 atas dukungan dan pengalaman yang telah diberikan sehingga peneliti mampu terus berusaha bersama melalui proses pembelajaran menjadi perawat profesional.
14. *Soulmateku* Sartikasari Ningtyas terima kasih banyak atas tempat keluh kesah dan dukungan serta motivasi terhadap peneliti selama berada di Fakultas Keperawatan ini, *you are the best my friend*.
15. Pak Hendik, Pak Udin dan Bu Nur atas fasilitas, nasihat dan bantuan selama penyelesaian skripsi.
16. Teman-teman seperjuangan bimbingan (Vita, Almira, Nila, Nunuk, Kikek dan Weni) atas kebersamaan selama proses penyelesaian penelitian ini.
17. Teman KKN-BBM 45 Desa Kasiman Bojonegoro tahun 2012 (Eden, Mas Dean, Ahlam, Zizah, Dhimas, Dino, Asna, Ratri, Nessia, Lucky, Burhan, Andy, mbak Ida, Achi, Pepeng, Ncun dan Farid) atas semangat, kekeluargaan dan kebersamaan kita selama ini.

18. Teman-teman SPASI (XI dan XII IPA 1 SMA Negeri 2 NGANJUK lulusan tahun 2008) (Juli, Pandu, Riza, Alipi, Rusdian, Ervin, Windi, Nisa, Lilin, Daniel, Ilham, Riski, Henry, Bondan, Yulio, Achi, Tom-tom dan lain-lain) atas kebersamaan dan semangat dalam meraih keberhasilan
19. Teman-teman kos (Nuril, Sok Imatul, Erlita, Diana, dan Anita) dan Alumni mbak-mbak kos (Mbak Yeye, Mbak Lina, Mbak Lia dan Mbak Wiwid) Kedung Sroko gang 7 no. 36 yang selalu mendengarkan suka duka peneliti dan dukungan serta motivasi kepada peneliti selama proses penelitian.
20. Evita, S.Kep., atas bantuan, ilmu dan motivasi yang telah diberikan selama proses penyelesaian penelitian ini.
21. Mey Siska, Maya Rosalina, dan Asih Telo terima kasih atas persahabatan bersama peneliti selama ini.
22. Teman-teman PMR PAMARA WIDYA TIRTA SMA Negeri 2 Nganjuk (Dian, Andi, Anggi, Ari, Sheila, Puri, Ragil, Riffe, Marlia, Indri) terima kasih atas rasa kesaudaraan kita selama ini.
23. Muchammad Ervan Efendi S.Kep., Ns yang telah membantu peneliti menghadapi keterpurukan, mengajarkan peneliti arti sebuah kedewasaan, arti sebuah kejujuran dan motivasi semangat yang diberikan sungguh sangat berharga, I luph u.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, tetapi kami berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Juni 2012

Putri Rahma Zuriza

ABSTRACT**THE EFFORT OF BEHAVIOR CHANGE IN PROVISION OF
BREASTFEEDING SUPPLEMENTARY FOOD EARLY BY HEALTH
EDUCATION WITH FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)****Quasy Experimental Study at Bandungan village, Saradan district,
Madiun Regency****By: PUTRI RAHMA ZURIZA**

The difficult problem in our society are provision of breastfeeding supplementary food early and interview result with ten mothers who have early infant showed 8 mothers (80%) gave breastfeeding supplementary food equally to infant 1-2 months in Bandungan village. This problem caused by the less of information and mother's knowledge. This study aimed to analyzed the influence of focus group discussion to mother's behavior change in provision of breastfeeding supplementary food early. This study used quasy experimental design. Total sample was 20 respondents. Data were analyzed by wilcoxon signed rank test dan mann whitney test with significance level of $p \leq 0,05$. Result used wilcoxon signed rank test showed that significance value of mother's knowledge in intervention group $p=0,005$ and control group $p=0,595$, mother' attitude in intervention group $p=0,005$ and control group $p=0,120$. While significance value of mother's practice in intervention group $p=0,004$ and control group $p=1,000$. Result of mann whitney test showed $p=0,000$ in knowledge, $p=0,027$ in attitude and $p=0,001$ in practice. The conclusion of this study is there was significant influence of health education with focus group discussion to Mother's behavior change in provision of breastfeeding supplementary food early. Further studies should involve public health center and government to obtain more accurate results.

Keyword: health education, focus group discussion, knowledge, attitude, behavior, breastfeeding supplementary food

ABSTRAK

**UPAYA PERUBAHAN PERILAKU DALAM PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN
KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

**Penelitian Quasy Experimental di Desa Bandungan, Kecamatan Saradan,
Kabupaten Madiun**

By: PUTRI RAHMA ZURIZA

Problem yang sulit pada masyarakat kita adalah pemberian makanan pendamping ASI dini dan hasil wawancara dengan 10 orang ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan menunjukkan 8 orang (80%) telah memberikan makanan pendamping ASI rata-rata pada bayi usia 1-2 bulan di Desa Bandungan. Informasi yang tidak adekuat dan pengetahuan ibu yang kurang menyebabkan persepsi yang salah sehingga ibu memberikan makanan pendamping ASI dini. Tujuan dari penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini. Metode penelitian menggunakan *quasy experimental*. Sampel berjumlah 22 responden. Data dianalisa dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* dan *mann whitney test* dengan tingkat signifikan $p \leq 0,05$. Hasil penelitian menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* didapatkan nilai signifikansi pengetahuan ibu pada kelompok perlakuan $p=0,005$ dan kelompok kontrol $p=0,595$, sikap ibu pada kelompok perlakuan $p=0,005$ dan kelompok kontrol $p=0,120$ sedangkan nilai signifikansi tindakan ibu pada kelompok perlakuan $p=0,004$ dan kelompok kontrol $p=1,000$. Hasil dari uji *mann whitney test* didapatkan $p=0,000$ pada pengetahuan, $p=0,027$ pada sikap dan $p=0,001$ pada tindakan. Kesimpulan penelitian bahwa ada pengaruh signifikan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini. Penelitian ini sebaiknya melibatkan Puskesmas dan Pemerintah untuk mendapatkan hasil yang lebih maksimal.

Keyword: pendidikan kesehatan, *focus group discussion*, pengetahuan, sikap, tindakan, makanan pendamping ASI

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan umum.....	7
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5 Manfaat penelitian.....	9
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	9
1.5.2 Manfaat Praktis.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep ASI Eksklusif.....	10
2.1.1 Pengertian ASI Eksklusif.....	10
2.1.2 Komposisi ASI.....	10
2.1.3 Manfaat Pemberian ASI Eksklusif.....	13
2.1.4 ASI dan Ibu Bekerja.....	15
2.1.5 Jangka Waktu Pemberian ASI Eksklusif.....	16
2.1.6 Keunggulan ASI.....	16
2.1.7 Mitos-Mitos tentang ASI.....	19
2.2 Konsep MPASI.....	22
2.2.1 Pengertian MPASI.....	22
2.2.2 Tujuan Pemberian Makanan Pendamping ASI.....	23
2.2.3 Syarat Pemberian Makanan Pendamping ASI.....	24
2.2.4 Jenis Makanan Pendamping ASI dan waktu pemberiannya....	25
2.2.5 Beberapa Permasalahan dalam Pemberian Makanan Bayi atau Anak Umur 0-24 bulan.....	28
2.2.6 Waktu yang Tepat dalam Pemberian MPASI.....	30
2.2.7 Alasan Penundaan Pemberian MPASI.....	31
2.2.8 Bahaya Pemberian MPASI Terlalu Dini.....	33
2.2.9 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian MPASI dini	

pada Bayi	34
2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan	39
2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan	39
2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	39
2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan	40
2.3.4 Strategi Pendidikan Kesehatan	41
2.3.5 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	43
2.3.6 Metode Pendidikan Kesehatan	44
2.3.7 Media Pendidikan Kesehatan	48
2.3.8 Intensitas Media Pendidikan	49
2.3.9 Manfaat Media Pendidikan	49
2.3.10 Macam-Macam Media Pendidikan	50
2.3.11 Media Pendidikan berdasarkan Fungsi	50
2.3.12 Sasaran yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	52
2.3.13 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Media Pendidikan Kesehatan	53
2.3.14 Kerangka Konsep Proses Pendidikan Kesehatan	54
2.3.15 Proses Belajar di dalam Pendidikan Kesehatan	56
2.4 Konsep <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	59
2.4.1 Jenis-jenis FGD	60
2.4.2 Tujuan FGD	60
2.4.3 Keunggulan FGD	61
2.4.4 Prinsip-prinsip FGD	61
2.4.5 Hal-hal yang dilakukan ketika FGD	62
2.4.6 Langkah-langkah FGD	63
2.4.7 Media FGD	63
2.4.8 Jumlah Peserta dan Durasi Waktu Pelaksanaan FGD	64
2.5 Konsep Perilaku	64
2.5.1 Pengertian Perilaku	64
2.5.2 Teori Determinan Perilaku	65
2.5.3 Teori-Teori Perubahan Perilaku	66
2.5.4 Jenis Perilaku	68
2.5.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku	69
2.5.6 Domain Perilaku	72
2.5.7 Proses Adopsi Perilaku	79
2.5.8 Bentuk-Bentuk Perilaku	80
2.5.9 Strategi Perubahan Perilaku	81
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	82
3.1 Kerangka Konseptual	82
3.2 Hipotesis Penelitian	85
BAB 4 METODE PENELITIAN	86
4.1 Rancangan Penelitian	86
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	87
4.2.1 Populasi	87
4.2.2 Sampel	87
4.2.3 Sampling	88

4.3 Variabel Penelitian	88
4.3.1 Variabel Independen (Bebas)	88
4.3.2 Variabel Dependen (Tergantung)	89
4.4 Definisi Operasional	90
4.5 Kerangka Operasional	93
4.6 Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data	94
4.6.1 Instrumen Penelitian	94
4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	95
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data	95
4.6.4 Analisa Data	98
4.7 Etik Penelitian	103
4.7.1 Surat Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	103
4.7.2 <i>Anonimity</i>	104
4.7.3 <i>Confidentiality</i>	104
4.8 Keterbatasan	104
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	105
5.1 Hasil Penelitian	105
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	105
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden	106
5.1.3 Variabel yang Diukur	112
5.2 Pembahasan	122
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	141
6.1 Simpulan	141
6.2 Saran	142
DAFTAR PUSTAKA	143
LAMPIRAN	148

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perbandingan antimikroba ASI dan Susu Sapi	19
Tabel 2.2 Daftar Pemberian Makanan pada Bayi	28
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian	86
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	90
Tabel 5.1 Data hasil tingkat pengetahuan dan uji statistik	115
Tabel 5.2 Data hasil sikap dan uji statistik.....	117
Tabel 5.3 Data hasil tindakan dan uji statistik	119
Tabel 5.4 Perilaku ibu sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD	121

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Masalah	6
Gambar 2.1 Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan	54
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	82
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	93
Gambar 5.1 Distribusi bayi berdasarkan usia	107
Gambar 5.2 Distribusi bayi berdasarkan urutan anak keberapa.....	107
Gambar 5.3 Distribusi bayi berdasarkan jenis kelamin	108
Gambar 5.4 Distribusi ibu berdasarkan usia	109
Gambar 5.5 Distribusi ibu berdasarkan pendidikan	109
Gambar 5.6 Distribusi ibu berdasarkan paparan informasi tentang MPASI..	110
Gambar 5.7 Distribusi ibu berdasarkan pekerjaan	110
Gambar 5.8 Distribusi ibu berdasarkan pendapatan perbulan	111
Gambar 5.9 Distribusi ibu berdasarkan agama	111
Gambar 5.10 Perbandingan tingkat pengetahuan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	112
Gambar 5.11 Perbandingan sikap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	113
Gambar 5.12 Perbandingan tindakan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	114

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian	148
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	151
Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian	154
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian (<i>Informed Consent</i>)	155
Lampiran 5 Lembar Kuesioner.....	156
Lampiran 6 Lembar Monitoring Tindakan	162
Lampiran 7 Satuan Acara Kegiatan.....	166
Lampiran 8 Modul	172
Lampiran 9 Leaflet	173
Lampiran 10 Hasil Tabulasi Data	174
Lampiran 11 Hasil Uji Statistik	189
Lampiran 12 Daftar Hadir Peserta FGD	207
Lampiran 13 Dokumentasi	209
Lampiran 14 Hasil Notulensi	213

DAFTAR SINGKATAN

AA	= <i>Arachnoid Acid</i>
ASI	= Air Susu Ibu
BAB	= Buang Air Besar
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DHA	= <i>Decosahexanoic Acid</i> (DHA)
DKT	= Diskusi Kelompok Terfokus
FGD	= <i>Focus Group Discussion</i>
IgA	= Immunoglobulin A
IQ	= <i>Intelligence Quotient</i>
MAL	= Metode Amenorea Laktasi
MPASI	= Makanan Pendamping ASI
PASI	= Penganti Air Susu Ibu
SAK	= Satuan Acara Kegiatan
SDKI	= Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
Susenas	= Survei Sosial Ekonomi Nasional
WHO	= <i>World Health Organization</i>
UNICEF	= <i>United Nation Childs International Emergency Fund</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

ASI adalah makanan tunggal terbaik yang bisa memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi normal untuk tumbuh kembang di bulan-bulan pertama kehidupan balita (Soraya 2005). ASI eksklusif selama enam bulan bisa menjaga bayi dari infeksi sistem pencernaan (*Health Canada* 2007). ASI eksklusif selama enam bulan, yaitu bayi hanya diberikan ASI saja tanpa suplemen tambahan ataupun makanan tambahan (WHO 2007).

Makanan pendamping ASI yang terlalu dini pada masyarakat kita merupakan problem yang sulit dan pemberian MPASI tersebut pada usia dini adalah praktik yang disukai di masyarakat pedesaan. Di daerah pedesaan, pada umumnya ibu menyusui bayi mereka, namun hasil penelitian yang dilakukan Kasnodihardjo dalam *Jurnal Ekologi Kesehatan* (2005) menunjukkan bahwa terdapat kebiasaan yang kurang baik, seperti pemberian makanan tambahan yaitu pemberian makanan atau minuman untuk menggantikan ASI apabila ASI belum keluar pada hari-hari pertama setelah kelahiran. Jenis makanan tersebut antara lain air tajin, air kelapa, madu yang dapat membahayakan kesehatan bayi dan menyebabkan berkurangnya kesempatan untuk merangsang produksi ASI sedini mungkin melalui isapan bayi pada payudara ibu. Di samping itu, ibu-ibu tidak memanfaatkan kolostrom (ASI yang keluar pada hari-hari pertama) karena dianggap tidak baik untuk makanan bayi, susu basi, dan lain-lain. Selanjutnya

pemberian MPASI diberikan tidak tepat waktu (terlalu dini atau terlalu lambat) serta tidak mencukupi baik kualitas maupun kuantitasnya (Depkes 2005).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun didapatkan dari Bidan Desa bahwa jumlah ibu yang memiliki bayi yang berumur 0-6 bulan sebanyak 51 orang. Hasil wawancara dengan 10 orang ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan didapatkan 8 orang (80%) telah memberikan makanan pendamping ASI rata-rata pada bayi usia 1-2 bulan. Perilaku ibu yang memberikan makanan tambahan pada bayi usia 0-6 bulan sudah menjadi tradisi dan membudaya di Desa Bandungan. Ibu-ibu beranggapan bahwa bayi yang menangis dan rewel itu menandakan bayi lapar sehingga ibu harus memberikan MPASI pada bayi. Hal ini juga dikarenakan persepsi ibu yang salah apabila ibu hanya memberi ASI saja, bayi tidak akan mendapat ASI yang cukup dari ibu sehingga ibu harus memberikan makanan tambahan yang lain. Selama ini yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan Kader Posyandu di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun dalam upaya pemberian *health education* kepada masyarakat adalah pemberian informasi secara individual, dan informasi hanya diberikan jika masyarakat bertanya misalnya saat posyandu berlangsung. Sedangkan dalam posyandu belum terdapat program penyuluhan sehingga informasi yang diterima masyarakat kurang adekuat.

Focus group discussion dapat digunakan sebagai metode untuk pendidikan kesehatan karena metode ini lebih interaktif, partisipatif, mengajak masyarakat mendiskusikan topik tertentu dengan cara yang lebih mudah dipahami masyarakat dan lebih mudah mendapatkan hasil yang maksimal sehingga pendidikan

kesehatan dengan metode FGD diharapkan dapat mengubah pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari enam bulan dan lebih menguatkan pemahaman responden tentang ASI eksklusif serta bahaya MPASI terlalu dini. Namun pengaruh metode *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI dini belum dapat dijelaskan.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) (2004) menyatakan bahwa di Indonesia hanya (14%) bayi mendapat ASI Eksklusif sampai enam bulan, selanjutnya diberikan susu formula dan makanan tambahan pada bayi. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) (2002) menyatakan bahwa prosentase yang memberi makanan tambahan terlalu dini kepada bayi usia 2-3 bulan sebanyak (32%) dan bayi usia 4-5 bulan sebanyak (69%) di Indonesia. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) periode 1993-2003 menunjukkan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif sangat rendah. Sebanyak 86% bayi mendapatkan makanan berupa susu formula, makanan padat, atau campuran antara ASI dan susu formula (MenegPP 2009). Berdasarkan profil kesehatan Dinas Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2004, jumlah pencapaian target pemberian ASI eksklusif di Indonesia adalah kurang dari 2% dari jumlah total ibu melahirkan, dan di provinsi Jawa Timur pada tahun 2005 sebesar 50,6% (Data ASI Susenas 2007). Target nasional pencapaian pemberian ASI eksklusif sebesar 95% dan target pencapaian pemberian ASI eksklusif di provinsi Jawa Timur 80% (Afifah 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan Renata (2009) mengenai perilaku ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi usia kurang dari enam bulan di

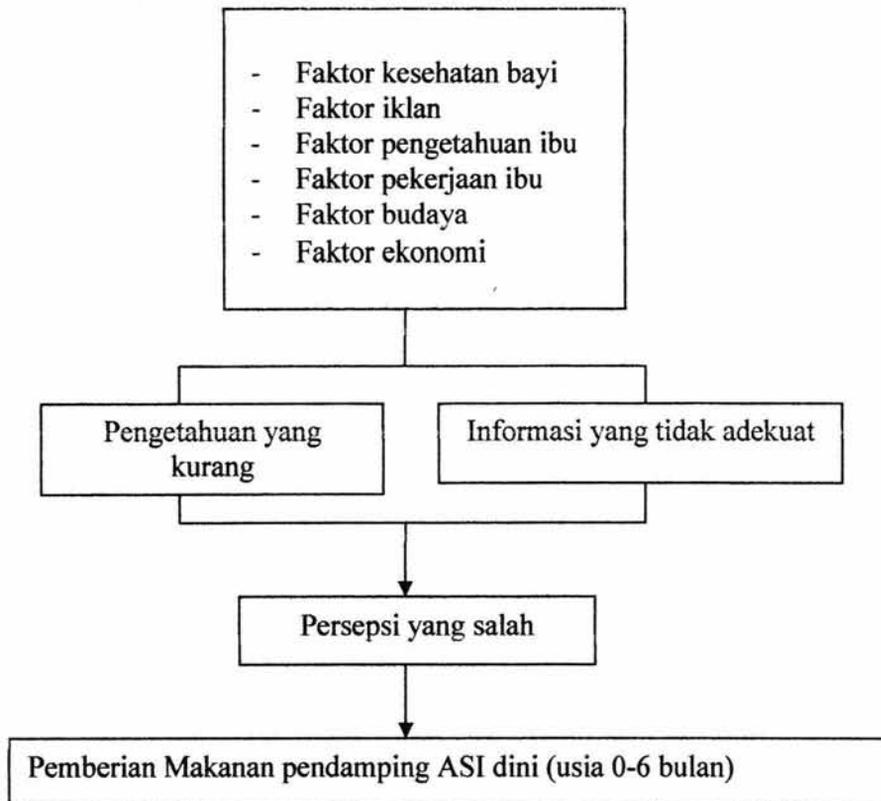
Kelurahan Mangga Perumnas Simalingkar Medan dari 46 orang bayi didapatkan bahwa jenis makanan tambahan yang diberikan ibu adalah susu formula (93,5%) dan nasi tim (23,9%). Resiko setelah pemberian makanan tambahan pada bayi sering susah buang air besar (BAB) (26,1%). Hasil penelitian Sari (2007), bayi yang sudah diberi MPASI sebelum berumur enam bulan bisa menyebabkan malabsorpsi yang berujung pada diare. Pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari enam bulan sangat berbahaya, karena usus bayi belum dapat mencerna makanan padat atau bahkan setengah padat. Akibatnya dapat terjadi sumbatan pada usus yang dapat menyebabkan kebocoran usus atau infeksi yang dapat berakibat fatal. Proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna dalam usus bayi, pada beberapa kasus parah terdapat juga yang memerlukan tindakan bedah akibat pemberian MPASI terlalu dini (Sastroasmoro 2007). Pemberian MPASI terlalu dini juga bisa menyebabkan bayi cenderung alergi, bayi akan kekurangan gizi dalam susu, dan akan memperberat kerja ginjal bayi yang akan meningkatkan resiko dehidrasi. Bayi-bayi yang mendapatkan makanan tambahan pada umur yang dini, mempunyai osmolitas plasma yang lebih tinggi daripada bayi-bayi yang 100% mendapat ASI dan karena itu mudah mendapat hiperosmolitas rehidrasi (Widodo 2006). Bayi akan tumbuh dewasa dengan tubuh kegemukan dan resiko terkena diabetes, sakit jantung, dan masalah kesehatan serius lainnya (Westcott 2003).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang penting untuk menunjang kesehatan, terutama pada masyarakat pedesaan yang memiliki pengetahuan yang rendah tentang pentingnya ASI eksklusif, diharapkan agar dapat mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan dan norma yang sesuai

dengan kesehatan. Metode pendidikan kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *focus group discussion*. FGD merupakan diskusi kelompok yang berguna untuk memperoleh informasi mengenai keyakinan dan sikap terhadap masalah kesehatan. FGD memungkinkan untuk masing-masing individu memberikan pendapatnya secara rinci mengenai suatu topik. FGD dipimpin oleh seorang fasilitator, dimana fasilitator menggunakan panduan diskusi untuk menjelaskan topik yang akan dibahas. Diharapkan dengan dilakukannya FGD akan lebih menguatkan pemahaman responden tentang ASI eksklusif dan pemberian MPASI.

Peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Upaya Perubahan Perilaku dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun”.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian

Gambar 1.1 menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian MPASI dini menurut Suhardjo (1999) dalam Siregar (2010), antara lain faktor kesehatan bayi, faktor kesehatan ibu, faktor iklan, faktor pengetahuan ibu, faktor pekerjaan ibu, faktor pekerjaan ibu, faktor budaya, dan faktor ekonomi. Informasi yang tidak adekuat dan pengetahuan ibu yang kurang menyebabkan persepsi yang salah sehingga ibu memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari enam bulan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
2. Mengidentifikasi perubahan sikap ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
3. Mengidentifikasi perubahan tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
4. Mengidentifikasi perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

5. Mengidentifikasi perubahan sikap ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
6. Mengidentifikasi perubahan tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
7. Menganalisis perbedaan perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun
8. Menganalisis perbedaan perubahan sikap ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun
9. Menganalisis perbedaan perubahan tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu keperawatan anak dan maternitas khususnya sebagai model pembelajaran atau pendidikan kesehatan di masyarakat dalam pelaksanaan pemberian MPASI.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi puskesmas

Sebagai bahan informasi untuk pelaksanaan program pendidikan kesehatan khususnya mengenai MPASI dengan menggunakan metode FGD.

2. Bagi tenaga kesehatan

Sebagai sumbangan pemikiran untuk meningkatkan kreatifitas dalam melaksanakan tugas profesional khususnya mengenai MPASI dengan metode FGD.

3. Bagi peneliti

Menambah wawasan ilmu pengetahuan peneliti khususnya dalam melakukan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode FGD tentang ASI Eksklusif dan MPASI.

4. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat memahami tentang ASI Eksklusif dan pemberian MPASI yang tepat sehingga dapat merubah pola nutrisi yang salah dalam mengasuh bayi dan anak.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini akan disajikan beberapa konsep yaitu konsep ASI Eksklusif dan makanan pendamping ASI (MPASI), konsep pendidikan kesehatan dan konsep *focus group discussion* (FGD), serta konsep perilaku.

2.1 Konsep ASI Eksklusif

2.1.1 Pengertian ASI Eksklusif

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan (Roesli 2005).

ASI adalah satu-satunya makanan bayi yang paling baik karena mengandung zat gizi yang paling sesuai dengan kebutuhan bayi yang sedang pada tahap percepatan tumbuh kembang (Sanyoto dan Eveline 2008). ASI eksklusif selama enam bulan, yaitu bayi hanya diberikan ASI saja tanpa suplemen tambahan ataupun makanan tambahan (WHO 2007).

2.1.2 Komposisi ASI

Komposisi ASI antara lain :

1. Karbohidrat

Laktosa adalah karbohidrat yang terdapat dalam ASI dan berfungsi sebagai salah satu sumber energi untuk otak. Kadar laktosa yang terdapat dalam ASI hampir 2 kali lipat dibandingkan laktosa yang ditemukan dalam susu sapi atau susu formula. Angka kejadian diare karena laktosa sangat jarang ditemukan pada

bayi yang mendapat ASI. Hal ini dikarenakan penyerapan laktosa ASI lebih baik dibanding laktosa susu sapi maupun laktosa susu formula (Walker 2006).

2. Protein

Kandungan protein dalam ASI cukup tinggi. Protein yang terdapat pada ASI dan susu sapi terdiri dari protein *whey* dan *casein*. ASI lebih banyak terdapat protein *whey* yang lebih mudah diserap oleh usus bayi. Sedangkan *casein* cenderung lebih susah dicerna oleh usus bayi dan banyak terdapat pada susu sapi. ASI mempunyai jenis asam amino yang lebih lengkap dibandingkan susu sapi. Salah satu jenis asam amino ini adalah taurin. Taurin ini banyak ditemukan di ASI yang memiliki fungsi pada perkembangan otak. Selain itu, ASI juga kaya akan nukleotida yang berperan dalam meningkatkan pertumbuhan dan kematangan usus, merangsang pertumbuhan bakteri baik yang ada di dalam usus dan meningkatkan penyerapan zat besi dan meningkatkan daya tahan tubuh (Walker 2006).

3. Lemak

Kadar lemak ASI lebih tinggi jika dibandingkan dengan susu sapi atau susu formula. Kadar lemak yang tinggi ini sangat dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan otak yang cepat selama masa bayi. Lemak omega 3 dan omega 6 banyak ditemukan dalam ASI yang berperan dalam perkembangan otak. DHA dan AA hanya terdapat dalam ASI yang berperan dalam perkembangan jaringan saraf dan retina mata. ASI juga mengandung asam lemak jenuh dan tak jenuh yang seimbang dan juga baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah (Hendarto dan Pringgadini 2008).

4. Karnitin

Karnitin dalam ASI sangat tinggi dan memiliki fungsi membantu proses pembentukan energi yang diperlukan untuk mempertahankan metabolisme tubuh (Hendarto dan Pringgadini 2008).

5. Vitamin K

Vitamin K dalam ASI jumlahnya sangat sedikit sehingga perlu tambahan vitamin K yang biasanya dalam bentuk suntikan. Vitamin K ini berfungsi sebagai faktor pembekuan darah (Walker 2006).

6. Vitamin D

ASI hanya sedikit mengandung vitamin D. Sehingga dengan pemberian ASI eksklusif dan ditambah dengan membiarkan bayi terpapar pada sinar matahari pagi akan mencegah bayi menderita penyakit tulang karena kekurangan vitamin D (Walker 2006).

7. Vitamin E

Salah satu keuntungan ASI adalah kandungan vitamin E cukup tinggi terutama pada kolostrum. Fungsi penting vitamin E adalah untuk ketahanan dinding sel darah merah (Hendarto dan Pringgadini 2008).

8. Vitamin A

ASI mengandung vitamin A dan betakaroten yang cukup tinggi. Selain berfungsi untuk kesehatan mata, vitamin A juga berfungsi untuk mendukung pembelahan sel, kekebalan tubuh, dan pertumbuhan. Sehingga bayi yang mendapatkan ASI mempunyai tumbuh kembang dan daya tahan tubuh yang baik (Hendarto dan Pringgadini 2008).

9. Vitamin yang larut dalam air

Hampir semua vitamin larut air terdapat dalam ASI. Seperti vitamin B, vitamin C dan asam folat. Kadar vitamin B1 dan B2 cukup tinggi dalam ASI tetapi vitamin B6 dan B12 serta asam folat rendah terutama pada ibu yang kurang gizi sehingga perlu ini pada ibu yang menyusui (Walker 2006).

10. Mineral

Mineral dalam ASI memiliki kualitas yang lebih baik dan lebih mudah diserap dibandingkan mineral yang terdapat dalam susu sapi. Mineral utama yang terdapat dalam susu sapi adalah kalsium yang berfungsi untuk pertumbuhan jaringan otot dan rangka, transmisi jaringan saraf, dan pembekuan darah. Walaupun kadar kalsium pada ASI lebih rendah daripada susu sapi tetapi penyerapannya lebih besar. Bayi yang mendapat ASI eksklusif beresiko sangat kecil untuk kekurangan zat besi, walaupun kadar zat besi dalam ASI rendah. Hal ini dikarenakan zat besi yang terdapat dalam ASI lebih mudah diserap daripada yang terdapat dalam susu sapi. Mineral yang cukup tinggi terdapat dalam ASI dibandingkan susu sapi dan susu formula adalah selenium, yang sangat berfungsi pada saat pertumbuhan anak (Hendarto dan Pringgadini 2008).

2.1.3 Manfaat Pemberian ASI Eksklusif

Menyusui bayi dapat memberikan keuntungan bagi bayi, ibu, keluarga, masyarakat, dan negara. Sebagai makanan bayi yang paling sempurna, ASI mudah dicerna dan diserap karena mengandung enzim pencernaan. Beberapa manfaat ASI sebagai berikut :

1. Bayi

Ketika bayi berusia 0-6 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. ASI memang terbaik untuk bayi manusia seperti susu sapi yang terbaik untuk bayi sapi. ASI merupakan komposisi makanan ideal untuk bayi, pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi. Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak mendapatkan ASI, bayi yang diberi ASI lebih mampu menghadapi efek penyakit kuning. Pemberian ASI dapat semakin mendekatkan hubungan ibu dengan bayinya. Hal ini akan berpengaruh terhadap kemampuan emosinya di masa depan apabila bayi sakit. ASI merupakan makanan yang tepat bagi bayi karena mudah dicerna dan dapat mempercepat penyembuhan. ASI dapat menaikkan berat badan secara cepat dan mempercepat pertumbuhan sel otak, tingkat kecerdasan bayi yang diberi ASI lebih tinggi 7-9 poin dibandingkan bayi yang tidak diberi ASI (Roesli 2005).

2. Ibu

Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa pra kehamilan, mengurangi resiko perdarahan, lemak yang ditimbun di sekitar panggul dan paha pada masa kehamilan akan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali. Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara pada ibu yang menyusui bayi lebih rendah daripada ibu yang tidak menyusui. Menyusui bayi lebih menghemat waktu karena ibu tidak perlu menyiapkan botol dan mensterilkannya. ASI lebih praktis karena ibu bisa berjalan-jalan tanpa membawa perlengkapan lain. ASI lebih murah daripada susu

formula. ASI selalu steril dan bebas kuman sehingga aman untuk ibu dan bayinya. Ibu dapat memperoleh manfaat fisik dan emosional (Dwi Sunar 2009).

3. Keluarga

Keluarga tidak perlu menghabiskan banyak uang untuk membeli susu formula, botol susu, serta peralatan lainnya. Jika bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan lebih sedikit biaya guna perawatan kesehatan, penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi dari ASI eksklusif. Jika bayi sehat berarti menghemat waktu keluarga, menghemat tenaga keluarga karena ASI selalu tersedia setiap saat. Keluarga tidak perlu kerepotan membawa berbagai peralatan susu ketika bepergian (Roesli 2005).

4. Masyarakat dan Negara

Negara dapat menghemat devisa negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatan lainnya. Bayi sehat membuat negara lebih sehat, penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi yang sakit hanya sedikit, memperbaiki kelangsungan hidup anak karena dapat menurunkan angka kematian. ASI merupakan sumber daya yang terus-menerus di produksi (Dwi Sunar 2009).

2.1.4 ASI dan Ibu Bekerja

Seorang wanita karir yang baru saja melahirkan dan harus segera kembali bekerja karena masa cuti hamil anda telah lewat. ASI bisa diperah dan disimpan di lemari pendingin maupun *freezer*, untuk kemudian nanti diberikan oleh pengasuh bayi ketika sedang berada di kantor. Penelitian telah menunjukkan bahwa ASI yang telah diperah bisa disimpan di dalam suhu ruangan ($26,1^{\circ}\text{C}$) sampai dengan 10 jam (Burger and Bull, 1987) dalam Cahyadi (2007). Ibu berlainan dan suhu

ruangan sering kali merupakan suatu pengukuran subjektif, maka biasanya dianjurkan untuk menyimpan ASI dalam ruangan tidak lebih dari 4 jam.

ASI yang belum akan diberikan dalam waktu 4 jam setelah diperah, maka perlu didinginkan di lemari es atau dibekukan di *freezer* sesegera mungkin. ASI di dalam lemari pendingin dengan suhu 0-3,9°C bisa disimpan selama 8 hari (Pardon 1994) dalam Cahyadi (2007). ASI yang dibekukan bisa bertahan sampai 3-6 bulan, tergantung kepada suhu *freezer* dan frekuensi terbukanya pintu *freezer*.

2.1.5 Jangka Waktu Pemberian ASI Eksklusif

Setelah bayi berumur 6 bulan, bayi harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun (Roesli 2005).

Seiring dengan perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan, pemerintah telah mengeluarkan kebijakan baru terkait dengan pemberian ASI eksklusif. Jangka waktu pemberian ASI eksklusif yang dianjurkan oleh pemerintah saat ini adalah 6 bulan pertama yang kemudian dilanjutkan sampai 2 tahun dengan pemberian MPASI setelah 6 bulan (Depkes 2005).

2.1.6 Keunggulan ASI

1. Aspek Gizi

1) Aspek gizi berdasarkan manfaat kolostrum, antara lain:

- (1) Kolostrum mengandung zat berlebihan terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare.
- (2) Jumlah kolostrum yang diproduksi bervariasi tergantung isapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Walaupun sedikit namun cukup untuk

memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu, kolostrum harus diberikan pada bayi.

- (3) Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran.

2) Aspek gizi berdasarkan komposisi ASI, antara lain:

- (1) ASI mudah dicerna, karena selain mengandung zat gizi yang sesuai juga mengandung enzim-enzim untuk mencernakan zat-zat gizi yang terdapat dalam ASI tersebut.
- (2) ASI mengandung zat-zat gizi berkualitas tinggi yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan bayi atau anak.
- (3) ASI mengandung protein yang tinggi. ASI memiliki perbandingan antara *Whei* dan *Casein* yang sesuai untuk bayi dibandingkan susu sapi.

(3) Komposisi Taurin, DHA dan AA pada ASI

Taurin adalah sejenis asam amino kedua yang terbanyak dalam ASI yang berfungsi sebagai neurotransmitter dan berperan penting untuk proses maturasi sel otak. *Decosahexanoic Acid* (DHA) dan *Arachnoid Acid* (AA) adalah asam lemak tak jenuh yang diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal. Jumlah DHA dan AA ASI sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan anak.

2. Aspek Imunologik

- 1) ASI mengandung zat anti infeksi, bersih dan bebas kontaminasi.

