

# SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN  
METODE *SMALL GROUP DISCUSSION* TERHADAP  
PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM MEMBERIKAN  
MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) PADA BAYI  
BERUMUR KURANG DARI 6 BULAN DI DESA  
NGADIBOYO KECAMATAN REJOSO – NGANJUK**

***PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL***

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



Oleh :

**MICHE DEWI ANGGRAINI**

**NIM. 010610241 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2010**



## **SURAT PERNYATAAN**

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

**Surabaya, 23 Juli 2010**

**Yang menyatakan**



**MICHE DEWI ANGGRAINI**

**NIM: 010610241B**



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**

**TANGGAL 30 JULI 2010**

Oleh

**Pembimbing I**



**Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes.**

**NIP. 196701012000031002**

**Pembimbing II**



**Elida Ulfiana, S.Kep.Ns**

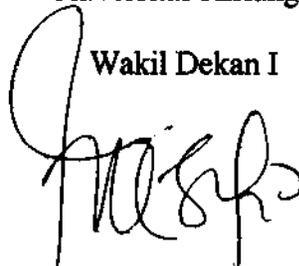
**NIK. 139 060 786**

**Mengetahui,**

**a.n. Dekan Fakultas Keperawatan**

**Universitas Airlangga**

**Wakil Dekan I**



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

**NIP. 197806062001122001**



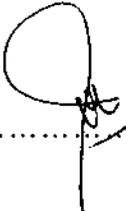
**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

TELAH DISEMINARKAN DAN DISETUJUI

TANGGAL AGUSTUS 2010

**PANITIA PENGUJI**

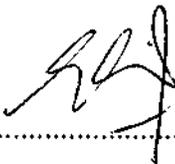
Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001

(.....)  


Anggota : 1. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP. 1967010 12 0000 31002

(.....)  


2. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns  
NIK. 139 060 786

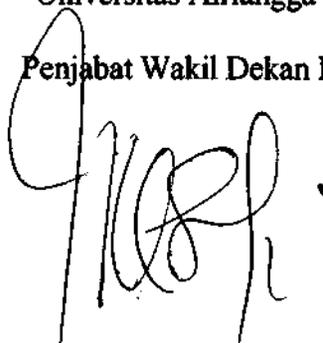
(.....)  


Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes  
NIP. 197806062001122001



## MOTTO

Jangan pernah mengatakan **TIDAK** sebelum kita

**BERUSAHA** dan **BERDO'A...**

Jadi lakukan sesuatu sebaik mungkin....

**...Sesungguhnya Allah tidak akan  
mengubah keadaan suatu kaum  
sebelum mereka mengubah keadaan  
diri mereka sendiri...(QS. Ar-Ra'd: 11)**



## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan bimbingannya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode *Small Group Discusion* Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) Pada Bayi Berumur Kurang Dari 6 Bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk”** ini tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Berbagai kesulitan timbul dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan di Universitas Airlangga, Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku ketua penguji yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ahmad Yusuf, S.Kp.,M.Kes., selaku penguji dan pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Elida Ulfiana, S.Kep. Ns., selaku penguji dan pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Orangtuaku tercinta, kakak dan adikku tersayang yang telah memberikan dukungan tenaga, waktu, pikiran maupun dana serta do'a restu dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
6. Keluargaku yang ada di Surabaya (Paman, Tante, dan adik Keponakanku) yang telah memberikan rumah yang hangat dan memberikan dukungan serta membantu menyelesaikan skripsi ini.
7. Wanuji, S.H., selaku Kepala Desa Ngadiboyo yang telah memberikan dukungan, bantuan, dan kerjasamanya dalam melakukan penelitian ini.

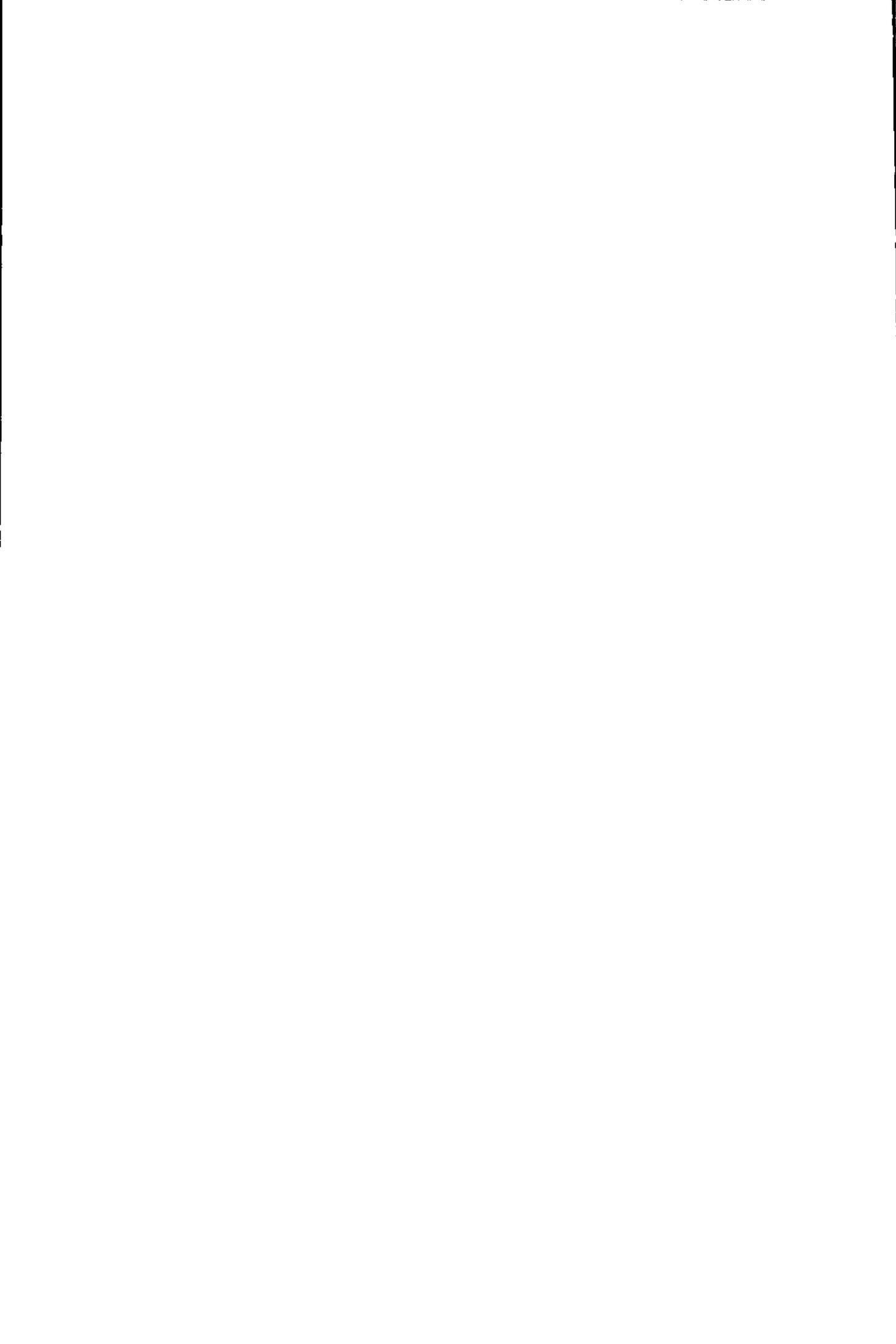


8. Inkarnani, Amd.Keb. selaku Bidan Desa Ngadiboyo yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam melakukan penelitian ini
9. Staf kesetariatan, Pak Hendi, Pak Udin, Pak Agus, terima kasih atas dukungan serta kebaikan dalam membantu penulis saat proposal, penelitian, maupun skripsi.
10. Ibu-ibu di Desa Ngadiboyo sebagai responden penelitian, terima kasih atas bantuan kalian. Waktu dan antusias kalian membuat penulis merasa bangga.
11. Sahabatku KPK (Ikas, Firza, Mila, Anita, Lia FM, Eva, mbak Ika, Ardhena), Pamela, Anis Ika, Deasy, Irma yang selalu setia memberikan bantuan dan dukungan secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-temanku seperjuangan Nirya dan Shilky yang telah memberikan bantuan serta tempat berkeluh kesah, Anggi yang telah membantu pembuatan abstract, Huda, Syamsul, Anis M, Ratch Dwi K yang telah memberikan dukungan support.
13. Teman-teman seangkatan dan seperjuangan A-Six yang telah mendukung dalam menyelesaikan skripsi ini.
14. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu atau bantuan yang diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 23 Juli 2010

Penulis



## ABSTRACT

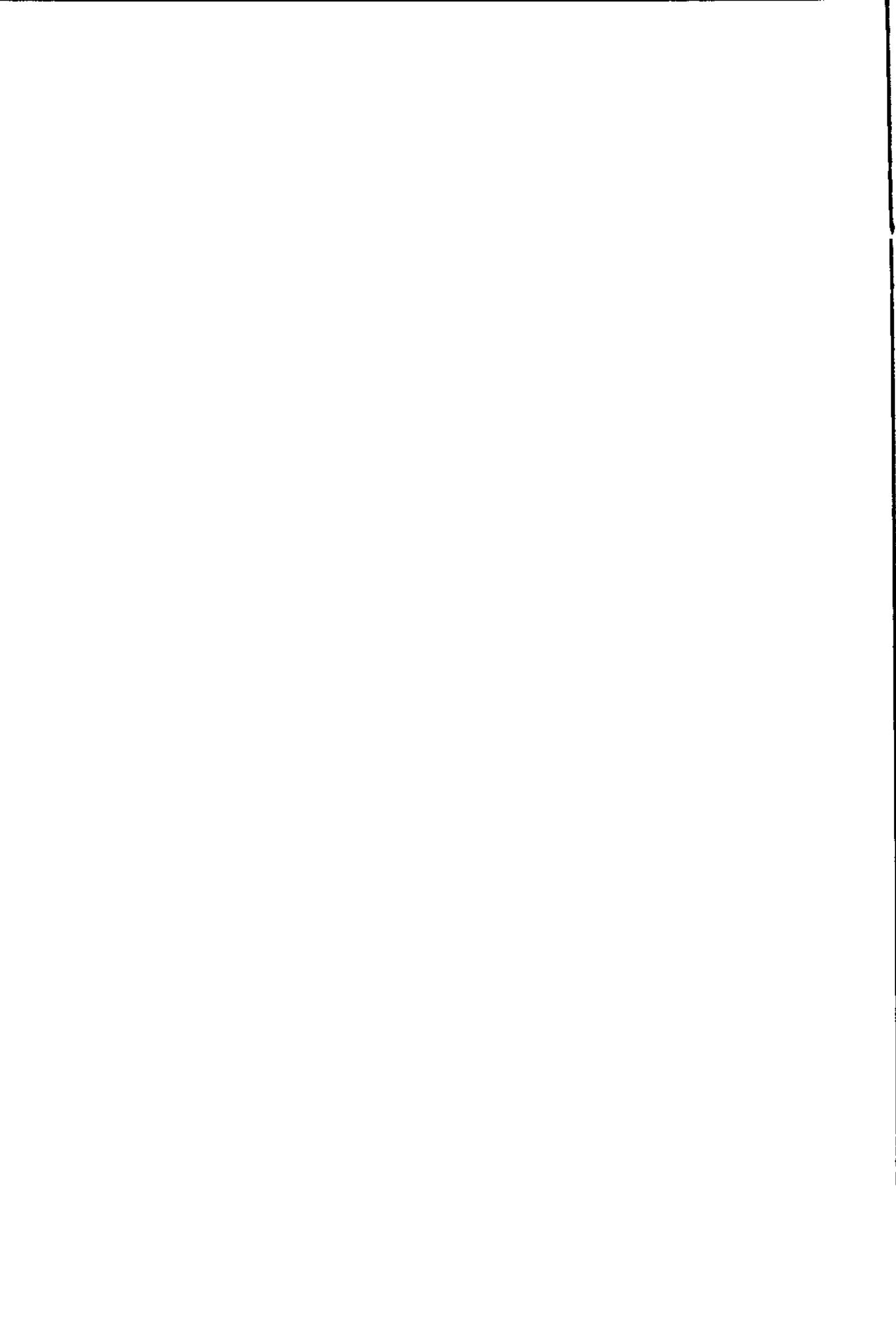
### THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION WITH SMALL GROUP DISCUSSION AT MOTHER'S CHANGING BEHAVIOR IN PROVIDING BREASTFEED SUPPLEMENTARY FOOD FOR INFANTS LESS THAN 6 MONTH