- 2) Imunoglobulin A (IgA) dalam kolostrum atau ASI kadarnya cukup tinggi. Sekretori IgA tidak diserap tetapi dapat melumpuhkan bakteri patogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan
 - 3) Laktoferin yaitu sejenis protein yang merupakan komponen zat kekebalan yang mengikat zat besi di saluran pencernaan
 - 4) Lysosim, enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri (E.coli dan salmonella) dan virus. Jumlah lysosim dalam ASI 300 kali lebih banyak dari susu sapi.
3. Aspek Psikologik
- 1) Rasa percaya diri ibu untuk menyusui: ibu yakin dan mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayi. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormon terutama oksitosin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI.
 - 2) Interaksi ibu dan bayi: pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan bayi-bayi tersebut.
 - 3) Pengaruh kontak langsung ibu-bayi: ikatan kasih sayang ibu-bayi terjadi karena berbagai rangsangan seperti sentuhan kulit (*skin to skin contact*). Bayi akan merasa aman dan puas karena merasakan kehangatan tubuh ibu dan mendengar denyut jantung ibu yang sudah dikenal sejak bayi masih dalam rahim.
4. Aspek Kecerdasan
- 1) Interaksi ibu-bayi dan kandungan nilai gizi sangat dibutuhkan untuk perkembangan sistem syaraf yang dapat meningkatkan kecerdasan bayi.

2) Penelitian menunjukkan bahwa IQ pada bayi yang diberi ASI memiliki IQ lebih tinggi dibandingkan bayi yang tidak diberi ASI

5. Aspek Neurologis

Bayi yang menghisap payudara menimbulkan koordinasi syaraf menelan, menghisap dan bernafas yang terjadi pada bayi baru lahir lebih sempurna.

6. Aspek Ekonomis

Ibu tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi sampai berumur 6 bulan dengan menyusui secara eksklusif. Dengan demikian, keluarga akan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk membeli susu formula dan peralatannya.

7. Aspek Penundaan Kehamilan

Ibu yang menyusui secara eksklusif dapat menunda haid dan kehamilan, sehingga dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi alamiah yang secara umum dikenal sebagai Metode Amenorea Laktasi (MAL).

Tabel 2.1 Perbandingan antimikroba ASI dan susu sapi (Matondang 2008)

No	Kandungan	ASI	Susu Sapi
1	Laktoferin	++++	+
2	Lisozim	++++	+
3	SIgA	++++	+
4	IgG	+	++++
5	Komplemen	+	++++
6	Laktoperoksidase	+	++++

2.1.7 Mitos-Mitos tentang ASI

Mitos tentang menyusui dapat mengurangi rasa percaya diri ibu maupun dukungan yang diterimanya. Berikut mematahkan mitos-mitos mengenai ASI dan menyusui. Mitos tentang ASI (Wedhaswary 2008), antara lain:

1. Menyusui menyebabkan payudara kendur. Fakta membuktikan bahwa payudara yang kendur disebabkan oleh bertambahnya usia dan kehamilan.
2. Payudara yang berukuran kecil, tidak dapat menghasilkan banyak air susu. Fakta membuktikan payudara kecil maupun besar sama-sama dapat menghasilkan banyak air susu. Kenyataannya, menyusui dapat melindungi payudara. Wanita menyusui memiliki resiko lebih kecil terkena kanker payudara
3. Payudara dengan puting yang terbenam tidak dapat menyusui. Ini salah karena bayi itu menyusu pada payudara bukan pada puting.
4. ASI pertama yang berwarna kekuningan tidak baik bagi bayi. Pendapat ini salah. ASI pertama (kolostrum) adalah zat terbaik bagi bayi.
5. Kolostrum atau ASI pertama adalah susu basi. Ini salah karena kolostrum mengandung zat kekebalan tubuh dan sangat kaya akan protein.
6. Hingga usia 6 bulan, ASI saja tidak cukup bagi bayi. Ini tidak benar karena semua kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan terpenuhi oleh ASI saja.
7. Pisang dapat menyembuhkan diare pada bayi. Fakta menyatakan makanan padat tidak dapat diolah oleh usus bayi hingga usia 6 bulan.
8. Pisang dapat membersihkan usus bayi. Fakta menyatakan pisang tidak dapat membersihkan usus bayi melainkan merusak, karena usus bayi belum siap mengolah makanan hingga usia 6 bulan.
9. Jika ASI belum atau tidak lancar dapat digantikan dengan susu formula. Fakta menyatakan jika ASI belum atau tidak lancar, bayi masih memiliki daya tahan tubuh (tidak akan kelaparan) hingga 2x24 jam sejak lahir, yang dibawa sejak dalam kandungan.

10. Agar bayi tidak kuning dan tidak demam, dapat diberi makanan atau minuman lain sebelum ASI keluar. Fakta menyatakan bayi yang kuning harus banyak menerima sinar matahari pagi dan lebih sering diberi ASI.

Mitos lainnya:

1. Susu kaleng perlu dicampur (berbagai merek dagang) agar keunggulan masing-masing susu dapat dikonsumsi sekaligus oleh bayi. Jangan termakan iklan. Semua keunggulan yang diiklankan tersebut tidak ada yang dapat menyaingi keunggulan ASI (Meutia 2005).
2. Susu formula lebih mencegah bayi kurang gizi dibandingkan ASI. Kekurangan gizi pada bayi bukan karena tidak minum susu formula, akan tetapi tidak diberikan ASI dan makanan pendamping ASI yang salah maka sekitar 6,7 balita atau 27,3 % dari seluruh balita di Indonesia menderita kurang gizi. Sebanyak 1,5 juta diantaranya menderita gizi buruk. ASI eksklusif selama 6 bulan dan makanan pendamping yang tepat akan menjadikan bayi tidak hanya tumbuh sehat dan cerdas tetapi juga mengalami pertumbuhan emosi dan intelektual yang prima. Selain itu, ASI juga meningkatkan emosi antara bayi dan ibu menjadi lebih erat. Hal itu disebabkan selama proses pemberian ASI terjadi kontak fisik karena bayi berada dalam pelukan ibunya (Meutia 2005).
3. Istirahat memberi ASI membantu menjamin lebih banyak susu. Lebih banyak ASI diberikan, lebih banyak pula ASI dihasilkan. Mengistirahatkan jadwal menyusui sebenarnya dapat menurunkan suplai ASI. Satu cara menjamin agar ASI tetap banyak adalah tetap memberikan ASI secara teratur. ASI sebaiknya

- diberikan sedikitnya 9-10 kali perhari untuk menjamin produksi ASI (Meutia 2005).
4. Sekali menghentikan menyusui, tidak dapat menyusui lagi. Jika bayi mendapat susu formula, ibu dapat menyusui kembali setelah terhenti dengan memberikan teknik relaktasi dan dukungan yang tepat (UNICEF&WHO 2005).
 5. Stres menyebabkan ASI kering. Walaupun stress berat atau rasa takut dapat menyebabkan terhentinya aliran ASI, tetapi keadaan ini biasanya hanya sementara sebagai reaksi fisiologis. Menyusui dapat menghasilkan hormone yang dapat meredakan ketegangan, memberikan ketenangan kepada ibu dan bayi sehingga menimbulkan ikatan erat ibu dan bayi (UNICEF&WHO 2005).

2.2 Konsep Makanan Pendamping ASI (MPASI)

2.2.1 Pengertian Makanan Pendamping ASI

Makanan pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi atau anak yang berumur 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya (Depkes RI 2006). Pengenalan dan pemberian MPASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlah. Pengenalan dan pemberian MPASI secara bertahap dimaksudkan untuk menyesuaikan kemampuan alat cerna bayi dalam menerima MPASI (Depkes RI 2004).

Makanan tambahan berarti memberi makanan lain selain ASI dimana selama periode pemberian makanan tambahan seorang bayi terbiasa memakan makanan keluarga. MPASI merupakan proses transisi dari asupan yang semata berbasis susu menuju ke makanan yang semi padat. Proses ini juga dibutuhkan

ketrampilan motorik oral. Ketrampilan motorik oral berkembang dari refleks menghisap menjadi menelan makanan yang berbentuk bukan cairan dengan memindahkan makanan dari lidah bagian depan ke lidah bagian belakang. Pengenalan dan pemberian MPASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi atau anak. Pemberian MPASI yang cukup dalam hal kualitas dan kuantitas penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak yang bertambah pesat pada periode ini (Ariani 2008).

WHO menyelenggarakan konvensi *Expert Panel Meeting* yang meninjau lebih dari 3000 makalah riset dan menyimpulkan bahwa periode 6 bulan merupakan usia bayi yang optimal untuk pemberian ASI Eksklusif (Gibney, MJ et al 2009).

Bayi yang mendapat ASI dan mendapat MPASI berupa cairan didefinisikan sebagai *predominant breast feeding*. Bayi yang mendapat MPASI berupa makanan padat, semi padat dan atau cairan didefinisikan sebagai *partial breast feeding* (Irawati, 2004).

2.2.2 Tujuan Pemberian Makanan Pendamping ASI

Bayi setelah berumur 6 bulan secara berangsur-angsur memerlukan makanan pendamping berupa sari buah atau buah- buahan, nasi tim, dan makanan lunak. Adapun tujuan pemberian makanan pendamping adalah :

1. Melengkapi zat gizi ASI yang kurang
2. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima macam-macam makanan dengan berbagai rasa dan bentuk

3. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (Depkes RI 2004)

Pencernaan bayi mulai kuat pada usia 6 bulan. Pemberian makanan pendamping ASI harus setelah usia 6 bulan, karena jika diberikan terlalu dini akan menurunkan konsumsi ASI dan bayi mengalami gangguan pencernaan atau bisa diare. Sebaliknya bila makanan pendamping diberikan terlambat akan mengakibatkan anak kurang gizi bila terjadi dalam waktu panjang (Depkes 2004).

2.2.3 Syarat Pemberian Makanan Pendamping ASI

Makanan tambahan untuk bayi harus mempunyai sifat fisik yang baik, yaitu rupa dan aroma yang layak. Selain itu, dilihat dari segi kepraktisan, makanan bayi sebaiknya mudah disiapkan dengan waktu pengolahan yang singkat. Makanan Pendamping ASI (MPASI) harus memenuhi persyaratan khusus tentang jumlah zat-zat gizi yang diperlukan bayi seperti protein, energi, lemak, vitamin, mineral dan zat-zat tambahan lainnya (Nadesul 2007). Menurut Muchtadi (2004) hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam pemberian makanan tambahan pada bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Makanan bayi (termasuk ASI) harus mengandung semua zat gizi yang diperlukan bayi.
- 2) Sebelum berumur 2 tahun bayi belum dapat mengkonsumsi makanan orang dewasa.
- 3) Makanan campuran ganda (*multi mix*) yang terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, dan sumber vitamin lebih cocok bagi bayi, baik ditinjau dari nilai gizinya maupun sifat fisik makanan tersebut.

- 4) Makanan harus diolah dari bahan makanan yang bersih dan aman. Harus dijaga keamanannya terhadap kontaminasi dari organologi berbahaya seperti kuman, virus, parasit dan zat kimia, racun yang berbahaya, mulai dari persiapan bahan makanan, pengolahan, penyimpanan, distribusi sampai dengan penyajian.
- 5) Bahan lainnya dapat ditambahkan untuk mempertahankan konsistensi dan rasa makanan asal tidak mengandung zat berbahaya, misalnya gula, garam, cokelat dan lainnya.
- 6) *Fortifikasi* makanan adalah penambahan zat gizi tertentu ke dalam bahan makanan atau makanan sehingga mencapai kadar yang dapat meningkatkan status gizi. Pada MPASI yang penting adalah penambahan zat gizi mikro seperti zat besi, yodium ke dalam biskuit, *cookies*, roti, garam dan makanan suplemen.

2.2.4 Jenis Makanan Pendamping ASI dan Waktu Pemberiannya

Menurut Depkes (2007) dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak, pemberian makanan pada bayi dan anak umur 0-24 bulan yang baik dan benar adalah sebagai berikut:

1. Umur 0-6 bulan
 - 1) Berikan ASI setiap kali bayi menginginkan, sedikitnya 8 kali sehari, pagi, siang, sore maupun malam.
 - 2) Jangan berikan makanan atau makanan lain selain ASI (ASI eksklusif).
 - 3) Sesuai dengan payudara kiri atau kanan secara bergantian.

2. Umur 6-12 bulan

- 1) Umur 6-9 bulan kenalkan makanan pendamping ASI dalam bentuk lumat dimulai dari bubur susu sampai nasi tim lunak, 2 kali sehari. Setiap kali makan diberikan sesuai umur:
 - (1) 6 bulan: 6 sendok makan
 - (2) 7 bulan: 7 sendok makan
 - (3) 8 bulan: 8 sendok makan
- 2) Umur 9-12 bulan, beri makanan pendamping ASI dimulai dari bubur nasi sampai nasi tim sebanyak 3 kali sehari. Setiap kali makan diberikan sesuai umur:
 - (1) 9 bulan: 9 sendok makan
 - (2) 10 bulan: 10 sendok makan
 - (3) 11 bulan: 11 sendok makan
- 3) Beri ASI terlebih dahulu kemudian makanan pendamping ASI
- 4) Pada makanan pendamping ASI, tambahkan telur, ayam, ikan, tahu, tempe, daging sapi, wortel, bayam, kacang hijau, santan atau minyak pada bubur nasi.
- 5) Bila menggunakan makanan pendamping ASI dari pabrik, baca cara menyiapkannya, batas umur dan tanggal kadaluarsa.
- 6) Berikan makanan selingan 2 kali sehari di antara waktu makan, seperti bubur kacang hijau, biskuit, pisang, nagasari, dan sebagainya.
- 7) Berikan buah-buahan atau sari buah, seperti air jeruk manis dan air tomat saring.

8) Bayi mulai diajarkan makan dan minum sendiri menggunakan gelas dan sendok.

3. Umur 1-2 tahun

1) Teruskan pemberian ASI sampai umur 2 tahun

2) Berikan nasi lembek 3 kali sehari

Jenis makanan berdasarkan komposisi makanan sehat, menurut Joyce (2006)

meliputi:

1. Karbohidrat

1) 6 bulan : tepung beras, tepung maizena, biskuit, berangsur-angsur minggu per minggu: kentang, ubi, jagung, makaroni, roti, nasi (bubur atau tim)

Cara memasak : tepung dimasak dengan air sampai matang baru masukkan susu (formula atau ASI). Kentang, ubi, jagung manis disisir, dikukus. Haluskan, campurkan susu tambahkan parutan keju, roti tambah susu.

2. Protein-lemak

1) 6-8 bulan : susu, yoghurt, kuning telur (ambil setelah telur direbus), keju parut, kacang merah, kacang hijau, tempe, tahu, ayam cincang (tanpa kulit), daging cincang (pilih daging tanpa lemak, cincang sendiri), hati.

2) 9 bulan : ikan

Cara masak : yoghurt dimakan dengan buah, ayam atau daging dan tahu tempe dimasak bersama makaroni atau dikukus, campurkan dengan kentang, jagung. Makan disertai sup. Buat sup bening biasa (ayam atau daging), sup krim jagung, sup kacang merah atau hijau, blender campur susu.

3. Vitamin-mineral

- 1) Buah : pisang, jeruk, pepaya, pear, apel, melon, semangka, mangga, alpukat.
- 2) Sayur 6 bulan : kacang polong, wortel, brokoli, bayam, labu siam, kangkung, buncis, kembang kol.

Cara masak : buah *Pear* atau apel dikukus. Sayur dikukus, dihancurkan atau diblender.

Tabel 2.2 Daftar Pemberian makanan Bayi (Luluk 2005)

Umur	Jumlah	Pemberian dalam sehari (Kali)
0-6 bulan	ASI	
6-8 bulan	ASI	
	Bubur Susu	1
	Nasi Tim Saring	1
8-10 bulan	ASI	
	Buah	1
	Bubur Susu	1
	Nasi Tim dihaluskan	2
10-12 bulan	ASI	
	Buah	1
	Nasi Tim	3
12-24 bulan	ASI	
	Nasi Tim atau Makanan	3
	Makanan Kecil	1

2.2.5 Beberapa Permasalahan dalam Pemberian Makanan Bayi atau Anak

Umur 0-24 Bulan :

1. Pemberian Makanan Pralaktal (Makanan sebelum ASI keluar). Makanan pralaktal adalah jenis makanan seperti air kelapa, air tajin, air teh, madu, pisang, yang diberikan pada bayi yang baru lahir sebelum ASI keluar. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi, dan mengganggu keberhasilan menyusui.

2. Kolostrum dibuang. Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan berwarna kekuning-kuningan. Masih banyak ibu-ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Kolostrum mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi tinggi. Oleh karena itu kolostrum jangan dibuang.
3. Pemberian MPASI terlalu dini atau terlambat. Pemberian MPASI yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan atau diare. Kalau pemberian MPASI terlambat bayi sudah lewat usia 6 bulan dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak.
4. MPASI yang diberikan tidak cukup. Pemberian MPASI pada periode umur 6-24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya. Adanya kepercayaan bahwa anak tidak boleh makan ikan dan kebiasaan tidak menggunakan santan atau minyak pada makanan anak dapat menyebabkan anak menderita kurang gizi terutama energi dan protein serta beberapa vitamin penting yang larut dalam lemak.
5. Pemberian MPASI sebelum ASI. Pada usia 6 bulan, pemberian ASI yang dilakukan sesudah MPASI dapat menyebabkan ASI kurang dikonsumsi. Pada periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Dengan memberikan MPASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengkonsumsi ASI baru berkurang, yang berakibat menurunnya produksi ASI. Hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi. Seharusnya ASI diberikan terlebih dahulu kemudian MPASI.
6. Frekuensi pemberian MPASI kurang. Frekuensi pemberian MPASI dalam sehari kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi.

7. Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja. Di daerah kota dan semi perkotaan, ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja karena kurangnya pemahaman tentang manajemen laktasi pada ibu bekerja. Hal ini menyebabkan konsumsi zat gizi rendah apalagi jika pemberian MPASI pada anak kurang diperhatikan.
8. Kebersihan kurang. Ibu umumnya kurang menjaga kebersihan terutama pada saat menyediakan dan memberikan makanan pada anak. Masih banyak ibu yang menyuapi anak dengan tangan, menyimpan makanan matang tanpa tutup makanan atau tudung saji dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya. Hal ini memungkinkan timbulnya penyakit infeksi seperti diare dan lain-lain.
9. Prioritas gizi yang salah pada keluarga. Banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar, seperti ayah atau kakak tertua dibandingkan untuk anak baduta dan bila makan bersama-sama anak baduta selalu kalah (Ariani 2008).

2.2.6 Waktu yang Tepat dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI

ASI akan efektif jika diberikan bagi bayi selama 6 bulan pertama kehidupannya. Rekomendasi terbaru *UNICEF (United Nation Childs International Emergency Fund)* bersama banyak negara lainnya adalah menetapkan jangka waktu pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan. Bayi hanya diberikan ASI tanpa ditambah pengganti ASI (PASI) atau susu formula maupun makanan padat atau makanan pendamping ASI, karena pemberian ASI pada usia 0-6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi (Roesli 2005).

Namun yang terjadi di Indonesia pada umumnya masih banyak orang tua yang memberikan makanan sebelum bayi berumur 6 bulan. Umumnya mereka beranggapan bahwa bayi kelaparan dan akan tidur nyenyak setelah diberi makan. Sedangkan sistem pencernaannya harus bekerja secara keras untuk mengolah dan memecah makanan. Harus diperhatikan bahwa apabila pemberian MPASI pada bayi lebih dini (dibawah umur 6 bulan) maka asupan gizi yang dibutuhkan bayi tidak sesuai kebutuhannya (Ramaiah 2006).

2.2.7 Alasan Penundaan Pemberian Makanan Pendamping ASI

Sebelumnya MPASI umur 4 bulan sudah diberi makanan tambahan, bahkan ada yang umur 1 bulan. Dan banyak yang berpendapat tidak ada masalah dengan anaknya. Satu hal yang perlu diketahui bersama bahwa zaman terus berubah. Demikian juga dengan ilmu dan teknologi. Ilmu medis juga terus berkembang dan berubah berdasarkan riset-riset yang terus dilakukan oleh para peneliti. Sekitar lebih dari 5 tahun yang lalu, MPASI disarankan diperkenalkan pada anak saat ia berusia 4 bulan. Tetapi kemudian beberapa penelitian tahun-tahun terakhir menghasilkan banyak hal sehingga MPASI sebaiknya diberikan setelah 6 bulan (Luluk 2005).

Alasan anak umur 6 bulan merupakan saat terbaik anak mulai diberikan MPASI karena :

1. Pemberian makan setelah bayi berumur 6 bulan memberikan perlindungan ekstra dan besar dari berbagai penyakit. Hal ini disebabkan sistem imun bayi kurang dari 6 bulan belum sempurna. Pemberian MPASI dini sama saja dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman. Belum lagi jika tidak disajikan higienis. Hasil riset terakhir dari peneliti di Indonesia menunjukkan

bahwa bayi yang mendapatkan MPASI sebelum ia berumur 6 bulan, lebih banyak terserang diare, sembelit, batuk-pilek, dan panas dibandingkan bayi yang hanya mendapatkan ASI eksklusif. Belum lagi penelitian dari badan kesehatan dunia lainnya.

2. Sistem pencernaannya sudah relatif sempurna dan siap menerima MPASI saat bayi berumur 6 bulan ke atas. Beberapa enzim pemecah protein seperti asam lambung, pepsin, lipase, enzim amilase, dan sebagainya baru akan diproduksi sempurna pada saat bayi berumur 6 bulan.
3. Dapat mengurangi resiko terkena alergi pada makanan saat bayi berumur kurang dari 6 bulan karena sel-sel di sekitar usus belum siap untuk kandungan dari makanan, sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi.
4. Dapat menunda pemberian MPASI hingga 6 bulan melindungi bayi dari obesitas di kemudian hari. Dikarenakan proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna (Luluk 2005).

Alasan orang tua memberikan MPASI kurang dari 6 bulan sangat beragam. Pada umumnya, banyak ibu yang beranggapan jika anak kelaparan dan akan tidur nyenyak jika diberi makan. Selain itu, anggapan ibu bahwa anak yang menangis menandakan anak yang tidak kenyang. Meskipun tidak ada relevansinya, banyak ibu yang beranggapan ini benar. Padahal menangis bukan hanya tanda anak lapar. Alasan lainnya bisa juga akibat tekanan dari lingkungan dan tidak ada dukungan, dan gencarnya promosi produsen makanan bayi yang belum mengindahkan ASI eksklusif 6 bulan. Sistem pencernaannya harus bekerja

lebih keras untuk mengolah dan memecah makanan dikarenakan sistem pencernaan yang belum sempurna (Ade 2007).

2.2.8 Bahaya Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini

Menurut Soraya (2005) Pemberian MPASI pada bayi usia 6 bulan adalah saat yang terbaik karena:

1. Sistem imun bayi 0-6 bulan belum sempurna. Pemberian MPASI dini sama dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman. Apalagi jika tidak disajikan *hyginies*. Hal ini dapat mengakibatkan bayi akan mudah terserang diare, sembelit, batuk-pilek, maupun panas.
2. Pemberian MPASI dini dapat menghambat pertumbuhan fisik, pertumbuhan mental, dan kemampuan berfikir karena ASI mengandung AA (*Arachidonic Acid*) dan DHA (*Docoso hexaenoic acid*) merupakan asam lemak jenuh rantai panjang yang berfungsi memelihara fungsi sel-sel otak dalam pertumbuhan dan perkembangan sistem saraf pusat. Sehingga pemberian ASI juga mendukung pertumbuhan kecerdasan anak.
3. Bayi akan mudah sakit terutama pada sistem pencernaan karena sistem pencernaannya bayi usia 0-6 bulan belum sempurna dan belum siap menerima MPASI. Beberapa enzim pemecah protein seperti asam lambung, pepsin, lipase, enzim amylase, dan sebagainya baru akan diproduksi sempurna pada saat bayi berumur 6 bulan.
4. Tingginya resiko terkena alergi akibat makanan saat bayi berumur di bawah 6 bulan, sel-sel di sekitar usus belum siap untuk menerima makanan. Sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi.

5. Resiko terjadi obesitas di kemudian hari karena proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna. Pada beberapa kasus yang parah ada juga yang memerlukan tindakan bedah akibat pemberian MPASI terlalu dini

2.2.9 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini pada Bayi

Menurut Gibney, MJ et al (2009) mengatakan banyak kepercayaan dan sikap yang tidak mendasar terhadap makna pemberian ASI yang membuat para ibu tidak melakukan pemberian ASI secara eksklusif kepada bayi mereka dalam periode 6 bulan pertama. Alasan umum mereka memberikan MPASI secara dini meliputi:

1. Rasa takut bahwa ASI yang mereka hasilkan tidak cukup dan atau kualitasnya buruk. Hal ini dilakukan dengan pemberian ASI pertama (kolostrum) yang terlihat encer dan menyerupai air. Ibu harus memahami bahwa perubahan pada komposisi ASI akan terjadi ketika bayinya mulai menghisap puting mereka.
2. Keterlambatan memulai pemberian ASI dan praktik membuang kolostrum. Banyak masyarakat di negara berkembang percaya bahwa kolostrum yang berwarna kekuningan merupakan zat beracun yang harus dibuang.
3. Teknik pemberian ASI yang salah. Jika bayi tidak digendong dan dipeluk dengan posisi yang tepat, kemungkinan ibu akan mengalami nyeri, lecet pada puting susu, pembengkakan payudara dan mastitis karena bayi tidak mampu meminum ASI secara efektif. Hal ini akan berakibat ibu menghentikan pemberian ASI.

4. Kebiasaan yang salah bahwa bayi memerlukan cairan tambahan. Pemberian cairan seperti air the dan air putih dapat meningkatkan resiko diare pada bayi. Bayi akan mendapat ASI yang lebih rendah dan frekuensi menyusu yang lebih singkat karena adanya tambahan cairan yang lain.
5. Dukungan yang kurang dari pelayanan kesehatan. Dirancangnya rumah sakit sayang bayi akan meningkatkan inisiasi dini ASI terhadap bayi. Sebaliknya tidak adanya fasilitas rumah sakit dengan rawat gabung dan disediakannya dapur susu formula akan meningkatkan praktik pemberian MPASI predominan kepada bayi yang lahir di rumah sakit.
6. Pemasaran susu formula pengganti ASI. Hal ini telah menimbulkan anggapan bahwa formula PASI lebih unggul daripada ASI sehingga ibu akan lebih tertarik dengan iklan PASI dan memberikan MPASI secara dini.

Menurut Suhardjo (1999) dalam Siregar (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian MPASI dini, yaitu:

1. Faktor Kesehatan Bayi

Faktor kesehatan bayi adalah faktor yang menyangkut kondisi bayi antara lain galaktosemia, bibir sumbing dan celah palatum, yang menyebabkan ibu memberikan makanan tambahan bayi. Galaktosemia yaitu kelainan metabolisme sejak lahir yang ditandai adanya kekurangan enzim galaktokinase yang dibutuhkan untuk mengurangi laktosa menjadi galaktosa, jika bayi diberi ASI atau bahan lain yang mengandung laktosa dalam darah dan air kemih akan meningkat secara klinis akan timbul katarak. Bibir sumbing dan celah palatum menyebabkan bayi kesulitan menciptakan tekanan negatif

dalam rongga mulut yang diperlukan dalam proses menyusui, keadaan ini dapat menyebabkan ibu memberikan makanan tambahan.

2. Faktor Kesehatan Ibu

Faktor kesehatan ibu adalah faktor yang berhubungan dengan kondisi yang menyebabkan ibu memberikan makanan tambahan pada bayi usia kurang dari enam bulan, misalnya kegagalan laktasi, penyakit yang membuat ibu tidak dapat memberi ASI, serta adanya kelainan payudara yaitu terjadinya pembendungan ASI karena penyempitan *laktus laktiferus* oleh karena tidak dikosongkan dengan sempurna, kelainan puting susu terbenam dan cekung sehingga menyulitkan bagi bayi untuk menyusui, mastitis (suatu peradangan pada payudara disebabkan oleh kuman terutama *staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu), tidak ada susu (agalaksia) dan air susu sedikit keluar (Oligogalaksia). Menyusui menjadi kontra indikasi bila ibu menderita penyakit berat seperti kegagalan jantung, penyakit ginjal atau paru-paru serius dengan penyakit Tuberkulosis aktif, masih bisa menyusui bayinya bila diberi terapi dalam dua bulan ibu tidak terinfeksi lagi, biasanya bayi juga diberi terapi pencegahan dengan imunisasi BCG. Kurangnya dukungan sosial dalam mengatasi masalah maka ibu cenderung memberikan makanan tambahan pada bayi usia kurang dari 6 bulan sebagai pengganti ASI.

3. Faktor iklan

Faktor iklan adalah faktor yang berhubungan dengan promosi tentang pemberian makanan tambahan, baik yang didengar atau dilihat langsung oleh ibu. Iklan merupakan sebuah sarana, yang jika baik dapat menarik penonton atau pendengarnya untuk melakukan sesuai dengan anjuran iklan. Banyak

iklan yang memasarkan susu formula, membuat ibu mau memberikannya kepada bayi dengan keyakinan sehat dan baik baginya.

4. Faktor pengetahuan Ibu

Faktor pengetahuan ibu adalah faktor yang berhubungan dengan tingkat pengenalan informasi tentang pemberian makanan tambahan pada bayi usia kurang dari enam bulan. Pengetahuan ibu tentang kapan pemberian makanan tambahan dan resiko pemberian makanan pada bayi kurang dari enam bulan sangatlah penting. Tetapi banyak ibu yang tidak mengetahui hal tersebut, sehingga ibu memberikan makanan tambahan pada bayi usia di bawah enam bulan tanpa mengetahui resiko yang akan timbul.

5. Faktor pekerjaan Ibu

Faktor pekerjaan ibu adalah faktor yang berhubungan dengan aktivitas ibu setiap harinya untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidupnya yang menjadi alasan pemberian makanan tambahan pada bayi usia kurang enam bulan. Ibu yang belum bekerja sering memberikan makanan tambahan dini dengan alasan melatih atau mencoba agar waktu ibu mulai bekerja bayi sudah terbiasa.

6. Faktor petugas kesehatan

Faktor petugas kesehatan adalah kualitas petugas kesehatan yang akhirnya menyebabkan ibu memilih untuk memberikan makanan pada bayi atau tidak. Petugas kesehatan adalah orang yang mengerjakan sesuatu pekerjaan di bidang kesehatan atau orang mampu melakukan pekerjaan di bidang kesehatan. Petugas kesehatan sangat berperan dalam memotivasi ibu untuk tidak memberi makanan tambahan pada bayi usia kurang dari enam bulan,.

Biasanya, jika dilakukan penyuluhan dan pendekatan yang baik kepada ibu yang memiliki bayi usia kurang dari enam bulan, maka pada umumnya ibu akan patuh dan menuruti nasehat petugas kesehatan. Oleh karena itu, petugas kesehatan diharapkan menjadi sumber informasi tentang waktu yang tepat memberikan makanan tambahan dan resiko pemberian makanan tambahan dini pada bayi.

7. Faktor budaya

Faktor budaya adalah faktor yang berhubungan dengan nilai-nilai dan pandangan masyarakat yang lahir dari kebiasaan yang ada, dan akhirnya mendorong masyarakat untuk berperilaku sesuai dengan tuntutan budaya. Misalnya, budaya yang baru berkembang sekarang ini adalah pandangan untuk tidak memberikan ASI karena bisa menyebabkan perubahan bentuk payudara yang membuat wanita tidak cantik. Tradisi lainnya misalnya ibu beranggapan bahwa susu sapi lebih baik dari ASI.

8. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi adalah faktor yang berhubungan dengan kondisi keuangan yang menyebabkan daya beli untuk makanan tambahan menjadi lebih besar. Faktor ekonomi ini menyangkut besarnya penghasilan yang diterima. Biasanya semakin baik perekonomian keluarga maka daya beli akan makanan tambahan juga mudah. Sebaliknya semakin buruk perekonomian keluarga, maka daya beli akan makanan tambahan lebih sukar.

2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut Wood dalam Widyatuti (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa.

Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat.

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO yang dikutip oleh Maulana (2009) adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan yang dapat diperinci lebih lanjut sebagai berikut:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut Notoatmodjo (2007), tujuan atau hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut:

1. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku positif.

2. Pembinaan perilaku

Pembinaan terutama ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap dipertahankan kesehatannya, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (*healthy life style*) tetap dilanjutkan atau dipertahankan.

3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak sebaiknya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak, termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua, akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 kelompok:

1. Sasaran primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

2. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*).

3. Sasaran tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer) ini sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

3.3.4 Strategi Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan seperti diuraikan di atas, diperlukan cara pendekatan yang strategis agar tercapai secara efektif dan efisien. Cara ini disebut strategi, yaitu cara untuk mencapai atau mewujudkan visi misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien.

Strategi global (promosi kesehatan) menurut WHO (1984) dalam Notoatmodjo (2007):

1. Advokasi (*advocacy*)

Kegiatan yang ditujukan untuk pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*) baik di bidang kesehatan maupun sektor

lain di luar kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap publik. Tujuannya adalah agar para pembuat keputusan memerlukan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan publik. Bentuk kegiatan advokasi ini antara lain *lobbying*, pendekatan atau pembicaraan-pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, penyajian isu-isu atau masalah kesehatan atau yang mempengaruhi kesehatan masyarakat setempat, seminar-seminar masalah kesehatan dan sebagainya.

2. Dukungan sosial (*social support*)

Kegiatan yang ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan) maupun informal (tokoh agama) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Tujuan kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat. Selanjutnya mereka dapat menjembatani antara pengelola program kesehatan dengan masyarakat.

3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan ini ditujukan kepada masyarakat langsung, sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat.

2.3.5 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmojo (2003), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, yaitu:

1. Ruang lingkup Berdasarkan Aspek Pelayanan kesehatan

1) Pendidikan kesehatan pada aspek promotif

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok orang sehat.

2) Pendidikan kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan

Pada aspek ini pelayanan pendidikan kesehatan mencakup 3 (tiga) upaya atau kegiatan, yaitu:

1) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyarakat yang beresiko tinggi, misalnya: kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, obesitas, para pekerja seks. Tujuan pendidikan kesehatan pada kelompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, misalnya: asma, diabetes mellitus, tuberculosi, rematik, tekanan darah tinggi. Tujuan utama pendidikan kesehatan pada kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi tidak parah.

3) Pencegahan tingkat tiga (*tertiary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuannya adalah agar

mereka segera pulih kembali kesehatannya serta tidak menjadi cacat atau kecacatan seminimal mungkin (rehabilitasi).

2. Ruang lingkup Berdasarkan Tatanan pelaksanaan
 - 1) Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)
 - 2) Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah
 - 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum
 - 4) Fasilitas pelayanan kesehatan
3. Ruang lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan
 - 1) Promosi kesehatan (*health promotion*)
 - 2) Perlindungan khusus
 - 3) Pembatasan cacat (*disability limitation*)
 - 4) Rehabilitas (*rehabilitation*)

2.3.6 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok besar, metodenya akan lain lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1. Metode Pendidikan Individual (perorangan)

Metode ini bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina orang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku.

Bentuk pendidikan ini antara lain:

1) Bimbingan dan Penyuluhan (*guidance dan counseling*)

Dengan cara ini kontak antara keluarga dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Klien dengan kesadaran dan penuh perhatian menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) Wawancara (*interview*)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi, tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian atau dasar yang kuat, apabila belum maka penyuluhan yang lebih mendalam lagi dilakukan.

2. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektivitas metodenya pun bergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

(1) Ceramah: metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

(2) Seminar: hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (*presentasi*) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil

(1) Diskusi kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi atau penyuluh duduk di antara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tidak ada dominasi dari salah satu peserta.