Quasi experiment at Ngadiboyo village, Rejoso district,  
Nganjuk Regency

By: MICHE DEWI ANGGRAINI

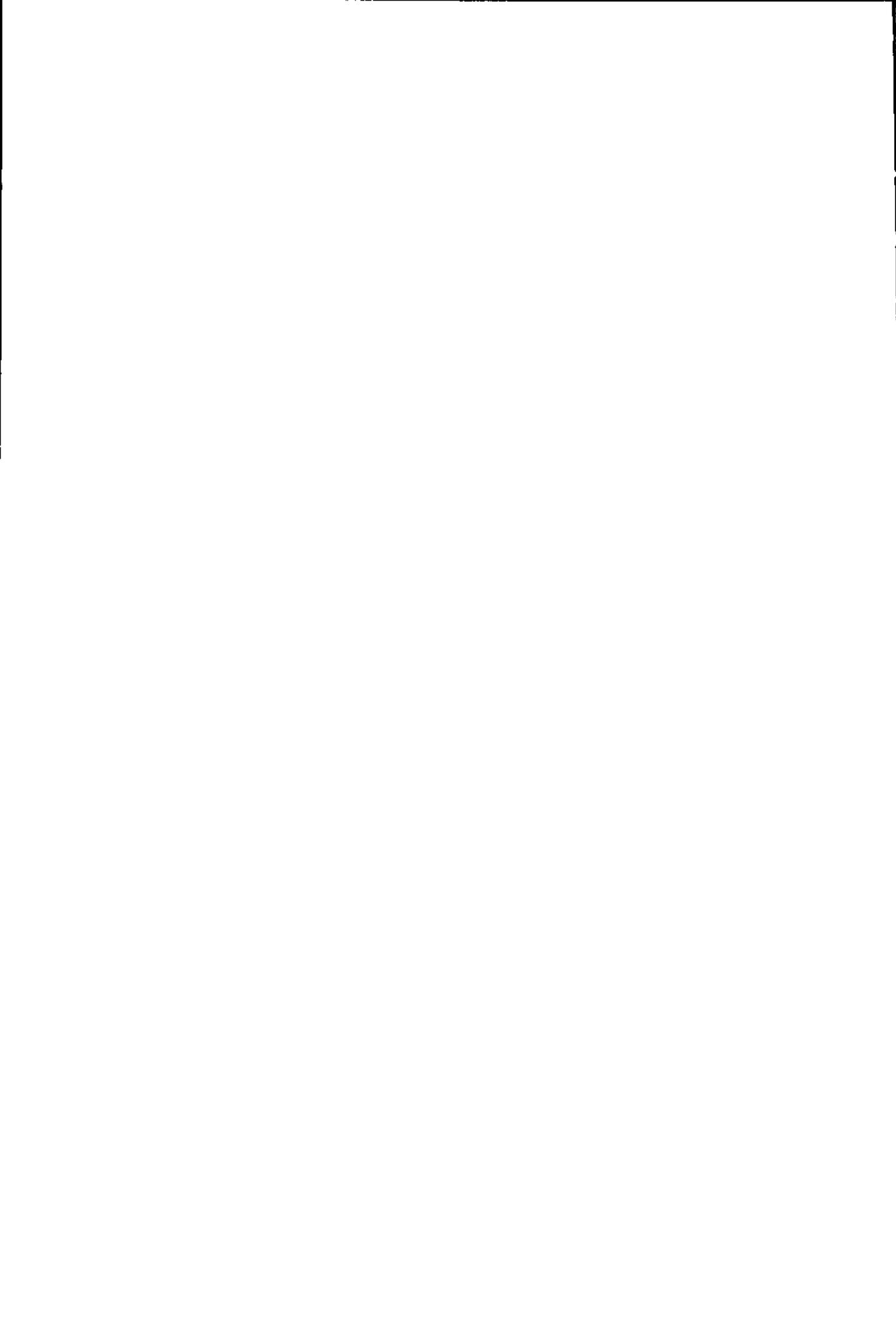
Breastfeeding supplementary food is very important for baby over six months. Many mothers in the community but provide breastfeeding supplementary food in infants before the age of 6 month. Exclusive breastfeeding in Rejoso district was 7.99% and in the Ngadiboyo village was 7.5% at 2009. 95% family gives breastfeed supplementary food for infant less than 6 month. Lack of information and unsupported culture are one cause of this condition. The purpose of this study was to analyze the influence of small group discussions on mother's changing behavior in providing breastfeed supplementary food for infants less than 6 month in the Ngadiboyo village, Rejoso district, Nganjuk Regency. This study used quasi experiment with the design of pre-post test design. Population consisted of mothers who had taken of infants less than 6 month in the Ngadiboyo village. Sampling technique used was simple random sampling. The population was 40 families that had infants less than 6 month. Total sample was 22 respondents who were selected based on inclusion criteria. There were eleven of respondents as treatment group with small group discussion and another as control group. Data were collected using questionnaire for knowledge, attitude as well as observation for practice. Analysis used by the *Wilcoxon signed rank test* and *Mann Whitney U test* with significance level  $p \leq 0.05$ . Result revealed the presence of influence in treatment and control groups. In treatment group the level of dependence due to mothers knowledge had  $p=0.005$ , while  $p=0.233$  in control group. In mothers' attitude  $p=0.025$  for treatment group, and  $p=0.568$  in the control group. Mean while mothers' practice  $p=0.003$ , and  $p=0.063$  in the control group. It can be concluded that there is significant influence of health education with small group discussion on mother's changing behavior in providing breastfeed supplementary food for infants less than 6 month. Further studies should be use more respondent. In health education, nurse should use small group discussion because more effective and audience can more participate.

**Keywords:** *health education, small group discussion, knowledge, attitude, behavior, breastfeeding supplementary food.*



## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar .....	i
Halaman Pernyataan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Abstract .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan .....	8
2.2.1 Pengertian Pendidikan kesehatan .....	8
2.2.2 Tujuan Pendidikan kesehatan .....	8
2.2.3 Metode Pendidikan Kesehatan .....	8
2.2.4 Alat Bantu atau Peraga .....	10
2.2 Konsep <i>Small Group Discussion</i> .....	17
2.2.1 Pengertian <i>Small Group Discussion</i> .....	17
2.2.2 Penggunaan <i>Small Group Discussion</i> .....	19
2.2.3 Keuntungan <i>Small Group Discussion</i> .....	19
2.2.4 Kerugian <i>Small Group Discussion</i> .....	19
2.2.5 Tujuan <i>Small Group Discussion</i> .....	20
2.2.6 Pedoman <i>Small Group Discussion</i> .....	20
2.2.7 Teknik Untuk Meningkatkan <i>Small Group Discussion</i> .....	21
2.2.8 Isi dan Proses <i>Small Group Discussion</i> .....	22
2.3 Konsep Perilaku .....	22
2.3.1 Pengertian Perilaku .....	22
2.3.2 Klasifikasi Perilaku .....	24
2.3.3 Perilaku Kesehatan .....	24
2.3.4 Domain Perilaku .....	26
2.3.5 Teori Determinan Perilaku .....	31
2.3.6 Teori-Teori Perubahan Perilaku .....	32
2.3.7 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku .....	34
2.3.8 Strategi Perubahan Perilaku .....	35
2.4 Konsep ASI Eksklusif .....	36
2.4.1 Pengertian ASI Eksklusif .....	36
2.4.2 Keunggulan ASI .....	36



2.4.3 Manfaat Menyusui .....	40
2.4.4 Komposisi ASI .....	45
2.4.5 Bahaya Susu Formula .....	47
2.5 Konsep MPASI .....	52
2.5.1 Pengertian MPASI .....	52
2.5.2 Waktu yang Tepat Memberikan MPASI.....	53
2.5.3 Alasan MPASI Mulai Diberikan Pada Bayi Berumur 6 Bulan....	53
2.5.4 Bahaya Pemberian MPASI pada Bayi Berumur Kurang dari 6 Bulan.....	55
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b>	
3.1 Kerangka Konseptual.....	59
3.2 Hipotesis .....	60
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	62
4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling .....	63
4.2.1 Populasi .....	63
4.2.2 Sampel.....	64
4.2.3 Sampling .....	65
4.3 Identifikasi Variabel .....	66
4.3.1 Variabel independen.....	66
4.3.2 Variabel dependen.....	66
4.4 Definisi Operasional .....	66
4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	69
4.5.1 Instrumen Penelitian.....	70
4.5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	70
4.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	70
4.7 Kerangka Kerja .....	73
4.8 Analisis Data.....	74
4.9 Etika Dalam Penelitian .....	76
4.10 Keterbatasan .....	77
<b>BAB 5 PEMBAHASAN</b> .....	79
5.1 Hasil Penelitian .....	80
5.1.1 Gambaran lokasi penelitian.....	80
5.1.2 Karakteristik responden .....	80
5.1.3 Data khusus atau variabel yang diukur .....	89
5.2 Pembahasan.....	96
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	111
6.1 Kesimpulan .....	111
6.2 Saran.....	112
Daftar Pustaka .....	113
Lampiran 1 .....	118
Lampiran 2 .....	119
Lampiran 3 .....	120
Lampiran 4 .....	121
Lampiran 5 .....	122



Lampiran 6 .....	123
Lampiran 7 .....	124
Lampiran 8 .....	125
Lampiran 9 .....	134
Lampiran 10 .....	138
Lampiran 11 .....	144
Lampiran 12 .....	153
Lampiran 13 .....	158



## DAFTAR TABEL

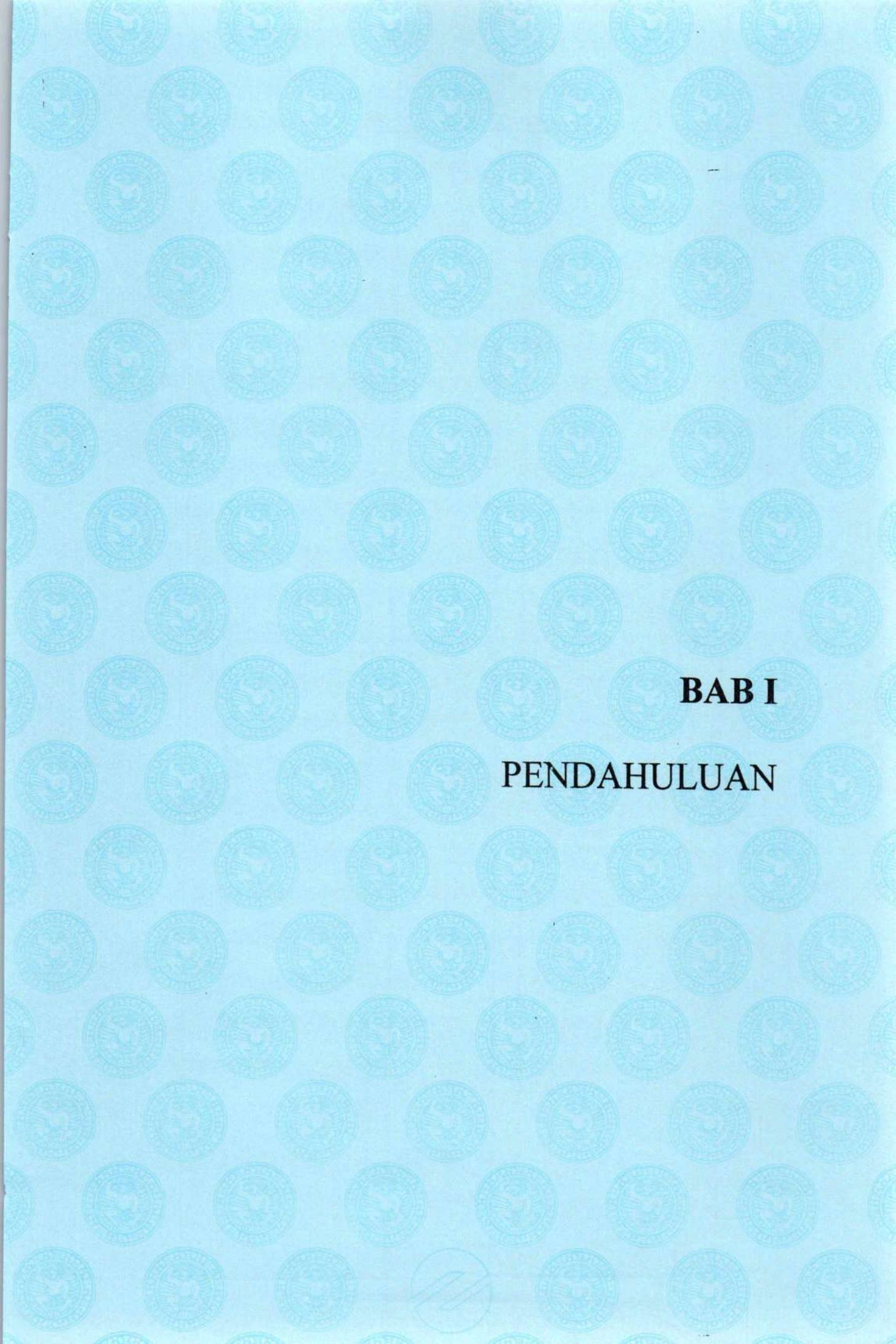
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	57
Tabel 5.1 Pengetahuan ibu sebelum dan sesudah dilakukan <i>small group discussion</i> .....	89
Tabel 5.2 Sikap ibu sebelum dan sesudah dilakukan <i>small group discussion</i> .....	91
Tabel 5.3 Tindakan ibu sebelum dan sesudah dilakukan <i>small group discussion</i> .....	93
Tabel 5.4 Perilaku ibu sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>small group discussion</i> .....	95



## DAFTAR GAMBAR

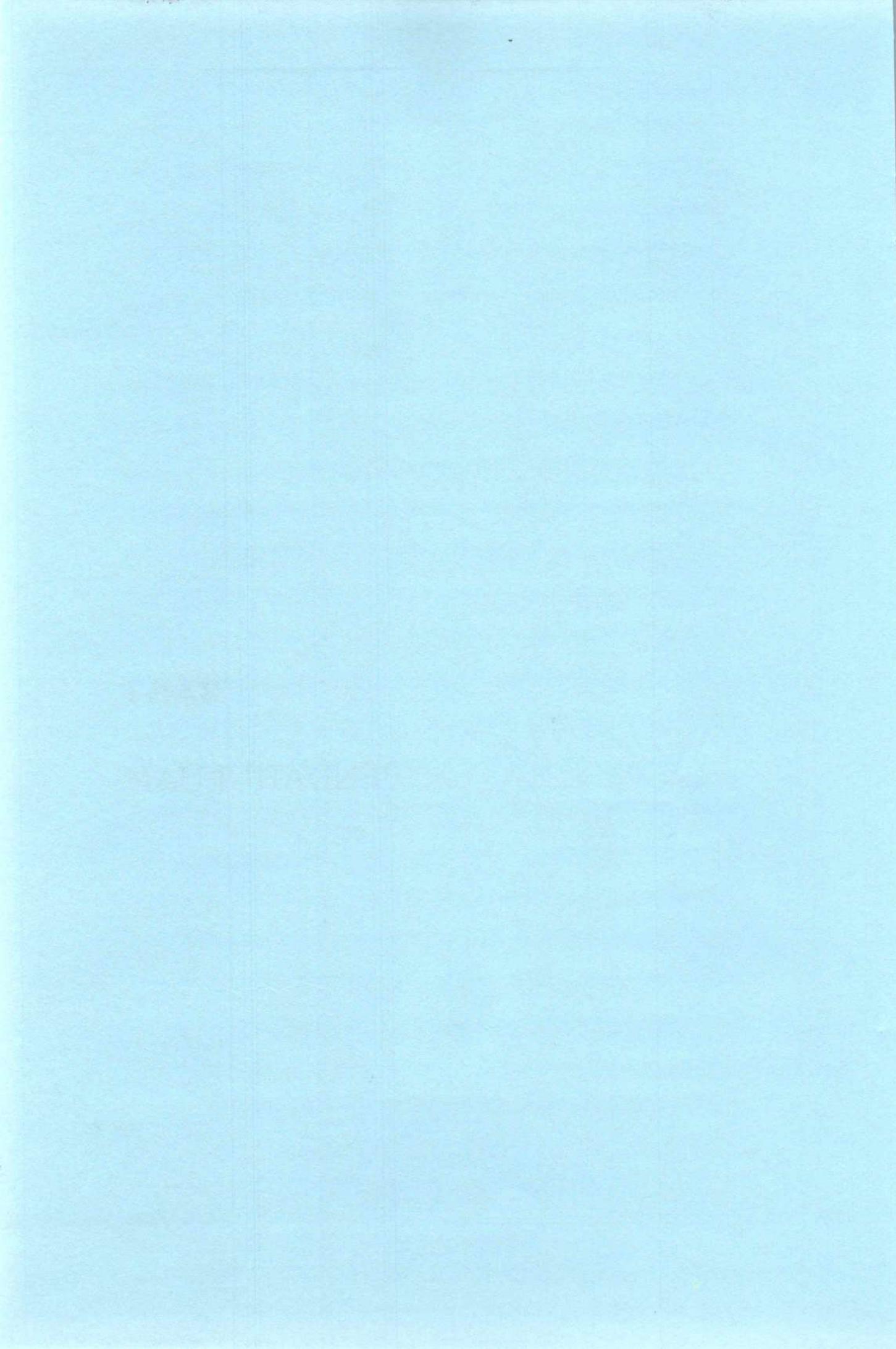
1. Gambar 3.1 Kerangka konseptual.....	54
2. Gambar 4.7 Kerangka kerja.....	73
3. Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia .....	81
4. Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan responden.....	81
5. Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan usia bayi.....	82
6. Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan status anak dalam keluarga.....	83
7. Gambar 5.5 Pengetahuan ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>small group discussion</i> pada kelompok perlakuan.....	84
9. Gambar 5.7 pengetahuan ibu pada pengukuran pertama dan kedua pada kelompok control .....	85
10. Gambar 5.8 Sikap ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>small group discussion</i> pada kelompok perlakuan.....	85
11. Gambar 5.9 sikap ibu pada pengukuran pertama dan kedua pada kelompok control .....	86
12. Gambar 5.10 Tindakan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>small group discussion</i> pada kelompok perlakuan .....	87
13. Gambar 5.11 Tindakan ibu pada pengukuran pertama dan kedua pada kelompok control .....	88





**BAB I**

**PENDAHULUAN**



## BAB 1

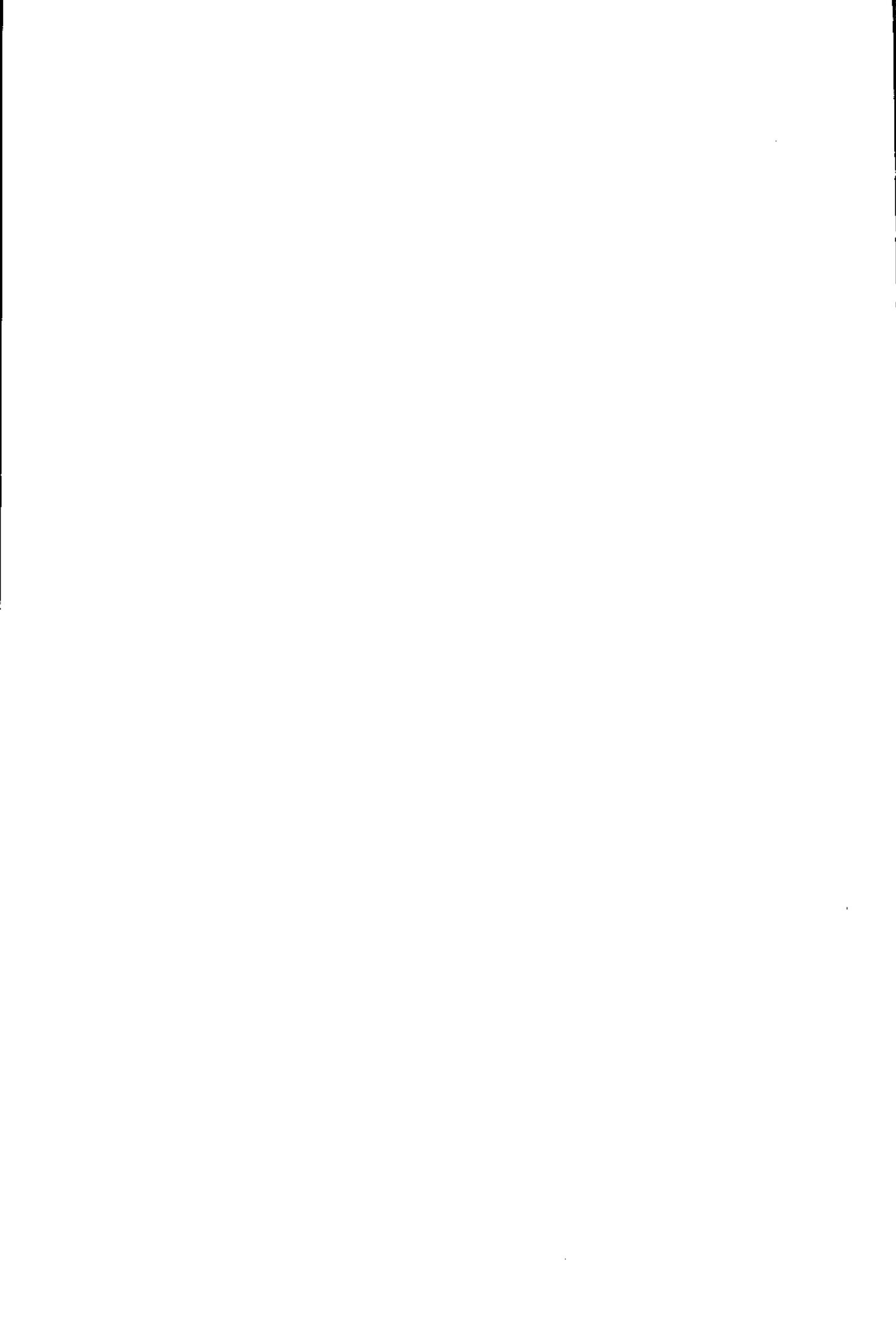
### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan tunggal terbaik yang bisa memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi normal untuk tumbuh kembang di bulan-bulan pertama kehidupan balita (Soraya, 2005). Pada tahun 2001 *World Health Organization* (WHO) merubah rekomendasi ASI eksklusif dari empat bulan menjadi enam bulan (*Health Canada, 2004*). ASI eksklusif selama enam bulan ini, bayi hanya diberikan ASI saja tanpa suplemen tambahan ataupun makanan tambahan (WHO, 2007). ASI eksklusif selama enam bulan bisa menjaga bayi dari infeksi sistem pencernaan (*Health Canada, 2004*). Hanya 14% ibu di Indonesia yang memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai enam bulan. Rata-rata bayi di Indonesia hanya menerima ASI kurang dari dua bulan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) periode 1997-2003 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). Beberapa daerah di Indonesia, ibu masih memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada bayi berumur kurang dari enam bulan. Pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 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 (Sastroasmoro, 2007). Dari hasil penelitian Sari (2008) tentang upaya keluarga dalam mencegah dan penanggulangan dini terjadinya diare pada

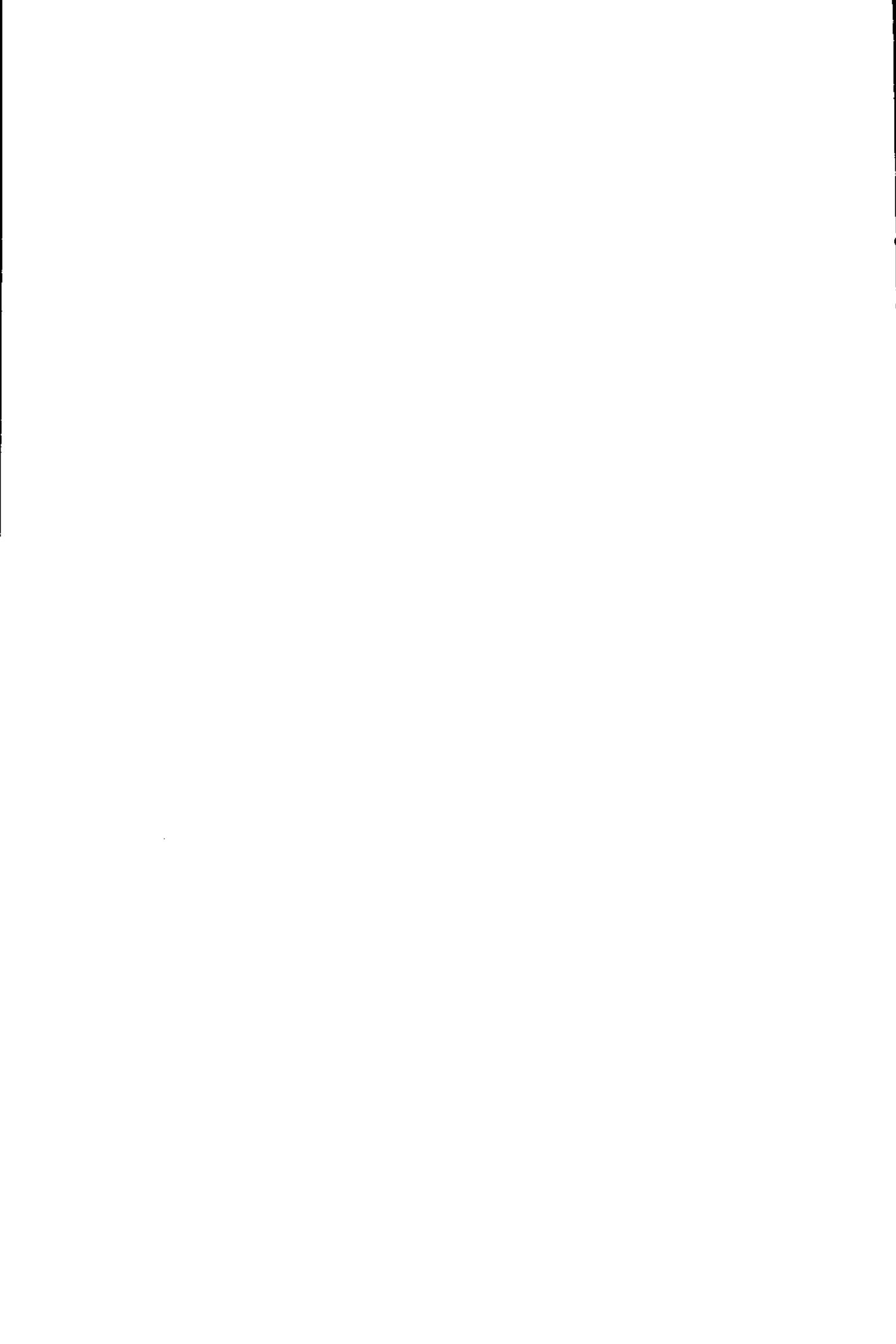


balita di desa Cibiuk Garut Jawa Barat diperoleh hasil bahwa sebagian besar masih memiliki perilaku yang buruk/cenderung buruk dalam memberikan makanan yang bersih dan sehat bagi balita, yaitu sangat sedikit keluarga yang memberikan ASI eksklusif pada bayi, masih banyak bayi yang berusia satu atau dua bulan sudah diberi makanan tambahan. Perlu adanya perubahan perilaku pada ibu dalam memberikan MPASI. Budaya masyarakat merupakan salah satu faktor penyebab ibu memberikan MPASI terlalu dini (Briawan, 2004). Pengetahuan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku (Notoadmodjo, 2007). Oleh karena itu perlu adanya peningkatan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan. Di desa Ngadiboyo telah dilakukan penyuluhan oleh perawat dari puskesmas Rejoso, namun dalam penyuluhan tersebut menggunakan metode ceramah. Dalam metode ceramah peserta kurang begitu aktif. Perlu adanya metode pendidikan kesehatan yang melibatkan peserta secara aktif agar informasi yang didapatkan lebih jelas. Salah satu metode pendidikan kesehatan yang melibatkan peserta berperan secara aktif adalah *small group discussion*. *Small group discussion* akan mendorong peserta untuk mengungkapkan pendapatnya dan membandingkan dengan pendapat peserta yang lain, selain itu juga bisa mendengarkan pendapat dari orang yang tidak suka bicara (Maulana, 2009). Oleh sebab itu *small group discussion* lebih efektif untuk pendidikan kesehatan bagi masyarakat yang sudah mengerti ASI eksklusif tetapi masih tetap memberikan MPASI. Namun pengaruh *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari enam bulan belum diketahui.