(2) Curah pendapat (*brain storming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban atau tanggapan, jawaban atau tanggapan tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

(3) Bola salju (*snow balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi.

(4) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

(5) Memainkan peran (*role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan perannya tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana memperankan interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan simulasi (*simulation game*)

Merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), dan papan. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

(7) Diskusi kelompok terfokus (DKT) atau *focus group discussion* (FGD)

Merupakan sebuah metode yang bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subyektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi. Sasaran diskusi biasanya homogen dengan jumlah kelompok berkisar 6-12 orang.

3. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh:

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kemerdekaan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat kesehatan yang lain.
- 2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 3) Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa. Contoh: “Praktik Dokter Doddy Harahap” di Televisi.
- 4) Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 5) *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa.

2.3.7 Media Pendidikan Kesehatan

Alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini sering disebut dengan alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran (Notoatmodjo 2007). Menurut Achsin (2009), kurang lebih 90 persen hasil belajar seseorang diperoleh melalui

indera pandang, dan hanya sekitar 5 persen diperoleh melalui indra dengar dan 5 persen lagi dengan indra lainnya.

2.3.8 Intensitas Media Pendidikan

Alat peraga atau media mempunyai intensitas yang berbeda dalam membantu dalam permasalahan seseorang. Elgar Dale menggambarkan intensitas setiap alat peraga dalam satu kerucut dan dibagi menjadi sebelas. Dimulai dari yang paling atas intensitasnya paling rendah adalah kata-kata, hal ini berarti bahwa penyampaian materi hanya dengan kata-kata saja kurang efektif. Kemudian selanjutnya tulisan, rekaman (radio), film, televisi, pameran, *field trip*, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, dan intensitas yang terakhir dan paling tinggi adalah benda asli.

2.3.9 Manfaat Media Pendidikan

Secara rinci manfaat media pendidikan adalah sebagai berikut:

1. menimbulkan minat sasaran.
2. Mencapai sasaran yang lebih buruk.
3. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
4. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain.
5. Memudahkan penyampaian informasi.
6. Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran.
7. Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pengertian yang lebih baik.
8. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh, yaitu menegakkan pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima lebih lama tersimpan dalam ingatan.

2.3.10 Macam-Macam Media Pendidikan

Pembagian alat peraga secara umum menurut Maulana (2009):

1. Alat bantu Lihat (*visual aids*)

Alat bantu ini digunakan untuk membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat bantu ini dibagi 2 (dua) bentuk:

- 1) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, *overhead projector* (OHP), dan film strip
- 2) Alat yang tidak diproyeksikan, misalnya dua dimensi seperti gambar, peta, dan bagan. Termasuk alat bantu cetak atau tulis, misalnya *leaflet*, poster, lembar balik, dan *booklet*. Termasuk tiga dimensi seperti bola dunia, dan boneka.

2. Alat bantu dengar (*audio aids*)

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pengajaran. Misalnya radio, piringan hitam dan sebagainya.

3. Alat bantu dengar dan lihat (*audio visual aids*)

Seperti TV, film, dan video.

2.3.11 Media Pendidikan berdasarkan Fungsi

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni media cetak, media elektronik dan media papan (Notoatmodjo 2007):

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut:

- 1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- 4) *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar halaman berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas atau masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya di tempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum atau kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain: Televisi dan Radio.

3. Media papan (*bill board*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

2.3.12 Sasaran yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Menurut Maulana (2009), pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga, penting untuk dipahami dalam menggunakan alat peraga. Ini berarti penggunaan alat peraga harus berdasarkan pengetahuan tentang sasaran yang ingin dicapai. Hal yang perlu diketahui tentang sasaran adalah sebagai berikut:

1. Yang perlu diketahui tentang sasaran antara lain:

- 1) Individu atau kelompok
- 2) Kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan dan sebagainya.
- 3) Bahasa yang mereka gunakan
- 4) Adat istiadat serta kebiasaan
- 5) Minat dan perhatian
- 6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima

2. Tempat memasang alat peraga

- 1) Di dalam keluarga, antara lain pada kesempatan kunjungan rumah, pada waktu menolong persalinan, menolong orang sakit dan sebagainya
- 2) Di masyarakat, antara lain pada saat arisan, pengajian, perayaan hari besar, dan di pasang di tempat umum

3) Di instansi, antara lain puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah dan sebagainya.

3. Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat digunakan oleh:

- 1) Petugas kesehatan
- 2) Kader kesehatan
- 3) Guru-guru sekolah dan tokoh masyarakat
- 4) Pamong desa

2.3.13 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Media Pendidikan Kesehatan

Beberapa ahli pendidikan, antara lain J. Guilbert dalam Notoatmodjo (2007), mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar dalam empat kelompok besar:

1. Faktor materi

Hal yang dipelajari, ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya, belajar pengetahuan dan belajar sikap atau keterampilan akan menentukan perbedaan proses belajar.

2. Faktor lingkungan

- 1) Lingkungan fisik yaitu suhu, kelembaban udara, dan kondisi tempat belajar.
- 2) Lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya.

3. Faktor instrumental

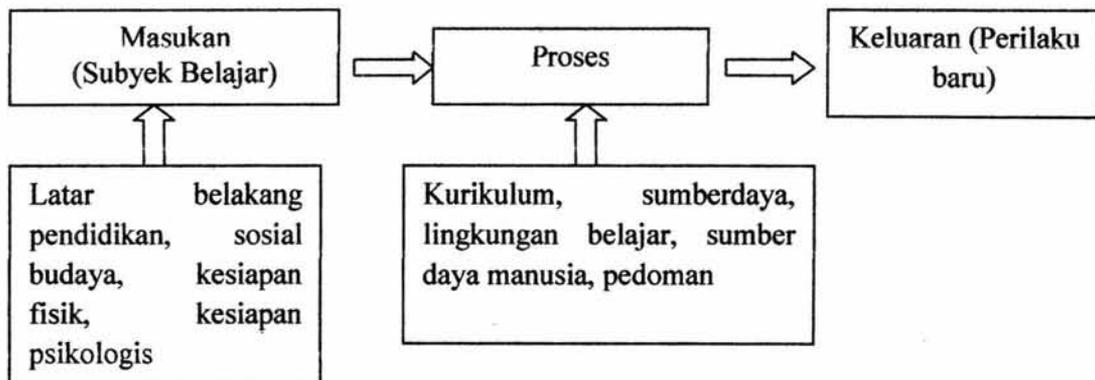
- 1) Perangkat keras (*hardware*), seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga.

- 2) Perangkat lunak (*software*), seperti kurikulum (dalam pendidikan formal).
 - 3) Pengajar atau fasilitator belajar.
 - 4) Metode belajar mengajar.
4. Faktor sasaran pendidikan atau subyek belajar
- 1) Kondisi fisiologis, seperti kekurangan gizi, kondisi panca indera (terutama pendengaran dan penglihatan)
 - 2) Kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, dan lain sebagainya.

2.3.14 Kerangka Konsep Proses Pendidikan Kesehatan

1. Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam Suliha (2002), menyatakan prinsip utama dalam proses pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Apabila proses pendidikan kesehatan dilihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses, dan keluaran yang digambarkan:



Gambar 2.1 Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan (Suliha, 2002)

Gambar 2.1 menjelaskan sebagai berikut:

1. Masukan dalam pendidikan kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat yang akan menjadi sasaran didik. Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar yang mempengaruhi pendidikan kesehatan, adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya.

2. Proses dalam pendidikan kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan), metode pengajaran, alat bantu belajar, dan materi belajar. Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor: materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan, dan subjek belajar. Materi atau bahan pendidikan kesehatan merupakan materi atau bahan belajar bagi subjek belajar. Materi tersebut dapat merupakan materi baru, pelengkap atau pengulangan bagi subjek belajar. Lingkungan belajar dapat berupa tatanan belajar di kelas, auditorium, atau tempat lainnya, lingkungan sosial, lingkungan fisik (cahaya, udara, suara). Tenaga kesehatan atau perawat meliputi kualitas, yaitu kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, maupun kuantitas yang menyangkut jumlah maupun jenisnya. Perangkat lunak pendidikan kesehatan yang mempengaruhi proses belajar adalah kurikulum atau satuan pelajaran, buku materi, *leaflet*,

booklet, buku pedoman dan peraturan. Perangkat keras berupa alat bantu pengajaran atau alat peraga atau *audio visual aids* (AVA) dan tempat belajar.

3. Keluaran dalam pendidikan kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.3.15 Proses Belajar di dalam Pendidikan Kesehatan

Dalam Notoatmojo (2003), proses belajar meliputi:

1. Arti Belajar

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar, karena proses belajar itu berada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Pendidikan dilihat secara makro. Sedangkan pengajaran (proses belajar) itu dilihat secara mikro. Belajar adalah usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup.

2. Proses Belajar

Di dalam belajar akan tercakup hal-hal berikut:

1) Latihan

Latihan adalah suatu penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu

2) Menambah tingkah laku baru

Sifat khas dari proses belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada, sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui, sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti, sekarang dimengerti.

3. Teori Proses Belajar

Perkembangan teori proses belajar yang ada dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yaitu:

1) Teori stimulus-respon

Teori ini hanya menghitung faktor dari luar individu (faktor eksternal), kurang memperhatikan faktor internal. Teori belajar yang termasuk teori ini adalah teori asosiasi, yaitu, belajar adalah mengambil dan menggabungkan tanggapan karena rangsangan diberikan berulang-ulang.

2) Teori transformasi

Teori ini memperhitungkan faktor eksternal dan internal dan berlandaskan pada psikologi kognitif, bahwa proses belajar adalah transformasi dari informasi, kemudian informasi tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Perilaku terjadi karena interaksi individu dengan dunia luar, persepsi, imajinasi dan penalaran. Teori transformasi ini juga mencakup domain afektif dan psikomotor.

4. Prinsip-prinsip Belajar

1) Prinsip 1

Belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi di dalam diri si pelajar yang diaktifkan oleh individu itu sendiri. Perubahan persepsi pengetahuan, sikap, dan perilaku adalah suatu produk manusia itu sendiri, bukan kekuatan yang dipaksakan kepada individu.

2) Prinsip 2

Belajar adalah penemuan diri sendiri, yang berarti proses penggalian ide-ide yang berhubungan dengan diri sendiri dan masyarakat,

sehingga pelajar dapat menentukan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai

3) Prinsip 3

Belajar adalah suatu konsekuensi dan pengalaman. Seseorang menjadi bertanggung jawab ketika ia diserahi tanggung jawab. Untuk belajar yang efektif tidak cukup jika hanya dengan memberikan informasi saja, tetapi kepada pelajar tersebut perlu diberikan pengalaman

4) Prinsip 4

Belajar adalah proses kerja sama dan kolaborasi. Dengan kerja sama, saling berinteraksi dan berdiskusi, di samping memperoleh pengalaman dari orang lain juga dapat mengembangkan pemikiran-pemikiran dan daya kreasi individu. Implikasi prinsip ini di dalam pendidikan kesehatan adalah dengan pembentukan kelompok dan diskusi kelompok akan sangat mempermudah proses belajar.

5) Prinsip 5

Belajar adalah proses evolusi, bukan proses revolusi karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran

6) Prinsip 6

Belajar kadang-kadang merupakan suatu proses yang menyakitkan karena menghendaki perubahan kebiasaan yang sangat menyenangkan dan sangat berharga dirinya dan mungkin harus melepaskan sesuatu yang menjadi jalan hidup atau pegangan hidupnya.

7) Prinsip 7

Belajar adalah proses emosional dan intelektual. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan, oleh karena itu hasil belajar sangat ditentukan situasi psikologis individu saat belajar.

8) Prinsip 8

Belajar bersifat individu dan unik. Kita harus menyediakan media belajar yang bermacam-macam sehingga tiap individu dapat memperoleh pengalaman belajar sesuai dengan keunikan dan gaya masing-masing.

2.4 Metode *Focus Group Discussion* (FGD)

Menurut Susilo (2009), FGD adalah sebuah metode yang bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subyektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi. Sasaran diskusi biasanya homogen dengan jumlah kelompok berkisar 6-12 orang.

FGD merupakan suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah atas suatu isu atau masalah tertentu (Denny 2006).

Diskusi kelompok terarah (FGD) merupakan diskusi yang dilakukan oleh sekelompok kecil orang yang terorganisasi mengenai topik tertentu (Stake, 2006).

Penulis dapat mengambil kesimpulan berdasarkan uraian di atas bahwa FGD merupakan suatu metode pendidikan kesehatan berupa diskusi yang dilakukan sekelompok orang (6-12 orang) secara sistematis dan terarah mengenai

topik tertentu untuk mendapatkan informasi berdasarkan pengamatan subjektif dari sekelompok orang tersebut.

2.4.1 Jenis-Jenis *Focus Group Discussion* (FGD)

Jenis-jenis FGD (Kementerian Kominfo 2010), antara lain:

1. *Two-way focus group* (FGD dua arah) - satu kelompok disaksikan kelompok lain dan membahas diamati interaksi dan kesimpulan
2. *Dual moderator focus group* – moderator memastikan satu sesi berlangsung lancar, sementara yang lain memastikan bahwa semua topik yang dibahas.
3. *Dueling moderator focus group* – dua moderator berada pada sisi berlawanan saat diskusi.
4. *Respondent moderator focus group* – satu atau lebih dari responden diminta untuk bertindak sebagai moderator sementara.
5. *Client participant focus group* – satu atau lebih perwakilan klien berpartisipasi dalam diskusi, baik tertutup ataupun terbuka dengan jumlah anggota 6-12 orang.
6. *Mini focus groups* – kelompok yang terdiri dari empat atau lima anggota bukan 6 sampai 15
7. *Teleconference focus groups* – FGD yang menggunakan jaringan telepon.
8. *Online focus groups* (FGD online) – menggunakan internet.

2.4.2 Tujuan *Focus Group Discussion* (FGD)

Tujuan FGD (Munif 2011):

1. Menambah dan memperdalam informasi
2. Membangun kesepakatan atau komitmen

3. Mengklarifikasi informasi yang kurang pada basis data dan juga bisa dipakai untuk memperoleh opini-opini yang berbeda mengenai satu permasalahan
4. Memberi kesempatan peserta mengungkapkan wawasan mengenai opini dalam masyarakat

2.4.3 Keunggulan Metode *Focus Group Discussion* (FGD)

1. Praktis dan ekonomis (Feby 2012)
2. FGD dapat mengungkapkan beberapa aspek sekaligus, seperti menjelaskan suatu informasi yang lebih rinci dan mendetail, mengungkap beberapa aspek sekaligus, seperti, pemahaman atas permasalahan di sekitarnya, meningkatkan logika berfikir, cara pengambilan keputusan, memiliki inisiatif, ketrampilan berkomunikasi, dan kepercayaan diri pada seseorang (Sinergioptima 2009).
3. FGD bersifat memberikan tekanan pada kasus yang terfokus dan bagaimana membuat peserta mendapatkan wawasan baru dari masalah (Susilo 2009).
4. FGD biasanya terdapat suatu topik yang dibahas dan didiskusikan bersama (Stake 2006).

Menurut Irwanto (2006), keuntungan FGD adalah biaya murah dan dapat memberikan hasil cepat. Format yang fleksibel memungkinkan fasilitator menggali pengetahuan yang belum di dapat sebelumnya dan mendorong terjadinya interaksi di antara peserta kelompok. Sedangkan keterbatasan FGD adalah (1) Format yang fleksibel cenderung dapat mengarah pada bias dari fasilitator, (2) diskusi dapat didominasi oleh segelintir individu orang yang vokal.

2.4.4 Prinsip-Prinsip *Focus Group Discussion* (FGD)

Prinsip-prinsip FGD (Irwanto 2006) diantaranya:

1. FGD adalah kelompok diskusi bukan wawancara atau obrolan. Ciri khas metode FGD yang tidak dimiliki oleh metode riset lainnya (wawancara mendalam atau observasi) adalah interaksi.
2. FGD adalah *group* bukan individu.
3. FGD adalah diskusi terfokus bukan diskusi bebas.

2.4.5 Hal-Hal yang Dilakukan ketika *Focus Group Discussion* (FGD)

Menurut Cahyo (2009), tahap-tahap yang perlu dipersiapkan ketika *focus group discussion* (FGD) yaitu:

1. Pastikan anggota menyimak dengan sebaik-baiknya kasus seperti apa yang sedang dihadapi sehingga anggota memiliki pemahaman yang utuh mengenai kasus tersebut. Manfaatkan waktu yang diberikan dengan sebaik-baiknya karena biasanya kasus-kasus dalam FGD memiliki pemahaman yang utuh mengenai kasus tersebut. Jangan terlalu terburu-buru mengambil sikap karena bisa jadi anggota belum mempertimbangkan beberapa aspek yang seharusnya perlu diperhatikan dalam kasus tersebut.
2. Bersikap proaktif dan komunikasikan ide atau gagasan kepada kelompok. Perlu percaya diri, percaya dengan kemampuan sendiri sehingga orang lain juga yakin dan mendengarkan ide dengan seksama. Diharapkan untuk tidak takut menyanggah pendapat orang lain apabila merasa pendapat orang lain tersebut kurang sesuai dengan kasus yang harus disikapi. Argumentasi dari orang lain justru penting agar penyelesaian yang didapatkan kelompok benar-benar sempurna.

2.4.6 Langkah-Langkah Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD)

1. Tentukan target peserta dan didiskusikan dengan warga komunitas tersebut mengenai target kriteria peserta.
2. Lakukan diskusi dengan satu topik tertentu.
3. Setelah menentukan kriteria-kriteria yang terkait, lalu identifikasi siapa-siapa yang akan mewakili masing-masing kelompok kriteria tersebut.
4. Rencanakan penjadwalan waktu pelaksanaan FGD
5. Buat desain pedoman FGD
 - 1) Pedoman terdiri dari daftar pertanyaan untuk menjadi bahan fasilitator untuk memancing diskusi pada FGD.
 - 2) Pedoman bagi fasilitator untuk mendorong kebebasan berekspresi, tergalinya informasi mendalam dari peserta.
 - 3) Buat pertanyaan-pertanyaan sederhana dengan jawaban tertutup.
 - 4) Pedoman harus detail.
 - 5) Pedoman harus menyediakan pertanyaan terbuka untuk topik khusus yang didiskusikan.
 - 6) Siapkan fasilitator dan pencatat proses.

2.4.7 Media yang Dipakai dalam *Focus Group Discussion* (FGD)

Media yang dipakai dalam FGD adalah *flipchart* (lembaran balik) yaitu pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik, biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar berisi gambar atau peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut. *Leaflet* yaitu melalui gambar yang dilipat, isi pesan bisa gambar atau tulisan atau bisa keduanya. *Flyer* (selebaran) yaitu seperti *leaflet* tetapi tidak dalam bentuk lipatan.

Booklet atau modul yaitu suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar (Notoatmodjo 2007).

2.4.8 Jumlah Peserta dan Durasi Waktu Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD)

Jumlah peserta pada FGD menjadi faktor penting yang harus dipertimbangkan. Menurut Irwanto (2006), jumlah yang ideal peserta FGD adalah 7-11 orang, namun ada juga yang menyarankan jumlah peserta FGD lebih kecil, yaitu 4-7 orang (Koentjoro 2005) atau 6-8 orang (Krueger & Casey 2000). Terlalu sedikit tidak memberikan variasi yang menarik, dan terlalu banyak akan mengurangi kesempatan masing-masing peserta untuk memberikan sumbangan pikiran yang mendalam.

Waktu yang biasa digunakan dalam pelaksanaan FGD yaitu 20-30 menit (Feby 2012). Sedangkan menurut Irwanto (2006), FGD membutuhkan waktu 1-2 jam.

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Pengertian Perilaku

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati pihak luar.

2.5.2 Teori Determinan Perilaku

Banyak teori tentang perubahan perilaku, diantaranya sebagai berikut:

1. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat, kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2. Teori Sochandou B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*)
- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*)
- 3) Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)

- 4) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*)
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*)

3. Teori WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan) (Notoatmojo 2007).

2.5.3 Teori-Teori Perubahan Perilaku

1. Teori Stimulus Organisme (S-O-R)

Teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organism. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- 1) Stimulus yang diberikan kepada organism dapat diterima atau ditolak
- 2) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian terhadap organism (diterima) sehingga mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- 3) Setelah ini organism mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).

- 4) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan menstimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku)

2. Teori Festinger

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). *Cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Hal ini menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Menurut Katz (1960), perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

- 1) Perilaku memiliki fungsi instrumental
- 2) Perilaku berfungsi sebagai *defence mechanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya,
- 3) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti
- 4) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari.

4. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*).

Perilaku ini dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

- 1) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat
- 2) Kekuatan-kekuatan penahan menurun
- 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun

Menurut teori kognitif, Piaget lebih memperhatikan proses belajar untuk melakukan sesuatu suatu perubahan yaitu melewati tiga proses yaitu asimilasi, akomodasi, dan equilibrasi (Setiawati & Dermawan 2008).

Teori adaptasi Roy menyatakan pembelajaran dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku. Proses kontrol kognitor berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi sehingga mekanisme belajar merupakan suatu proses di dalam adaptasi (*cognaitor*) yang mencakup mempersepsikan suatu informasi (Nursalam 2008).

2.5.4 Jenis Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior*.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

2.5.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Berdasarkan teori Lawrence Green (1980) perilaku manusia dari tingkat kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung, atau faktor pemungkin.

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas kesehatan, serta termasuk juga undang-undang dan peraturan dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan. Dalam berperilaku sehat, masyarakat tidak hanya memerlukan pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, terlebih dari para petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

Sunaryo (2004) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain:

1) Faktor genetik atau endogen

Faktor genetik merupakan dasar untuk kelanjutan perkembangan perilaku makhluk hidup. Yang termasuk faktor genetik atau endogen yaitu:

(1) Jenis ras

Setiap ras di dunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan lainnya.

(2) Jenis kelamin

Perbedaan perilaku antara pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari. Pria berperilaku atas dasar pertimbangan rasional atau akal, sedangkan wanita atas dasar pertimbangan emosional atau perasaan.

(3) Sifat fisik

Kalau diamati perilaku individu akan berbeda-beda karena sifat fisiknya, misalnya perilaku individu yang pendek dan gemuk berbeda dengan individu yang memiliki fisik tinggi kurus.

(4) Sifat kepribadian

Perilaku individu adalah manifestasi dari kepribadian yang dimilikinya sebagai perpaduan antara faktor genetik dan lingkungan. Perilaku individu tidak ada yang sama karena adanya perbedaan kepribadian yang dimiliki individu, dipengaruhi oleh beberapa aspek kehidupan seperti pengalaman, usia, watak, tabiat, sistem norma, nilai, dan kepercayaan yang dianutnya.

(5) Intelegensi

Intelegensi sangat berpengaruh terhadap perilaku individu. Individu yang inteligen yaitu dalam mengambil keputusan dapat bertindak tepat, cepat, dan mudah. Sebaliknya individu yang memiliki intelegensi rendah dalam mengambil keputusan akan bertindak lambat.

2) Faktor eksogen

(1) Faktor lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap perilaku karena lingkungan merupakan lahan untuk perkembangan perilaku.

(2) Pendidikan

Kegiatan pendidikan formal maupun informal berfokus pada proses belajar mengajar, dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku

yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dan dari tidak dapat menjadi dapat.

(3) Agama

Agama sebagai suatu keyakinan hidup untuk masuk ke dalam kepribadian seseorang sangat berpengaruh dalam cara berpikir, bersikap, bereaksi, dan berperilaku individu.

(4) Sosial ekonomi

Sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap perilaku individu yang ada dalam keluarga tersebut. Keluarga yang status ekonominya cukup akan mampu menyediakan segala fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sebaliknya keluarga dengan sosial ekonomi rendah akan mengalami kesulitan di dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

2.5.6 Domain Perilaku

Benyamin Bloom (1998) dalam Notoatmodjo (2007), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain:

1. Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai faktor, di samping pendidikan yang pernah dijalani, faktor lingkungan sosial dan frekuensi kontak dengan media massa juga mempengaruhi pengetahuan (Suharjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Sikap

Menurut Berkowitz (1972) dalam Azwar (2008), sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada suatu obyek.

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek.

Menurut Notoatmodjo (2003) keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus. Manifestasi terhadap sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (*covert behaviour*).

Menurut Middlebrook (1974) dalam Azwar (2008), dengan tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu obyek, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap obyek tersebut.

Menurut Roger dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sebelum seseorang menghadapi sikap baru maka dalam diri tersebut terjadi proses berbenturan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap baru.

1) Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif dan konatif (Azwar 2008).

Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu sehingga kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi (Azwar 2008).

Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) terhadap suatu objek di

lingkungan sekitarnya. Faktor yang mempengaruhi sikap responden seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, media massa, serta faktor emosi di dalam diri individu (Ira 2008).

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut (Azwar 2008).

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dengan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar 2008).

2) Proses perkembangan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar 2008). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor dalam pembentukan sikap manusia.

(1) Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulasi.

(2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap.

(3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Individu memiliki pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

(4) Media massa

Media massa sebagai komunikasi yang berupa televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan berpikir kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat member dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

(5) Lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena kebudayaan meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

(6) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang.

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang yang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo 2003).

(1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

(2) Respon terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator tingkat dua.

(3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai tingkat tiga.

(4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.5.7 Proses Adopsi Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Evaluasi (*Evaluation*), yaitu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
4. Mencoba (*Trial*), orang telah mulai mencoba perilaku baru.

5. Adopsi (*Adoption*), subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Proses pembelajaran yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan untuk berperilaku hidup sehat akan sulit didapatkan. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan (Nursalam 2008).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo 2005).

2.5.8 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut WHO, perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian antara lain:

1. Perubahan Alamiah

Perilaku yang dihasilkan dari proses belajar sangat tergantung dari stimulus dan lingkungan saat proses belajar berlangsung. Secara alamiah perubahan perilaku seseorang bergeser karena banyak stimulus baru dan pengaruh lingkungan tempat tinggal.

2. Perubahan Terencana

Perubahan perilaku yang memang benar-benar direncanakan.

3. Kesiediaan untuk berubah

Kesiediaan untuk berubah bagi setiap orang sangatlah indberbeda-beda. Perbedaan individual berupa bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual sangat mempengaruhi pengambilan keputusan bagi individu dalam perubahan perilakunya (Setiawati&Dermawan, 2008).

2.5.9 Strategi Perubahan Perilaku

Me ubah perilaku tidak mudah, apalagi perilaku saat ini sudah tertanam sejak lama pada orang tersebut. Untuk mencapai perubahan perilaku sesuai dengan yang diharapkan dan tidak membutuhkan waktu yang cukup lama, perlu dipelajari dan dipahami betul arti dari strategi perubahan perilaku.

Strategi perubahan perilaku menurut WHO antara lain:

1. Kekuatan atau dorongan atau kekuasaan

Perilaku dipaksa diubah dengan instrumen yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Perilaku dirubah dengan keharusan serta lebih bersifat paksaan. Strategi ini menitikberatkan pada faktor paksaan dan kekuasaan.

2. Informasi

Perilaku berubah dengan terlebih dahulu diberikan penguatan berupa informasi-informasi tentang sesuatu hal yang bisa merubah perilaku terlebih dahulu.

3. Diskusi

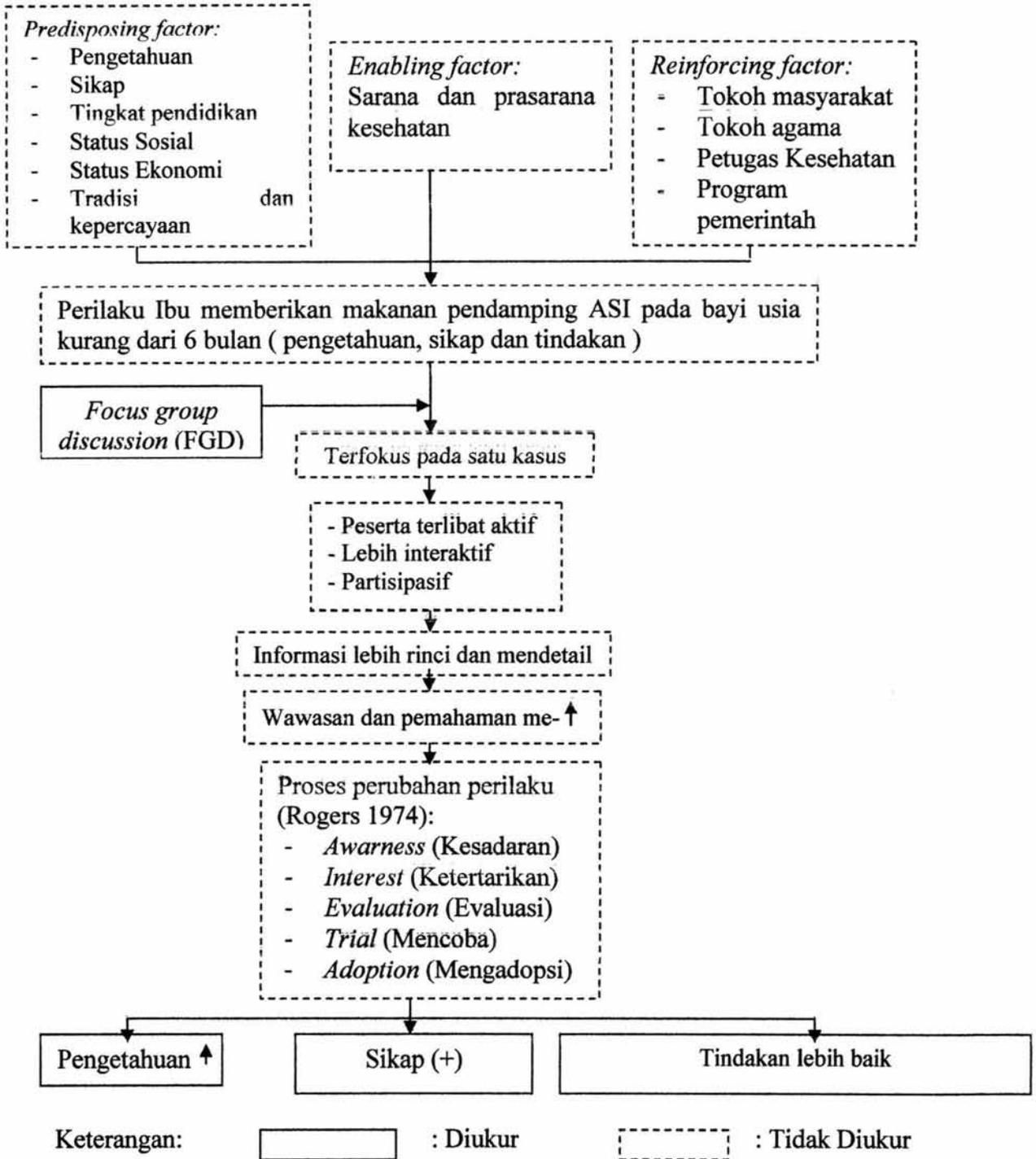
Perubahan perilaku akan lebih cepat selain dengan pemberian informasi tetapi keinginan kuat dan individu untuk berubah. Diskusi adalah bagian dari strategi yang berperan penting dalam merubah proses pikir individu untuk mempercepat perubahan perilaku. Diskusi akan membuat individu berpikir, dengan diskusi pengetahuan akan bertambah. Semakin banyak informasi yang diyakini kebenarannya, maka semakin cepat pula perubahan perilaku terjadi (Setiawati & Dermawan 2008).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Upaya Perubahan Perilaku dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan Metode *Focus Group Discussion* (FGD)

Kerangka konseptual menjelaskan bahwa perilaku individu atau masyarakat menurut teori perubahan perilaku Lawrence Green (1980) dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: (1) faktor predisposisi (*predisposing factor*), yaitu faktor yang mendahului perilaku menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku berupa pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut, tingkat sosial ekonomi. (2) Faktor pendukung (*enabling factor*), faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. (3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap dan perilaku tokoh masyarakat atau tokoh agama, sikap dan perilaku atau petugas kesehatan dan peraturan atau Undang-undang.

Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berumur di bawah 6 bulan. Pengetahuan ibu yang kurang menyebabkan ketidaktepatan sikap dan tindakan ibu-ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Untuk meningkatkan perubahan perilaku ibu yang memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan maka dibutuhkan pendidikan kesehatan melalui metode FGD mengenai ASI eksklusif dan pemberian MPASI. Keunggulan pendidikan kesehatan dengan metode FGD yaitu lebih efektif karena metode ini lebih interaktif, partisipatif, mengajak masyarakat mendiskusikan topik tertentu dengan cara yang lebih mudah dipahami masyarakat dan lebih mudah mendapatkan hasil yang maksimal serta praktis dan ekonomis. FGD memberikan tekanan pada kasus yang terfokus sehingga ibu memperoleh informasi yang lebih rinci dan mendetail.

Informasi yang rinci dan mendetail dapat meningkatkan wawasan dan pemahaman sehingga menimbulkan kesadaran ibu akan pentingnya ASI eksklusif dan bahaya pemberian MPASI dini sehingga tertarik untuk mengungkapkan pendapatnya. Ibu mulai mempertimbangkan baik buruknya ASI eksklusif dan MPASI dini untuk dirinya dan bayi. Pertimbangan yang matang, ibu mulai mencoba menerapkan perilaku yang tepat. Ibu mengadopsi perilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya. Adopsi perilaku meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu untuk tidak memberikan MPASI pada bayi kurang dari 6 bulan. Proses perubahan perilaku tersebut sesuai dengan teori Rogers (1974) yaitu timbul kesadaran (*awareness*), ketertarikan (*interest*), mempertimbangkan baik buruknya stimulus (*evaluation*), mulai mencoba (*trial*), dan mengadaptasi (*adoption*). Perubahan perilaku ibu ditandai dengan peningkatan pengetahuan, sikap menjadi positif, dan ibu hanya memberikan ASI saja pada bayi yang berumur kurang dari 6 bulan.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1:

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui metode *focus group discussion* terhadap pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui metode *focus group discussion* terhadap sikap ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui metode metode *focus group Discussion* terhadap tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan dibahas mengenai rancangan penelitian, populasi, sampel dan teknik pengambilan sampel, variabel penelitian, kerangka operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisis data, dan etik penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu (*quasy-eksperiment*) yaitu rancangan penelitian yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimental (Nursalam 2008). Kedua kelompok ini diawali dengan *pre test* dan setelah perlakuan diadakan *post test*.

Jenis penelitian ini bertujuan mencari adanya pengaruh antara variabel dependen yaitu perubahan perilaku ibu yang memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan serta variabel independen yaitu pendidikan kesehatan metode *focus group discussion*.

Tabel 4.1 Tabel Rancangan Penelitian

Subyek	Pra tes	Perlakuan	Pasca tes
K-A	O	1	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

K-A = Ibu yang telah memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun (kelompok perlakuan)

- K-B = Ibu yang telah memberikan MPASI dengan bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun (kelompok kontrol)
- O = Observasi sebelum pemberian intervensi
- = Aktifitas lainnya yaitu diberikan *leaflet*
- O1(A+B) = Observasi setelah pemberian intervensi

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan subyek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah Ibu yang telah memberikan MPASI dengan bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun yang berjumlah 24 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam 2008).

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak diteliti. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ibu yang bisa membaca dan menulis
2. Ibu yang produksi ASI masih aktif atau mempunyai ASI yang cukup. Cara mengukur ASI yang cukup yaitu bayi menyusu sering, tiap 2-3 jam atau 8-12 kali dalam sehari (Soetjiningsih 1997).

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak layak dimasukkan atau tidak layak diteliti. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Ibu yang tidak tinggal satu rumah dengan bayi.

Besar sampel yang sesuai dengan proses sampling adalah 22 orang dari 24 orang populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 20 orang dikarenakan 2 orang yang lain tidak bersedia menjadi responden.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel / Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan kategori *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam 2008). Peneliti mengelompokkan sampel menjadi dua kelompok, satu kelompok perlakuan dengan pendidikan kesehatan metode FGD dan kelompok kontrol tetap melakukan kegiatan seperti biasa dan diberikan *leaflet* setelah penelitian.

4.3 Variabel penelitian

4.3.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam 2008). Variabel bebas dalam penelitian adalah metode *focus group discussion*.

4.3.2 Variabel Dependen (Tergantung)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain (Nursalam 2008). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah perilaku Ibu dalam pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian arti atau makna masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian (Nursalam 2008).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel Independen: Pendidikan kesehatan Dengan metode <i>focus group discussion</i> (FGD)	Sebuah metode diskusi yang bertujuan untuk mendapatkan informasi berdasarkan pengamatan subyektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi mengenai ASI Eksklusif dan MPASI secara sistematis dan terarah	Dilaksanakan dalam 2 kali pertemuan (60 menit/pertemuan) Dilakukan dengan cara melibatkan responden dalam proses diskusi yang dipandu sesuai tujuan dan fokus pembahasan FGD dimulai dengan penyampaian topik diskusi dari moderator kepada peserta, moderator melontarkan pertanyaan dan meminta peserta secara berurutan, memulai diskusi, mengarahkan diskusi sesuai dengan SAK dan menyampaikan hasil diskusi	SAK	-	-

<p>Variabel dependen: 1. Pengetahuan</p>	<p>Wawasan yang dimiliki ibu mengenai ASI Eksklusif dan MPASI</p>	<p>Pengetahuan ibu mengenai: 1. Pengertian ASI eksklusif 2. Pentingnya ASI Eksklusif 3. Cara Pemberian ASI yang benar 4. Pengertian MPASI 5. Waktu yang tepat memberikan MPASI 6. Jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari 6 bulan 7. Alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan 8. Bahaya MPASI yang diberikan pada bayi kurang dari 6 bulan</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Benar : 1 Salah: 0 Baik : 76%-100% Cukup: 55%-75% Kurang: <55% (Arikunto 2007)</p>
<p>2. Sikap</p>	<p>Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari ibu tentang ASI eksklusif dan MPASI</p>	<p>Reaksi ibu untuk tidak memberikan MPASI atau hanya memberikan ASI saja pada bayi usia kurang dari 6 bulan yaitu mengenai: 1. Pentingnya ASI eksklusif pada bayi usia kurang dari 6 bulan 2. Waktu yang tepat dalam pemberian MPASI pada bayi 3. Bahaya pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan berbahaya</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Skala likert - Pertanyaan positif (<i>favorable question</i>) no 1,6, 7, 9, dan 10 Sangat Setuju: 4 Setuju : 3 Tidak setuju: 2 Sangat tidak setuju: 1 - Pertanyaan negatif (<i>unfavorable</i>)</p>

question) no. 2, 3, 4, 5, dan 8
 Sangat Setuju: 1
 Setuju : 2
 Tidak setuju: 3
 Sangat tidak setuju: 4

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{S}$$

\bar{X} : skor responden

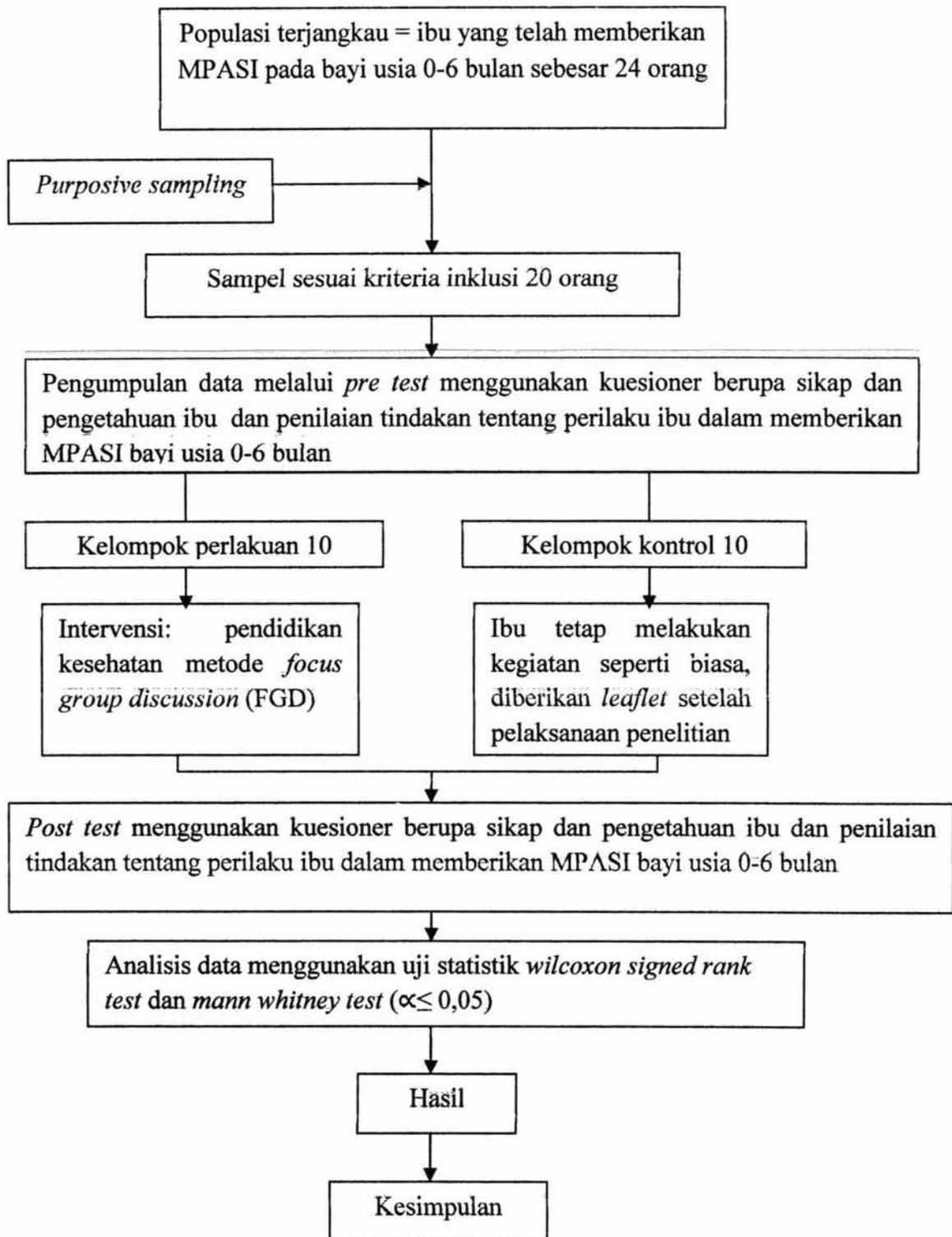
X : nilai

S: standar deviasi

Sikap positif bila nilai skor $T \geq T$ mean dan sikap negatif jika $T < T$ mean
 (Azwar 2008)

3. Tindakan	Praktik pemberian MPASI yang dilakukan ibu pada bayi usia kurang dari 6 bulan	Keikutsertaan ibu untuk memberikan ASI saja pada bayi usia kurang dari 6 bulan	Lembar wawancara	Ordinal	Ya : 0 Tidak : 1	Baik = 75%-100% Cukup= 55%-75% Kurang= <55% (Arikunto 2007)
-------------	---	--	------------------	---------	---------------------	--

4.5 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

4.6 Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam 2008).

4.6.1 Instrumen Penelitian

Pada variabel independen yaitu *focus group discussion* (FGD), peneliti menggunakan Instrumen Satuan Acara Kegiatan (SAK). Pada variabel dependen, penelitian ini menggunakan instrumen yang berupa kuesioner untuk mengetahui pengetahuan dan sikap yang mengacu pada teori perubahan perilaku berdasarkan teori Lawrence Green (1980) yang dimodifikasi oleh peneliti dalam bentuk *close ended*. Instrumen pada pengetahuan, sikap dan tindakan didapatkan dari modifikasi dari penelitian sebelumnya yaitu penelitian dari Evita (2011) dan Renata (2009). Kuesioner pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan yang menilai aspek pengertian ASI Eksklusif (pertanyaan no. 1 dan 2), pentingnya ASI Eksklusif (pertanyaan no. 3 dan 4), pengertian makanan pendamping ASI (MPASI) (pertanyaan no.5), waktu yang tepat memberikan MPASI (pertanyaan no.6), jenis makanan yang bagi bayi usia kurang dari 6 bulan (pertanyaan no.7), alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan (pertanyaan no. 8), dan bahaya Makanan Pendamping ASI Dini (pertanyaan no.9 dan 10). Kuesioner sikap terdiri dari 5 pertanyaan *favorable* (positif) yang tercantum dalam pertanyaan no. 1, 6, 7, 9, 10 dan 5 pertanyaan *unfavorable* (negatif) yang tercantum dalam pertanyaan no. 2, 3, 4, 5, dan 8. Penilaian praktik atau tindakan menggunakan lembar wawancara berdasarkan praktik ibu dalam pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan yaitu jika jawaban Ya = 0

dan jika jawaban Tidak = 1. Pengetahuan, sikap dan tindakan menggunakan data ordinal.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun dan rumah responden.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 30 April 2012 sampai tanggal 20 Mei 2012.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan pengumpulan data dalam pelaksanaan penelitian ini. Peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada Bakesbanglinmas Kabupaten Madiun, Kepala Dinas Kesehatan Madiun, Kepala Kecamatan Saradan, Kepala Puskesmas Saradan dan Kepala Desa Bandungan untuk melakukan penelitian di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun. Setelah mendapatkan izin, peneliti memilih responden yang telah memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan berdasarkan *purposive sampling*. Responden diseleksi dari Posyandu I, Posyandu II, Posyandu III dan Posyandu IV sesuai kriteria inklusi. Responden dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kontrol masing-masing kelompok berjumlah 10 responden. Kelompok perlakuan dipilih dari Posyandu I dan Posyandu III sedangkan kelompok kontrol dipilih dari Posyandu II dan IV dengan pertimbangan berdasarkan *cluster* atau wilayah (lokasi) tempat tinggal responden. Kelompok perlakuan mendapatkan FGD sedangkan kelompok kontrol tetap melakukan kegiatan seperti biasa dan diberikan *leaflet*

setelah penelitian dilaksanakan. Selanjutnya, peneliti mengadakan pendekatan atau membuat kontrak pertemuan dengan responden untuk mendapatkan persetujuan (*informed consent*).

Peneliti melakukan kunjungan rumah masing-masing responden (*door to door*) sebelum pelaksanaan FGD untuk menjelaskan tujuan dan manfaat FGD, dilanjutkan memberikan kuesioner tentang biodata atau data demografi, pengetahuan dan sikap responden tentang ASI eksklusif dan MPASI sebagai *pre test*. Responden menjawab semua pertanyaan pada kuesioner dan didampingi oleh peneliti untuk meminimalisir adanya ketidaktepatan dalam pengisian. Setelah menjawab *pre test*, peneliti juga melakukan penilaian tindakan menggunakan lembar wawancara mengenai ibu dalam memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan. *Pre test* pada kelompok perlakuan dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2012. *Pre test* pada kelompok kontrol dilaksanakan pada tanggal 5 Mei 2012.

Peneliti bekerjasama dengan Bidan Desa (pendamping) dan Kader Posyandu (fasilitator) melaksanakan FGD yang diadakan di Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan. FGD dilaksanakan 2 kali dalam 2 minggu (minggu ke-1 dan minggu ke-2) dengan jarak pertemuan 7 hari dengan pertimbangan agar responden dapat mencerna materi yang diberikan sebelumnya dan menyesuaikan kesibukan masing-masing responden. Pelaksanaan FGD yang pertama dilaksanakan pada hari Minggu pada minggu ke-1 pada tanggal 6 Mei 2012 dan FGD yang kedua dilaksanakan pada hari Minggu pada minggu ke-2 pada tanggal 13 Mei 2012. Kegiatan FGD diadakan sesuai dengan kesepakatan yang ditentukan bersama responden dan berlangsung selama 60 menit. Pertemuan pertama

membahas tentang pengertian, pentingnya ASI eksklusif dan cara pemberian ASI yang benar. Dilakukan demonstrasi terkait materi cara pemberian ASI yang benar khususnya cara menyusui yang benar dengan menggunakan boneka peraga yang telah disiapkan. Di akhir FGD pertama, peneliti memberikan modul dan lembar monitoring tindakan ibu yang harus diisi oleh responden setiap hari. Pengisian lembar monitoring tindakan ini diisi dimulai pada hari pertama pelaksanaan FGD. Pertemuan kedua membahas tentang pengertian MPASI, waktu yang tepat memberikan MPASI, jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari 6 bulan, alasan menunda MPASI diberikan pada bayi usia kurang dari 6 bulan dan bahaya MPASI yang diberikan pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Di setiap pertemuan, selalu ada *review* tentang materi yang dibahas pada pertemuan sebelumnya dengan tujuan agar responden mengingat materi yang sudah didapatkan.

Monitoring tindakan dilaksanakan 2 kali dalam 2 minggu (minggu ke-1 dan minggu ke-2). Monitoring tindakan ke-1 dilaksanakan 3 hari setelah FGD yang pertama (minggu ke-1) pada tanggal 9 Mei 2012 dan monitoring tindakan yang ke-2 dilaksanakan 7 hari dari monitoring tindakan yang ke-1 (minggu ke-2) pada tanggal 16 Mei 2012 dengan pertimbangan untuk memberikan kenyamanan, membina kepercayaan serta menjaga privasi responden.

Post test dan penilaian tindakan dilaksanakan 6 hari setelah pelaksanaan FGD yang kedua pada tanggal 19 Mei 2012 dengan pertimbangan agar terjadi proses retensi informasi yang telah diberikan pada responden. Peneliti melakukan kunjungan rumah (*door to door*) dalam pelaksanaan *post test* dan penilaian tindakan. *Post test* dengan memberikan kuesioner pengetahuan dan sikap ibu mengenai ASI Eksklusif dan MPASI. Penilaian tindakan dengan menggunakan

lembar wawancara mengenai pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan. *Post test* pada kelompok kontrol dilaksanakan pada tanggal 19 Mei 2012 dan 20 Mei 2012.

4.6.4 Analisis Data

Hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distributif dan dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi. Analisis statistik diolah dengan perangkat lunak menggunakan SPSS.

1. Editing

Membagikan kuesioner kepada responden. Setelah responden selesai menjawab lalu mengambil kuesioner tersebut. melihat apakah data pada kuesioner yang dibagikan pada responden sudah terisi dengan lengkap.

2. Coding

Mengklarifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode dan skor pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner

1) Usia bayi

0-2 bulan : diberi kode 1

3-4 bulan : diberi kode 2

5-6 bulan : diberi kode 3

2) Urutan anak dalam keluarga

Anak pertama : diberi kode 1

Anak kedua : diberi kode 2

Anak ketiga : diberi kode 3

Anak keempat : diberi kode 4

3) Jenis Kelamin

Laki-laki : diberi kode 1

Perempuan : diberi kode 2

4) Usia responden

14-19 tahun : diberi kode 1

20-30 tahun : diberi kode 2

30-40 tahun : diberi kode 3

5) Tingkat pendidikan responden

SD : diberi kode 1

SMP : diberi kode 2

SMA : diberi kode 3

S1/Sarjana : diberi kode 4

6) Informasi tentang Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Belum : diberi kode 1

Sudah : diberi kode 2

7) Tingkat pekerjaan responden

Ibu rumah tangga : diberi kode 1

Bertani : diberi kode 2

Pegawai Negeri : diberi kode 3

Pegawai Swasta : diberi kode 4

8) Tingkat pendapatan responden

< Rp 500.000,00 : diberi kode 1

Rp 500.000,00 - Rp 1.000.000,00 : diberi kode 2

Rp 1.000.000,00 - Rp 1.500.000,00 : diberi kode 3

>Rp 1.500.000,00 : diberi kode 4

9) Agama

Islam : diberi kode 1

Kristen Katolik : diberi kode 2

Kristen Protestan : diberi kode 3

Lain-lain : diberi kode 4

3. Analisis

1) Analisis deskriptif

Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara alamiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2008).

1. Variabel pengetahuan

Variabel pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = prosentase

f = jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria (Arikunto, 2007):

Baik = 76-100%

Cukup = 55-75%

Kurang = <55%

2. Variabel sikap

Untuk mengukur sikap digunakan skala linkert yang terdiri dari empat jawaban yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju, dan Sangat Tidak Setuju (seperti definisi operasional).

Pernyataan positif

Sangat setuju : skor 4

Setuju : skor 3

Tidak setuju : skor 2

Sangat tidak setuju : skor 1

Pernyataan negatif

Sangat setuju : skor 1

Setuju : skor 2

Tidak setuju : skor 3

Sangat tidak setuju : skor 4

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus:

Keterangan:

X = skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

S = standar deviasi

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{S}$$

Setelah itu:

Sikap dikatakan positif bila nilai skor = $T \geq$ mean data

Sikap dikatakan negatif bila skor = $T <$ mean data (Azwar 2008).

3. Variabel tindakan

Tindakan ibu dalam memberikan MPASI pada bayi dievaluasi dengan berpedoman pada lembar observasi yang telah dibuat. Tindakan diukur dengan observasi sebagai klarifikasi:

Ya : 0

Tidak : 1

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus sebagai berikut:

$$P = f/N \times 100\%$$

Dimana: P = Prosentase

f = Jumlah skor jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya dintrepretasikan dengan kriteria (Arikunto 2007):

Baik = 76-100%

Cukup = 55-75%

Kurang = < 55%

2) Analisis statistik

Data yang telah terkumpul dianalisis perubahan perilaku sebelum dan sesudah diberikan intervensi yaitu metode FGD dengan uji *wilcoxon signed rank test* untuk membandingkan data ordinal *pre test* dan *post test* intervensi. Keseluruhan uji statistik menggunakan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ (program windows SPSS 17). Artinya bila uji statistik menunjukkan nilai $p \leq 0,05$ maka ada perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6

bulan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode FGD. Selanjutnya untuk membandingkan nilai pada kelompok perlakuan dan kontrol menggunakan uji statistik *mann whitney test* dengan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ (program SPSS 17). Artinya bila uji statistik menunjukkan nilai $p \leq 0,05$ maka ada perbedaan perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD (kelompok perlakuan) dan kelompok kontrol.

4.7 Etik Penelitian

Tujuan penelitian harus etik, dalam arti hak responden dan yang lainnya harus dilindungi (Nursalam 2008). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan subyek penelitian pada ibu yang telah memberikan MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun. Untuk itu perlu mengajukan permohonan kepada pihak-pihak yang bersangkutan, kemudian peneliti menemui subyek yang akan dijadikan responden untuk menekankan masalah yang meliputi:

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

4.7.1 Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan ini akan diberikan kepada ibu yang menjadi subyek penelitian dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta menjelaskan akibat-akibat yang akan terjadi bila ibu bersedia menjadi subyek penelitian. Jika responden tersebut bersedia, namun apabila

responden tidak bersedia maka peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

4.7.2 Anonimity

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden. Peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

1. Instrumen yang dipergunakan peneliti belum dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya.
2. Peneliti tidak dapat melakukan pengawasan secara penuh terhadap pengisian format lembar monitoring tindakan oleh responden sehingga belum sepenuhnya menjamin kejujuran pada responden.
3. Kemampuan peneliti yang terbatas dalam bidang riset dan peneliti baru pertama kali melakukan FGD sehingga perlu penyempurnaan.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang upaya perubahan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dini melalui pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* (FGD).

Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variabel yang diukur meliputi: pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion*, pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini. Bagian pembahasan akan diuraikan mengenai pengaruh variabel independen yaitu *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Tempat pengambilan data untuk penelitian ini adalah Desa Bandungan yang merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Saradan, Kecamatan Saradan, Kabupaten Madiun, Provinsi Jawa Timur. Mayoritas masyarakat desa tersebut bekerja sebagai seorang petani sedangkan sisanya bekerja merantau ke luar pulau maupun negara, pegawai negeri dan wirawasta. Letak geografis Desa Bandungan berada di perbatasan antara wilayah Kabupaten Nganjuk dan Kabupaten Madiun.

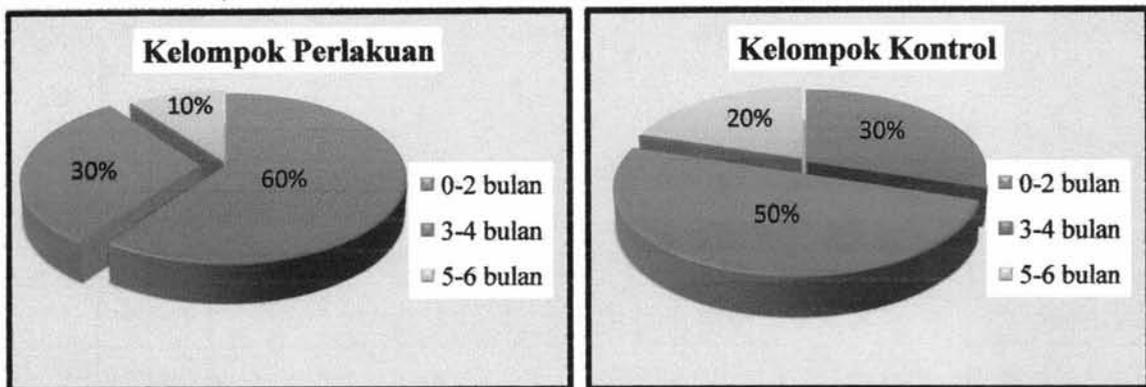
Desa ini terdiri dari 7 dusun, yaitu dusun Jenangan, dusun Genengan, dusun Robahan, dusun Semanding, dusun Etan Kali, dusun Pare dan Dusun Kedung Rejo. Posyandu di Desa Bandungan dibagi menjadi 4 Posyandu. Posyandu I di Dusun Pare, Posyandu II di Dusun Jenangan I, Posyandu III di Jenangan II, dan Posyandu IV di Dusun Kedung Rejo. Setiap Posyandu dikoordinir oleh 1 orang bidan puskesmas dan 4 kader dari masyarakat setempat. Kegiatan rutin posyandu antara lain: posyandu balita, imunisasi dan posyandu vitamin. Posyandu selama ini belum terdapat program penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang pemberian ASI Eksklusif dan MPASI. Pemberian informasi tentang ASI Eksklusif hanya diberikan sekali setelah melahirkan oleh Bidan Desa dan belum pernah diadakan pendidikan kesehatan mengenai MPASI.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Data Bayi

Data bayi menguraikan karakteristik bayi yang meliputi: (1) usia bayi, (2) urutan anak yang ke berapa, dan (3) jenis kelamin.

1. Distribusi bayi berdasarkan usia bayi



Gambar 5.1 Distribusi bayi berdasarkan usia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% bayi pada kelompok perlakuan berusia 0-2 bulan yaitu sebanyak 6 bayi (60%) dari 10 bayi pada kelompok perlakuan. Sedangkan kelompok kontrol, setengah dari kelompok kontrol bayi berusia 0-2 bulan yaitu sebanyak 5 bayi (50%) dari 10 bayi pada kelompok kontrol.

2. Distribusi bayi berdasarkan urutan anak yang ke berapa

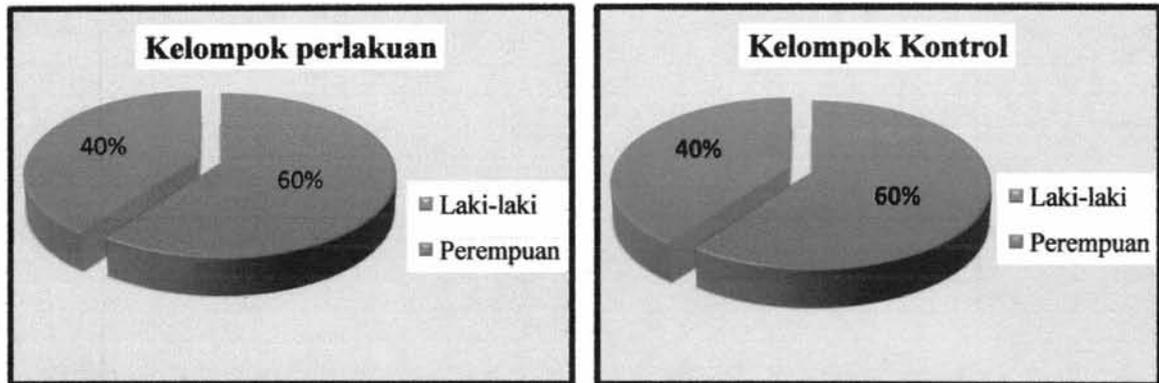


Gambar 5.2 Distribusi bayi berdasarkan urutan anak ke berapa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% pada kelompok perlakuan bayi berada pada urutan anak pertama yaitu sebanyak 6 bayi (60%) dari

10 bayi pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol, setengahnya adalah bayi berada pada urutan pada anak pertama dan setengahnya lagi adalah bayi berada pada urutan anak kedua yaitu masing-masing sebanyak 5 bayi (50%) dari 10 bayi pada kelompok kontrol.

3. Distribusi bayi berdasarkan jenis kelamin



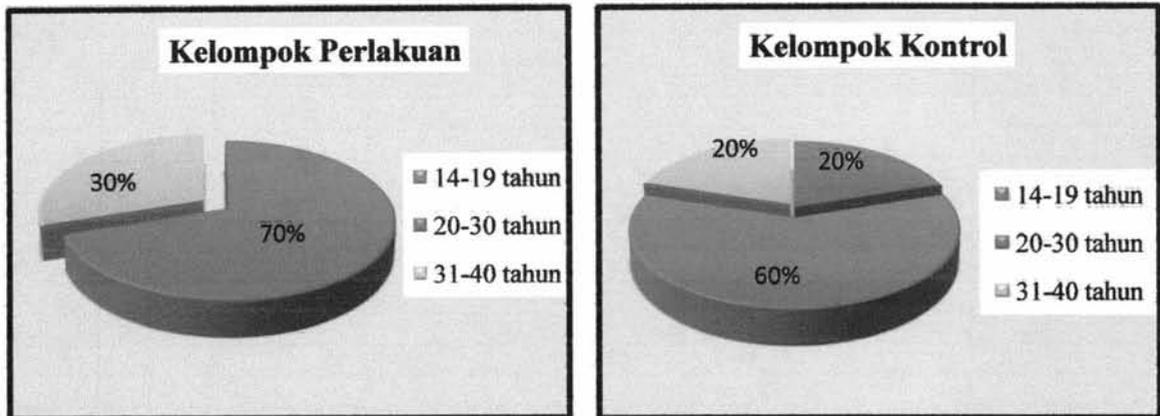
Gambar 5.3 Distribusi bayi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama-sama memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu masing-masing sebanyak 6 bayi (60%) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Data Ibu

Data responden menguraikan karakteristik ibu yang meliputi: (1) usia ibu, (2) pendidikan, (3) paparan informasi, (4) pekerjaan, (5) pendapatan perbulan dan (6) agama.

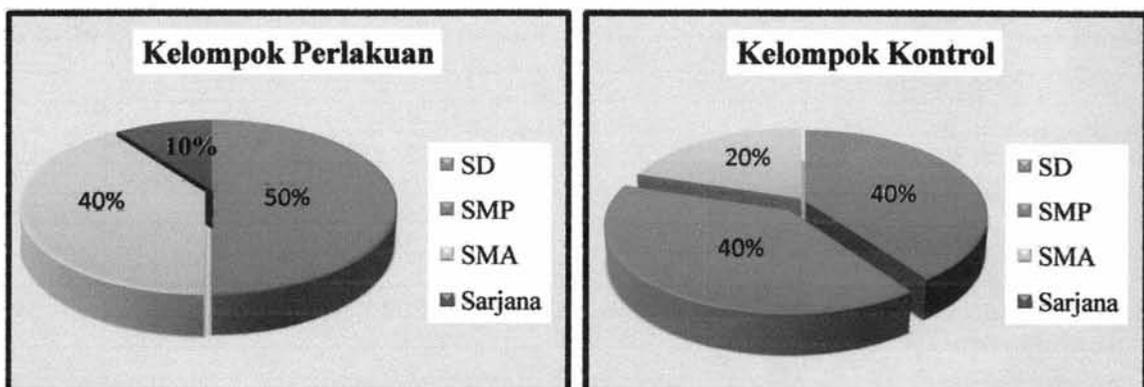
1. Distribusi ibu berdasarkan usia ibu



Gambar 5.4 Distribusi ibu berdasarkan usia pada kelompok perlakuan dan kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa sebagian besar ibu pada kelompok perlakuan berusia 20-30 tahun yaitu sebanyak 7 orang (70%) dari 10 ibu pada kelompok perlakuan dan lebih dari 50% pada kelompok kontrol ibu juga berusia 20-30 tahun sebanyak 6 orang (60%) dari 10 ibu pada kelompok kontrol.

2. Distribusi ibu berdasarkan pendidikan

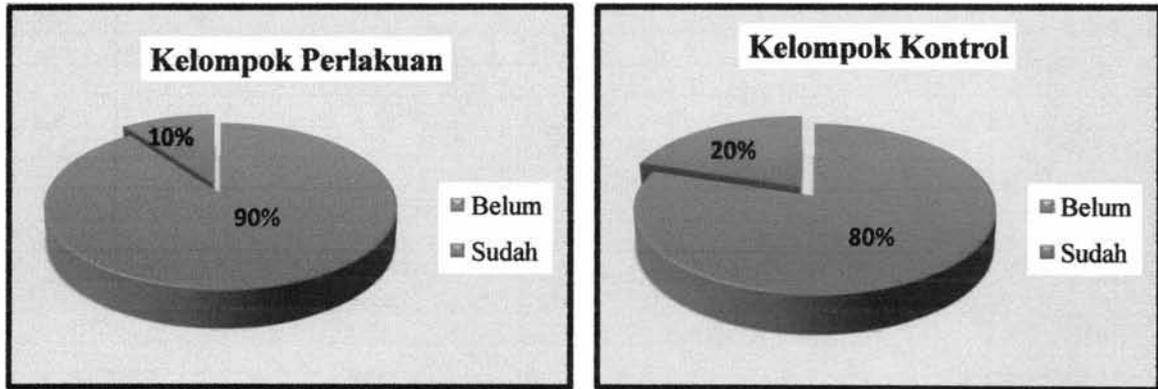


Gambar 5.5 Distribusi ibu berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa setengah dari ibu pada kelompok perlakuan memiliki pendidikan SMP yaitu sebanyak 5 orang (50%) dari 10 ibu

pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol, 40% pada kelompok kontrol ibu memiliki pendidikan SD yaitu sebanyak 4 orang dari 10 ibu pada kelompok kontrol.

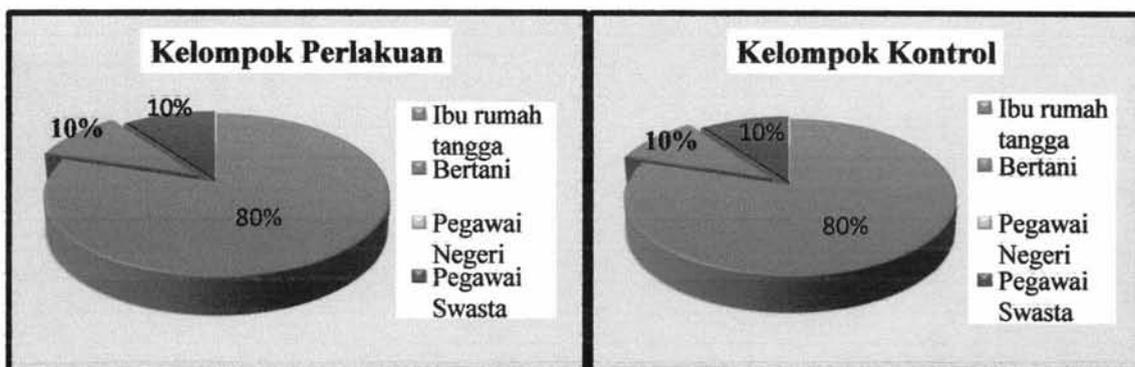
3. Distribusi ibu berdasarkan paparan informasi tentang MPASI



Gambar 5.6 Distribusi ibu berdasarkan paparan informasi tentang MPASI pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa mayoritas ibu pada kelompok perlakuan belum pernah mendapatkan informasi tentang MPASI yaitu sebanyak 9 orang (90%) dari 10 ibu pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar juga belum pernah mendapatkan informasi tentang MPASI yaitu sebanyak 8 orang (80%) dari 10 ibu pada kelompok kontrol.

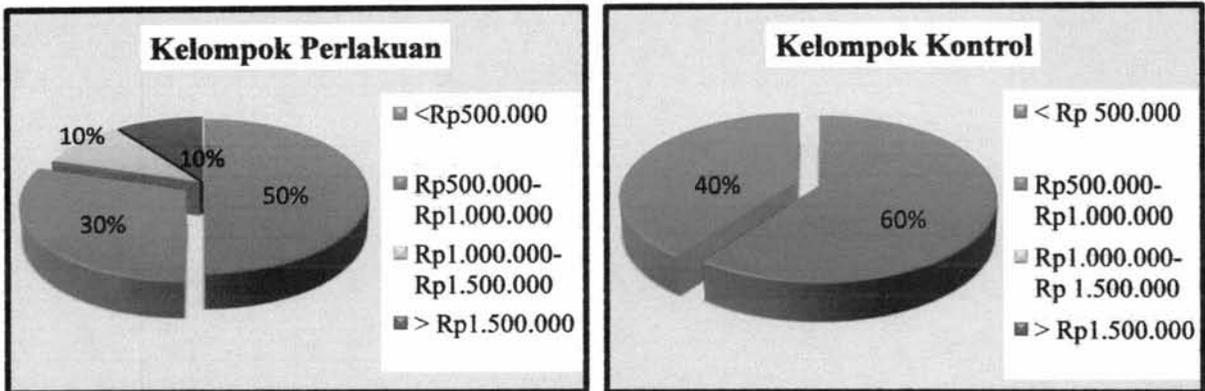
4. Distribusi ibu berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.7 Distribusi ibu berdasarkan pekerjaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan ibu pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagai ibu rumah tangga yaitu masing-masing sebanyak 8 orang (80%) baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

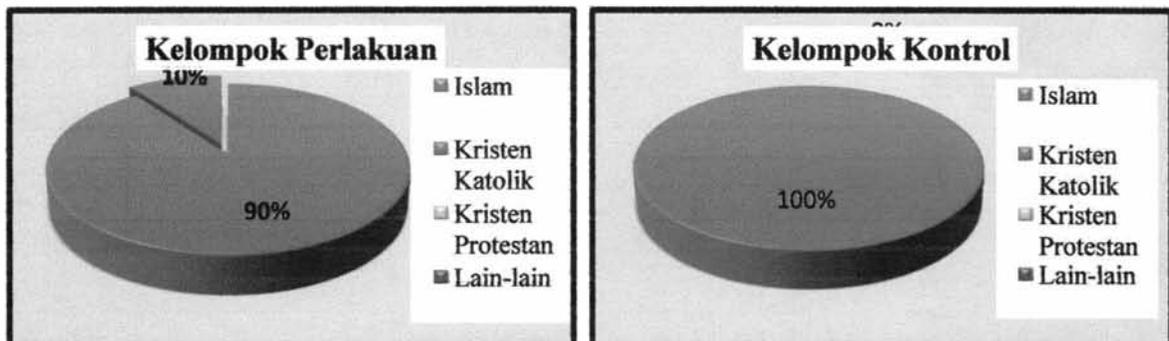
5. Distribusi berdasarkan pendapatan perbulan



Gambar 5.8 Distribusi ibu berdasarkan pendapatan per bulan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa setengah dari ibu pada kelompok perlakuan memiliki pendapatan per bulan < Rp 500.000,00 yaitu sebanyak 5 orang (50%) dari 10 ibu pada kelompok perlakuan. Sedangkan kelompok kontrol lebih dari 50% ibu juga memiliki pendapatan per bulan < Rp 500.000,00 yaitu sebanyak 6 orang dari 10 ibu pada kelompok kontrol.