Masalah dalam penelitian ini adalah angka pemberian ASI eksklusif di Kecamatan Rejoso pada tahun 2003 sebanyak 7.99%, hanya 29 bayi yang diberi ASI eksklusif dari 363 bayi. Data tersebut diperoleh dari Dinkes Kabupaten Nganjuk tahun 2003. Berdasarkan studi awal di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk, dari data Puskesmas didapatkan data bahwa ASI eksklusif di Kecamatan Rejoso pada tahun 2009 sebesar 7.5% sedangkan di desa Ngadiboyo sebesar 6.7%. Data dari Bidan Desa bahwa pada bulan Maret 2010 terdapat 40 keluarga yang punya bayi berusia antara 0-6 bulan. Sebanyak 95% keluarga memberikan makanan pendamping ASI (nasi yang dilumat, pisang dikerok, dan buah-buahan) pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Faktor kebudayaanlah yang menjadi alasan utamanya. Selain itu ketidaktahuan ibu juga menjadi salah satu alasannya. Pada umumnya mereka memberikan makanan pendamping ASI saat bayi berumur 1-2 bulan. Data dari Puskesmas menunjukkan angka diare di Kecamatan Rejoso pada bayi berusia 0-6 bulan pada tahun 2009 sebesar 20,7% dan ISPA sebesar 27,5%. Sedangkan untuk Desa Ngadiboyo angka diare sebesar 35,7% dan ISPA sebesar 37,2%. Belum pernah diadakan penyuluhan untuk meningkatkan pemahaman ibu tentang makanan pendamping ASI dari pihak puskesmas. Puskesmas pernah melakukan penyuluhan tentang cara perawatan bayi, imunisasi dan ASI eksklusif. Penyuluhan ASI eksklusifpun sedikit mendapatkan respon. Kurangnya penyuluhan menyebabkan informasi tentang MPASI masih kurang sehingga pemberian MPASI salah yaitu kurang dari enam bulan.

Salah satu faktor ibu memberikan MPASI terlalu dini bisa juga karena adanya tekanan dari lingkungan dan gencarnya promosi produsen makanan bayi yang belum memperhatikan ASI eksklusif selama enam bulan (Soraya, 2005).



Dari hasil penelitian Sari (2007) upaya keluarga dalam mencegah dan penanggulangan dini terjadinya diare pada balita di desa Cibiuk Garut Jawa Barat diperoleh bahwa pemberian ASI eksklusif sangat penting bagi bayi termasuk mencegah terjadinya diare, sedangkan bayi yang sudah diberi MPASI sebelum berumur enam bulan bisa menyebabkan malabsorpsi yang berujung pada diare. Pemberian MPASI terlalu dini juga bisa menyebabkan bayi cenderung alergi, bayi akan kekurangan gizi penting yang ada dalam susu, dan akan memperberat kerja ginjal bayi yang akan meningkatkan resiko dehidrasi. Bayi juga akan cenderung gemuk jika diberi MPASI terlalu dini yang akan membahayakan kesehatannya. Bayi akan tumbuh dewasa dengan tubuh kegemukan dan resiko terkena diabetes, sakit jantung, dan masalah kesehatan serius lainnya (Westcott, 2003). Pengalaman telah menunjukkan bahwa terbentuknya cara pemberian makanan bayi yang tepat serta lestariannya pemakaian ASI sangat tergantung kepada informasi yang diterima oleh ibu (Soetjiningsih, 1970). Namun tenaga kesehatan kurang dalam memberikan informasi sehingga banyak ibu yang salah dalam pemberian MPASI. Dengan demikian setelah keluarga memperoleh informasi yang tepat tentang pemberian makanan pendamping ASI dan pentingnya ASI eksklusif, keluarga akan memiliki pengetahuan yang benar pula.

Metode yang mungkin digunakan dalam pendidikan kesehatan adalah metode ceramah, bola salju (*snow balling*), memainkan peran (*role play*), permainan simulasi (*simulation game*), *peer group support*, dan juga *small group discussion*. Metode pendidikan kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *small group discussion*, karena dalam *small group discussion* peserta bisa saling mengemukakan pendapatnya, dapat mengenal dan mengolah problem



kesehatan yang didiskusikan, dan problem kesehatan yang dihadapi lebih menarik untuk dibahas. Peserta yang tidak suka berbicara diharapkan bisa juga berpartisipasi secara aktif didukung pula suasana yang informal sehingga bisa lebih akrab (Suliha, 2002). Metode ini juga membantu mengembangkan kepemimpinan karena dipimpin oleh satu orang pemimpin. Karena semuanya berpartisipasi aktif maka metode ini merupakan cara pendekatan yang demokratis (Maulana, 2009). Untuk itu *small group discussion* perlu dipertimbangkan sebagai alternatif pilihan, karena merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatannya. Perawat sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan profesional, mempunyai tanggung jawab dalam hal perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berusia kurang dari enam bulan.

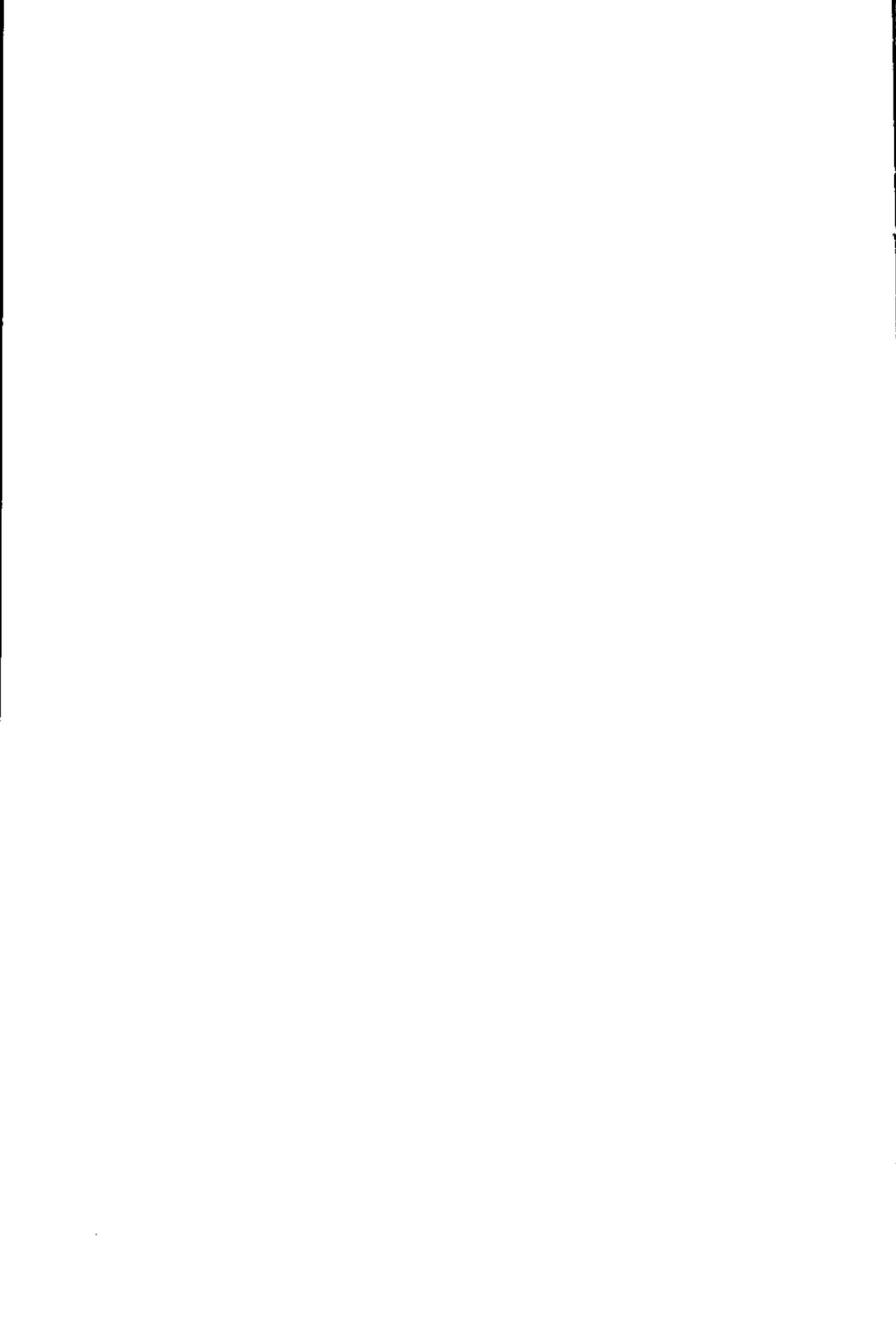
## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan



pendamping ASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perubahan tingkat pengetahuan ibu sebelum dan sesudah *small group discussion* tentang makanan pendamping ASI (MPASI) di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk.
2. Mengidentifikasi perubahan sikap ibu sebelum dan sesudah *small group discussion* tentang makanan pendamping ASI (MPASI) di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk.
3. Mengidentifikasi perubahan tindakan ibu sebelum dan sesudah *small group discussion* tentang makanan pendamping ASI (MPASI) di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk.
4. Menganalisa pengaruh *small group discussion* terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat member masukan bagi perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas dan Anak sebagai metode pendidikan kesehatan yang dapat dijadikan sebagai alternatif pilihan dalam pencegahan terhadap penyakit akibat terlalu dini pemberian makanan pendamping ASI (MPASI).



### **1.4.2 Praktis**

#### **1. Profesi Keperawatan**

Sebagai alternatif pilihan dalam metode pendidikan kesehatan.

#### **2. Pelayanan kesehatan**

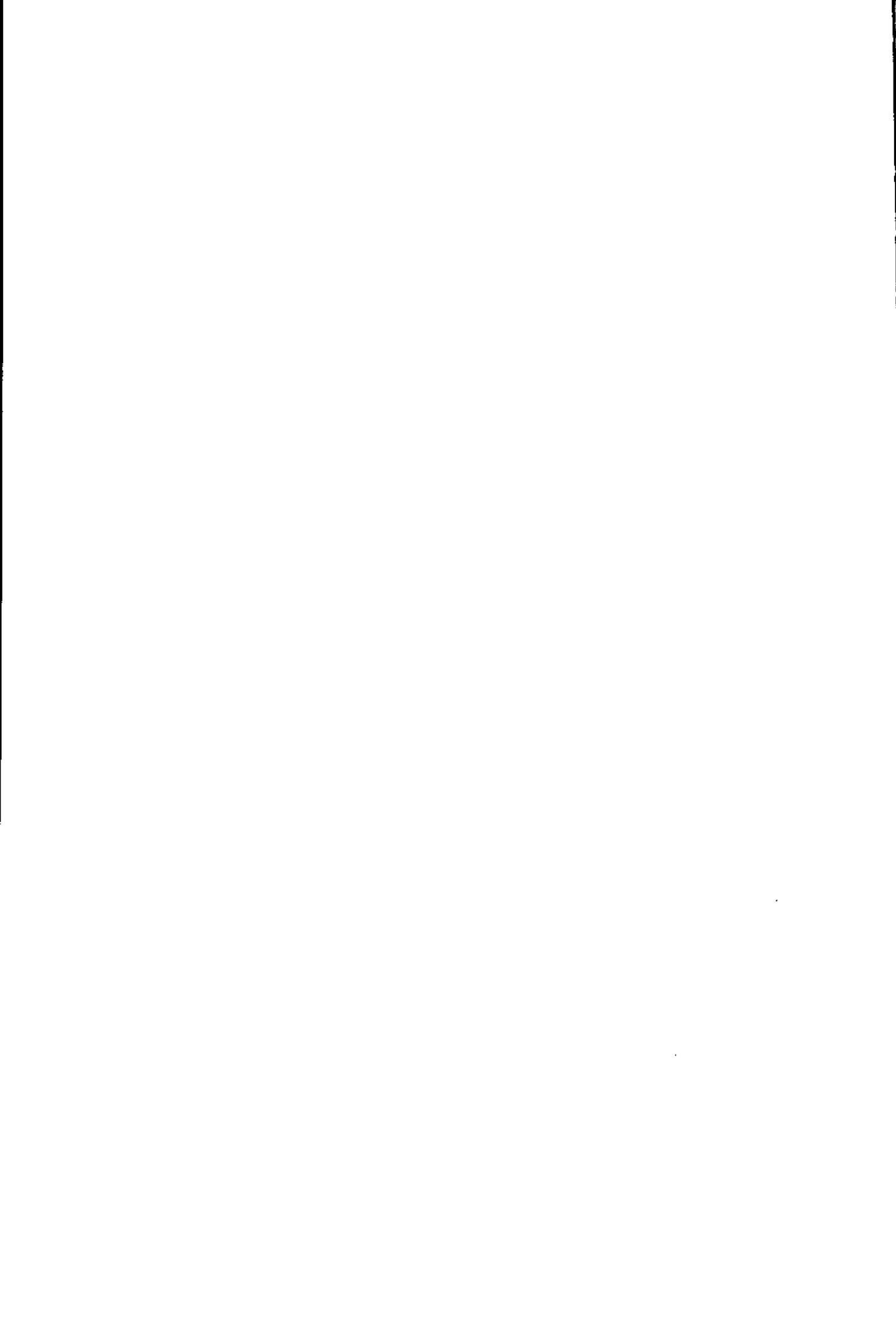
Sebagai bahan evaluasi terhadap metode pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada bayi dan balita.