6. Distribusi ibu berdasarkan agama

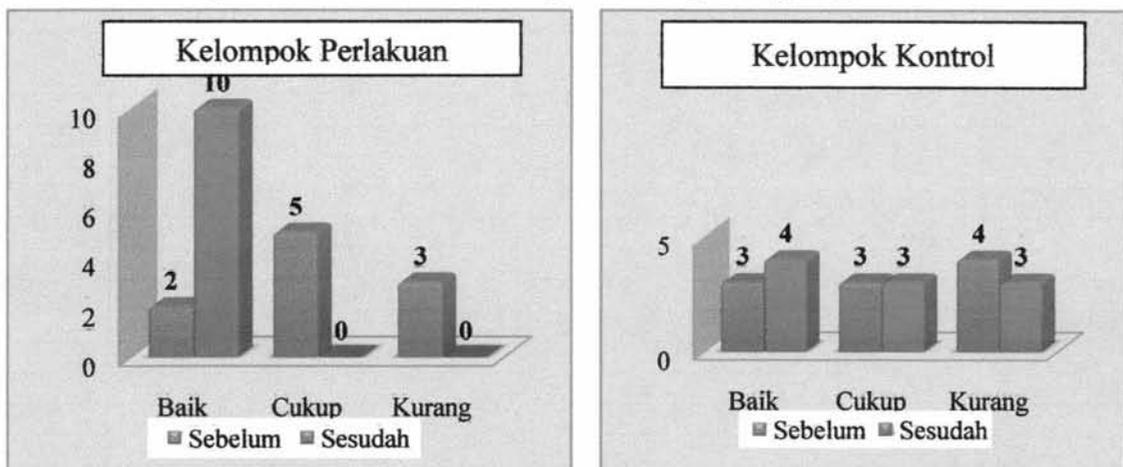


Gambar 5.9 Distribusi ibu berdasarkan agama pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa mayoritas ibu pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama-sama beragama Islam yaitu sebanyak 9 orang (90%) pada kelompok perlakuan dan 10 orang (100%) pada kelompok kontrol.

5.1.3 Variabel yang Diukur

1. Pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion*.

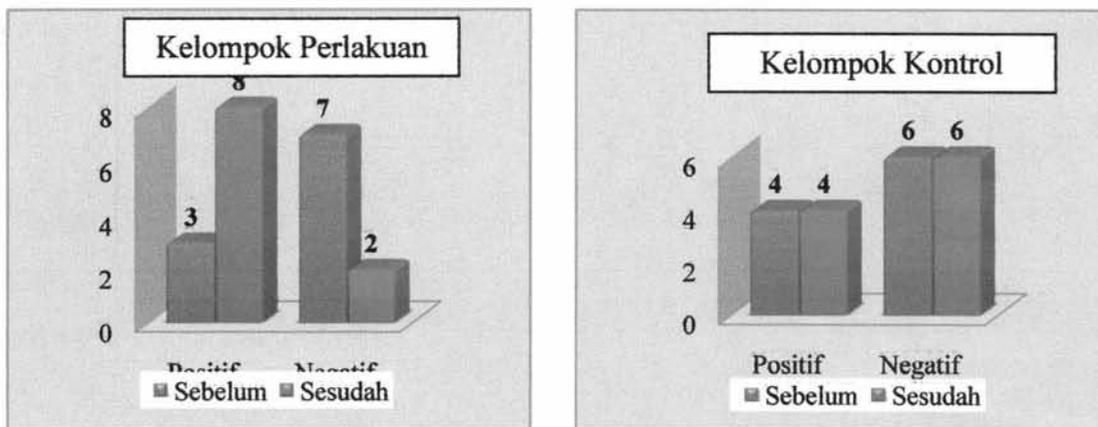


Gambar 5.10 Perbandingan tingkat pengetahuan ASI Eksklusif dan MPASI antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Gambar 5.10 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan sebelum intervensi terdapat 3 orang (30%) dengan tingkat pengetahuan yang kurang, 5 orang (50%) dengan tingkat pengetahuan cukup dan 2 orang (20%) dengan tingkat pengetahuan baik. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD. Jumlah responden dengan tingkat pengetahuan baik meningkat menjadi 10 orang (100%) dan tidak ada responden dengan tingkat pengetahuan cukup dan kurang. Kelompok kontrol, saat *pengukuran* pertama pada tingkat pengetahuan terdapat 4 orang (40%) dengan tingkat pengetahuan kurang, 3 orang (30%) dengan tingkat pengetahuan cukup dan 3 orang (30%) dengan tingkat

pengetahuan baik. Setelah dilakukan pengukuran yang kedua pada kelompok kontrol didapatkan bahwa kelompok kontrol tidak banyak mengalami perubahan pengetahuan. Jumlah responden dengan tingkat pengetahuan baik meningkat 1 orang yaitu menjadi 4 orang (40%), responden dengan tingkat pengetahuan cukup tetap 3 orang (30%) dan 3 orang (30%) responden dengan tingkat pengetahuan kurang.

2. Sikap ibu dalam pemberian MPASI dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion*.

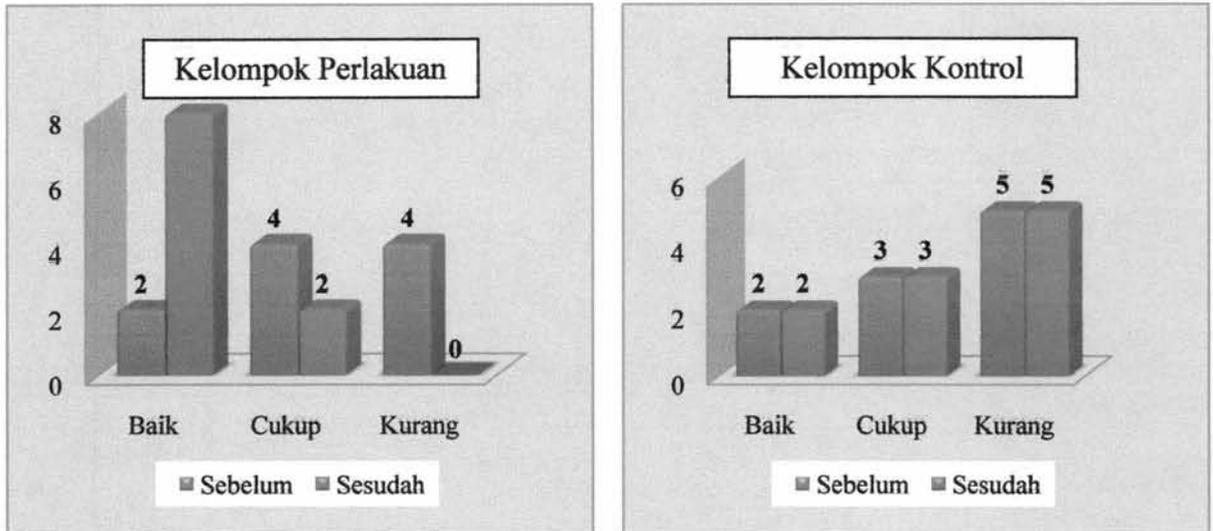


Gambar 5.11 Perbandingan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Gambar 5.11 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan sebelum intervensi terdapat 3 orang (30%) dengan sikap positif dan 7 orang (70%) dengan sikap negatif dari 10 responden. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD jumlah responden dengan sikap positif meningkat menjadi 8 orang (80%) dan 2 orang (20%) tetap dengan sikap negatif. Kelompok kontrol, saat pengukuran pertama pada sikap tentang pemberian MPASI terdapat 6 orang (60%) dengan sikap negatif dan 4 orang (40%) dengan sikap positif. Setelah pengukuran kedua pada kelompok kontrol didapatkan bahwa kelompok kontrol

tidak mengalami perubahan sikap jumlah responden dengan sikap positif tetap 4 orang (40%) dan 6 orang (60%) dari 10 orang responden tetap bersikap negatif.

- Tindakan ibu dalam pemberian MPASI dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion*.



Gambar 5.12 Perbandingan tindakan pemberian MPASI dini antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

Gambar 5.12 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan sebelum intervensi terdapat 4 orang (40%) dengan kriteria tindakan kurang, 4 orang (40%) dengan kriteria tindakan cukup, dan 2 orang (20%) dengan kriteria tindakan baik. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD didapatkan 8 orang (80%) memiliki tindakan dengan kriteria baik dan 2 orang (20%) dengan kriteria tindakan cukup. Kelompok kontrol, saat pengukuran pertama terdapat 5 orang (50%) dengan kriteria tindakan kurang, 3 orang (30%) dengan kriteria tindakan cukup dan 2 orang (20%) dengan kriteria tindakan baik. Setelah dilakukan pengukuran yang kedua didapatkan bahwa kelompok kontrol tidak mengalami perubahan tindakan yaitu 5 orang (50%) tetap dengan kriteria tindakan kurang, 3

orang tetap dengan kriteria tindakan cukup dan 2 orang (20%) tetap dengan kriteria tindakan baik.

4. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI.

Tabel 5.1 Data hasil tingkat pengetahuan tentang ASI Eksklusif dan MPASI dan uji statistik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

No	Perlakuan						Kontrol					
	Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah		
	Nilai	%	Kategori	Nilai	%	Kategori	Nilai	%	Kategori	Nilai	%	Kategori
1	3	30	Kurang	10	100	Baik	8	80	Baik	8	80	Baik
2	5	50	Kurang	9	90	Baik	3	30	Kurang	8	80	Baik
3	9	90	Baik	10	100	Baik	9	90	Baik	8	80	Baik
4	6	60	Cukup	9	90	Baik	8	80	Baik	8	80	Baik
5	6	60	Cukup	10	100	Baik	7	70	Cukup	7	70	Cukup
6	8	80	Baik	9	90	Baik	6	60	Cukup	7	70	Cukup
7	7	70	Cukup	8	80	Baik	4	40	Kurang	2	20	Kurang
8	6	60	Cukup	10	100	Baik	3	30	Kurang	3	30	Kurang
9	6	60	Cukup	10	100	Baik	5	50	Kurang	5	50	Kurang
10	5	50	Kurang	8	80	Baik	7	70	Cukup	7	70	Cukup
Mean	6,1			9,3			6,3			6,3		
SD	1,66333			0,823273			2,213594			2,213594		
	<i>Wilcoxon signed rank test</i> p= 0,005						<i>Wilcoxon signed rank test</i> p= 0,595					
	<i>Mann whitney test</i>											
	<i>Pre test : p= 0,591</i>						<i>Post test : p= 0,000</i>					

Keterangan:

Mean : Nilai rerata kelompok

SD : Standar Deviasi

p : Nilai signifikansi

Tabel 5.1 diketahui nilai *mean* pengetahuan responden kelompok perlakuan sebelum dilakukan FGD adalah 6,1 dengan nilai standar deviasi 1,66333. Nilai *mean* sesudah dilakukan FGD pada kelompok perlakuan adalah 9,3 dengan standar deviasi 0,823273. Nilai *mean* pengetahuan responden pada kelompok kontrol pada pengukuran pertama sebesar 6,3 dengan nilai standar

deviasi sebesar 2,213594 dan pada pengukuran yang kedua nilai *mean* pada kelompok kontrol relatif tetap sebesar 6,3 dengan standar deviasi 2,213594. Hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* pada kelompok perlakuan adalah $p = 0,005$ berarti $\leq 0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode FGD berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI dini. Kelompok kontrol hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* adalah $p = 0,595$ berarti $> 0,05$, menunjukkan bahwa tidak ada perubahan pengetahuan yang signifikan.

Hasil statistik menggunakan uji *mann whitney test* untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol *pre test* nilai signifikansi $p = 0,591$ yang artinya tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum mendapat intervensi. *Post test* pada kedua kelompok didapatkan hasil $p = 0,000$ yang artinya terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kenaikan skor tingkat pengetahuan tentang ASI Eksklusif dan MPASI pada kelompok perlakuan lebih signifikan daripada yang terjadi pada kelompok kontrol.

5. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan sikap ibu dalam pemberian MPASI dini.

Tabel 5.2 Data hasil sikap tentang pemberian MPASI dan uji statistik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

No	Perlakuan						Kontrol					
	Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah		
	Skor	Nilai T	Kategori	Skor	Nilai T	Kategori	Skor	Nilai T	Kategori	Skor	Nilai T	Kategori
1	23	36,10487	Negatif	24	24,27861	Negatif	24	46,1071	Negatif	30	55,6471	Positif
2	25	49,29368	Negatif	32	50,06289	Positif	31	52,20472	Positif	38	54,07407	Positif
3	27	50,35629	Negatif	35	59,52411	Positif	31	65,57158	Positif	33	61,2942	Positif
4	27	50,35629	Negatif	32	50,59526	Positif	27	54,44902	Positif	28	51,88237	Positif
5	30	61,04485	Positif	32	50,59526	Positif	28	57,22966	Positif	26	48,11763	Negatif
6	27	50,35629	Negatif	33	53,57154	Positif	23	43,32646	Negatif	23	42,47053	Negatif
7	30	61,04485	Positif	33	53,57154	Positif	22	40,54582	Negatif	24	44,3529	Negatif
8	23	36,10487	Negatif	31	47,61897	Negatif	22	40,54582	Negatif	21	38,7058	Negatif
9	26	46,79343	Negatif	32	50,59526	Positif	22	40,54582	Negatif	23	42,47053	Negatif
10	31	64,60771	Positif	35	59,52411	Positif	24	46,1071	Negatif	24	44,3529	Negatif
<i>Mean</i>	26,9	50,60631		31,8	49,97508		25,4	48,66331		27	48,3368	
<i>SD</i>	2,806			3,071			3,596			5,312		
	738			373			294			459		
	<i>Wilcoxon signed rank test</i>						<i>Wilcoxon signed rank test</i>					
	p= 0,005						p= 0,120					
	<i>Mann whitney test</i>											
	<i>Pre test : p= 0,303</i>						<i>Post test : p= 0,027</i>					

Keterangan:

Mean : Nilai rerata kelompok

SD : Standar Deviasi

p : Nilai signifikasi

Tabel 5.2 didapatkan *mean* sikap responden pada kelompok perlakuan sebelum dilaksanakan FGD adalah 26,9 dengan nilai standar deviasi 2,806738. Sedangkan nilai *mean* sesudah dilaksanakannya FGD adalah 31,8 dengan nilai standar deviasi 3,359894. Nilai *mean* sikap responden pada kelompok kontrol saat pengukuran yang pertama sebesar 25,4 dengan standar deviasi 3,596294 dan pada pengukuran yang kedua diperoleh nilai *mean* 27 dengan nilai standar deviasi 5,312459. Hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* pada

kelompok perlakuan adalah $p= 0,005$ berarti $\leq 0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode FGD berpengaruh terhadap perubahan sikap ibu dalam pemberian MPASI dini. Kelompok kontrol hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* adalah $p= 0,120$ berarti $> 0,05$, menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan.

Hasil statistik menggunakan uji *mann whitney test* untuk mengetahui perbedaan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol *pre test* nilai signifikansi $p= 0,303$ yang artinya tidak ada perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum mendapat intervensi. *Post test* pada kedua kelompok didapatkan hasil $p= 0,027$ yang artinya terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kenaikan skor sikap pada kelompok perlakuan lebih signifikan daripada yang terjadi pada kelompok kontrol.

6. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan tindakan ibu dalam pemberian MPASI dini.

Tabel 5.3 Data hasil tindakan pemberian MPASI dan uji statistik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

No	Perlakuan						Kontrol					
	Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah		
	Skor	%	Kategori	Skor	%	Kategori	Skor	%	Kategori	Skor	%	Kategori
1	1	20	Kurang	3	60	Cukup	2	40	Kurang	2	40	Kurang
2	2	40	Kurang	5	100	Baik	4	80	Baik	4	80	Baik
3	2	40	Kurang	4	80	Baik	4	80	Baik	4	80	Baik
4	3	60	Cukup	5	100	Baik	2	40	Kurang	2	40	Kurang
5	3	80	Baik	5	100	Baik	2	40	Kurang	2	40	Kurang
6	4	60	Cukup	5	100	Baik	3	60	Cukup	3	60	Cukup
7	3	60	Cukup	5	100	Baik	1	20	Kurang	1	20	Kurang
8	2	40	Kurang	3	60	Cukup	3	60	Cukup	3	60	Cukup
9	3	60	Cukup	5	100	Baik	2	40	Kurang	2	40	Kurang
10	4	80	Baik	5	100	Baik	3	60	Cukup	3	60	Cukup
<i>Mean</i>	2,7			4,5			2,6			2,6		
<i>SD</i>	0,94868			0,84983			0,9660			0,96609		
	3			7			92			2		
	<i>Wilcoxon signed rank test</i> p= 0,004						<i>Wilcoxon signed rank test</i> p= 1,000					
	<i>Mann whitney test</i>											
	<i>Pre test : p= 0,781</i>						<i>Post test : p= 0,001</i>					

Keterangan:

Mean : Nilai rerata kelompok

SD : Standar Deviasi

p : Nilai signifikasi

Tabel 5.3 didapatkan *mean* tindakan responden pada kelompok perlakuan sebelum dilaksanakan FGD adalah 2,7 dengan nilai standar deviasi 0,948683. Sedangkan nilai *mean* sesudah dilaksanakannya FGD adalah 4,5 dengan nilai standar deviasi 0,84983. Nilai *mean* tindakan responden pada kelompok kontrol saat pengukuran yang pertama sebesar 2,6 dengan standar deviasi 0,966092 dan pada pengukuran yang kedua diperoleh nilai *mean* tetap sebesar 2,6 dengan nilai standar deviasi 0,966092.

Hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* pada kelompok perlakuan adalah $p= 0,004$ berarti $\leq 0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode FGD berpengaruh terhadap perubahan tindakan ibu dalam pemberian MPASI dini. Kelompok kontrol hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* adalah $p= 0,1000$ berarti $> 0,05$, menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan.

Hasil statistik menggunakan uji *mann whitney test* untuk mengetahui perbedaan tindakan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol *pre test* nilai signifikansi $p= 0,781$, yang artinya tidak ada perbedaan tindakan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum mendapat intervensi. *Post test* pada kedua kelompok didapatkan hasil $p= 0,001$ yang artinya terdapat perbedaan tindakan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kenaikan skor tindakan pada kelompok perlakuan lebih signifikan daripada yang terjadi pada kelompok kontrol.

7. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI dini.

Tabel 5.4 Perilaku ibu sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun tanggal 30 April 2012 s/d 20 Mei 2012

No	Perilaku					
	Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol
	Sesudah	Sesudah	Sesudah	Sesudah	Sesudah	Sesudah
1	10	8	23	30	3	2
2	9	8	32	38	5	4
3	10	8	35	33	4	4
4	9	8	32	28	5	2
5	10	7	32	26	5	2
6	9	7	33	23	5	6
7	8	2	33	24	5	2
8	10	3	31	21	3	3
9	10	5	32	23	5	2
10	8	7	35	24	5	3
<i>Mean</i>	9,3	6,3	31,8	27	4,5	2,6
<i>SD</i>	0,823273	2,213594	3,071373	5,312459	0,849837	0,966092
	<i>Mann whitney test</i> p=0,000		<i>Mann whitney test</i> p= 0,027		<i>Mann whitney test</i> p= 0,001	

Keterangan:

Mean : Nilai rerata kelompok

SD : Standar Deviasi

p : Nilai signifikansi

Tabel 5.4 dapat ditemukan bahwa pengetahuan setelah mendapatkan FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji *mann whitney test* didapatkan $p= 0,000$ berarti $\leq 0,05$ maka menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan pengetahuan tentang pemberian MPASI dini. Sehingga dapat disimpulkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI dini.

Hasil analisa data di atas dapat ditemukan bahwa sikap setelah mendapat pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *mann whitney test* $p= 0,027 \leq 0,05$ maka H1 diterima artinya ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan sikap tentang pemberian MPASI dini.

Hasil analisa data di atas dapat ditemukan bahwa tindakan setelah mendapat pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *mann whitney test* $p= 0,001 \leq 0,05$ maka H1 diterima artinya ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan tindakan tentang pemberian MPASI dini.

Dengan demikian, Hipotesis kerja (H1) yang menyatakan “ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI dini” di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

5.2 Pembahasan

Identifikasi nilai pengetahuan ibu mengenai ASI Eksklusif dan MPASI dari hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan rerata pengetahuan setelah dilakukan setelah dilakukan FGD serta sebagian besar ibu memiliki pengetahuan yang tinggi. Tingkat pengetahuan responden sebelum dilakukan FGD pada kelompok perlakuan sebagian besar berada pada tingkat cukup dan kurang. Sebagian besar responden kurang tepat menjawab *pre test* tentang

keunggulan ASI dibandingkan dengan susu formula, jenis makanan pada bayi sampai berusia 6 bulan, alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan dan bahaya pemberian MPASI terlalu dini pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Setelah dilakukan FGD pada kelompok perlakuan, responden telah mengetahui pengertian ASI Eksklusif, pentingnya ASI Eksklusif, pengertian MPASI, waktu yang tepat memberikan MPASI, alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan, dan bahaya pemberian MPASI Dini. Peningkatan pengetahuan terlihat dari jawaban *post test* responden yang menunjukkan sebagian besar menjawab semua pertanyaan dengan tepat. Hal ini dibuktikan dari prosentase pengetahuan yang meningkat. Selain itu nilai *mean* pengetahuan kelompok juga meningkat. Hasil uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan ibu meningkat setelah diberikan perlakuan FGD.

Hasil *wilcoxon signed rank test* pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara tingkat pengetahuan pada pengukuran yang pertama dan kedua, hal ini dikarenakan kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD. Pengetahuan pada kelompok kontrol relatif tetap, baik *pre test* (pengukuran yang pertama) maupun *post test* (pengukuran yang kedua).

Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI dini. Hasil rerata pengetahuan pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada hasil rerata pada kelompok kontrol menunjukkan secara

kuantitatif adanya peningkatan pengetahuan. Dimana terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan.

Peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan ini dipengaruhi oleh adanya pemberian informasi dari luar melalui pembelajaran dengan pendidikan kesehatan dengan metode FGD. FGD merupakan suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah atas suatu isu atau masalah tertentu (Denny 2009). FGD bertujuan menambah dan memperdalam informasi, membangun kesepakatan atau komitmen, mengklarifikasi informasi yang kurang pada basis data dan juga bisa dipakai untuk memperoleh opini-opini berbeda mengenai suatu permasalahan tertentu, memberikan kesempatan pada peserta saling berinteraksi untuk mengungkapkan informasi yang tersembunyi dan mungkin tidak diperoleh dengan pengamatan dan wawancara individu dan memberi kesempatan peserta mengungkapkan wawasan mengenai opini dalam masyarakat. Notoatmojo (2007) mengemukakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah juga orang tersebut menerima informasi, baik dari media massa maupun orang lain.

Benyamin Bloom (1998) dalam Notoatmojo (2007) berpendapat bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan memiliki 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

Suharjo (2003) berpendapat bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (perilaku) (*overt behavior*)

dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari ada perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan.

Pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan tersedia dan sementara orang lain tinggal menerimanya. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, media massa atau informasi, sosial budaya dan ekonomi, lingkungan, pengalaman dan usia (Notoatmodjo 2003).

Pendidikan sebagai suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua

aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

Media massa atau informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan.

Sosial budaya menghasilkan suatu kebiasaan dan tradisi yang dilakukan masyarakat tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan itu baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya meskipun seseorang itu tidak melakukan.

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali

pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar dari terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang.

Usia, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Individu pada usia madya, akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya. Tidak mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum (Notoatmodjo 2003).

Notoatmodjo (2003) berpendapat bahwa pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh

pelaku pendidikan. Batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan), proses (upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi diri sendiri, keluarga maupun masyarakat. Konteks ini pendidikan kesehatan juga memberikan pengertian-pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan lainnya.

Budaya dalam masyarakat yang kurang tepat dalam memberikan makanan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan ibu. Selain itu, belum adanya program penyuluhan sehingga informasi tentang ASI Eksklusif dan MPASI kurang adekuat sehingga menyebabkan pengetahuan yang kurang pada responden. Pendidikan kesehatan dengan metode FGD dapat menunjang untuk meningkatkan pengetahuan tentang pemberian ASI Eksklusif dan MPASI. FGD menuntun seseorang untuk membentuk suatu kelompok diskusi yang membahas satu topik secara fokus. Diskusi dalam FGD dilakukan dengan cara sekelompok orang yang menceritakan pengalaman dan hal-hal yang terjadi di sekitar lingkungan tentang perilaku pemberian MPASI dini (Susilo 2009). FGD merupakan hal yang penting dilakukan karena dapat menambah wawasan dan pengalaman sehingga seseorang mendapat ilmu dan wawasan yang baru.

Perubahan tingkat pengetahuan pada kelompok perlakuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang sebagian besar memiliki pendidikan SMP, diikuti kemudian SMA dan Sarjana.

Perubahan tingkat pengetahuan tersebut juga dipengaruhi oleh sebagian besar usia ibu antara 20-30 tahun yang merupakan usia dewasa. Hurlock (1998) dalam Nursalam (2007) menyatakan bahwa semakin dewasa usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

Responden nomor 7 kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan dari cukup menjadi baik dengan peningkatan pengetahuan sebesar 10%. Sedangkan responden nomor 2 kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan dari kurang menjadi baik dengan peningkatan pengetahuan sebesar 40% lebih tinggi dari responden nomor 7 kelompok perlakuan. Responden nomor 7 dan 2 pada kelompok perlakuan memiliki tingkat pendidikan SMP, namun pekerjaan dan tingkat pendapatan kedua responden tersebut berbeda.

Responden nomor 7 kelompok perlakuan merupakan ibu rumah tangga dengan tingkat pendapatan yang minim sedangkan responden nomor 2 kelompok perlakuan merupakan pegawai swasta dengan tingkat pendapatan yang lebih besar dibandingkan responden nomor 7 kelompok perlakuan. Hal ini menunjukkan adanya keterkaitan peningkatan pengetahuan yang lebih tinggi terjadi pada responden yang memiliki pekerjaan yang mapan dan tingkat pendapatan yang lebih besar sehingga memberikan kemudahan atau fasilitas kepada responden untuk mendapatkan informasi yang ingin diketahui dengan mudah.

Pekerjaan responden nomor 2 kelompok perlakuan sebagai pegawai swasta menjadikan pergaulan responden lebih banyak dan luas sehingga informasi mudah untuk didapatkan karena memungkinkan responden berinteraksi dengan orang baru di sekitarnya yang dapat memberikan informasi terkini dibandingkan

responden nomor 7 kelompok perlakuan yang hanya sebagai ibu rumah tangga sehingga menjadikan pergaulan responden lebih sedikit dan sempit dan informasi yang masuk minim karena memungkinkan responden hanya berinteraksi dengan orang di sekitar rumahnya sehingga responden memperoleh informasi terbatas dari sekitar rumahnya.

Responden nomor 2 pada kelompok kontrol mengalami peningkatan pengetahuan dari kurang menjadi baik. Peningkatan pengetahuan pada responden nomor 2 kelompok kontrol ini dikarenakan setelah dilakukan *pre test* (pengukuran yang pertama) oleh peneliti, responden memiliki inisiatif sendiri dan antusias untuk menambah informasi tentang ASI Eksklusif dan MPASI yaitu melalui majalah dan buku berdasarkan keterangan responden sendiri ketika peneliti melakukan *post test* di rumah responden.

Mayoritas kelompok perlakuan sebelum mendapatkan intervensi memiliki sikap negatif. Sebagian besar responden tidak mengerti waktu pemberian MPASI dan bahaya pemberian MPASI dini. Setelah memperoleh intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode FGD tentang pemberian ASI Eksklusif dan MPASI, mayoritas responden memiliki sikap positif. Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* menunjukkan secara kuantitatif bahwa terdapat peningkatan sikap setelah diberikan FGD. Hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa mayoritas kelompok kontrol *pre test* (pengukuran yang pertama) memiliki sikap negatif dan setelah *post test* (pengukuran yang kedua) mayoritas tetap memiliki sikap negatif.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol dilihat dari uji *wilcoxon signed rank test* nilai menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara sikap responden

kelompok kontrol pada pengukuran pertama dan kedua, hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD.

Hasil uji *mann whitney test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan sikap ibu dalam pemberian MPASI dini. Dimana terdapat perubahan sikap pada kelompok perlakuan yang awalnya bersikap negatif menjadi sikap positif didukung dengan hasil rerata sikap pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada hasil rerata pada kelompok kontrol.

Krech (1982) menyatakan terdapat dua jenis utama perubahan sikap yaitu kongruen dan inkongruen. Perubahan kongruen adalah peningkatan dalam positivitas dari sikap aslinya yang positif atau peningkatan dalam negativitas dari sikap aslinya yang negatif. Perubahan inkongruen adalah berkurangnya positivitas dari sikap aslinya positif atau berkurangnya negativitas dari sikap aslinya yang negative. Arah perubahan itu kongruen dengan sikap yang ada. Faktor-faktor penentu utama dari sikap adalah karakteristik sikap sebelumnya, kepribadian individu dan afliasinya dengan kelompok.

Allport (1954) mengemukakan bahwa yang membuat seseorang bersikap positif dengan mempunyai tiga komponen pokok, yaitu kepercayaan bersifat positif, kehidupan emosional atau evaluasi yang positif dan kecenderungan untuk bertindak positif. Pendidikan kesehatan dengan metode FGD merupakan salah satu stimulus yang dapat mendukung terjadinya kepercayaan, evaluasi terhadap obyek dan kecenderungan untuk bertindak sehingga terjadi proses pembentukan sikap yang positif (Notoatmodjo 2003). Pengetahuan sangat mempengaruhi apa yang akan dilakukan oleh seseorang. Pengetahuan akan mengubah sikap

seseorang tersebut. Jika pengetahuan seseorang sudah baik, maka orang tersebut akan cenderung melakukan sikap yang baik pula. Sikap muncul dari berbagai bentuk penilaian. Kebanyakan sikap individu adalah hasil belajar sosial dari lingkungannya. Proses perubahan pengetahuan yang terjadi pada ibu melalui FGD akan menghasilkan perubahan dalam sikap ibu. Setelah ibu dapat membedakan yang benar dan yang salah, kemudian ibu akan menerima (*receiving*) pilihan yang menurut ibu baik, kemudian merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*) terhadap pilihannya. Hal tersebut dapat diaplikasikan dalam bentuk sikap positif.

Salah satu indikator keberhasilan pendidikan kesehatan adalah terwujudnya tindakan masyarakat yang sesuai dengan harapan pendidik. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung dan suatu kondisi yang memungkinkan yaitu fasilitas dan faktor dukungan dari pihak lain misalnya anggota keluarga yang lain.

Sunaryo (2004) mengatakan bahwa pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap tersebut. Selain itu, informasi yang diterima individu akan menyebabkan perubahan sikap pada diri individu tersebut. Setelah seseorang memperoleh stimulus berupa pendidikan kesehatan dengan metode FGD kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap informasi yang diterima, serta selanjutnya adalah melaksanakan atau melakukan yang telah diketahui atau disikapinya secara positif (Notoatmodjo 2003). Sikap yang tetap negatif dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi tentang topik yang sama, kurang menghargai terhadap orang yang memberikan informasi, kurang tertarik

pada media yang digunakan serta faktor emosional saat penyampaian FGD (Saifuddin 2005).

Sikap muncul dari berbagai bentuk penilaian. Kebanyakan sikap seseorang belajar dari lingkungannya. Belajar dari adat istiadat serta kebudayaan yang ada di masyarakat sekitar. Selain itu faktor pendidikan juga memegang peranan penting dalam terbentuknya sikap seseorang. Kurangnya informasi yang mereka dapat membuat pengetahuan buruk. Pengetahuan yang buruk inilah yang menjadikan sikap mereka juga negatif. Seperti sikap pada kelompok kontrol yang tidak berubah, sebagian besar responden tetap memiliki sikap negatif. Hal ini dikarenakan kurangnya informasi yang mereka dapatkan. Kelompok kontrol tidak menerima FGD sehingga kurang mendapatkan informasi. Selain itu kebiasaan memberikan MPASI dini sudah membudaya mejadikan mereka enggan untuk mengubah sikap tersebut. Jika sikap ini terus terjadi dan tidak berubah maka akan berbahaya bagi kesehatan bayi mereka.

Perubahan sikap pada kelompok perlakuan ini dapat dipengaruhi tingkat pengetahuan responden setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode FGD dengan prosentase terbanyak adalah pengetahuan baik, juga dipengaruhi usia ibu yang terbanyak yaitu berusia 20-30 tahun. Jadi, pengetahuan seseorang akan mempengaruhi sikapnya. Perubahan sikap yang signifikan terhadap kelompok perlakuan disebabkan oleh pengetahuan yang baik pada responden kelompok perlakuan setelah mendapatkan FGD.

Responden nomor 1 dan 8 kelompok perlakuan memiliki pengetahuan yang baik tetapi sikap tetap negatif. Responden nomor 1 kelompok perlakuan tetap memiliki sikap negatif dikarenakan responden masih tinggal satu rumah

dengan nenek dan orang tua dimana budaya memberikan MPASI masih kuat seperti nasi, air putih dan pisang harus diberikan kepada bayi ketika usia 2 bulan sehingga sulit untuk mengubah sikap responden. Responden nomor 1 kelompok perlakuan tetap meyakini bahwa pemberian MPASI tersebut tidak menimbulkan masalah terhadap bayinya selama ini. Hal ini menunjukkan adanya keterkaitan pengaruh kebudayaan dan kepercayaan pada diri responden dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Responden belajar dari adat istiadat serta kebudayaan yang ada di masyarakat sekitar. Adanya *reinforcement* (penguatan) dan dukungan dari masyarakat khususnya dari keluarga responden sendiri untuk sikapnya yang salah tersebut sehingga sulit mengubah sikap responden.

Responden nomor 8 kelompok perlakuan tetap memiliki sikap negatif dikarenakan responden masih meyakini bahwa susu formula melengkapi kebutuhan makanan bayi, bayinya selalu menangis apabila hanya diberi ASI dan selama pemberian makanan tambahan susu formula ini responden meyakini bahwa bayinya tidak mengalami masalah apapun sehingga responden tetap bersikap negatif. Selain itu, berdasarkan keterangan responden nomor 8 kelompok perlakuan bahwa salah satu temannya yang juga sebagai tenaga kesehatan memutuskan memberikan ASI dan susu formula ketika bekerja. Hal tersebut mendorong responden nomor 8 kelompok perlakuan tetap bersikap negatif yaitu tetap memberikan susu formula pada bayinya. Hal ini menunjukkan bahwa adanya keterkaitan pengaruh orang lain yang dianggap penting yaitu orang lain di sekitar responden merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap pada

responden sehingga sikap responden tetap negatif. Belajar dari lingkungan sekitarnya inilah yang membentuk suatu sikap pada responden.