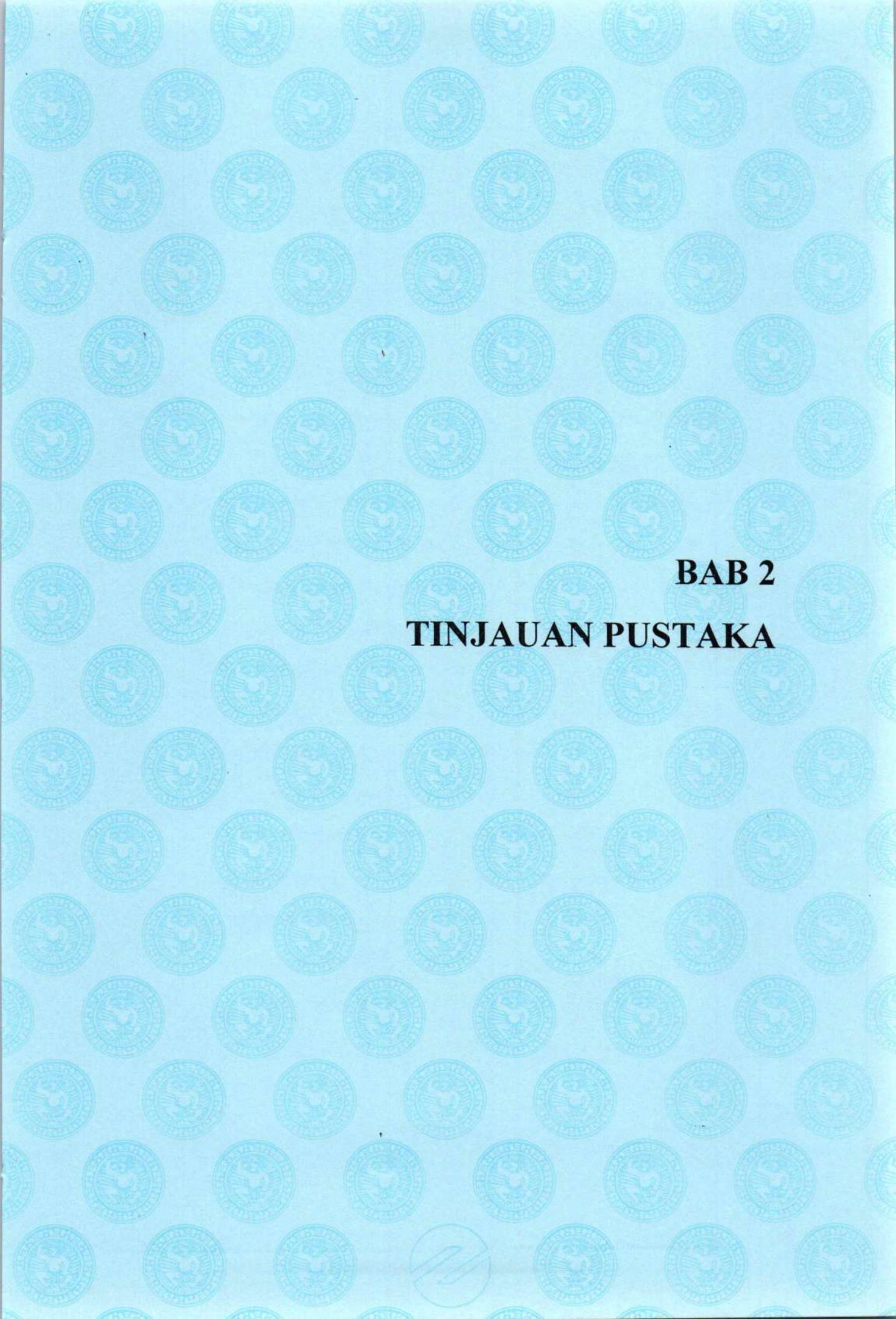
#### **3. Peneliti**

Dapat memberikan gambaran pada peneliti dalam upaya meningkatkan pemahaman pengaruh penerapan *small group discussion* tentang makanan ASI eksklusif dan MPASI pada bayi kurang dari 6 bulan terhadap perubahan perilaku ibu.

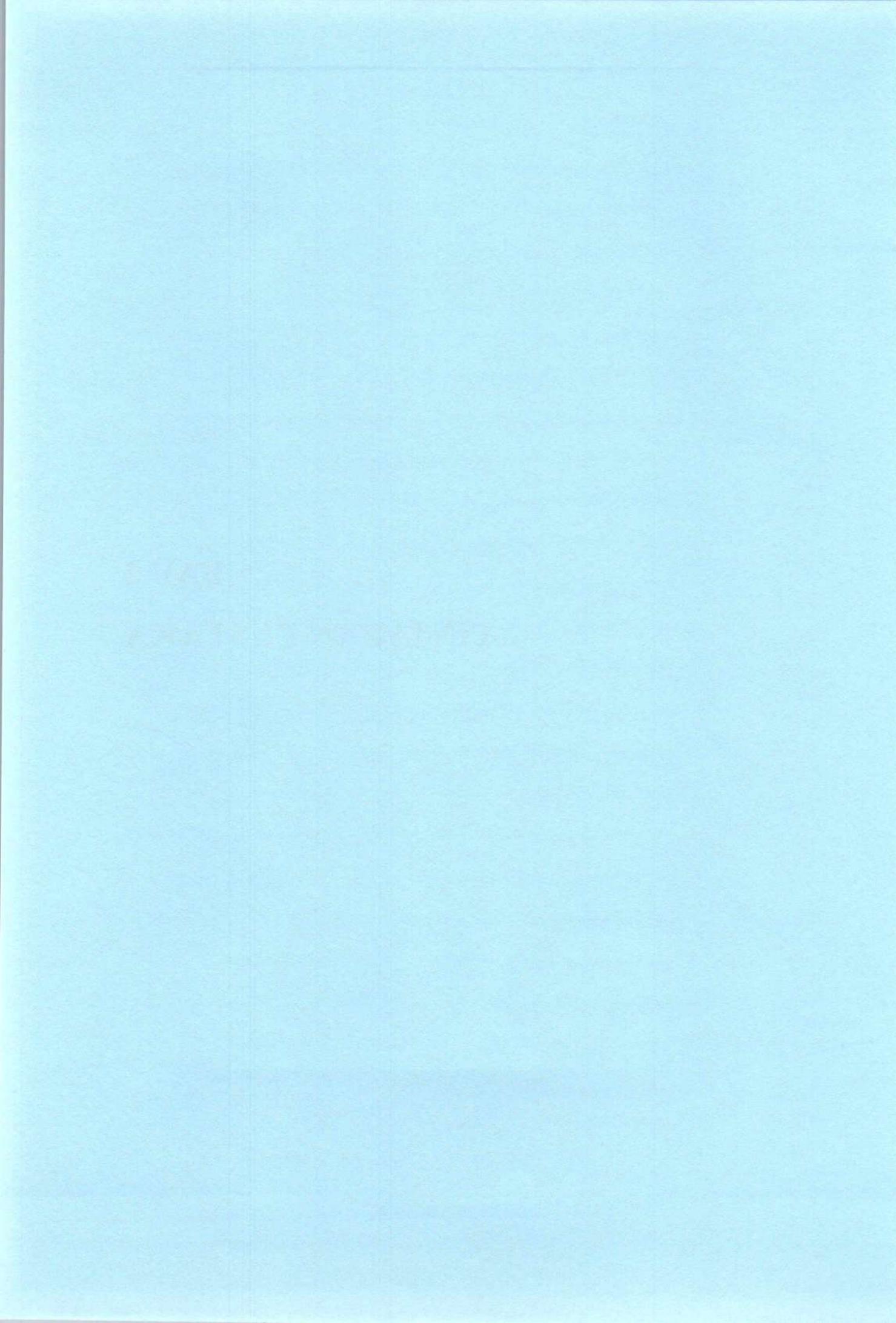
#### **4. Masyarakat**

Dapat memberikan informasi pada ibu tentang ASI eksklusif dan MPASI.





**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian pendidikan kesehatan**

Menurut WHO pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu control terhadap kesehatan dan memperbaiki kesehatan mereka. Sedangkan menurut WOOD adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa (Widyatuti, 2009).

##### **2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan**

1. Pengetahuan (kognitif)

Memberikan informasi, menjelaskan dan memastikan tahu.

2. Perasaan (afektif)

Memperhatikan kejelasan, pembentukan dan perubahan sikap, pendapat, keyakinan, dan nilai.

3. Perbuatan/tindakan (Psikomotor)

Menguraikan keterampilan secara rinci, dan mendemonstrasikan.

##### **2.1.3 Metode pendidikan kesehatan**

1. Metode pendidikan individual

Melakukan pendidikan kesehatan secara individual dan juga pada keluarganya. Bentuk pendekatannya bisa berupa:



### 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan suka rela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

### 2) Wawancara (*interview*)

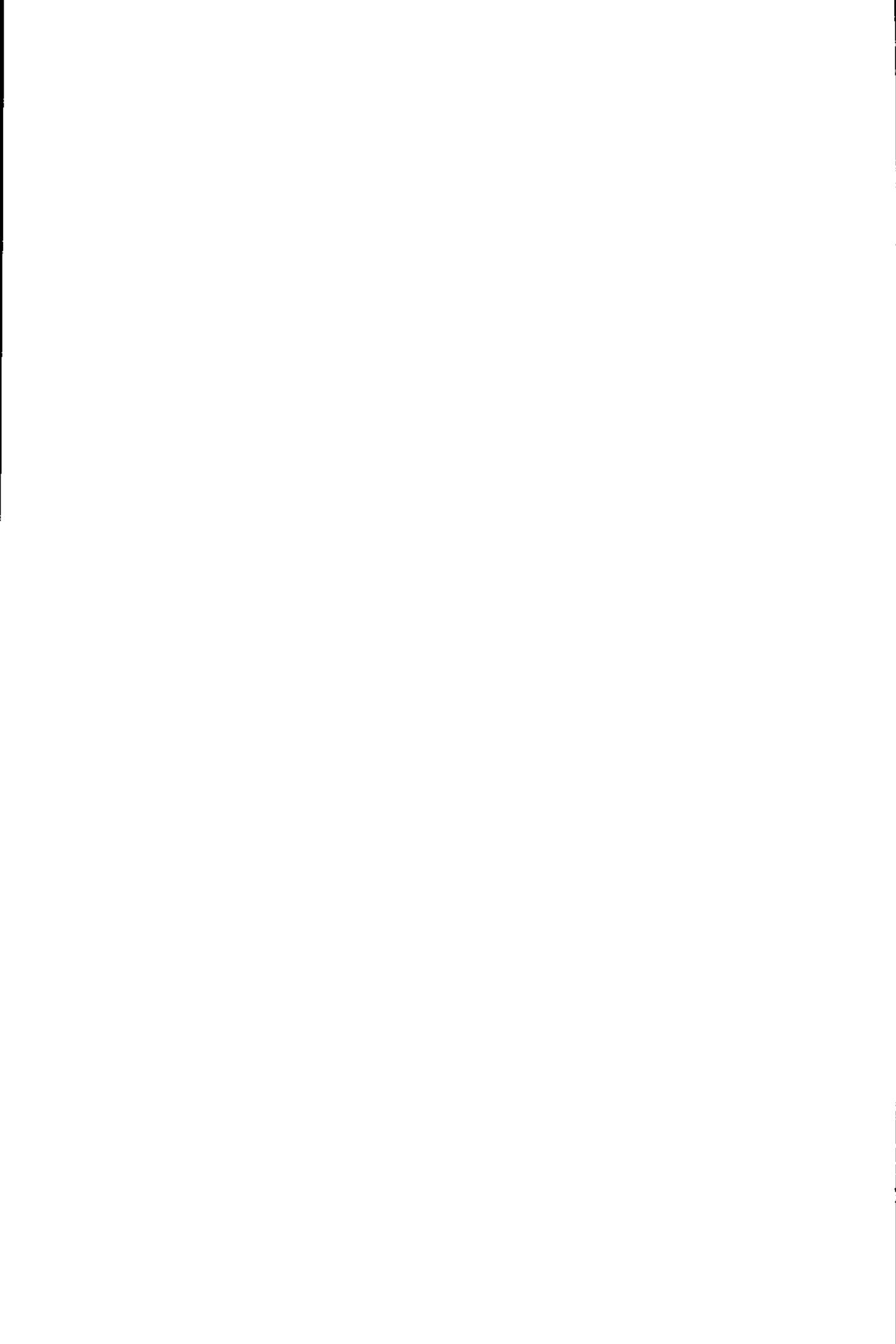
Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi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

## 2. Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

### 1) Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.



## 2) Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok kecil ini adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), memainkan peran (*role play*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

## 3. Metode pendidikan massa

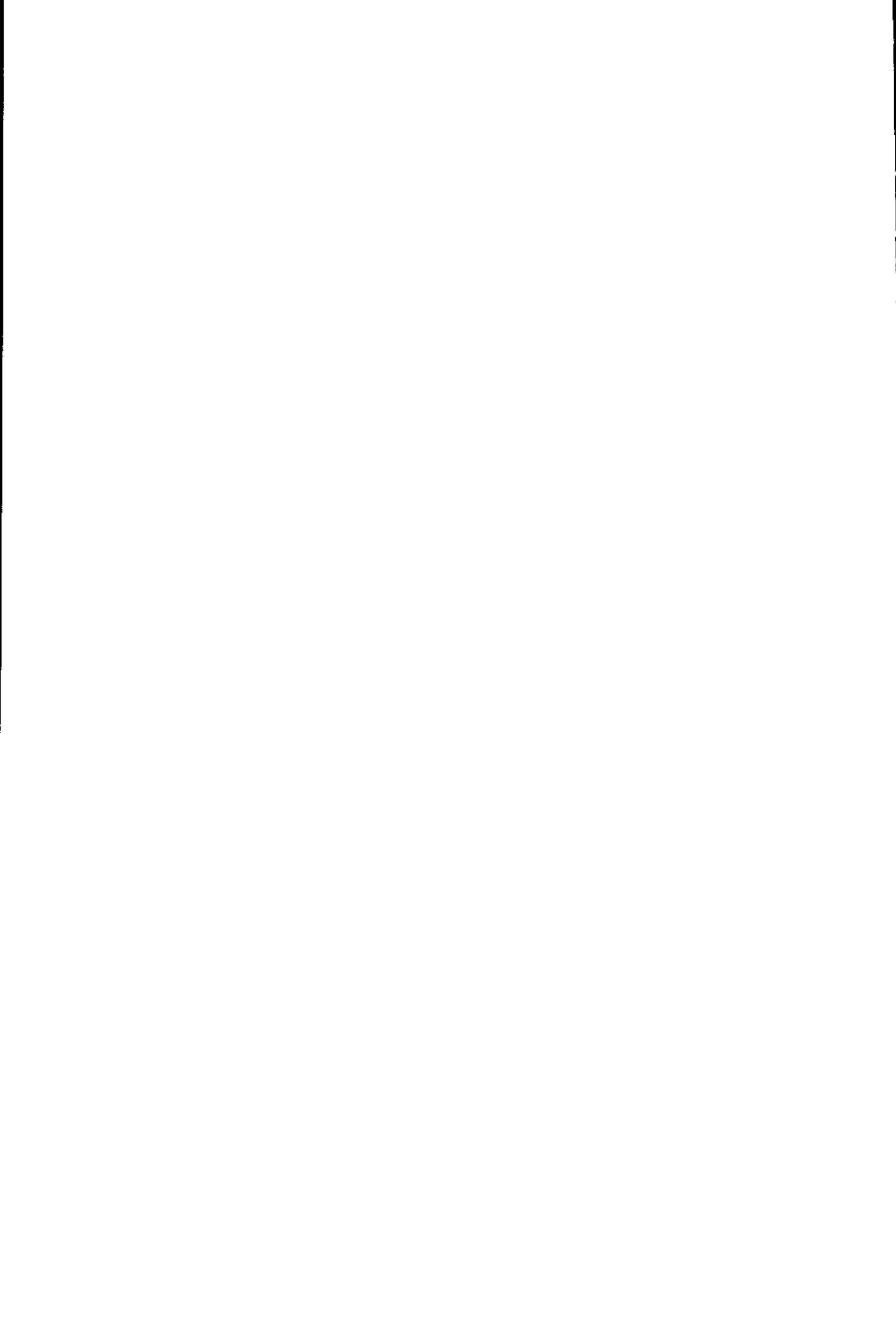
Pendekatan massa tidak membedakan usia, golongan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, ekonomi, pendidikan. Bisa dengan ceramah umum, pidato di media elektronik, simulasi, sinetron, dan tulisan – tulisan.

### 2.1.4 Alat bantu atau peraga

#### 1. Pengertian

Yang dimaksud dengan alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pegajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/ pengajaran.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indra yang digunakan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah pemahaman.



Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut. Mulai dari yang paling atas sampai bawah yaitu : Kata-kata, tulisan, rekaman/ radio, film, televise, pameran, field trip, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, dan benda asli. Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan/pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Jelas bahwa penggunaan alat peraga merupakan pengalaman salah satu prinsip proses pendidikan.

## 2. Faedah alat bantu

Secara terperinci, faedah alat peraga antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain
- 5) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik atau pelaku pendidikan
- 6) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan
- 7) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik



8) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

### 3. Macam-macam alat bantu pendidikan kesehatan

Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga):

- 1) Alat bantu lihat yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip, dan alat-alat yang tidak diproyeksikan yaitu dua dimensi seperti gambar peta, bagan dan tiga dimensi seperti bola dunia, boneka.
- 2) Alat bantu dengar, yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. Misalnya: piring hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.
- 3) Alat bantu lihat dengar, seperti televisi dan *video cassette*. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio-Visual Aids (AVA)*.

### 4. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan kesehatan

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga tersebut.

Yang perlu diketahui tentang sasaran, antara lain:

- 1) Individu atau kelompok
- 2) Kategori-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

Tempat untuk memasang (menggunakan) alat peraga:

- 1) Di dalam keluarga, antara lain di dalam kesempatan kunjungan rumah, waktu menolong persalinan dan merawat bayi, atau menolong orang sakit, dan sebagainya.
- 2) Di masyarakat, misalnya pada waktu perayaan hari-hari besar, arisan, pengajian, dan sebagainya. Bisa juga dipasang di tempat-tempat umum yang strategis.
- 3) Di instansi-instansi, antara lain puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah, dan sebagainya.

Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:

- 1) Petugas pukesmas/ kesehatan
  - 2) Kader kesehatan
  - 3) Guru sekolah dan tokoh masyarakat lainnya
  - 4) Pamong desa.
5. Merencanakan dan menggunakan alat peraga

Biasanya kita menggunakan alat peraga sebagai pengganti objek-objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang tidak langsung bagi sasaran.



### Tujuan yang hendak dicapai

#### 1. Tujuan pendidikan

- 1) Menanamkan pengetahuan pengertian, pendapat dan berbagai konsep
- 2) Mengubah sikap dan persepsi
- 3) Menanamkan tingkah laku/ kebiasaan yang baru

#### 2. Tujuan penggunaan alat peraga

- 1) Sebagai alat bantu dalam latihan/ penataran/pendidikan
- 2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
- 3) Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi
- 4) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.

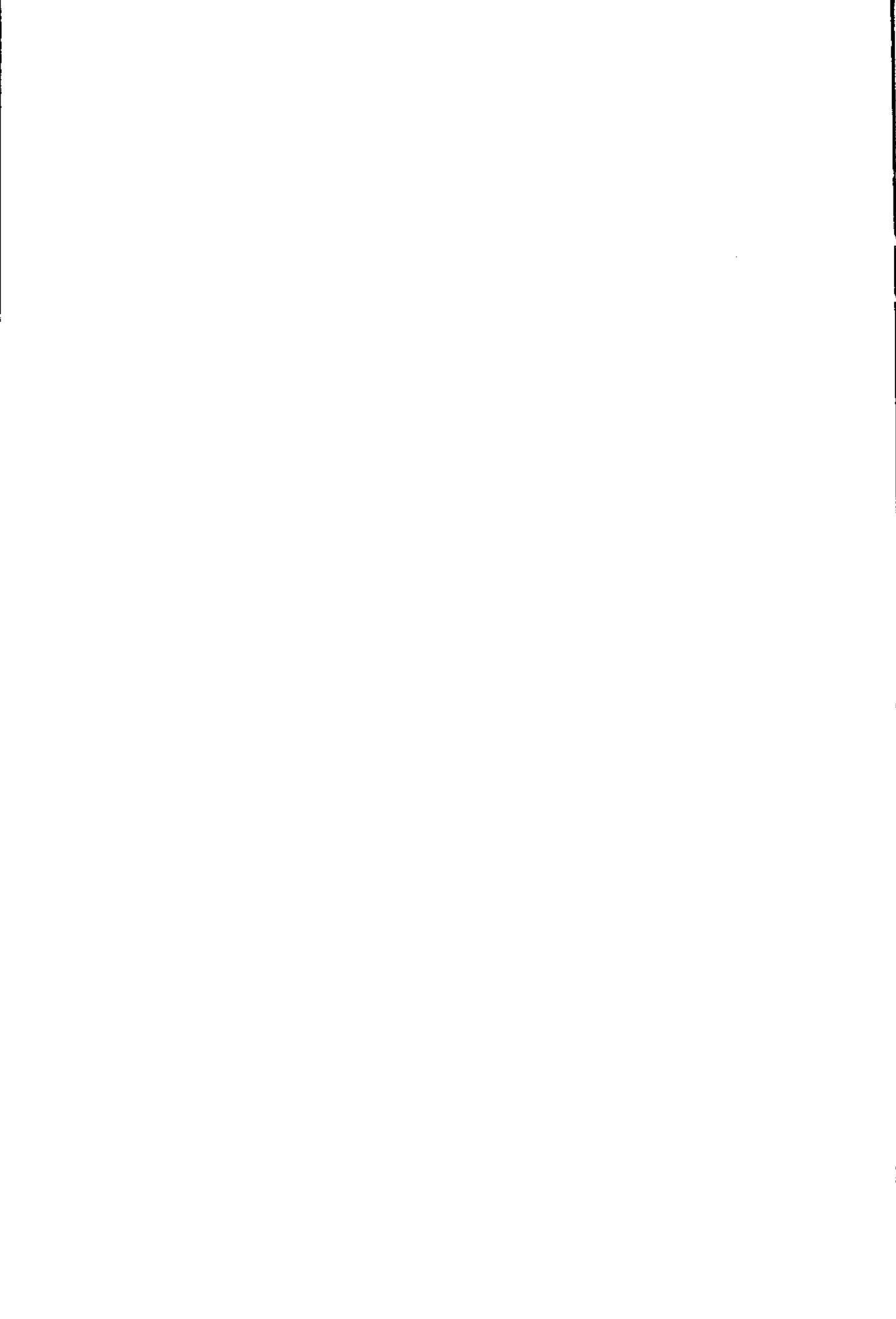
#### 6. Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat, berguna sebagai alat bantu belajar. Tetapi harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi sebagai alat belajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih dan mengadakan alat peraga secara tepat sehingga akan mendapatkan hasil yang maksimal.

Sebelum menggunakan alat peraga sebaiknya petugas mencoba terlebih dahulu alat-alat yang masih dalam bentuk kasar atau *draf*, sebelum diproduksi seluruhnya. Test ini berguna untuk mengetahui sejauh mana alat peraga tersebut dapat dimengerti oleh sasaran pendidikan.

Cara melakukan test tersebut antara lain sebagai berikut:

- 1) Merencanakan terlebih dahulu tes pendahuluan untuk suatu media yang akan diproduksi



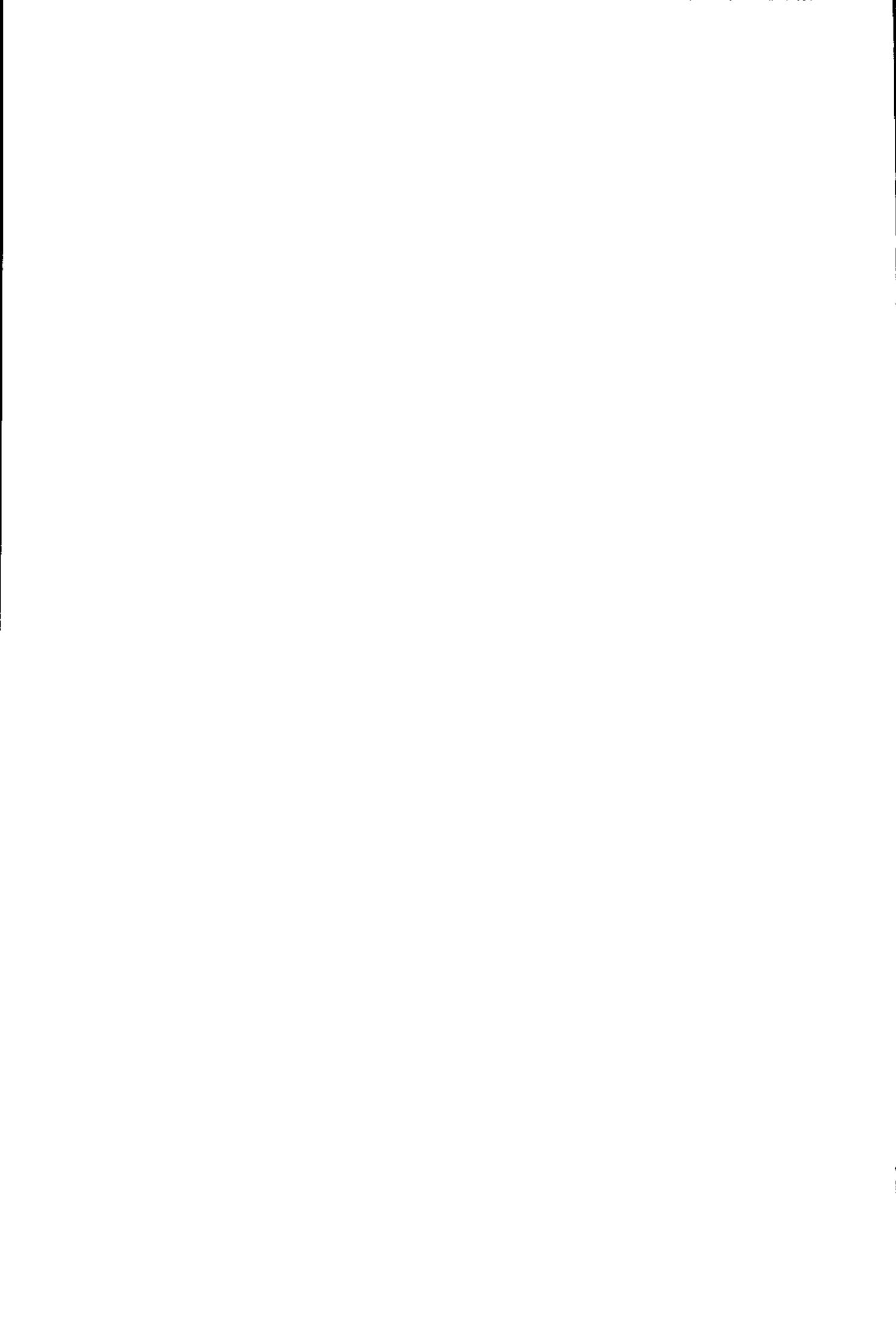
- 2) Menentukan pokok-pokok yang akan dipesankan dalam media tersebut
- 3) Menentukan gambar-gambar pokok atau simbol-simbol yang disesuaikan dengan ciri-ciri sasaran
- 4) Memperlihatkan alat peraga/media tersebut kepada sasaran tercoba
- 5) Memperlihatkan kepada sasaran tercoba.
- 6) Mendiskusikan alat yang dibuat tersebut dengan orang lain (teman-teman) atau dengan para ahli.

#### 7. Cara mempergunakan alat peraga

Cara mempergunakan alat peraga sangat tergantung pada jenis alatnya. Menggunakan alat peraga gambar sudah tentu berbeda dengan menggunakan film strip dan sebagainya. Disamping itu juga dipertimbangkan faktor sasaran pendidikannya. Untuk masyarakat yang buta huruf akan berbeda dengan masyarakat yang telah berpendidikan. Dan yang lebih penting adalah bahwa alat yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat para pesertanya.