Tindakan responden sebelum dilakukan FGD pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden melakukan tindakan yang kurang. Mereka sering memberikan MPASI dini. Pemberian MPASI ini sering mereka berikan pada waktu pagi, siang dan malam dan hampir setiap hari. Sebagian besar responden selain memberikan ASI juga memberikan susu formula, nasi, pisang dan air putih. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD, tindakan responden menjadi cukup dan baik. Tindakan baik berarti pada awalnya responden memberikan ASI dan MPASI berupa nasi, pisang dan susu formula menjadi hanya memberikan ASI saja pada bayinya. Tindakan cukup berarti pada awalnya responden memberikan ASI dan memberikan makanan pendamping ASI seperti nasi, pisang dan susu formula menjadi mengurangi frekuensi pemberian MPASI dan memberikan ASI pada bayinya didukung dengan penilaian secara kualitatif menggunakan lembar monitoring tindakan responden dan evaluasi monitoring tindakan yang dilakukan oleh peneliti di rumah responden. Hasil uji dengan *wilcoxon signed rank test* secara kuantitatif didapatkan hasil bahwa ada perubahan yang signifikan pada tindakan ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD. Hal ini ditunjukkan dari nilai *mean* antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan mengalami peningkatan. Selain itu, tindakan responden yang kurang menjadi cukup dan baik. Perubahan tindakan ini dipengaruhi juga oleh pengetahuan dan sikap responden yang baik setelah diberikan pendidikan kesehatan. Tindakan kelompok kontrol pada awalnya sebagian besar melakukan tindakan yang kurang. Responden seringkali

memberikan MPASI pada bayi sebelum berusia 6 bulan. Setelah dilakukan pengukuran kedua, sebagian besar responden masih banyak yang melakukan tindakan yang kurang.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol dapat dilihat dari uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan tidak ada perbedaan tindakan pada pengukuran yang pertama dan kedua, hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD.

Hal ini menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan tindakan pada kelompok perlakuan. Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode FGD antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan tindakan dalam pemberian MPASI dini. Dimana terdapat peningkatan tindakan dalam kelompok perlakuan didukung dengan hasil rerata tindakan pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada hasil rerata tindakan pada kelompok kontrol.

Teori Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo (2008) mengungkapkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu: *predisposing factor*, yang mencakup pengetahuan, sikap dan kepercayaan, tradisi, nilai-nilai, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi, *enabling factor* yaitu ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat serta *reinforcing factor* yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan dan juga dukungan serta tugas keluarga.

Metode FGD merupakan metode pembelajaran yang interaktif dilakukan secara sistematis dan terarah mengenai topik tertentu untuk mendapatkan

informasi dan memberikan kesempatan peserta mengungkapkan wawasan mengenai opini dalam masyarakat. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa seseorang stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya. Proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya dengan baik. Inilah yang disebut tindakan (*practice*). Tindakan praktik dimulai dari munculnya persepsi, terwujudnya respon terpimpin, mekanisme dan adaptasi. Persepsi sebagai langkah awal untuk mengubah praktik responden dalam pemberian MPASI dini setelah responden mengetahui pemberian MPASI yang tepat. Pengetahuan yang baru yang diterima responden melalui FGD mampu mengubah tindakan responden yang tadinya memberikan MPASI dini pada bayi menjadi hanya memberikan ASI saja pada bayinya merupakan wujud respon terpimpin. Tingkatan mekanisme diwujudkan melalui lembar monitoring yang diberikan peneliti kepada responden yang diharapkan membentuk kebiasaan responden dalam melakukan tindakan atau praktik yang benar yaitu hanya memberikan ASI pada bayinya yang berusia kurang dari 6 bulan. Kebiasaan responden untuk memberikan ASI saja terlihat dari hasil *post test* responden yang mengalami peningkatan setelah diberikan FGD. Tingkat terakhir dari tindakan atau praktik yaitu adaptasi yang merupakan perkembangan dari praktik dengan kondisi responden. Responden diharapkan memberikan ASI saja pada bayinya usia kurang dari enam bulan dan baru memberikan MPASI setelah bayinya berusia 6 bulan meskipun FGD berakhir. Kelompok perlakuan terjadi perubahan yang signifikan ini terjadi karena pengetahuan dan sikap mereka sudah baik.

Tindakan kurang menjadi baik ditunjukkan oleh responden nomor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 dan 10. Responden nomor 2 kelompok perlakuan pada awalnya memberikan ASI dan memberikan susu formula, nasi yang dihaluskan, pisang dikerok dan air putih pada bayinya yang berusia 14 hari setelah mengetahui bahaya-bahaya pemberian MPASI dini dan waktu yang tepat pemberian MPASI sehingga responden tidak ingin mengambil resiko yang dapat membahayakan kesehatan bayinya dan memutuskan hanya memberikan ASI saja pada bayinya. Responden nomor 3, 5, 6, 7, 9 dan 10 yang pada awalnya memberikan ASI dan memberikan susu formula pada bayinya pada pagi, siang, sore atau malam setelah mendapatkan FGD, mereka hanya memberikan ASI saja pada bayi mereka kurang dari 6 bulan. Responden nomor 4 pada awalnya memberikan ASI, susu formula dan pisang yang dikerok setelah mendapatkan FGD menjadi hanya memberikan ASI saja pada bayinya usia kurang dari 6 bulan. Hal ini sesuai dengan semakin bertambahnya pengetahuan, mereka akan berfikir apa yang terbaik yang dapat mereka lakukan. Berbagai fakta yang mereka ketahui semakin membuat mereka semakin berhati-hati dalam bertindak.

Tindakan kurang menjadi cukup ditunjukkan oleh responden nomor 1 dan 8. Responden nomor 1 pada awalnya memberikan ASI dan memberikan MPASI berupa nasi, pisang pada pagi, siang dan sore, setelah mendapatkan FGD responden memberikan ASI dan mengurangi frekuensi pemberian MPASI menjadi 2 kali dalam sehari yaitu pada pagi dan siang hari. Responden nomor 8 pada awalnya selain memberikan ASI juga memberikan susu formula pada pagi, siang dan malam hari setelah mendapatkan FGD, responden memberikan ASI dan mengurangi frekuensi pemberian susu formula pada pagi dan siang hari. Hal ini

menunjukkan bahwa responden belum sepenuhnya memberikan ASI saja hanya mengurangi frekuensi pemberian MPASI hal ini ada banyak faktor yang mempengaruhi terutama pada responden ini adalah faktor kepercayaan atau budaya pada responden dan lingkungan responden dimana budaya pemberian MPASI dini yang masih kuat sehingga mempengaruhi keputusan responden untuk bertindak masih salah. Selain itu, lingkungan responden dibesarkan sangat mempengaruhi keputusan untuk bertindak dimana lingkungan berperan penting membentuk perilaku individu tersebut. Jadi dengan pengetahuan yang baik belum tentu tindakan seseorang individu itu baik, banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi keputusan untuk bertindak pada masing-masing individu.

Penelitian Rogers (1974) dalam Effendi (2009) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku yang baru atau berperilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan. Proses adopsi perilaku dimulai dari *awareness, interest, evaluation, trial, dan adoption*. Melalui FGD lebih interaktif, partisipatif, mengajak masyarakat mendiskusikan topik tertentu dengan cara yang lebih mudah dipahami masyarakat dan lebih mudah mendapatkan hasil yang maksimal serta praktis dan ekonomis. FGD memberikan tekanan pada kasus yang terfokus sehingga ibu memperoleh informasi yang lebih rinci dan mendetail. Informasi yang rinci dan mendetail dapat meningkatkan wawasan dan pemahaman sehingga menimbulkan kesadaran ibu akan pentingnya ASI Eksklusif dan bahaya pemberian MPASI dini sehingga tertarik untuk mengungkapkan pendapatnya. Ibu mulai mempertimbangkan baik buruknya ASI eksklusif dan MPASI dini untuk dirinya dan bayi. Pertimbangan yang matang, ibu mulai mencoba menerapkan perilaku yang tepat. Ibu mengadopsi perilaku sesuai dengan pengetahuan,

kesadaran, dan sikapnya. Adopsi perilaku meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu untuk memberikan ASI saja dan tidak memberikan MPASI pada bayi kurang dari enam bulan. Perubahan perilaku ibu ditandai dengan peningkatan pengetahuan, sikap menjadi positif, dan ibu hanya memberikan ASI saja pada bayi yang berumur kurang dari 6 bulan. Adopsi perilaku ibu yang didasari dengan peningkatan pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif mewujudkan perilaku ibu akan bersifat langgeng atau *long lasting*.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan membahas kesimpulan dan saran hasil penelitian tentang upaya perubahan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dini melalui pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

6.1 Simpulan

1. *Focus group discussion* dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
2. *Focus group discussion* dapat mengubah sikap ibu ke arah yang lebih positif dalam pemberian makanan pendamping ASI dini yaitu ibu menyadari dan mempercayai bahwa ASI hanya diberikan pada bayi usia 0 sampai 6 bulan tanpa ada makanan pendamping ASI di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.
3. *Focus group discussion* dapat mengubah tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dini yaitu ibu hanya memberikan ASI saja dan tidak memberikan makanan pendamping ASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun.

6.2 Saran

1. Diharapkan bagi puskesmas setempat dapat membuat kebijakan berupa program tetap pendidikan kesehatan dengan metode FGD tentang pemberian MPASI dan dilakukan secara berkesinambungan.
2. Petugas kesehatan atau perawat meningkatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan utamanya dalam memberikan pendidikan kesehatan dengan metode FGD atau metode lain yang sesuai dengan perilaku tentang pemberian MPASI.
3. Masyarakat khususnya ibu yang memiliki bayi, aktif mencari informasi dan mengikuti pendidikan kesehatan tentang pemberian MPASI.
4. Peneliti selanjutnya dapat meneliti tentang pengaruh persepsi dan kepercayaan terhadap tindakan pemberian MPASI dini pada masyarakat, mengidentifikasi peran puskesmas, masyarakat, dan lembaga pemerintahan dalam upaya perubahan perilaku pemberian MPASI dini serta pengaruh FGD terhadap keluarga yang anggota keluarganya memiliki bayi mengenai pemberian MPASI.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ade 2007, *Prasyarat Pemberian Makanan Pendamping ASI*, Koalisi Untuk Indonesia Sehat, Jakarta, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.koalisi.org/index>>.
- Afifah, D 2007, 'Faktor yang Berperan dalam Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif', skripsi, Universitas Diponegoro, Semarang, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.eprints.undip.ac.id>>.
- Ariani 2008, *Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*, diakses 29 Februari 2012 <<http://parentingislami.wordpress.com>>.
- Arikunto 2007, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Azwar 2008, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, edisi 2, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta, hal. 112-146.
- Briawan 2004, *Pengaruh Promosi Susu Formula Terhadap Pergeseran Penggunaan Air Susu Ibu (ASI)*, diakses 3 Maret 2012 <<http://www.rudycct.conpps>>.
- Cahyadi 2007, *ASI Dan Ibu Bekerja*, diakses 10 Maret 2012, <http://www.parenting.co.id/forum/forum_detail.asp?catid=&id=1&topicit=271>.
- Denny 2006, *Panduan Menyelenggarakan Focus Group Discussion (FGD)*, diakses pada 1 Maret 2012, <<http://researchexpert.com/2007/11/08/focus-group-discussion/>>.
- Depkes RI 2004, *Pedoman Pengenalan MPASI*, diakses 1 Maret 2012, <www.depkes.org.id>.
- Depkes RI 2005, *Spesifikasi Teknis Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI)*, diakses 1 Maret 2012, <<http://gizi.depkes.go.id>>.
- Depkes RI 2006, *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI Lokal)*, diakses 1 Maret 2012, <www.depkes.org.id>.
- Depkes RI 2007, *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Konseling Menyusui dan Pelatihan Fasilitator Konseling Menyusui*, diakses 1 Maret 2012, <www.depkes.org.id>.
- Dwi Sunar 2009, *ASI Eksklusif*, Diva Press, Jogjakarta.
- Evita 2001, 'Pengaruh Peer Group Support terhadap Perilaku Ibu Menyusui dalam Pemberian ASI Eksklusif di Bidang Praktek Swasta (BPS) Ny. Indah

Ahmadi, Amd., Keb. Wilayah Puskesmas Wisma Indah Kecamatan Bojonegoro', skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.

Febby 2012, 'Trik dan Tips Menghadapi *Focus Group Discussion* (FGD)', *Kompasiana*, 26 Januari, diakses 20 Maret 2012, <<http://ekonomi.kompasiana.com/manajemen/2012/01/26/tips-dan-trik-menghadapi-focus-group-discussion-fgd/>>.

Gibney, MJ 2009, *Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.

Hatta, Meutia 2005, 'Pekan ASI sedunia Membangun Kasih Sayang Lewat ASI', *Surakarya Online*, 23 Oktober, diakses 10 Maret 2012, <<http://www.surakaryaonline.com/news/>>.

Health Canada 2007, *Duration of Exclusive in Canada*, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.hc-sc.gc.ca/fnan/surveill/nutrition/commun/prenatal/duration-duree-eng.php>>.

Hendarto & Pringgadini 2008, *Nilai Nutrisi Air Susu Ibu. In : IDAI. Bedah ASI : Kajian dari Berbagai Sudut Pandang Ilmiah*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta, hal. 46.

Herawani 2002, *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta.

Irawati 2004, 'Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini terhadap Gangguan Pertumbuhan Bayi Dengan Berat Lahir Normal Sampai Umur Empat Bulan', disertasi, Universitas Indonesia, Depok.

Irwanto 2006, *Focused Group Discussion*, edisi 1, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.

Kasnodihardjo 2005, 'Faktor-faktor budaya yang melatarbelakangi pemberian ASI eksklusif', *Jurnal ekologi kesehatan*, vol.4, no. 2, hal. 241-246 .

Kementerian Komunikasi dan informatika, Puslitbang APTEL SKDI dan Balitbang SDM 2010, '*Focus Group Discussion* (FGD)', tulisan dipresentasikan pada Kajian ICT Technopark di Indonesia, Jakarta.

Krech, Crutchfield & Ballachey 1982, *Individual in Society. Chapter 7: The Changing of Attitudes*, McGraw-Hill International Book Company, Barkeley.

Luluk 2005, *Resiko Pemberian MPASI terlalu dini*, diakses 1 Maret 2012, <<http://wrm-indonesia.org/content/view/647/>>.

- Matondang C.S., Munatsir Z. & Sumadiono 2008, 'Aspek Imunologi Air Susu Ibu', dalam Akib AAP, Munasir Z & Kurniati N (eds), *Buku Ajar Alergi-Imunologi Anak*, edisi 2, IDAI, Jakarta, hal. 189-202.
- Maulana 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta, hal. 160-181.
- MenegPP 2009, *86% bayi di Indonesia Tidak Diberi ASI Eksklusif*, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.menegpp.go.id>>.
- Menkes RI 2007, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Spesifikasi Teknis Makanan Pendamping Ais Susu Ibu (MPASI)*, diakses 28 Februari 2012, <<http://skmenkes-spekmpasi-2007.pdf>>.
- Munif, A 2011, *Teknik FGD atau Diskusi Kelompok Terarah*, diakses 20 Maret 2012, <<http://helpingpeopleideas.com/publichealth/index.php/2011/05/focus-group-discussion/>>.
- Mutchadi, D 2004, *Gizi Untuk Bayi, ASI, Susu Formula dan Makanan Tambahan*, Sinar Harapan, Jakarta.
- Nadesul, SH 2007, *Makanan Sehat Untuk Bayi*, Puspa Swara, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2003, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, edisi revisi, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Ramaiah 2006, *ASI dan Menyusui: Panduan Praktis bagi Ibu setelah Melahirkan*, Bhuana Ilmu Populer, Jakarta
- Renata, P 2009, 'Perilaku Ibu dalam Pemberian Makanan Tambahan pada Bayi Usia Kurang dari Enam Bulan di Kelurahan Mangga Perumnas Simalingkar Medan', skripsi, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Roesli, 2005, *ASI Eksklusif*, Pustaka Bunda, Jakarta.
- Sanyoto, D dan Eveline, PN 2008, *Air Susu Ibu dan Hak Bayi. Bedah ASI*, Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.
- Sari 2007, 'Upaya Keluarga dalam Mencegah dan Melakukan Penanggulangan Dini Terjadinya Diare pada Balita di Desa Cibiuk Kabupaten Garut Jawa Barat', *Jurnal Keperawatan UNPAD*, vol.9, no.17, hal. 37-43.

- Sastroasmoro 2007, *Membina Tumbuh Kembang Bayi dan Balita*, Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.
- Sinergioptima 2009, *Focus Group Discussion (FGD) Manfaat dan Bagaimana Melaksanakannya*, diakses 20 Maret 2012, <<http://sinergioptima.wordpress.com/2009/03/25/fgd-manfaat-bagaimana-melaksanakannya>>.
- Siregar 2010, 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ibu Memberikan Makanan Tambahan pada Bayi Usia Kurang dari Enam Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Limun Medan', skripsi, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Soraya 2005, *Saat Tepat Memberi MPASI pada bayi*, diakses 29 Desember 2012, <<http://www.dhysware.site>>.
- Soetjiningsih 1997, *ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Stake 2006, *How To do Media and Cultural Studies*, Bentang, Yogyakarta.
- Suhardjo 1999, *Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak*, Kanisius, Yogyakarta.
- Suliha, U 2002, *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Susilo 2009, *Manfaat dan Bagaimana Melaksanakan FGD*, diakses 1 Maret 2012, <<http://researchexpert.wordpress.com/2007/11/08/focus-group-discussion/>>.
- Susenas 2007, *Distribusi Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif pada bayi 0-6 bulan Menurut Provinsi*, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.gizi.net.co.id#hl=id&q=distribusi+pemberian+ASI+eksklusif&meta=&aq=&oq=distribusi+pemberian+ASI+eksklusif&fp=5af74f93a1d44314>>.
- Titik 2011, 'Pengaruh Edukasi Prenatal dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trisemester I di Puskesmas Kedung Kandang Malang', skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.
- UNICEF, WHO & IDAI 2005, *Rekomendasi tentang Pemberian Makanan Bayi pada Situasi Darurat*, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.gizi.net>>.
- Walker 2006, *Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence*, Jones and Bartlett, Boston.
- Westcott 2003, *Makanan Sehat Untuk Bayi*, Dian Rakyat, Jakarta, hal.12-15.
- WHO 2007, *Support for breastfeeding mothers*, diakses 29 Februari 2012,

- <http://apps.who.intrhlpregnancy_childbirth_after_childbirthpcomen>.
- WHO 2009, *Early Introduction of Solid Food-Why Early Introduction of Your Baby*, diakses 29 Februari 2012, <<http://www.gizi.net74.125.153.132searchq=cacheINvTWkjsHhEJ>>.
- WHO 2010, *Exclusive Breastfeeding*, diakses 29 Februari 2012, <http://www.who.int.nutritiontopicsexclusive_breastfeedingen>.
- WHO, *WHO Recommends*, diakses tanggal 29 Februari 2012, <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fact/en/>>.
- Wedhaswary 2008, '45 Mitos dan Fakta Seputar ASI', *Kompas*, 9 Agustus, diakses tanggal 20 Maret 2012, <www.national.kompas.com>.
- Widodo 2006, *Penghambat ASI eksklusif Itu Masih Ada*, diakses tanggal 10 Maret 2012, <<http://www.avainflutidakseindahnamanya.blogspot.com>>.
- Widyatuti 2009, *Pendidikan Kesehatan*, diakses 10 Maret 2012, <<http://repository.ui.ac.id>>.
- Wiwin 2011, 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap Perilaku Pencegahan Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Puskesmas Mangli-Jember', skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.

LAMPIRAN

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 20 April 2012

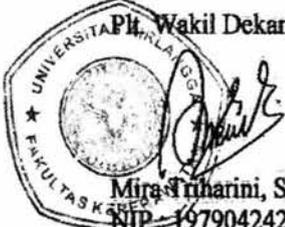
Nomor : 1171 /H3.1.12/PP/2012
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik &
 Perlindungan Masyarakat Kab. Madiun
 di –
 Madiun

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Putri Rahma Zuriza
 NIM : 010810019B
 Judul Skripsi : Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini Melalui Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Focus Group Discussion (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I

 Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197904242006042002



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 20 April 2012

Nomor : 1172 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Madiun
di –
Madiun

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Putri Rahma Zuriza
NIM : 010810019B
Judul Skripsi : Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini Melalui Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Focus Group Discussion (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP : 197904242006042002



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 20 April 2012

Nomor : 1173 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepala Desa Bandungan Kec. Saradan Kab. Madiun
di –
Madiun

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Putri Rahma Zuriza
NIM : 010810019B
Judul Skripsi : Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan
Pendamping ASI (MPASI) Dini Melalui Pendidikan
Kesehatan Dengan Metode Focus Group Discussion
(FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten
Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Pt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP : 197904242006042002

Lampiran 2



PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI
Jalan Alun – Alun Utara No. 4 ☎ (0351) 451295
MADIUN (63121)

Madiun, 24 April 2012

Nomor : 072/ 358 /402.205/2012
 Sifat : Segera
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Saradan
 Kec.Saradan , Kab.Madiun
 Di-

MADIUN

Berdasarkan Surat dari Plt. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Tanggal : 20 April 2012
 Nomor : 1171/H3.1.12/PP/2012

Setelah diadakan berbagai pertimbangan, maka dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan penelitian di wilayah Kantor / Instansi Saudara oleh :

Nama : **PUTRI RAHMA ZURIZA**
 Pekerjaan/ Mahasiswa : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
 Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115
 Tema : **"UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) DI DESA BANDUNGAN KECAMATAN SARADAN KABUPATEN MADIUN"**

Lama Survey/Riset : 3 (tiga) bulan terhitung surat ini dikeluarkan.
 Peserta : 1 (satu) orang
 Lokasi Survey/ Riset : Kabupaten Madiun

Selama melakukan penelitian agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan - ketentuan sebagai berikut :

- Kepala Wilayah/ Kantor/ Instansi yang dituju.
- Setelah tiba di tempat / lokasi wajib melaporkan maksud kedatangannya kepada Mentaati segala peraturan yang berlaku.
- Menjaga keamanan dan ketertiban.
- Tidak menimbulkan keresahan masyarakat.
- Setelah selesai melakukan penelitian melaporkan kepada Kepala Wilayah / Kantor / Instansi tempat melakukan Penelitian.
- Surat rekomendasi ini akan dicabut / dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila pemegang surat ternyata tidak memenuhi ketentuan di atas.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN
 POLITIK DALAM NEGERI
 KABUPATEN MADIUN**

KURNIA AMINULLOH
Pembina
 NIP. 19700702 199003 1 001

Tembusan :

- Yth. 1. Bp. Bupati Madiun (Sebagai laporan
 2. Sdr.Kepala Dinas Kesehatan Kab. Madiun
 3. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI
Jalan Alun - Alun Utara No. 4 ☎ (0351) 451295
MADIUN (63121)

Madiun, 24 April 2012

Nomor : 072/ 308 /402.205/2012
 Sifat : Segera
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Desa Bandungan
 Kec.Saradan , Kab.Madiun
 Di-

MADIUN

Berdasarkan Surat dari Plt. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Tanggal : 20 April 2012
 Nomor : 1171/H3.1.12/PP/2012

Setelah diadakan berbagai pertimbangan, maka dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan penelitian di wilayah Kantor / Instansi Saudara oleh :

Nama : **PUTRI RAHMA ZURIZA**
 Pekerjaan/ Mahasiswa : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
 Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115
 Tema : "UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) DI DESA BANDUNGAN KECAMATAN SARADAN KABUPATEN MADIUN"

Lama Survey/Riset : 3 (tiga) bulan terhitung surat ini dikeluarkan.
 Peserta : 1 (satu) orang
 Lokasi Survey/ Riset : Kabupaten Madiun

Selama melakukan penelitian agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan - ketentuan sebagai berikut :

- Kepala Wilayah/ Kantor/ Instansi yang dituju.
- Setelah tiba di tempat / lokasi wajib melaporkan maksud kedatangannya kepada Mentaati segala peraturan yang berlaku.
- Menjaga keamanan dan ketertiban.
- Tidak menimbulkan keresahan masyarakat.
- Setelah selesai melakukan penelitian melaporkan kepada Kepala Wilayah / Kantor / Instansi tempat melakukan Penelitian.
- Surat rekomendasi ini akan dicabut / dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila pemegang surat ternyata tidak memenuhi ketentuan di atas.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN
 POLITIK DALAM NEGERI
 KABUPATEN MADIUN**

KURNIA AMINULLOH
Pembina
 NIP. 19700702 199003 1 001

Tembusan :

- Yth. 1. Bp. Bupati Madiun (Sebagai laporan
2. Sdr.Camat Saradan Kabupaten Madiun
3. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
KECAMATAN SARADAN
DESA BANDUNGAN

Jln. Raya Bandungan No : - Telp : - Kode Pos : 63155

SURAT KETERANGAN

Nomor : 479 / 81 / 402.406.01 / 2012

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- a. Nama : **MARSUDI**
 b. Jabatan : Kepala Desa Bandungan
 c. Alamat : RT 001 / RW 001 Dusun Jembangan Desa Bandungan
 Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : PUTRI RAHMA ZURIZA
 Nim : 010810019B

Mahasiswi Program studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (UNAIR) telah selesai mengadakan penelitian di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun, yang di laksanakan pada tanggal 30 April s/d 20 Mei 2012.

Demikian di sampaikan untuk di gunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Rahma Zuriza

NIM : 010810019B

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

“ Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun”.

Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh penerapan metode pendidikan kesehatan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku ibu yang memberikan MPASI pada bayi kurang dari enam bulan. Dengan penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman ibu tentang pemberian MPASI.

Untuk itu saya mengharapkan kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kesediaan ibu bersifat sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan untuk pengembangan pendidikan ilmu keperawatan. Apabila ibu menyetujui saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang diajukan oleh peneliti. Atas perhatian dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

Madiun,2012

Hormat saya,

Putri Rahma Zuriza

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

No. Telepon :

Menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Putri Rahma Zuriza, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun”** sebagai responden bagi penelitian tersebut.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan.

Madiun,2012

Responden

(Tanda Tangan)

Lampiran 5**LEMBAR KUESIONER****A. DATA DEMOGRAFI**

Judul Penelitian: Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini melalui Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun

Tanggal Pengisian:

Petunjuk: Jawablah pertanyaan berikut ini dengan mengisi tempat kosong yang tersedia dengan memberi tanda silang (X) pada pilihan yang mewakili jawaban Saudara.

Kode Responden:

	Kode diisi peneliti
Data Bayi	
1. Umur :bulanhari	<input type="text"/>
2. Anak ke :	<input type="text"/>
3. Jenis Kelamin :	
a. Laki-laki	<input type="text"/>
b. Perempuan	
Data Responden	
1. Umur responden : tahun	<input type="text"/>
2. Pendidikan :	
a. Tamat SD	
b. Tamat SMP	
c. Tamat SMA	<input type="text"/>
d. Tamat S1/Sarjana	
3. Pernah mendapat informasi tentang MPASI:	
a. Belum b. Sudah	<input type="text"/>
Jika sudah, informasi didapatkan dari:	
.....	
4. Pekerjaan:	
a. Ibu Rumah Tangga c. Pegawai Negeri	
b. Bertani d. Pegawai Swasta	<input type="text"/>
5. Pendapatan perbulan:	
a. <500.000 c. 1.000.000-1.500.000	<input type="text"/>
b. 500.000-1.000.000 d. >1.500.000	
6. Agama:	
a. Islam c. Kristen Protestan	<input type="text"/>
b. Kristen Katolik d. Lain-lain	

B. Penilaian Terhadap Pengetahuan

Petunjuk :

Pilihlah jawaban yang sesuai menurut Anda, dengan memberikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang tersedia dengan jawaban yang Anda anggap benar.

No	Pertanyaan	Kode
1.	<p>ASI Eksklusif adalah</p> <p>A. Pemberian Air Susu Ibu saja tanpa disertai makanan atau minuman apapun mulai bayi lahir sampai bayi usia 2 bulan</p> <p>B. Pemberian Air Susu Ibu saja tanpa disertai makanan atau minuman apapun mulai bayi lahir sampai bayi usia 4 bulan</p> <p>C. Pemberian Air Susu Ibu saja tanpa disertai makanan atau minuman apapun mulai bayi lahir sampai bayi usia 6 bulan</p>	
2.	<p>ASI sebaiknya pertama kali diberikan pada</p> <p>A. Satu hari setelah melahirkan</p> <p>B. Dua hari setelah melahirkan</p> <p>C. Secepatnya diberikan pada hari pertama setelah melahirkan</p>	
3.	<p>Manfaat memberikan ASI Eksklusif bagi bayi adalah...</p> <p>A. Meningkatkan daya tahan tubuh bayi</p> <p>B. Berat badan bayi cepat naik</p> <p>C. Bayi tidak rewel dan menangis</p>	
4.	<p>Keunggulan ASI dibandingkan susu formula adalah...</p> <p>A. Bayi semakin lincah karena susu formula lebih banyak nilai gizinya dibanding ASI</p> <p>B. Zat gizi dalam ASI mudah dicerna</p> <p>C. ASI lebih sering menyebabkan diare (mencret) daripada susu formula</p>	

5.	<p>Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah ...</p> <p>A. makanan yang mengandung gizi yang diberikan pada bayi untuk memenuhi kebutuhan gizinya</p> <p>B. makanan yang diberikan kepada bayi untuk meningkatkan berat badan bayi</p> <p>C. makanan yang mengandung kadar serat tinggi</p>	
6.	<p>Makanan Pendamping ASI (MPASI) diberikan kepada bayi pada saat umur</p> <p>A. lebih dari 6 bulan</p> <p>B. lebih dari 40 hari</p> <p>C. lebih dari 2 bulan</p>	
7.	<p>Jenis makanan yang sebaiknya diberikan pada bayi sampai berumur 6 bulan adalah ...</p> <p>A. ASI saja</p> <p>B. ASI ditambah dengan susu formula</p> <p>C. ASI ditambah dengan makanan atau minuman yang bergizi seperti nasi tim, pisang, atau sayur-sayuran</p>	
8.	<p>Alasan Makanan Pendamping ASI (MPASI) harus diberikan pada waktu yang tepat adalah</p> <p>A. Bayi tidak rewel</p> <p>B. Agar bayi bisa tahan lapar</p> <p>C. Mengurangi resiko alergi</p>	
9.	<p>Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) terlalu dini pada bayi bisa menyebabkan bayi sering sakit disebabkan karena</p> <p>A. Bayi kurang nutrisi</p> <p>B. Sistem kekebalan atau imun bayi belum sempurna</p> <p>C. Bayi kekurangan cairan karena tidak mau minum ASI</p>	
10.	<p>Akibat pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) terlalu dini pada bayi adalah</p> <p>A. Bayi sering tertidur sehingga tidak rewel dan menangis</p> <p>B. Bayi akan merasa kenyang dan tahan lapar</p> <p>C. Bayi akan mudah terserang batuk, pilek dan diare</p>	

C. Penilaian terhadap sikap

Petunjuk

Isilah pertanyaan di bawah ini dengan member tanda (√) pada kolom di sebelah kanan sesuai dengan pilihan yang paling Anda anggap benar.

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS: Sangat Tidak Setuju

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Saya akan memberikan ASI saja pada bayi saya usia kurang dari enam bulan					
2	Saya akan memberikan susu formula sebagai minuman pendamping ASI karena kandungan gizinya banyak					
3	Saya akan memberikan makanan atau minuman tambahan ketika bayi saya berusia 2 bulan agar tidak rewel dan menangis					
4	Saya akan memberi makanan padat pada bayi saya di usia 3 bulan dan memberikan ASI juga					
5	Jika saya memiliki permasalahan pada payudara, saya memutuskan untuk tidak memberikan ASI tetapi memberikan makanan atau minuman tambahan yang lain					
6	Jika saya memberikan MPASI (makanan tambahan) terlalu dini maka bayi bisa alergi terhadap makanan tersebut					
7	Saya akan tetap mempertahankan memberikan ASI sampai usia 6 bulan, dan tidak akan memberikan susu formula pada bayi saya ketika saya bekerja					

8	Jika saya memberikan MPASI (makanan tambahan) pada bayi berumur 4 bulan maka bayi akan sehat dan pintar					
9	Jika saya memberikan MPASI (makanan tambahan) terlalu dini bisa menyebabkan infeksi saluran pernapasan (batuk, pilek)					
10	Saya memberikan MPASI (makanan tambahan) saat bayi berumur 6 bulan karena sistem pencernaannya sudah relatif sempurna					

D. Penilaian terhadap tindakan dengan menggunakan lembar wawancara

Kode Responden :

No	Komponen yang dinilai	YA	TIDAK	Kode
1.	PAGI, ibu memberikan: 1. Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2. Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3. Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4. Sayur 5. Sari atau jus buah 6. Nasi Tim 7. Minuman (Susu formula atau air putih)			
2.	Selingan PAGI, ibu memberikan: 1. Biskuit 2. Puding atau agar-agar			
3.	SIANG, ibu memberikan: 1. Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2. Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3. Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4. Sayur 5. Sari atau jus buah 6. Nasi Tim 7. Minuman (Susu formula atau air putih)			
4.	Selingan SORE, ibu memberikan: 1. Biskuit 2. Puding atau agar-agar			
5.	MALAM, ibu memberikan: 1. Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2. Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3. Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4. Sayur 5. Sari atau jus buah 6. Nasi Tim 7. Minuman (Susu formula atau air putih)			

Lampiran 6**Lembar Monitoring Tindakan ibu dalam pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan**

Berilah tanda cek (√) pada kolom (Ya atau Tidak) sesuai dengan tindakan yang Anda kerjakan

No	Komponen Tindakan yang dinilai	Hari ke-1		Hari ke-2		Hari ke-3		Hari ke-4		Hari ke-5		Hari ke-6		Hari ke 7	
		Ya	Tidak												
1.	PAGI, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														
2.	Selingan PAGI, ibu memberikan: 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar														
3.	SIANG, ibu memberikan 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah														

	6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)																		
4.	Selingan SORE, ibu memberikan: 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar																		
5.	MALAM, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)																		

No	Komponen Tindakan yang dinilai	Hari ke-8		Hari ke-9		Hari ke-10		Hari ke-11		Hari ke-12		Hari ke-13		Hari ke-14	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	PAGI, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														
2.	Selangan PAGI, ibu memberikan: 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar														
3.	SIANG, ibu memberikan 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														

4.	<p>Selingan SORE, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar 													
5.	<p>MALAM, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih) 													

Lampiran 7**SATUAN ACARA KEGIATAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)****UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN
DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

Topik	: ASI Eksklusif
Tempat	: Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan Kecamatan Saradan Madiun
Sasaran	: Ibu-ibu yang telah memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) pada bayi kurang dari enam bulan
Tanggal	: 6 Mei 2012
Alokasi Waktu:	60 menit
Pertemuan	: Pertama

A. Tujuan Instruksional**I. Tujuan Instruksional Umum:**

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD), peserta bertambah pengetahuannya tentang pengertian ASI eksklusif, pentingnya ASI eksklusif, dan cara pemberian ASI yang benar.

II. Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mengikuti *Focus Group Discussion* (FGD), ibu mampu:

1. Menjelaskan pengertian ASI Eksklusif
2. Menjelaskan pentingnya ASI Eksklusif
3. Menjelaskan cara pemberian ASI yang benar

B. Materi

- 1) Pengertian ASI Eksklusif
- 2) Pentingnya ASI Eksklusif
- 3) Cara pemberian ASI yang benar

C. Metode Penyuluhan

Focus Group Discussion (FGD):

1. Membuka FGD

2. Melakukan/mengingatkon kontrak waktu
3. Menyampaikan topik diskusi
4. Melakukan diskusi sesuai topik yang ada
5. Mencatat dan merekam hasil diskusi
6. Menyampaikan kesimpulan diskusi
7. Menutup diskusi

D. Alat Bantu dan Media Pengajaran

1. Laptop
2. Modul

E. Kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD)

No.	Topik	Waktu	Kegiatan	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyebutkan tujuan pertemuan 4. Memperkenalkan peserta satu sama lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan atau bertanya 4. Masing-masing peserta mengenalkan diri
2	Pelaksanaan	40 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moderator menyampaikan topik bahasan pertama yang akan didiskusikan yaitu pengertian ASI Eksklusif, pentingnya ASI Eksklusif dan cara pemberian ASI yang benar 2. Moderator memulai diskusi dengan memberikan pertanyaan secara terstruktur kepada peserta 3. Moderator memandu proses diskusi dan mengarahkan responden sesuai dengan topik yang dibahas 4. Pada saat materi cara menyusui yang benar, moderator meminta kesediaan satu peserta untuk menjadi sukarelawan, moderator memperagakan cara menyusui, moderator 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan dan mendengarkan 2. Mendengarkan, memperhatikan dan merespon dengan baik 3. Menjawab pertanyaan moderator 4. Berdiskusi dan menanggapi pertanyaan moderator 5. Mendengarkan dan memperhatikan

			meminta peserta meniru apa yang diperagakan, beberapa peserta meniru cara menyusui yang telah diperagakan oleh moderator 5. Merangkum hasil diskusi yang difokuskan	
3	Penutup	10 menit	1. Menyampaikan kesimpulan diskusi dan kontrak waktu pertemuan berikutnya 2. Memberikan salam penutup	Memperhatikan dan menentukan topik yang akan didiskusikan dalam pertemuan berikutnya

F. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- (1) Peserta hadir di tempat *Focus Group Discussion* (FGD) diadakan.
- (2) Pengorganisasian penyelenggaraan *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan sebelum dan sesudah kegiatan

2. Kriteria Proses

- (1) Moderator berdiskusi secara direktif
- (2) Responden secara aktif menyampaikan pendapat

3. Kriteria Hasil

- (1) Peserta mengerti tentang pengertian ASI eksklusif
- (2) Peserta mengerti tentang pentingnya ASI eksklusif
- (3) Peserta mengerti tentang cara pemberian ASI yang benar

SATUAN ACARA KEGIATAN *FOCUS GROUP DISCUSSION***UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI DINI MELALUI PENDIDIKAN KESEHATAN
DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

- Topik : Makanan Pendamping ASI (MPASI)
- Tempat : Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan Kecamatan Saradan
Madiun
- Sasaran : Ibu-ibu yang telah memberikan makanan pendamping ASI
(MPASI) pada bayi kurang dari enam bulan
- Tanggal : 13 Mei 2012
- Alokasi Waktu: 60 menit
- Pertemuan : Kedua
-

A. Tujuan Instruksional**I. Tujuan Instruksional Umum:**

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD), peserta bertambah pengetahuannya tentang bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan dan cara pemberian ASI (penyimpanan ASI dan cara menyusui yang benar).

II. Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mengikuti *Focus Group Discussion* (FGD), ibu mampu:

1. Menjelaskan pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI)
2. Menjelaskan waktu yang tepat memberikan MPASI
3. Menjelaskan jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan
4. Menjelaskan alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan
5. Menjelaskan bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

B. Materi

- 1) Pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI)
- 2) Waktu yang tepat memberikan MPASI
- 3) Jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan

- 4) Alasan menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan
- 5) Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

C. Metode Penyuluhan

Focus Group Discussion (FGD):

1. Membuka FGD
2. Melakukan/mengingatkan kontrak waktu
3. Menyampaikan topik diskusi
4. Melakukan diskusi sesuai topik yang ada
5. Mencatat dan merekam hasil diskusi
6. Menyampaikan kesimpulan diskusi
7. Menutup diskusi

D. Alat Bantu dan Media Pengajaran

1. Laptop
2. Modul

E. Kegiatan *Focus Group Discussion (FGD)*

No.	Topik	Waktu	Kegiatan	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kontrak waktu kegiatan <i>Focus Group Discussion (FGD)</i> 2. Menjelaskan topik bahasan kedua yaitu pengertian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan, waktu yang tepat memberikan MPASI, jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan, alasan menunda pemberian MPASI dan bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyepakati waktu 2. Memperhatikan dan bertanya jika tidak mengerti
2	Pelaksanaan	45 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moderator memulai diskusi dengan memberikan pertanyaan secara terstruktur kepada peserta 2. Moderator memandu proses diskusi dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan moderator 2. Berdiskusi dan menanggapi pertanyaan moderator

			<p>mengarahkan responden sesuai dengan topik yang dibahas</p> <p>3. Merangkum hasil diskusi yang difokuskan</p>	<p>3. Mendengarkan dan memperhatikan</p>
3	Penutup	10 menit	<p>1. Menyampaikan kesimpulan diskusi</p> <p>2. Mengakhiri kegiatan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)</p>	<p>1. Memperhatikan dan menentukan topik yang akan didiskusikan dalam pertemuan berikutnya</p> <p>2. Memperhatikan dan memberikan pesan dan kesan</p>

F. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- (1) Peserta hadir di tempat *Focus Group Discussion* (FGD) diadakan.
- (2) Pengorganisasian penyelenggaraan *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan sebelum dan sesudah kegiatan

2. Kriteria Proses

- (1) Moderator berdiskusi secara direktif
- (2) Responden secara aktif menyampaikan masalah

3. Kriteria Hasil

- (1) Peserta mengerti pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI)
- (2) Peserta mengerti waktu yang tepat memberikan MPASI
- (3) Peserta mengerti jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan
- (4) Peserta mengerti menunda pemberian MPASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan
- (5) Peserta mengerti bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION PEMBERIAN ASI EKSLUSIF



FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA



Penyusun
Putri Rahma Zuriza
2012



**MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)**

Kata Pengantar

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, modul *Focus Group Discussion* (FGD) Pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (MPASI) telah dapat diselesaikan.

Modul ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Penelitian Skripsi Upaya Perubahan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dengan Pendidikan Kesehatan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) di Desa Bandungan Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun. Diharapkan modul yang disusun dijadikan acuan bagi ibu menyusui dalam memberikan ASI secara eksklusif tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan apapun.

Modul ini terdiri dari :

- a. Jadwal pertemuan *Focus Group Discussion* (FGD)
- b. Materi pertemuan Pertama: **Pengertian dan pentingnya ASI Eksklusif, cara pemberian ASI (penyimpanan ASI dan cara menyusui yang benar)**
- c. Materi pertemuan Kedua: **pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI), waktu yang tepat memberikan MPASI, jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan, alasan menunda MPASI diberikan pada bayi usia 6 bulan dan bahaya MPASI diberikan pada bayi usia kurang dari 6 bulan**
- d. Lembar monitoring tindakan

Ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kami sampaikan kepada tim penyusun atas segala upaya yang telah dicurahkan untuk mewujudkan modul ini.

Madiun, April 2012

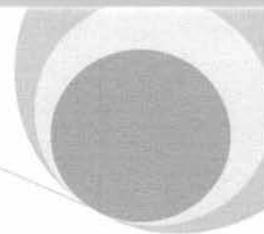
penyusun



**MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)**

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	i
Daftar Isi	ii
Jadwal FGD.....	iii
Jadwal monitoring tindakan.....	iv
Jadwal post test dan penilaian tindakan	v
BAB I ASI EKSKLUSIF	
1.1 Pengertian ASI Eksklusif	1
1.2 Pentingnya ASI Eksklusif.....	1
1.2.1 Komposisi ASI	1
1.2.2 Manfaat Pemberian ASI Eksklusif.....	6
1.3 Cara Pemberian ASI yang Benar	10
1.3.1 Penyimpanan ASI	10
1.3.2 Cara Menyusui yang Benar.....	11
1.3.3 Tips Sukses Memberikan ASI Eksklusif	13
BAB II MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI)	
2.1 Pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI).....	15
2.2 Waktu yang Tepat Memberikan MPASI	15
2.3 Jenis Makanan yang Tepat bagi Bayi Usia kurang dari 6 bulan.....	16
2.4 Alasan Menunda Pemberian MPASI pada Bayi Usia Kurang 6 bulan	17
2.5 Bahaya Pemberian MPASI Terlalu Dini.....	17
Daftar Pustaka.....	18
Lembar Monitoring tindakan.....	20



**MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)**

**JADWAL KEGIATAN
FOCUS GROUP DISCUSSION**

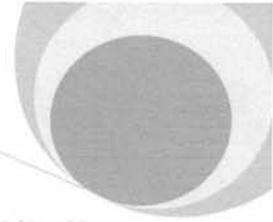
No	Hari/ Tanggal	Waktu	Materi
1.	Minggu/ 6 Mei 2012	10.00-11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian ASI Eksklusif 2. Pentingnya ASI Eksklusif 3. Cara Pemberian ASI yang benar
2.	Minggu /13 Mei 2012	10.00-11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI) 2. Waktu yang tepat memberikan MPASI 3. Jenis makanan yang tepat bagi bayi usia kurang dari enam bulan 4. Alasan menunda MPASI diberikan pada bayi usia 6 bulan 5. Bahaya MPASI diberikan pada bayi usia kurang dari 6 bulan



**MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)**

JADWAL MONITORING TINDAKAN

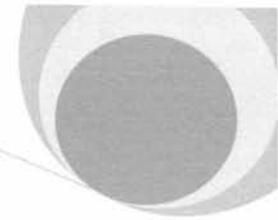
No	Hari/ Tanggal	Waktu
1.	Rabu/ 9 Mei 2012	Menyesuaikan
2.	Rabu / 16 Mei 2012	Menyesuaikan



**MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)**

JADWAL POSTEST DAN PENILAIAN TINDAKAN

No	Hari/ Tanggal	Waktu
1.	Sabtu/ 19 Mei 2012	Menyesuaikan



BAB I ASI EKSKLUSIF

1.1 Pengertian ASI Eksklusif

Pengertian ASI eksklusif adalah pemberian ASI (air susu ibu) saja, sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan dan minuman lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 (enam) bulan. ASI pertama (kolostrum) adalah zat terbaik bagi bayi. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran.

1.2 Pentingnya ASI Eksklusif

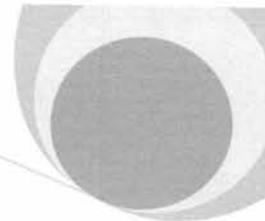
1.2.1 Komposisi ASI

a. Protein dalam ASI

ASI mengandung protein lebih rendah dari Air Susu Sapi (ASS), tetapi protein ASI ini mempunyai nilai nutrisi yang tinggi (lebih mudah dicerna).

Keistimewaan dari protein pada ASI ini adalah :

- 1) Ratio protein *whey* : kasein = 60 : 40, dibandingkan dengan ASS yang rasionya 20 : 80. Hal ini menguntungkan bagi bayi karena pengendapan dari protein *whey* lebih halus daripadakasein sehingga protein *whey* lebih mudah dicerna.
- 2) ASI mengandung *alfa-laktalbumin*, sedangkan ASS mengandung juga *beta-laktoglobulin* dan *bovine serum albumin* yang sering menyebabkan alergi.



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

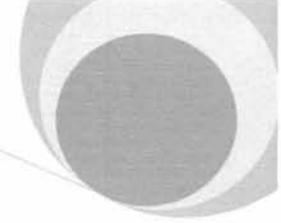
- 3) ASI mengandung asam amino esensial taurin yang tinggi, yang penting untuk pertumbuhan retina dan konjugasi bilirubin.
- 4) Kadar methionin dalam ASI lebih rendah dari ASS, sedangkan sistin lebih tinggi. Hal ini sangat menguntungkan karena enzim sistationase yaitu enzim yang akan mengubah methionin menjadi sistin pada bayi sangat rendah atau tidak ada. Sistin ini merupakan asam amino yang sangat penting untuk pertumbuhan otak bayi.
- 5) Kadar tirosin dan fenilalanin pada ASI rendah, suatu hal yang sangat menguntungkan untuk bayi terutama bayi prematur karena pada bayi prematur kadar tirosin yang tinggi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan otak.
- 6) Kadar poliamin dan nukleotid yang sangat penting untuk sintesis protein pada ASI lebih tinggi jika dibandingkan dengan ASS.



(www.pramareola14.wordpress.com)

b. Karbohidrat dalam ASI

ASI mengandung karbohidrat relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan ASS (6,5-7 gram%).



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Karbohidrat yang utama terdapat dalam ASI adalah laktosa. Kadar laktosa yang tinggi ini sangat menguntungkan karena laktosa ini oleh fermentasi akan diubah menjadi asam laktat. Adanya asam laktat ini memberikan suasana asam di dalam usus bayi. Dengan suasana asam di usus bayi ini memberikan beberapa keuntungan:

- 1) Penghambatan pertumbuhan bakteri yang jahat.
- 2) Memacu pertumbuhan mikroorganisme yang memproduksi asam organik dan mensintesis vitamin.
- 3) Memudahkan terjadinya pengendapan dari Ca-caseinat.
- 4) Memudahkan absorpsi dari mineral misalnya kalsium, fosfor, dan magnesium.

Laktosa ini juga relatif tidak larut sehingga waktu proses digesti di dalam usus bayi lebih lama tetapi dapat diabsorpsi dengan baik oleh usus bayi. Selain laktosa yang merupakan 7% dari total ASI juga terdapat glukosa, galaktosa, dan glukosamin. Galaktosa ini penting untuk pertumbuhan otak dan medula spinalis, oleh karena pembentukan mielin di medula spinalis dan sintesis galaktosida di otak membutuhkan galaktosa. Glukosamin merupakan bifidus faktor, di samping laktosa, jadi ini memacu pertumbuhan *laktobasilus bifidus* yang sangat menguntungkan bayi.

c. Lemak dalam ASI

Kadar lemak dalam ASI dan ASS relatif sama, merupakan sumber kalori yang utama bagi bayi, dan sumber vitamin yang larut dalam lemak (A, D, E, dan K) dan sumber asam lemak yang esensial.

Keistimewaan lemak dalam ASI jika dibandingkan dengan ASS adalah :



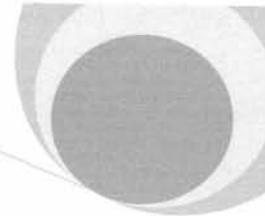
MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

- 1) Bentuk emulsi lebih sempurna. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung enzim lipase yang memecah trigliserida menjadi digliserida dan kemudian menjadi monogliserida sebelum pencernaan di usus terjadi.
- 2) Kadar asam lemak tak jenuh ASI 7-8 x dalam ASS. Asam lemak tak jenuh yang terdapat dalam kadar yang tinggi yang terpenting adalah:
 - (1) Rasio asam linoleik : oleik yang cukup akan memacu absorpsi lemak dan kalsium, dan adanya garam kalsium dari asam lemak ini akan memacu perkembangan otak bayi dan mencegah terjadinya hipokalsemia.
 - (2) Asam lemak rantai panjang (arachidonic dan docadexaenoic) yang berperan dalam perkembangan otak.
 - (3) Kolesterol yang diperlukan untuk mielinisasi susunan saraf pusat dan diperkirakan juga berfungsi dalam pembentukan enzim untuk metabolisme kolesterol yang akan mengendalikan kadar kolesterol di kelak kemudian hari (mencegah arterosklerosis pada usia muda).
 - (4) Asam palmitat terdapat dalam bentuk yang berlainan dengan asam palmitat dari ASS. Asam palmitat dari ASS dapat bereaksi dengan kalsium, menjadi garam Ca-palmitat yang akan mengendap dalam usus dan terbuang bersama feses.

d. Mineral dalam ASI

ASI mengandung mineral yang lengkap. Walaupun kadarnya relatif rendah tetapi cukup untuk bayi sampai umur 6 bulan.

Total mineral selama masa laktasi adalah konstan, tetapi beberapa mineral yang spesifik kadarnya tergantung dari diet dan stadium laktasi. Fe dan Ca paling stabil, tidak dipengaruhi oleh diet ibu.



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Garam organik yang terdapat dalam ASI terutama adalah kalsium, kalium, dan natrium dari asam klorida dan fosfat. Yang terbanyak adalah kalium, sedangkan kadar Cu, Fe, dan Mn yang merupakan bahan untuk pembuat darah relatif sedikit. Ca dan P yang merupakan bahan pembentuk tulang kadarnya dalam ASI cukup.

e. Air dalam ASI

Kira-kira 88% dari ASI terdiri dari air. Air ini berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat didalamnya. ASI merupakan sumber air yang secara metabolik adalah aman. Air yang relatif tinggi dalam ASI ini akan meredakan rangsangan haus dari bayi.

f. Vitamin dalam ASI

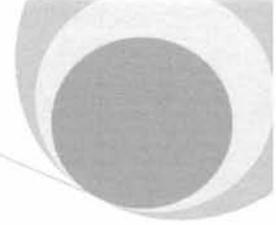
Vitamin dalam ASI dapat dikatan lengkap. Vitamin A, D, dan C cukup, sedangkan golongan vitamin B, kecuali riboflavin dan asam pantothenik adalah kurang.

g. Kalori dari ASI

Kalori ASI relatif rendah, hanya 77 kalori/100ml ASI. Sembilan puluh persen berasal dari karbohidrat dan lemak, sedangkan 10% berasal dari protein.

h. Unsur-unsur Lain dalam ASI

Laktokrom, kreatin, kreatinin, urea, xanthin, amonia, dan asam sitrat. Substansi tertentu di dalam plasma darah ibu, dapat uga berada dalam ASI, misalnya minyak volatil dari makanan tertentu (bawang merah), juga obat-obatan tertentu seperti sulfonamid, salisilat, morfin, dan alkohol, juga elemen-elemen anorganik misalnya As, Bi, Fe, I, Hg, dan Pb.



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

1.3 Manfaat Pemberian ASI Eksklusif

1.3.1 Manfaat ASI bagi bayi adalah sebagai berikut :

- 1) Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi.
- 2) ASI memang terbaik untuk bayi manusia, sebagaimana susu sapi yang terbaik untuk bayi sapi.
- 3) Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi risiko infeksi lambung dan usus, sembelit, serta alergi.
- 4) Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI.



(www.colak-colek-sambelterasi.blogspot.com)

- 5) Bayi yang diberi ASI lebih mampu menghadapi efek penyakit kuning (*jaundice*), asalkan bayi tersebut disusui sesering mungkin dan tidak diberi pengganti ASI.
- 6) ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya. ASI pun selalu dalam keadaan steril dengan suhu yang optimal.
- 7) Pemberian ASI semakin mendekatkan hubungan antara ibu dan anak. Bayi merasa aman, nyaman, dan terlindungi.
- 8) Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya, karena ASI sangat mudah dicerna. Dengan mengonsumsi ASI, bayi semakin cepat sembuh.

MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

(www.inaalina.wordpress.com)

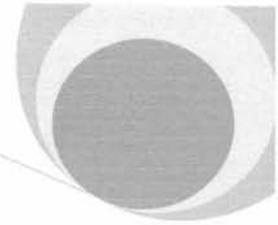
- 9) Bayi yang lahir prematur lebih cepat tumbuh jika diberi ASI. Komposisi ASI akan teradaptasi sesuai kebutuhan bayi. ASI bermanfaat untuk menaikkan berat badan dan menumbuhkan sel otak pada bayi prematur.
- 10) Beberapa penyakit yang jarang menyerang bayi yang diberi ASI antara lain kolik, kematian bayi secara mendadak atau SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*), eksem, dan *ulcerative colitis*.
- 11) IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI. Berdasarkan hasil penelitian pada tahun 1997, kemampuan anak yang diberi ASI pada usia 9,5 tahun mencapai 12,9 poin lebih tinggi daripada anak yang minum susu formula.



(www.bidandesa.com)

1.3.2 Manfaat bagi ibu yang menyusui bayinya :

- 1) Isapan bayi dapat membuat rahim menciut, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa sebelum kehamilan, serta mengurangi risiko pendarahan.
- 2) Lemak di sekitar panggul dan paha yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

- 3) Risiko terkena kanker rahim dan kanker payudara pada ibu yang menyusui bayi lebih rendah daripada ibu yang tidak menyusui bayinya.
- 4) Menyusui bayi lebih menghemat waktu, karena ibu tidak perlu menyiapkan dan mensterilkan botol susu, dot, dan lain sebagainya.
- 5) ASI lebih praktis, ibu bisa berjalan-jalan ke luar rumah tanpa harus membawa banyak perlengkapan, seperti botol, kaleng susu formula, air panas, dan lain-lain.
- 6) ASI lebih murah, karena ibu tidak perlu membeli susu formula beserta perlengkapannya.
- 7) Ibu yang menyusui bayinya memperoleh manfaat fisik dan emosional.
- 8) ASI tidak akan basi, karena senantiasa diproduksi oleh pabriknya di wilayah payudara. Bila gudang ASI telah kosong, ASI yang tidak dikeluarkan akan diserap kembali oleh tubuh ibu.

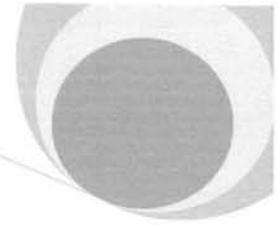
1.3.3 Manfaat ASI bagi keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak perlu menghabiskan banyak uang untuk membeli susu formula, botol susu, serta kayu bakar atau minyak tanah untuk merebus air, susu, dan peralatannya.
- 2) Jika bayi sehat, berarti keluarga mengeluarkan lebih sedikit biaya guna perawatan kesehatan.
- 3) Penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi LAM (*Lactation Amenorrhea Method*) dari ASI eksklusif.
- 4) Jika bayi sehat, berarti menghemat waktu keluarga.
- 5) Menghemat tenaga keluarga karena ASI selalu siap tersedia.
- 6) Keluarga tidak perlu repot membawa botol susu, susu formula, air panas, dan lain sebagainya ketika berpergian.

ASI PALING BAGUS, GRATIS PULA.
BUAT APA YANG MAHAL?



(www.balitakami.wordpress.com)



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

1.3.4 Manfaat ASI bagi masyarakat dan negara :

- 1) Menghemat devisa negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatannya.
- 2) Bayi sehat membuat negara lebih sehat.
- 3) Penghematan pada sektor kesehatan, karena jumlah bayi yang sakit hanya sedikit.
- 4) Memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan angka kematian.
- 5) Melindungi lingkungan karena tidak ada pohon yang digunakan sebagai kayu bakar untuk merebus air, susu, dan peralatannya.



(www.ikamugm2006.wordpress.com)



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

1.4 Cara Pemberian ASI (Air Susu Ibu)

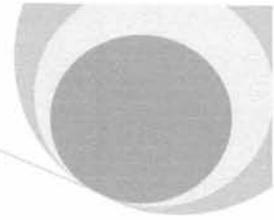
1.4.1 Penyimpanan ASI Perah

1. Pengosongan payudara dengan cara mengeluarkan ASI dengan tangan bukan menggunakan pompa tangan karena dapat menimbulkan bendungan yang akibatnya akan menekan produksi ASI. Cara mengeluarkan ASI dengan tangan dimulai dengan mencuci tangan sampai bersih. Siapkan tempat untuk menampung ASI dan payudara dikompres dengan kain (handuk) hangat dengan gerakan dari arah luar ke arah puting susu. Gerakkan jari-jari tangan secara merata di atas payudara sambil menekan ke arah dada urut sampai ke belakang puting susu (jangan menekan puting karena dapat menimbulkan lecet. Ulangi aktivitas ini sampai ASI keluar dan payudara terasa kosong.



www.fakta-dan-unik.blogspot.com

2. ASI adalah cairan hidup. Selain makanan, ASI pun mengandung zat anti infeksi.
3. Cara penyimpanan ASI perah akan menentukan kualitas anti infeksi dan makanan yang dikandung ASI.
4. Anti infeksi yang terkandung dalam ASI membantu ASI tetap segar dalam waktu yang lebih lama karena akan menghambat pertumbuhan bakteri jahat dalam ASI perah yang disimpan.



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

5. Cara penyimpanan ASI perah yang dianjurkan adalah tempat gelas atau tempat (botol) plastik keras volume 80-100cc. Sebaiknya, ASI perah tidak disimpan di botol susu.
6. Setelah dicairkan, ASI harus habis dalam 1 jam. Sisa ASI jangan dimasukkan lagi ke dalam lemari es.

ASI Tahan:

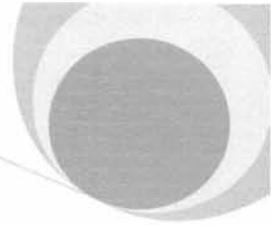
- a. 6-8 jam di udara luar
- b. 24 jam dalam termos es
- c. 2 x 24 jam dalam lemari es
- d. 2 minggu di freezer 1 pintu, 3 bulan freezer lemari es 2 pintu.

7. Sebelum ASI diberikan pada bayi, hangatkan kembali dengan air hangat (bukan air panas, tidak boleh direbus) untuk menghindari agar sel-sel hidup (zat kekebalan atau sel darah putih, hormon dan enzim) yang ada di dalam ASI tidak rusak.

1.4.2 Cara menyusui yang benar

Cara menyusui **dikatakan benar** jika:

- a. Ibu **siap untuk menyusui** baik mental maupun fisik, artinya: Rasa percaya diri dan motivasi atau keinginan untuk menyusui harus kuat, lingkungan harus mendukung (suami, keluarga, tetangga, teman, tenaga kesehatan dll) dan harus menjaga kesehatan diri (makan makanan bergizi secara teratur, istirahat cukup, tetap beraktivitas dll).
- b. Sang ibu bisa mengatur posisi nyaman dalam menyusui (duduk, berbaring, berdiri)



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Macam-macam posisi menyusui



(www.seputarduniaanak.blogspot.com)

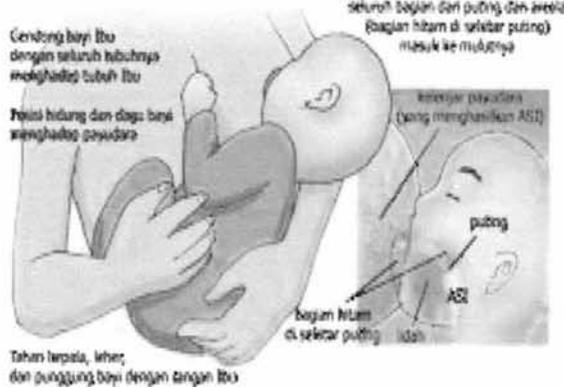


(www.kusukamama.com)

- c. Bayi cukup tenang
- d. Bayi benar-benar menempel pada ibu
- e. Mulut dan dagu bayi menempel betul pada payudara ibu
- f. Mulut bayi membuka lebar
- g. Seluruh areola mammae (di daerah di sekitar puting susu mencakup hampir seluruh bagian hitam payudara)

tertutup mulut bayi

Posisi menyusui yang benar



(www.pondokibu.com)



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

- h. Puting susu ibu tidak terasa sakit dan berada pada satu garis lurus dengan lengan bayi

1.4.3 Tips Sukses Memberikan ASI eksklusif

- a. Libatkan **suami atau keluarga** lain yang terlihat lebih dominan dalam keluarga agar memahami dan dapat membantu ibu mempertahankan ASI.

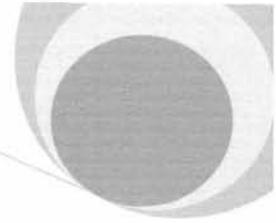


www.zaenailove.blogspot.com

- b. **Jangan** memberi makanan tambahan apapun kepada bayi sebelum bayi berumur 6 bulan. Bayi **jangan** diberi susu selain ASI.
- c. **Susui sesering mungkin** selama ibu cuti bekerja, minimal 2 jam sekali.
- d. Biasakan pada malam hari untuk menyusui bayi, dan kapan saja saat ibu di rumah. Pada malam hari usahakan bayi dapat menyusui sedikitnya 3 kali.
- e. Porsi makan malam **diperbesar** dan ibu tidak perlu takut untuk menjadi gemuk. Tambahkan susu satu gelas untuk ibu sebelum tidur.
- f. Susui bayi pada pagi hari, dan keluarkan sampai payudara kosong setiap kali habis menyusui.
- g. ASI dapat disimpan di **dalam kulkas atau termos yang diberi es**. Susu ini dapat diberikan kepada bayi di rumah ketika ibu ada di kantor.



(www.yasminahasni.wordpress.com)



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

- h. Cara menghangatkan ASI yang disimpan dalam lemari es adalah dengan **merendamnya dalam air hangat (suhu < 50° C)**. **Jangan** sekali-kali memasak atau merebus ASI untuk bayi. Panas akan merusak beberapa zat anti-infeksi.
- i. Bila ibu bekerja sampai sore maka **di tempat kerja ibu** harus secara rutin **memeras susu** dengan tangan dan menyimpan susu dalam botol.
- j. **Hindari** stres (atasi stres dengan baik).
- k. **Hindari** penggunaan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l. **Hindari penggunaan dot** pada saat memberikan ASI, gunakan **sendok kecil atau cangkir**.



www.idai.or.id

- m. Bila puting susu lecet, pemberian ASI **jangan dihentikan**, tetap disusui dan **olesi luka dengan ASI sebelum dan sesudah menyusui**.
- n. Segera konsultasi ke dokter, perawat, atau bidan bila ada keluhan selama menyusui.



BAB II

MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI)

2.1 Pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Pengertian Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi atau anak yang berumur 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya (Depkes RI, 2006).



(www.blognyabadtey.blogspot.com)

2.2 Waktu yang Tepat Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Rekomendasi terbaru UNICEF (United Nation Childs International Emergency Fund) bersama banyak Negara lainnya adalah menetapkan jangka waktu pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan. Jadi, Makanan tambahan diberikan setelah bayi berumur 6 bulan.



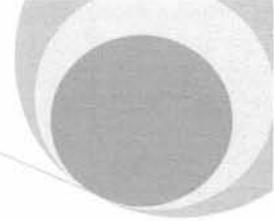
2.3 Jenis Makanan yang Tepat bagi bayi usia kurang 6 bulan

Menurut Depkes (2007), jenis makanan bayi usia 0-6 bulan yaitu:

- 1) Berikan ASI setiap kali bayi menginginkan, sedikitnya 8 kali sehari, pagi, siang, sore maupun malam.
- 2) Jangan berikan makanan atau makanan lain selain ASI (ASI eksklusif).
- 3) Sesuai dengan payudara kiri atau kanan secara bergantian



(www.dokterkecil.wordpress.com)



2.4 Alasan Menunda Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada bayi 6 kurang enam bulan

1. Pemberian makan setelah bayi berumur 6 bulan memberikan perlindungan ekstra dan besar dari berbagai penyakit
2. Sistem pencernaan bayi sudah relatif sempurna dan siap menerima MPASI saat berumur 6 bulan ke atas
3. Dapat mengurangi resiko terkena alergi pada makanan saat bayi berumur kurang dari 6 bulan
4. Dapat menunda pemberian MPASI hingga 6 bulan melindungi bayi dari obesitas di kemudian hari

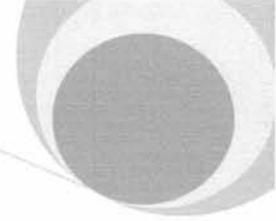
2.5 Bahaya Pemberian MPASI terlalu dini

1. Sistem imun bayi usia 0-6 bulan belum sempurna sehingga bayi akan mudah terserang diare, sembelit, batuk-pilek maupun panas



www.rismahutabarat.blogspot.com

2. Pemberian MPASI dini dapat menghambat pertumbuhan fisik, pertumbuhan mental dan kemampuan berfikir



MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

3. Bayi akan mudah sakit terutama pada sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum sempurna dan belum siap menerima MPASI
4. Tingginya resiko terkena alergi akibat makanan saat bayi usia di bawah 6 bulan.



www.nonibatam.net

5. Resiko terjadi obesitas di kemudian hari karena proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna



www.geasy.wordpress.com

6. Pada kasus parah, ada juga yang perlu tindakan bedah akibat pemberian makanan tambahan terlalu dini.



Daftar Pustaka

- Bobak, Lowdermilk, Jensen, (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC, hal. 460-462.
- Padmawati, Ida Ayu, (1997). *Manajemen Laktasi*. edited by Soetjiningsih. ASI : Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan. Jakarta : EGC, hal : 77 – 95.
- Perinasia, (2004). *Bahan Bacaan Manajemen Laktasi*. Edisi 2.
- Prasetyono, Dwi Sunar, (2009). *Buku Pintar ASI Eksklusif Pengenalan, Praktik, dan Kemanfaatan - kemanfaatannya*. Jogjakarta : Diva Press, hal : 54 – 61.
- Purwanti, Hubertin S, (2004). *Konsep Penerapan ASI Eksklusif Buku Saku untuk Bidan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, hal :29 – 33, 46 – 65, 87 – 94.
- Suraatmaja, Sudaryat, (1997). *Aspek Gizi Air Susu Ibu*. edited by Soetjiningsih. ASI : *Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta : EGC, hal :16 – 28.
- Varney, H, (2003). *Varney's Midwifery*. Ed 4. Massachusetts : Jones and Bartlett, hal : 1076.
- Wiknjosastro, H, (2007). *Ilmu Kebidanan*. Ed 3 cet 9. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hal : 251, 258, 269.



***MODUL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) ASI EKSKLUSIF DAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI)***

**LEMBAR MONITORING TINDAKAN IBU DALAM PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI PADA BAYI USIA KURANG DARI 6
BULAN**

Cara pengisian Lembar Monitoring Tindakan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi Kurang dari 6 Bulan, yaitu:

- Apabila ibu memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) maka ibu harus memberikan tanda cek (√) pada kolom YA
- Apabila ibu tidak memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) maka ibu harus memberikan tanda cek (√) pada kolom TIDAK

No	Komponen Tindakan yang dinilai	Hari ke-1		Hari ke-2		Hari ke-3		Hari ke-4		Hari ke-5		Hari ke-6		Hari ke-7	
		Ya	Tidak												
1.	PAGI, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Ayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														
2.	Selingan PAGI, ibu memberikan: 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar														
3.	SIANG, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														
4.	Selingan SORE, ibu memberikan: 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar														
5.	MALAM, ibu memberikan: 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih)														

No	Komponen Tindakan yang dinilai	Hari ke-8		Hari ke-9		Hari ke-10		Hari ke-11		Hari ke-12		Hari ke-13		Hari ke-14	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	<p>PAGI, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Ayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih) 														
2.	<p>Selingan PAGI, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar 														
3.	<p>SIANG, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih) 														
4.	<p>Selingan SORE, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Biskuit 2) Puding atau agar-agar 														
5.	<p>MALAM, ibu memberikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Makanan Pokok (bubur nasi, singkong, jagung atau mie) 2) Lauk Hewani (ikan segar, ikan asin, telur atau daging) 3) Lauk Nabati (tahu atau tempe) 4) Sayur 5) Sari atau jus buah 6) Nasi Tim 7) Minuman (Susu formula atau air putih) 														

Lampiran 9

PERBANDINGAN BAYI YANG DIBERI ASI EKSKLUSIF DAN YANG SUDAH DIBERI MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) (SUSU FORMULA, PISANG, NASI TIM, DLL) PADA BAYI USIA KURANG DARI ENAM BULAN (0-6 bln)

ASI EKsklusif	Makanan Tambahan (MPASI)
ASI mengandung zat kekebalan sehingga bayi tidak mudah sakit	Bayi mudah terserang diare, sembelit, batuk, pilek, panas
Bayi dengan ASI sedikit mengalami penyakit-penyakit gaya hidup Pemberian ASI membantu tubuh bayi mendapat kolesterol yang baik	Bayi dengan susu formula dan pemberian makanan dini dapat menyebabkan penyakit-penyakit gaya hidup seperti kegemukan, sehingga setelah dewasa beresiko tinggi mengalami penyakit kencing manis, penyakit jantung dan lain-lain. Ingat Bayi yang Gemuk bukan berarti SEHAT
ASI Eksklusif mengandung zat kekebalan atau sel darah putih untuk melawan infeksi	Mudah terserang Infeksi yang menyerang pada tubuh (contoh: Infeksi telinga dan lain-lain)
Anak tidak mudah sakit-sakitan karena zat kekebalan yang terdapat dalam ASI masih optimal	Beresiko lebih tinggi mengalami gangguan sistem pernapasan dan Demam
ASI membuat Tulang bayi Kuat, ASI melindungi bayi dari kerusakan otak dan penyakit tulang	Radang selaput otak atau sumsum tulang belakang dan infeksi saluran kencing lebih banyak dijumpai
Tidak mudah terserang Alergi karena ASI mengandung zat kekebalan	Mudah terserang Alergi
Pemberian ASI saja sesuai dengan sistem pencernaan dan usus bayi yang belum sempurna bahkan memiliki banyak protein tinggi yang dibutuhkan bayi	Bayi yang sudah menerima makanan selain ASI bisa menyebabkan pembedahan usus karena usus belum siap menerima makanan yang setengah padat bahkan padat

LINDUNGI HAK BAYI MENDAPATKAN ASI EKSKLUSIF



Manfaat Pemberian ASI:

- **MANFAAT BAGI BAYI:**

1. ASI terbaik untuk bayi manusia sebagaimana susu sapi terbaik untuk bayi sapi
2. Mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit dan alergi
3. Bayi lebih kebal terhadap penyakit
4. Bayi yang diberi ASI lebih mampu menghadapi efek penyakit kuning (*Jaundice*), asalkan bayi tersebut disusui sesering mungkin dan tidak diberi pengganti ASI

PENTINGNYA ASI EKSKLUSIF



Oleh:
PUTRI RAHMA ZURIZA

Fakultas Keperawatan

UNIVERSITAS AIRLANGGA
2012

ADA ITU ASI EKSKLUSIF ???