#### 8. Media pendidikan kesehatan

Yang dimaksud dengan media disini pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA) seperti telah diuraikan diatas. Disebut media pendidikan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan



kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni media cetak, media elektronik dan media papan.

### 1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan 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 buku di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster adalah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

### 2. Media elektronik



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

1) **Televisi**

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), *TV Spot*, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya

2) **Radio**

Penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, *radio spot*, dan sebagainya

3) **Video**

Penyampaian informasi atau pesan kesehatan dapat melalui video.

4) **Slide**

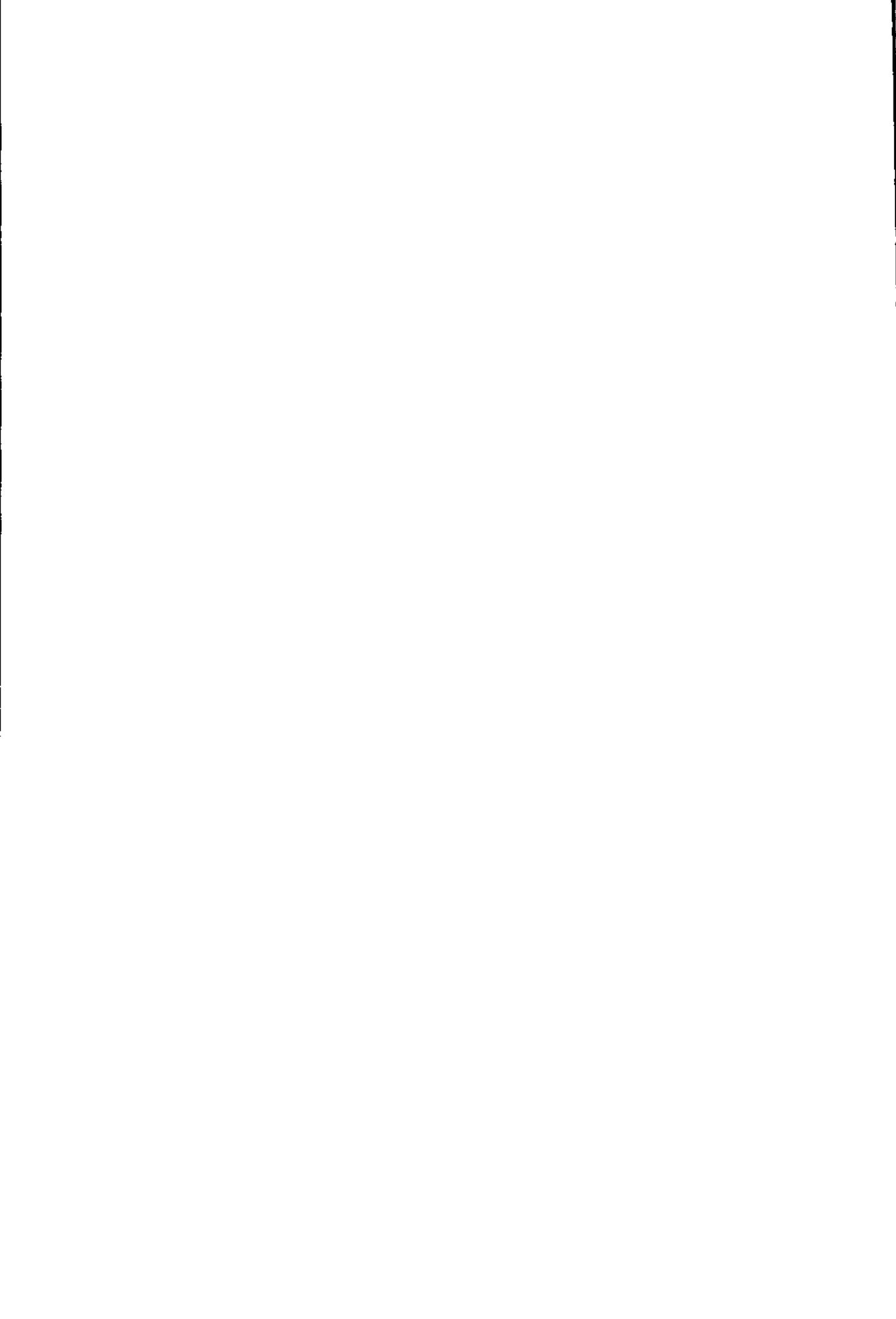
*Slide* juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan

5) **Film strip**

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

3. **Media papan (*Billboard*)**

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran



seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus dan taksi)

(Notoadmodjo,2007).

## **2.2 Konsep *Small Group Discussion***

### **2.2.1 Pengertian *small group discussion***

*Small Group Discussion* adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut (Maulana, 2009). *Small group discussion* akan mendorong peserta untuk mengungkapkan pendapatnya dan membandingkan dengan pendapat peserta yang lain, oleh sebab itu *small group discussion* sangat bagus untuk sarana belajar. *Small group discussion* ini juga mempunyai nilai ekstrinsik yaitu dapat digunakan untuk meningkatkan keterampilan berbicara dan berkomunikasi dalam suatu komite atau berkomunikasi secara umum dengan klien atau kolega. Dalam *small group discussion* pasti terdapat suatu kelompok. Kelompok adalah ketika beberapa orang berkumpul secara bersama-sama menyadari keberadaan mereka sebagai suatu kelompok, dan berupaya untuk memenuhi kebutuhan mereka, berbagi tujuan, saling tergantung, ingin bergabung dalam kegiatan kelompok, dan ingin selalu bersatu dalam kelompok (Jaques, 1989)

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk diantara peserta sehingga



tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa berada dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta (Notoatmodjo, 2007).

### **2.2.2 Penggunaan *small group discussion***

Penggunaan *Small Group Discussion* harus memenuhi ketentuan berikut :

1. Peserta diberi kesempatan saling mengemukakan pendapat.
2. Problema dibuat menarik
3. Peserta dibantu mengemukakan pendapatnya
4. Problema perlu dikenal dan diolah
5. Ciptakan suasana informasi
6. Orang yang tidak suka bicara diberi kesempatan
7. Mengharapkan suasana informal (Maulana, 2009)

### **2.2.3 Keuntungan *small group discussion***

1. Memungkinkan saling mengemukakan pendapat
2. Merupakan pendapat yang demokratis
3. Mendorong kesatuan
4. Memperluas pandangan
5. Menghayati kepemimpinan bersama



6. Membantu mengembangkan kepemimpinan
7. Memperoleh pandangan orang yang tidak suka bicara (Maulana, 2009)

#### **2.2.4 Kekurangan *small group discussion***

1. Tidak dapat dipakai dalam kelompok yang besar
2. Peserta memperoleh informasi yang terbatas
3. Diskusi mudah berlarut-larut
4. Membutuhkan fasilitator yang terampil
5. Kemungkinan didominasi orang-orang yang suka belajar
6. Biasanya orang menghendaki pendekatan yang lebih formal.

#### **2.2.5 Tujuan *small group discussion***

1. Meningkatkan ketrampilan dalam berfikir

Misalnya: penalaran, berspekulasi, evaluasi, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah.

2. Sebagai sarana berbagi (sharing)

Misalnya: pengamatan, pengalaman, dan perasaan.

*Small group discussion* membantu para peserta diskusi untuk mengembangkan pemahaman tentang konsep dan untuk memperoleh atau meningkatkan strategi dan pendekatan untuk menyelesaikan masalah.

Untuk memperoleh hasil pemikiran yang lebih mendalam maka perlu digunakan metode ini. Metode ini sangat membantu semua peserta untuk terlibat dalam diskusi guna mencapai suatu tujuan. Metode ini membutuhkan keterampilan dalam berfikir yang lebih tinggi (misalnya: penerapan konsep dan prinsip-prinsip pemecahan masalah). Hal ini merupakan tujuan dari *small group discussion*.



### **2.2.6 Pedoman *small group discussion***

#### **1. Mengikuti prosedur**

Setiap tahap harus dalam urutan yang tepat. Pandu peserta untuk melakukan penalaran mereka sendiri dan membantu mereka mengaplikasikan informasi pada setiap tahap dalam proses *small group discussion*.

#### **2. Meningkatkan pengetahuan peserta**

Ajukan pertanyaan hingga peserta menyatakan semua yang mereka ketahui, seperti mengapa, apa maksudmu, apa artinya, bagaimana anda tahu itu benar.

#### **3. Hindari memberikan informasi pada peserta bahwa mereka dapat dan seharusnya mengajukan pernyataan yang lain**

#### **4. Memastikan semua peserta berkontribusi pada diskusi**

#### **5. Mencegah hanya pemimpin yang berpendapat dalam diskusi**

#### **6. Memulai diskusi dari hal yang paling sederhana dulu lalu baru kearah yang sulit agar peserta tidak bosan**

#### **7. Kenali potensi masalah interpersonal dalam kelompok dan jika perlu lakukan intervensi agar semua peserta berpartisipasi dalam diskusi. Bila perilaku masalah dalam kelompok mulai mempengaruhi proses diskusi maka selesaikan dulu masalah dalam kelompok.**

#### **8. Terus memantau perkembangan tiap peserta dalam kelompok.**



### **2.2.7 Teknik untuk meningkatkan *small group discussion***

#### **1. Orientasi tujuan**

Setiap diskusi mempunyai tujuan, walaupun hanya tujuan yang sederhana.

Tujuan memberikan arahan bagi peserta dan juga bagi pemimpin diskusi.

#### **2. Libatkan peserta dalam interaksi**

Agar diskusi benar-benar berfokus pada peserta bukan pada pemimpin diskusi.

#### **3. Identifikasi peserta yang pemalu dan dominan**

Peserta diskusi biasanya ada yang pemalu dan dominan, hal ini biasa dalam diskusi tetapi jangan sampai menimbulkan masalah yang serius.

#### **4. Berikan contoh yang nyata**

Memberikan contoh yang sesuai dengan kenyataan tidak hanya berdasarkan teori.

#### **5. Keterampilan bertanya**

Pemimpin diskusi sebaiknya memberikan pertanyaan yang terbuka dari pada pertanyaan yang tertutup untuk melatih peserta mengungkapkan pendapatnya (Gelula, 1997).

### **2.2.8 Isi dan proses *small group discussion***

Dalam semua interaksi manusia ada dua hal yang utama, yaitu isi dan proses. Isi berhubungan dengan materi yang dibahas sedangkan proses mengacu pada dinamika apa yang sedang terjadi pada para peserta diskusi. Karena materi yang mudah diterima oleh peserta maka akan mendapat perhatian yang lebih dari peserta. Sedangkan proses meskipun jarang diperhatikan tetapi akan menentukan apakah kelompok bekerja secara efektif atau tidak. Diskusi sangat dipengaruhi



oleh faktor lingkungan fisik, ukuran, kohesi, iklim, norma, penghubung, struktur organisasi, ataupun tujuan kelompok (Jaques, 1989)

## 2.3. Konsep Perilaku

### 2.3.1 Pengertian perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus – Organisme – Respon*.

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Misalnya : makanan yang lezat menimbulkan keinginan-keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya : mendengar berita musibah menjadi sedih atau menagnis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.



2. *Operant respons instrumental respons*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

### 2.3.2 Klasifikasi perilaku

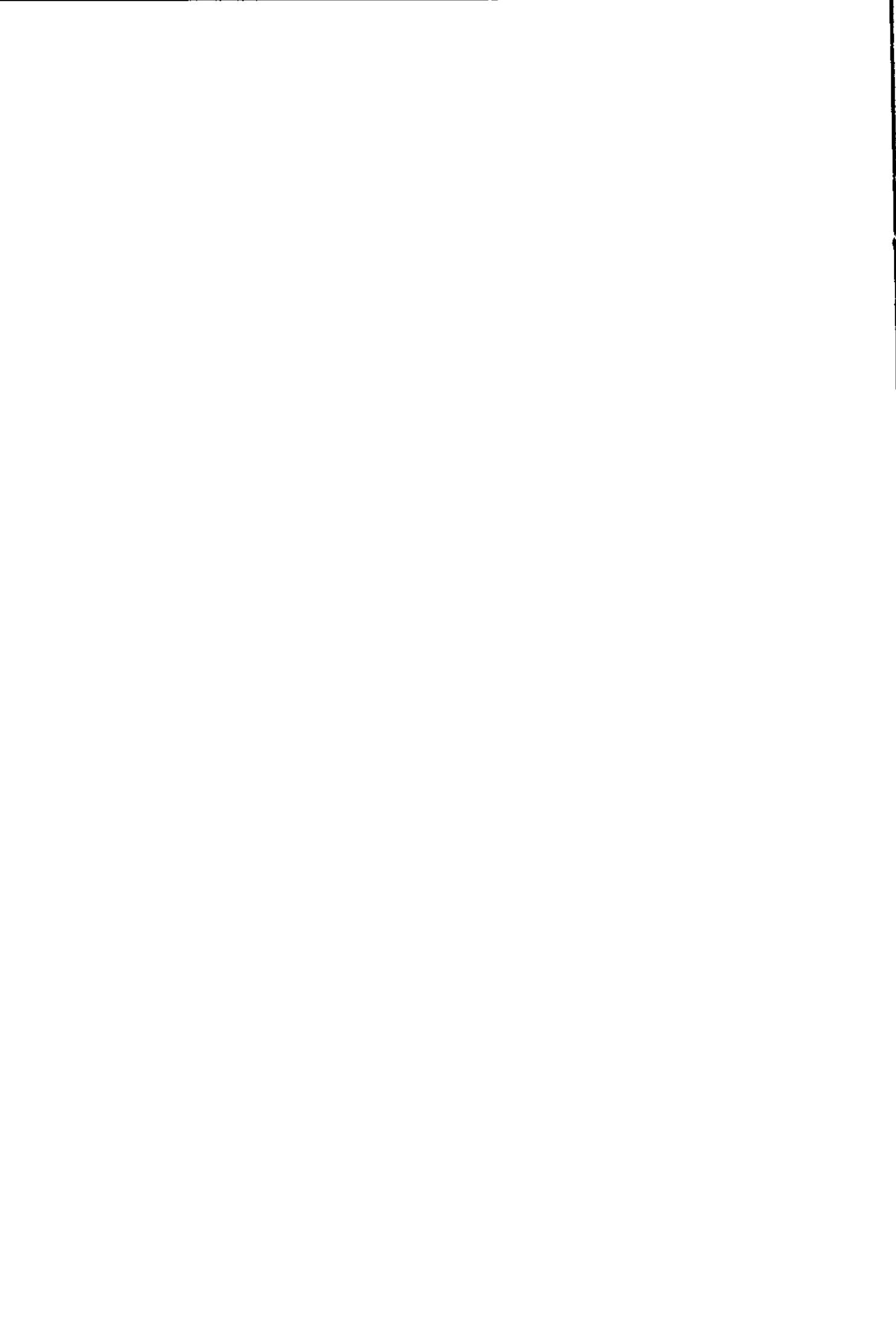
Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

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

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.