ASI EKSKLUSIF adalah pemberian ASI pada bayi tanpa disertai makanan atau minuman lainnya seperti air putih, susu formula, jeruk, pisang, bubur dan sebagainya. Yang diberikan pada *usia 0-6 bulan*. Jadi makanan bayi usia kurang dari 6 bln adalah ASI saja



ADA MANFAAT ASI EKSKLUSIF???

Bagi Ibu:

1. Mempercepat mengecilnya rahim
2. Menunda masa subur / KB alamiah
3. Mencegah kanker ovarium dan Payudara
4. Lebih ekonomis/murah
5. Lebih menghemat waktu karena tidak perlu mempersiapkan dan mensteril-

Makanan Pendamping ASI (MPASI) ????

MPASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi atau anak yang berumur 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya

Waktu yang tepat memberikan

MPASI?????

Diberikan pada bayi usia lebih dari 6 bulan karena sistem pencernaan bayi relatif sempurna



Alasan menunda Pemberian Makanan Pendamping ASI pada bayi Usia kurang 6 bulan, antara lain:

1. Pemberian makan setelah bayi berumur 6 bulan memberikan perlindungan besar dari penyakit
2. Sistem pencernaan bayi sudah relatif sempurna dan siap menerima makanan saat bayi berusia 6 bulan ke atas
3. Dapat mengurangi resiko alergi

Bahaya Pemberian MPASI terlalu dini usia kurang dari enam bulan?????

1. Bayi mudah terserang diare, sembelit, batuk pilek
2. Dapat menghambat pertumbuhan fisik, mental dan kemampuan berfikir
3. Bayi mudah sakit pada sistem pencernaan karena usus bayi yang belum siap menerima makanan
4. Terjadi resiko alergi
5. Resiko kegemukan



== TERIMA KASIH ==

Lampiran 10**TABULASI NILAI PENGETAHUAN RESPONDEN KELOMPOK PERLAKUAN PRE DAN POST *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN										JUMLAH	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	PRE	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	30.0
2	PRE	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5	50.0
3	PRE	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90.0
4	PRE	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	6	60.0
5	PRE	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	60.0
6	PRE	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	80.0
7	PRE	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	70.0
8	PRE	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	6	60.0
9	PRE	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	6	60.0
10	PRE	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5	50.0
1	POST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.0
2	POST	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90.0
3	POST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.0
4	POST	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90.0
5	POST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.0
6	POST	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90.0
7	POST	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	80.0
8	POST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.0
9	POST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.0
10	POST	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	80.0

**TABULASI NILAI PENGETAHUAN RESPONDEN KELOMPOK CONTROL PRE PADA PENGUKURAN
PERTAMA DAN KEDUA**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN										JUMLAH	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	PRE	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	80.0
2	PRE	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	30.0
3	PRE	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90.0
4	PRE	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	80.0
5	PRE	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	7	70.0
6	PRE	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	6	60.0
7	PRE	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	4	40.0
8	PRE	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	30.0
9	PRE	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	70.0
10	PRE	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	80.0
1	POST	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	80.0
2	POST	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	80.0
3	POST	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	80.0
4	POST	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	80.0
5	POST	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	7	70.0
6	POST	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	70.0
7	POST	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	20.0
8	POST	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	30.0
9	POST	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	5	50.0
10	POST	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	7	70.0

**TABULASI NILAI SIKAP RESPONDEN KELOMPOK PERLAKUAN PRE DAN POST *FOCUS GROUP DISCUSSION*
(FGD)**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN										JUMLAH	NILAI T
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	PRE	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	23	36,10487
2	PRE	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	25	49,29368
3	PRE	4	2	3	3	3	3	2	3	3	1	27	50,35629
4	PRE	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	27	50,35629
5	PRE	4	2	4	3	3	2	4	3	1	4	30	61,04485
6	PRE	3	2	3	3	3	2	2	3	2	4	27	50,35629
7	PRE	2	3	4	4	3	3	1	3	3	4	30	61,04485
8	PRE	2	2	3	3	3	2	2	3	1	2	23	36,10487
9	PRE	4	3	3	2	3	1	3	2	1	4	26	46,79343
10	PRE	3	3	3	4	4	1	3	2	4	4	31	64,60771
1	POST	3	3	2	2	3	1	3	2	2	3	24	24,27861
2	POST	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	32	50,06289
3	POST	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	35	59,52411
4	POST	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	50,59526
5	POST	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	32	50,59526
6	POST	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	33	53,57154
7	POST	4	4	3	4	3	3	3	4	1	4	33	53,57154
8	POST	4	3	4	3	4	3	3	3	1	3	31	47,61897
9	POST	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	50,59526
10	POST	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	35	59,52411

**TABULASI NILAI SIKAP RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PADA PENGUKURAN
PERTAMA DAN KEDUA**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN										JUMLAH	NILAI T
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	PRE	3	3	3	2	2	3	3	1	1	3	24	46,1071
2	PRE	3	3	4	4	4	1	3	4	3	2	31	52,20472
3	PRE	4	3	3	3	3	1	4	2	4	4	31	65,57158
4	PRE	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	27	54,44902
5	PRE	4	2	2	3	2	3	3	2	3	4	28	57,22966
6	PRE	2	3	3	2	3	1	3	2	2	2	23	43,32646
7	PRE	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	22	40,54582
8	PRE	2	3	3	2	3	1	1	2	2	3	22	40,54582
9	PRE	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	22	40,54582
10	PRE	3	2	2	1	1	3	2	2	4	4	24	46,1071
1	POST	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	30	55,6471
2	POST	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	38	54,07407
3	POST	4	3	4	3	4	1	3	3	4	4	33	61,2942
4	POST	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	28	51,88237
5	POST	4	2	2	3	2	2	3	2	2	4	26	48,11763
6	POST	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	23	42,47053
7	POST	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	24	44,3529
8	POST	3	3	2	1	1	2	2	2	2	3	21	38,7058
9	POST	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	23	42,47053
10	POST	3	3	2	1	2	3	2	1	3	4	24	44,3529

**TABULASI NILAI TINDAKAN RESPONDEN KELOMPOK PERLAKUAN PRE DAN POST *FOCUS GROUP*
DISCUSSION (FGD)**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN					JUMLAH	%
		1	2	3	4	5		
1	PRE	0	0	0	1	0	1	20.0
2	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
3	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
4	PRE	0	1	1	1	0	3	60.0
5	PRE	0	1	1	1	1	4	80.0
6	PRE	0	1	1	1	0	3	60.0
7	PRE	0	1	1	1	0	3	60.0
8	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
9	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
10	PRE	1	1	1	1	0	4	80.0
1	POST	0	1	0	1	1	3	60.0
2	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
3	POST	1	1	1	1	0	4	80.0
4	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
5	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
6	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
7	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
8	POST	0	1	0	1	1	3	60.0
9	POST	1	1	1	1	1	5	100.0
10	POST	1	1	1	1	1	5	100.0

**TABULASI NILAI TINDAKAN RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PADA PENGUKURAN
PERTAMA DAN KEDUA**

NO RESPONDEN	KETERANGAN	PERTANYAAN					JUMLAH	%
		1	2	3	4	5		
1	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
2	PRE	0	1	1	1	1	4	80.0
3	PRE	1	1	0	1	1	4	80.0
4	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
5	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
6	PRE	1	1	0	0	1	6	60.0
7	PRE	0	0	0	1	0	2	20.0
8	PRE	0	1	0	1	1	3	60.0
9	PRE	0	1	0	1	0	2	40.0
10	PRE	0	1	0	1	1	3	60.0
1	POST	0	1	0	1	0	2	40.0
2	POST	0	1	1	1	1	4	80.0
3	POST	1	1	0	1	1	4	80.0
4	POST	0	1	0	1	0	2	40.0
5	POST	0	1	0	1	0	2	40.0
6	POST	1	1	0	0	1	6	60.0
7	POST	0	0	0	1	0	2	20.0
8	POST	0	1	0	1	1	3	60.0
9	POST	0	1	0	1	0	2	40.0
10	POST	0	1	0	1	1	3	60.0

TABULASI PENGKODEAN DATA DEMOGRAFI

Kelompok	No Responden	Usia Bayi	Anak ke-	Jenis Kelamin Bayi	Usia Responden	Pendidikan	Paparan Informasi tentang MPASI	Pekerjaan	Pendapatan perbulan	Agama	
Perlakuan	1	3	2	2	3	2	1	1	1	1	
	2	1	1	1	2	2	1	4	2	1	
	3	1	1	2	2	4	1	1	4	2	
	4	2	1	2	2	3	1	1	2	1	
	5	1	2	2	3	3	1	2	3	1	
	6	1	1	1	2	3	1	1	1	1	
	7	1	2	1	2	2	1	1	1	1	
	8	2	1	1	2	3	1	1	2	1	
	9	1	2	1	3	2	2	1	1	1	
	10	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Kontrol	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	
	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	
	3	1	2	1	3	3	2	1	2	1	
	4	1	1	2	2	2	1	1	2	1	
	5	2	2	2	2	3	1	1	1	1	
	6	2	1	1	2	1	1	2	1	1	
	7	3	1	2	2	1	1	1	1	1	
	8	3	2	1	3	1	1	1	1	1	
	9	2	2	2	2	2	1	2	4	2	1
	10	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1

TABULASI PENGKODEAN NILAI RESPONDEN

Kelompok	No Responden	Perilaku					
		Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Perlakuan	1	1	3	1	1	1	2
	2	1	3	1	2	1	3
	3	3	3	1	2	1	3
	4	2	3	1	2	2	3
	5	2	3	2	2	3	3
	6	3	3	1	2	2	3
	7	2	3	2	2	2	3
	8	2	3	1	1	1	2
	9	2	3	1	2	2	3
	10	1	3	2	2	3	3
Kontrol	1	3	3	1	2	1	1
	2	1	3	2	2	3	3
	3	3	3	2	2	3	3
	4	3	3	2	2	1	1
	5	2	2	2	1	1	1
	6	2	2	1	1	2	2
	7	1	1	1	1	1	1
	8	1	1	1	1	2	2
	9	1	1	1	1	1	1
	10	2	2	1	1	2	2

Keterangan:

Usia Bayi

- 1 = 0-2 bulan
- 2 = 3-4 bulan
- 3 = 5-6 bulan

Urutan anak dalam keluarga

- 1 = Anak pertama
- 2 = Anak kedua
- 3 = Anak ketiga
- 4 = Anak keempat

Jenis kelamin bayi

- 1 = Laki-laki
- 2 = Perempuan

Usia Responden

- 1 = 14-19 tahun
- 2 = 20-30 tahun
- 3 = 30-40 tahun

Pendidikan

- 1 = SD
- 2 = SMP
- 3 = SMA
- 4 = Sarjana

Paparasi informasi tentang MPASI

- 1 = Belum
- 2 = Sudah

Pekerjaan

- 1 = Ibu rumah tangga
- 2 = Bertani
- 3 = Pegawai Negeri
- 4 = Pegawai Swasta

Pendapatan per bulan

- 1 = <500.000
- 2 = 500.000 – 1.000.000
- 3 = 1.000.000 – 1.500.000
- 4 = >1.500.000

Agama

- 1 = Islam
- 2 = Kristen Katolik
- 3 = Kristen Protestan
- 4 = Lain-lain

Tingkat Pengetahuan

- 1 = 0 - 55
- 2 = 56 - 75
- 3 = 75 - 100

Sikap responden

- 1 = sikap negatif ($T < T \text{ mean}$)
- 2 = sikap positif ($T \geq T \text{ mean}$)

Tindakan responden

- 1 = 0 - 55
- 2 = 56 - 75
- 3 = 75 - 100

Ke lom pok	No. Respon den	Perilaku																	
		Pengetahuan						Sikap						Tindakan					
		Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah		
		Total	Skor (%)	Kode	Total	Skor (%)	Kode	Total	Skor T	Kode	Total	Skor T	Kode	Total	Skor (%)	Kode	Total	Skor (%)	Kode
Perilaku	1	3	30.0	1	8	80.0	3	23	36,10487	1	24	24,27861	1	1	20.0	1	3	60.0	2
	2	5	50.0	1	8	80.0	3	25	49,29368	1	32	50,06289	2	2	40.0	1	5	100.0	3
	3	9	90.0	3	8	80.0	3	27	50,35629	1	35	59,52411	2	2	40.0	1	4	80.0	3
	4	6	60.0	2	8	80.0	3	27	50,35629	1	32	50,59526	2	3	60.0	2	5	100.0	3
	5	6	60.0	2	7	70.0	3	30	61,04485	2	32	50,59526	2	4	80.0	3	5	100.0	3
	6	8	80.0	3	7	70.0	3	27	50,35629	1	33	53,57154	2	3	60.0	2	5	100.0	3
	7	7	70.0	2	2	20.0	3	30	61,04485	2	33	53,57154	2	3	60.0	2	5	100.0	3
	8	6	60.0	2	3	30.0	3	23	36,10487	1	31	47,61897	1	2	40.0	1	3	60.0	2
	9	6	60.0	2	5	50.0	3	26	46,79343	1	32	50,59526	2	7	60.0	2	5	100.0	3
	10	5	50.0	1	7	70.0	3	31	64,60771	2	35	59,52411	2	4	80.0	3	5	100.0	3
Kontrol	1	8	80.0	3	8	80.0	3	24	46,1071	1	30	55,6471	2	2	40.0	1	2	40.0	1
	2	3	30.0	1	8	80.0	3	31	52,20472	2	38	54,07407	2	4	80.0	3	4	80.0	3
	3	9	90.0	3	8	80.0	3	31	65,57158	2	33	61,2942	2	4	80.0	3	4	80.0	3
	4	8	80.0	3	8	80.0	3	27	54,44902	2	28	51,88237	2	2	40.0	1	2	40.0	1
	5	7	70.0	2	7	70.0	2	28	57,22966	2	26	48,11763	1	2	40.0	1	2	40.0	1
	6	6	60.0	2	7	70.0	2	23	43,32646	1	23	42,47053	1	6	60.0	2	6	60.0	2
	7	4	40.0	1	2	20.0	1	22	40,54582	1	24	44,3529	1	2	20.0	1	2	20.0	1
	8	3	30.0	1	3	30.0	1	22	40,54582	1	21	38,7058	1	3	60.0	2	3	60.0	2
	9	7	70.0	1	5	50.0	1	22	40,54582	1	23	42,47053	1	2	40.0	1	2	40.0	1
	10	8	80.0	2	7	70.0	2	24	46,1071	1	24	44,3529	1	3	60.0	2	3	60.0	2

TABULASI MONITORING TINDAKAN RESPONDEN KELOMPOK PERLAKUAN

1. PAGI, Ibu memberikan makanan tambahan :

No Res pon den	Hari ke-																											
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
	Ya	T d k	Ya	T d k	Y a	T d k	Ya	T d k	Y a	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k										
1	√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√	
2		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
3		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
4		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
5		√	√			√		√	√				√		√		√		√		√		√		√		√	
6		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
7		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
8	√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√	
9		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
10		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√

2. SELINGAN PAGI, Ibu memberikan makanan tambahan:

No Res pon den	Hari ke-																											
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
	Ya	T d k	Ya	T d k	Y a	T d k	Ya	T d k	Y a	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k										
1		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
2		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
3		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
4		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
5		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
6		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
7		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
8		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
9		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
10		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√

3. SIANG , Ibu memberikan makanan tambahan:

No Respon den	Hari ke-																															
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14					
	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k	Ya	T d k		
1	√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√			
2		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		
3		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
4		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
5		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
6		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
7		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
8	√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√	
9		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
10		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√

4. SELINGAN SORE , Ibu memberikan makanan tambahan:

No Res pon den	Hari ke-																															
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14					
	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T		
1		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		
2		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
3		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
4		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
5		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
6		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
7		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
8		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
9		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
10		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√

5. MALAM, Ibu memberikan makanan tambahan:

No Res pon den	Hari ke-																															
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14					
	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T	Ya	T		
1		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		
2		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
3		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
4		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
5		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
6		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
7		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
8		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
9		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√
10		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√		√

Lampiran 11

DATA DEMOGRAFI KELOMPOK PERLAKUAN

Frekuensi.

Statistics

	Usia Bayi	Anak Ke	Jenis Kelamin	Usia Responden	Pendidikan	Paparan Informasi tentang MPASI	Pekerjaan	Pendapatan perbulan	Agama
N Valid	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia Bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2 bulan	6	60.0	60.0	60.0
	3-4 bulan	3	30.0	30.0	90.0
	5-6 bulan	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Anak Ke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anak Pertama	6	60.0	60.0	60.0
	Anak Kedua	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	6	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 tahun	7	70.0	70.0	70.0
	31-40 tahun	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	5	50.0	50.0	50.0
	SMA	4	40.0	40.0	90.0
	Sarjana	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Paparan Informasi tentang MPASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum	9	90.0	90.0	90.0
	Sudah	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ibu Rumah Tangga	8	80.0	80.0	80.0
	Bertani	1	10.0	10.0	90.0
	Pegawai Swasta	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Pendapatan perbulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<500.000	5	50.0	50.0	50.0
	500.000-1.000.000	3	30.0	30.0	80.0
	1.000.000-1.500.000	1	10.0	10.0	90.0
	>1.500.000	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	9	90.0	90.0	90.0
	Kristen Katolik	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia Bayi	10	1	3	1.50	.707
Anak Ke	10	1	2	1.40	.516
Jenis Kelamin	10	1	2	1.40	.516
Usia Responden	10	2	3	2.30	.483
Pendidikan	10	2	4	2.60	.699
Paparan Informasi tentang MPASI	10	1	2	1.10	.316
Pekerjaan	10	1	4	1.40	.966
Pendapatan perbulan	10	1	4	1.80	1.033
Agama	10	1	2	1.10	.316
Valid N (listwise)	10				

DATA DEMOGRAFI KELOMPOK KONTROL**Frequencies****Statistics**

	Usia Bayi	Anak Ke	Jenis Kelamin	Usia Responden	Pendidikan	Paparan Informasi tentang MPASI	Pekerjaan	Pendapatan perbulan	Agama
N Valid	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table**Usia Bayi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2 bulan	3	30.0	30.0	30.0
	3-4 bulan	5	50.0	50.0	80.0
	5-6 bulan	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Anak Ke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anak pertama	5	50.0	50.0	50.0
	Anak Kedua	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	6	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Usia Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 14-19 tahun	2	20.0	20.0	20.0
20-30 tahun	6	60.0	60.0	80.0
31-40 tahun	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	4	40.0	40.0	40.0
SMP	4	40.0	40.0	80.0
SMA	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Paparan Informasi tentang MPASI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum	8	80.0	80.0	80.0
Sudah	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ibu Rumah Tangga	8	80.0	80.0	80.0
Bertani	1	10.0	10.0	90.0
Pegawai Swasta	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Pendapatan perbulan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <500.000	6	60.0	60.0	60.0
500.000-1.000.000	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	100.0	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia Bayi	10	1	3	1.90	.738
Anak Ke	10	1	2	1.50	.527
Jenis Kelamin Bayi	10	1	2	1.40	.516
Usia Responden	10	1	3	2.00	.667
Pendidikan	10	1	3	1.80	.789
Paparan Informasi tentang MPASI	10	1	2	1.20	.422
Pekerjaan	10	1	4	1.40	.966
Pendapatan perbulan	10	1	2	1.40	.516
Agama	10	1	1	1.00	.000
Valid N (listwise)	10				

WILCOXON PENGETAHUAN KELOMPOK PERLAKUAN**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan	10	3	9	6.10	1.663
Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan	10	8	10	9.30	.823
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan -	Negative Ranks	10 ^a	5.50	55.00
Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

a. Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan < Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan

b. Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan > Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan

c. Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan = Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan

Test Statistics^b

	Pre Pengetahuan Kelompok Perlakuan - Post Pengetahuan Kelompok Perlakuan
Z	-2.831 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

WILCOXON PENGETAHUAN KELOMPOK KONTROL**Descriptive****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol	10	3	9	6.30	2.214
Post Pengetahuan Kelompok Kontrol	10	2	8	6.30	2.214
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol - Post Pengetahuan Kelompok Kontrol	Negative Ranks	2 ^a	4.00	8.00
	Positive Ranks	4 ^b	3.25	13.00
	Ties	4 ^c		
	Total	10		

a. Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol < Post Pengetahuan Kelompok_Kontrol

b. Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol > Post Pengetahuan Kelompok Kontrol

c. Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol = Post Pengetahuan Kelompok Kontrol

Test Statistics^b

	Pre Pengetahuan Kelompok Kontrol - Post Pengetahuan Kelompok Kontrol
Z	-.531 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.595

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

WILCOXON SIKAP KELOMPOK PERLAKUAN**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Sikap Kelompok Perlakuan	10	23	31	26.90	2.807
Post Sikap Kelompok Perlakuan	10	24	35	31.90	3.071
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Sikap Kelompok Perlakuan - Post Sikap Kelompok Perlakuan	Negative Ranks	10 ^a	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

a. Pre Sikap Kelompok Perlakuan < Post Sikap Kelompok Perlakuan

b. Pre Sikap Kelompok Perlakuan > Post Sikap Kelompok Perlakuan

c. Pre Sikap Kelompok Perlakuan = Post Sikap Kelompok Perlakuan

Test Statistics^b

	Pre Sikap Kelompok Perlakuan - Post Sikap Kelompok Perlakuan
Z	-2.807 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

WILCOXON SIKAP KELOMPOK KONTROL**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Sikap Kelompok Kontrol	10	22	31	25.40	3.596
Post Sikap Kelompok Kontrol	10	21	38	27.00	5.312
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Sikap Kelompok Kontrol - Post Sikap Kelompok Kontrol	Negative Ranks	6 ^a	4.83	29.00
	Positive Ranks	2 ^b	3.50	7.00
	Ties	2 ^c		
	Total	10		

a. Pre Sikap Kelompok Kontrol < Post Sikap Kelompok Kontrol

b. Pre Sikap Kelompok Kontrol > Post Sikap Kelompok Kontrol

c. Pre Sikap Kelompok Kontrol = Post Sikap Kelompok Kontrol

Test Statistics^b

	Pre Sikap Kelompok Kontrol - Post Sikap Kelompok Kontrol
Z	-1.556 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.120

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

WILCOXON TINDAKAN KELOMPOK PERLAKUAN**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Tindakan Kelompok Perlakuan	10	1	4	2.70	.949
Post Tindakan Kelompok Perlakuan	10	3	5	4.50	.850
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Tindakan Kelompok Perlakuan - Post Tindakan Kelompok Perlakuan	Negative Ranks	10 ^a	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

a. Pre Tindakan Kelompok Perlakuan < Post Tindakan Kelompok Perlakuan

b. Pre Tindakan Kelompok Perlakuan > Post Tindakan Kelompok Perlakuan

c. Pre Tindakan Kelompok Perlakuan = Post Tindakan Kelompok Perlakuan

Test Statistics^b

	Pre Tindakan Kelompok Perlakuan - Post Tindakan Kelompok Perlakuan
Z	-2.877 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

WILCOXON SIKAP KELOMPOK KONTROL**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Sikap Kelompok Kontrol	10	22	31	25.40	3.596
Post Sikap Kelompok Kontrol	10	21	38	27.00	5.312
Valid N (listwise)	10				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Sikap Kelompok Kontrol - Post Sikap Kelompok Kontrol	Negative Ranks	6 ^a	4.83	29.00
	Positive Ranks	2 ^b	3.50	7.00
	Ties	2 ^c		
	Total	10		

a. Pre Sikap Kelompok Kontrol < Post Sikap Kelompok Kontrol

b. Pre Sikap Kelompok Kontrol > Post Sikap Kelompok Kontrol

c. Pre Sikap Kelompok Kontrol = Post Sikap Kelompok Kontrol

Test Statistics^b

	Pre Sikap Kelompok Kontrol - Post Sikap Kelompok Kontrol
Z	-1.556 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.120

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

UJI MANN WHITNEY PENGETAHUAN NILAI PRE TEST**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Pre Pengetahuan	20	3	9	6.20	1.908
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Pre Pengetahuan	Perlakuan	10	9.80	98.00
	Kontrol	10	11.20	112.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Pre Pengetahuan
Mann-Whitney U	43.000
Wilcoxon W	98.000
Z	-.537
Asymp. Sig. (2-tailed)	.591
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.631 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

UJI MANN WHITNEY SIKAP NILAI PRE TEST**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Pre Sikap	20	22	31	26.15	3.233
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Pre Sikap Perlakuan	10	11.85	118.50
Sikap	10	9.15	91.50
Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Pre Sikap
Mann-Whitney U	36.500
Wilcoxon W	91.500
Z	-1.030
Asymp. Sig. (2-tailed)	.303
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.315 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

UJI MANN WHITNEY TINDAKAN NILAI PRE TEST**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Pre Tindakan	20	1	4	2.65	.933
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Pre Tindakan	Perlakuan	10	10.85	108.50
	Kontrol	10	10.15	101.50
	Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Pre Tindakan
Mann-Whitney U	46.500
Wilcoxon W	101.500
Z	-.278
Asymp. Sig. (2-tailed)	.781
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.796 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

UJI MANN WHITNEY PENGETAHUAN NILAI POST TEST**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Post Pengetahuan	20	2	10	7.80	2.238
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Post Pengetahuan	Perlakuan	10	15.10	151.00
	Kontrol	10	5.90	59.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Post Pengetahuan
Mann-Whitney U	4.000
Wilcoxon W	59.000
Z	-3.563
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

UJI MANN WHITNEY SIKAP NILAI POST TEST**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Post Sikap	20	21	38	29.45	4.915
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Post Sikap Perlakuan	10	13.40	134.00
Kontrol	10	7.60	76.00
Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Post Sikap
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	76.000
Z	-2.209
Asymp. Sig. (2-tailed)	.027
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.029 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

UJI MANN WHITNEY TINDAKAN NILAI POST TEST

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nilai Post Tindakan	20	1	5	3.55	1.317
Kelompok	20	1	2	1.50	.513
Valid N (listwise)	20				

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Post Tindakan	Perlakuan	10	14.70	147.00
	Kontrol	10	6.30	63.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	Nilai Post Tindakan
Mann-Whitney U	8.000
Wilcoxon W	63.000
Z	-3.288
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

Lampiran 12**DAFTAR HADIR PESERTA**

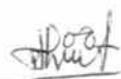
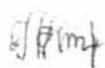
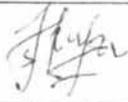
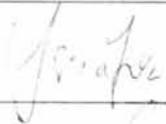
**UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN
KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)**

Di Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan Kec. Saradan Kab. Madiun

Hari/ Tanggal : Minggu, 6 Mei 2012

Topik : ASI Eksklusif

Alokasi waktu : 60 menit

NO	NAMA	TTD
1	PUJI HARTINI	
2	YANIK	
3	JUMARNI	
4	LUSIANI	
5	SUNARSIH	
6	SUYATI	
7	WIJI SURYANI	
8	IDA SUNARYATI	
9	MARMIATI	
10	YAUMI	

DAFTAR HADIR PESERTA

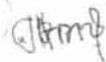
UPAYA PERUBAHAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MPASI) DINI MELALUI PENDIDIKAN
KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)

Di Rumah Kepala Dusun Pare Desa Bandungan Kec. Saradan Kab. Madiun

Hari/ Tanggal : Minggu, 13 Mei 2012

Topik : Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Alokasi waktu : 60 menit

NO	NAMA	TTD
1	PUJI HARTINI	
2	YANIK	
3	JUMARNI	
4	LUSIANI	
5	SUNARSIH	
6	SUYATI	
7	WIJI SURYANI	
8	IDA SUNARYATI	
9	MARMIATI	
10	YAUMI	

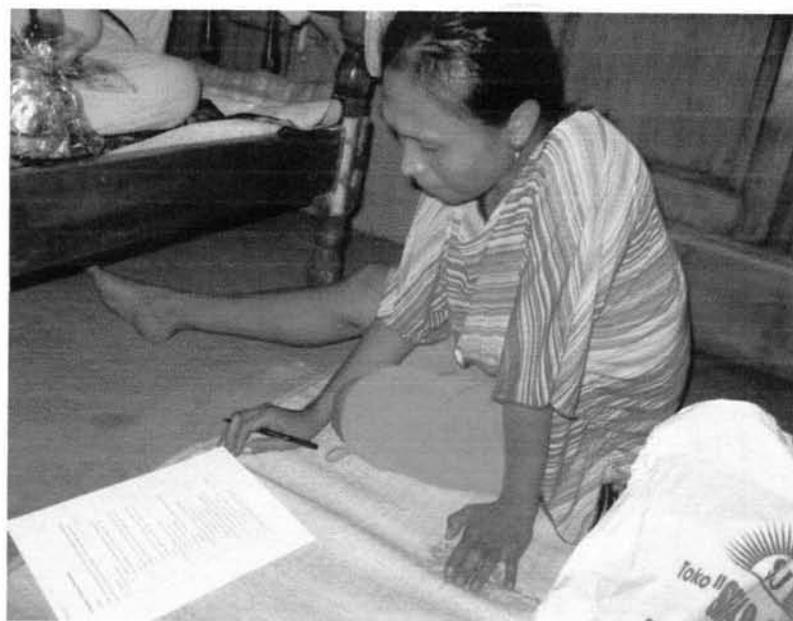
Lampiran 13

DOKUMENTASI

Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD)



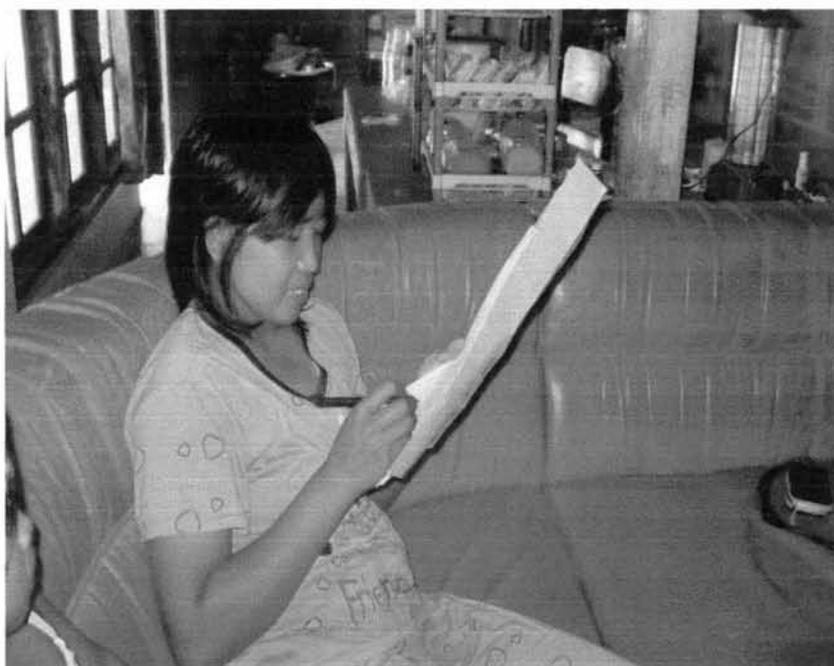
Pelaksanaan *Pre Test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Monitoring Tindakan



Pelaksanaan *Post Test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Lampiran 14

HASIL NOTULENSI

1. Tanggal 6 Mei 2012 dengan topik ASI Eksklusif

6 April 2012

No. :

I. ASI eksklusif :

1. Sunarshih : susu yang diberikan tanpa ada tambahan.
2. Ida : tanpa ada tambahan.
3. Yauri : tanpa ada tambahan / kekebalan buat bayi.
4. Puji : tanpa ada tambahan makanan lain.
5. Yanik : susu ibu sendiri dan ada tambahan.
6. Marwati : air susu yg diberikan sejak lahir.
7. Suyati : air susu yg diberikan sejak lahir.
8. Lusiani : air susu ibu sendiri.
9. Wigi : air susu ibu sendiri tnp. ada tambahan.
10. Jumarni : tanpa ada tambahan apapun.

II. Keuntungan ASI eksklusif :

yanik : ASI kurang jadi ditet ditambah susu formula.

Juwarni : sbg tambah asi yg kurang (susu formula).

Ida : bila makanan yg dikonsumsi lebih banyak gizi akan menghasilkan asi lebih.

Suyati : dapat membuat kekebalan tubuh si bayi.

III. Cara penyimpanan ASI yg benar :

iv. Yauri : bayi yg masih kecil diberi kopi gimana?

2. Tanggal 13 Mei 2012 dengan topik Makanan Pendamping ASI (MPASI)

1. IDA SUPARYATI
2. MAFMIATI
3. Wiji

1. Apa pengertian MPASI
2. Waktu yang tepat memberikan MPASI
3. Jenis makanan yang tepat y bayi usia 0-6 bulan
4. Alasan mengapa MPASI diberikan pada bayi usia kurang dari 6 bulan
5. Bahaya MPASI diberikan pada bayi usia kurang 6 bulan

Jawaban

1. Makanan / minuman ^{yang bergizi} yang diberikan pada bayi usia 6 bulan
 2. Bayi usia 6 bulan keatas
 3. Bubur tim, sum
 4. Untuk menghindari radang usus, sembelit, obesitas, meningkatkan ketebalan tubuh karena hanya diberi ASI
 5. Kegemukan, sembelit, sering sakit, radang usus
2. 6 bln keatas
 3. ASI
 4. Karena bayi bisa menjadi alergi, radang tenggorokan, ~~batuk~~ ^{peradangan yg kurang} obesitas & penyakit lain yg bisa membahayakan bayi
 5. mengurangi ketebalan tubuh, pencernaan yg kurang sehat dll

1. YATI
2. UMI
3. YANIK

Apa ^{pengertian} makanan pendamping ASI

- Waktu yg tepat memberikan MP ASI
- Jenis makanan yg tepat untuk bayi usia 0-6 bulan
- alasan menunda MP diberikan pada bayi kurang dari 6 bulan
- bahaya MP di berikan pada bayi usia 6 bulan

JAWAB

makanan yg diberikan setelah umur di atas 6 bulan untuk memenuhi gizi bagi pertumbuhan bayi

Setelah usia 6 bulan

ASI ~~Ek~~klusif

agar bayi tidak mudah sakit

contohnya : - Paras, batuk, pilek, alergi dll

gangguan pencernaan, peripisan usus pada bayi dan mudah sakit