### 2.3.3 Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2007) adalah suatu respon seseorang (*organismee*) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit, meliputi :

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat
- 3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.



### 3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya, meliputi :

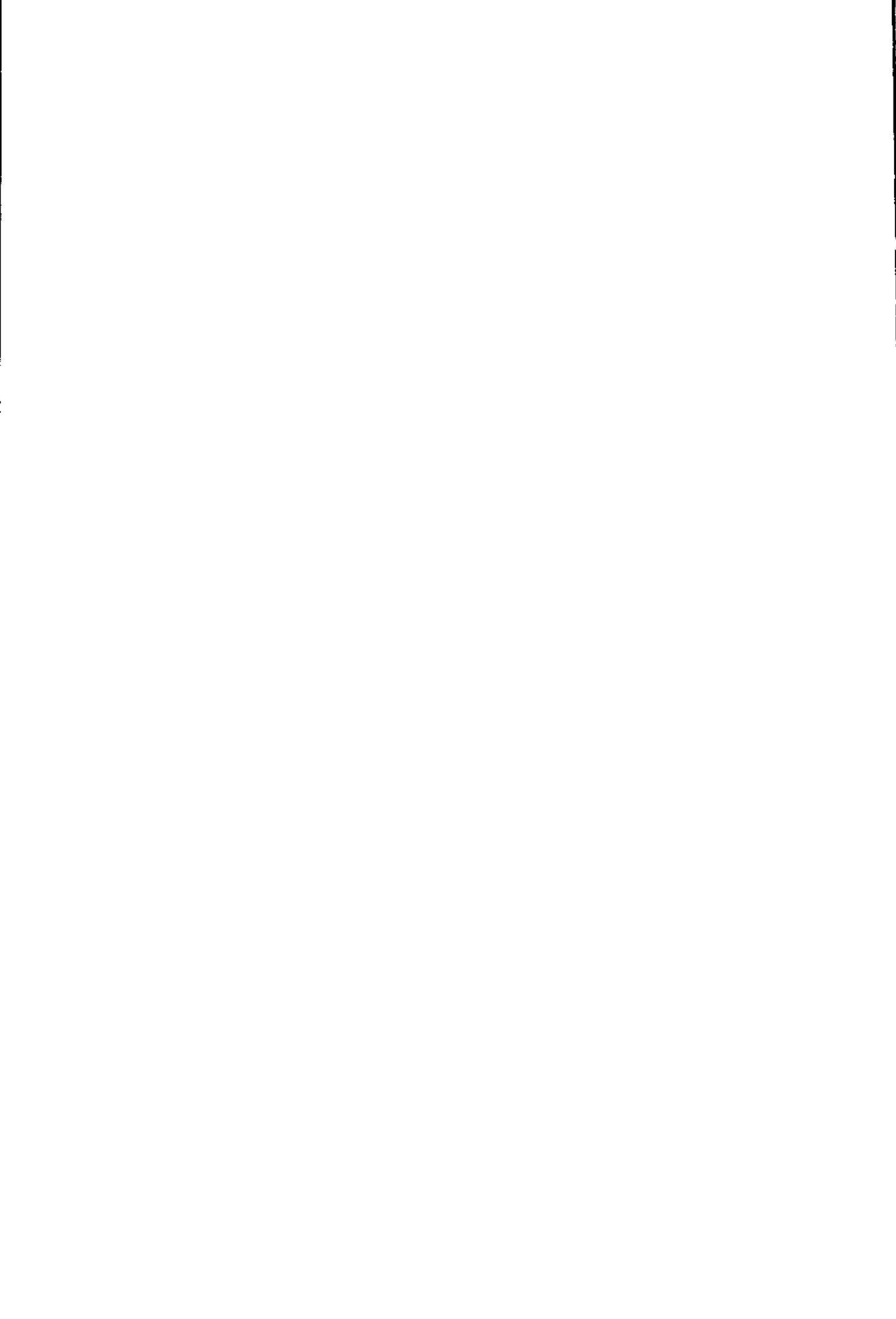
- 1) Perilaku hidup sehat, berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya
- 2) Perilaku sakit, mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya.
- 3) Perilaku peran sakit.

Dari segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*).

#### 2.3.4 Domain perilaku

Bloom membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah afektif (*affectife domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

Benyamin Bloom (1908), membagi perilaku seseorang menjadi tiga domain, yaitu :



## 1. Pengetahuan (*knowlegde*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- 1) Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- 2) Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- 3) Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

## 1. Proses Adopsi Perilaku

Menurut penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

### 1) Kesadaran (*awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*)

### 2) Tertarik (*interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus

### 3) Evaluasi (*evaluation*)



Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4) Mencoba (*trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

5) Menerima (*Adoption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2) Memahami (*Comprehension*)

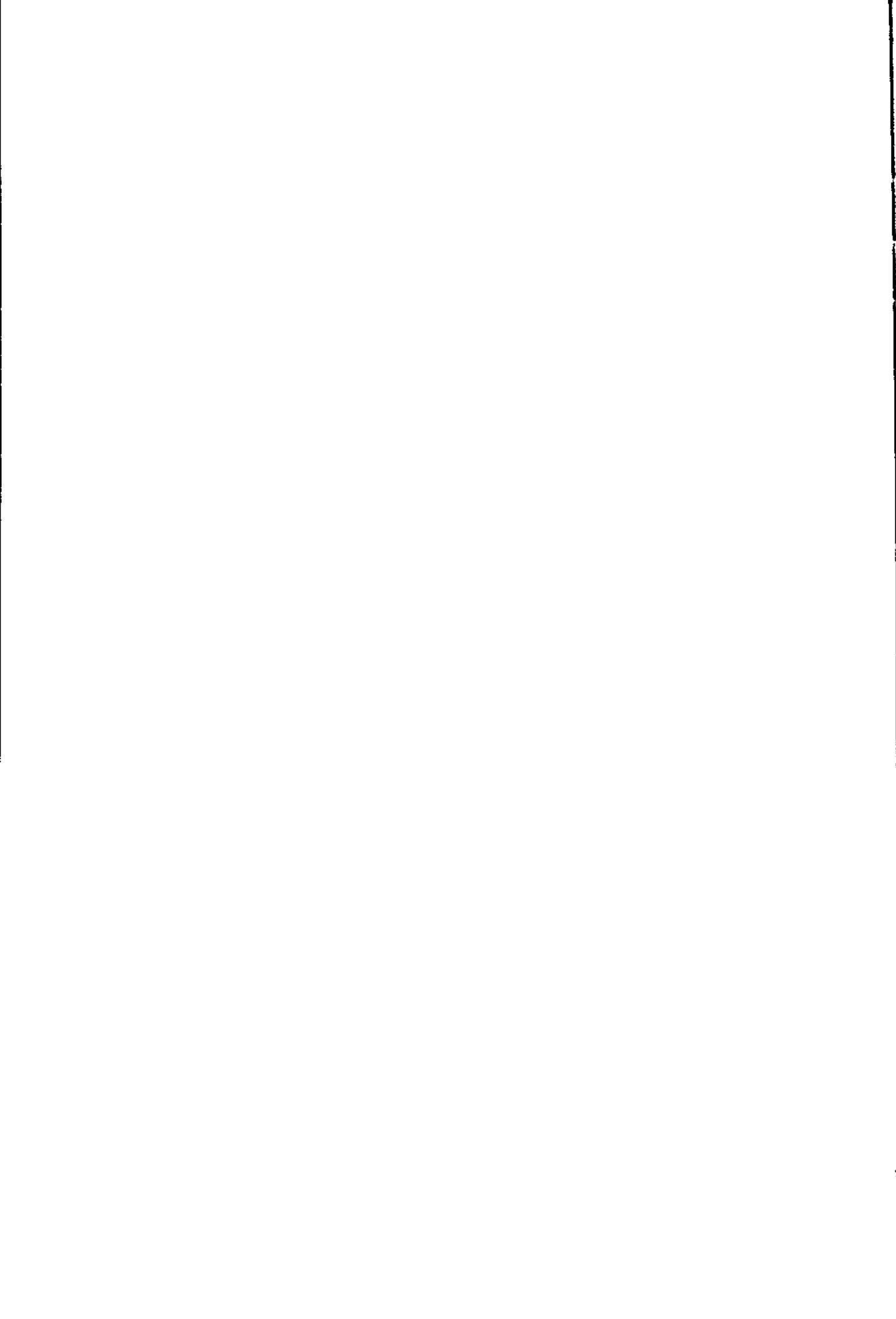
Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.



### 5) Sintesa

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

### 6) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

## 2. Sikap (attitude)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

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

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

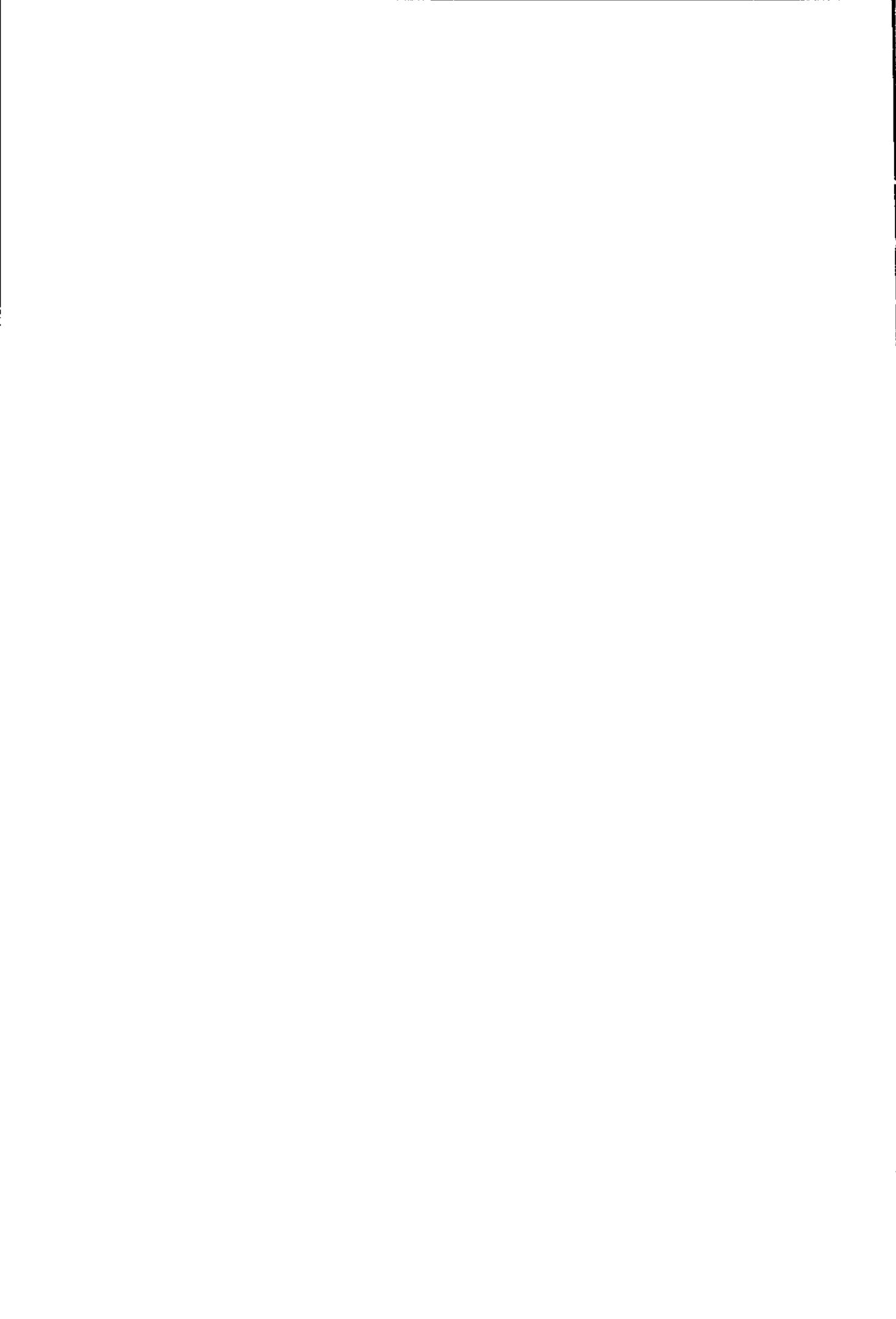
#### 1. Menerima (*receiving*)

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.

#### 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 segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik atau tindakan (*practice*)

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

1. Persepsi (*perception*)

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

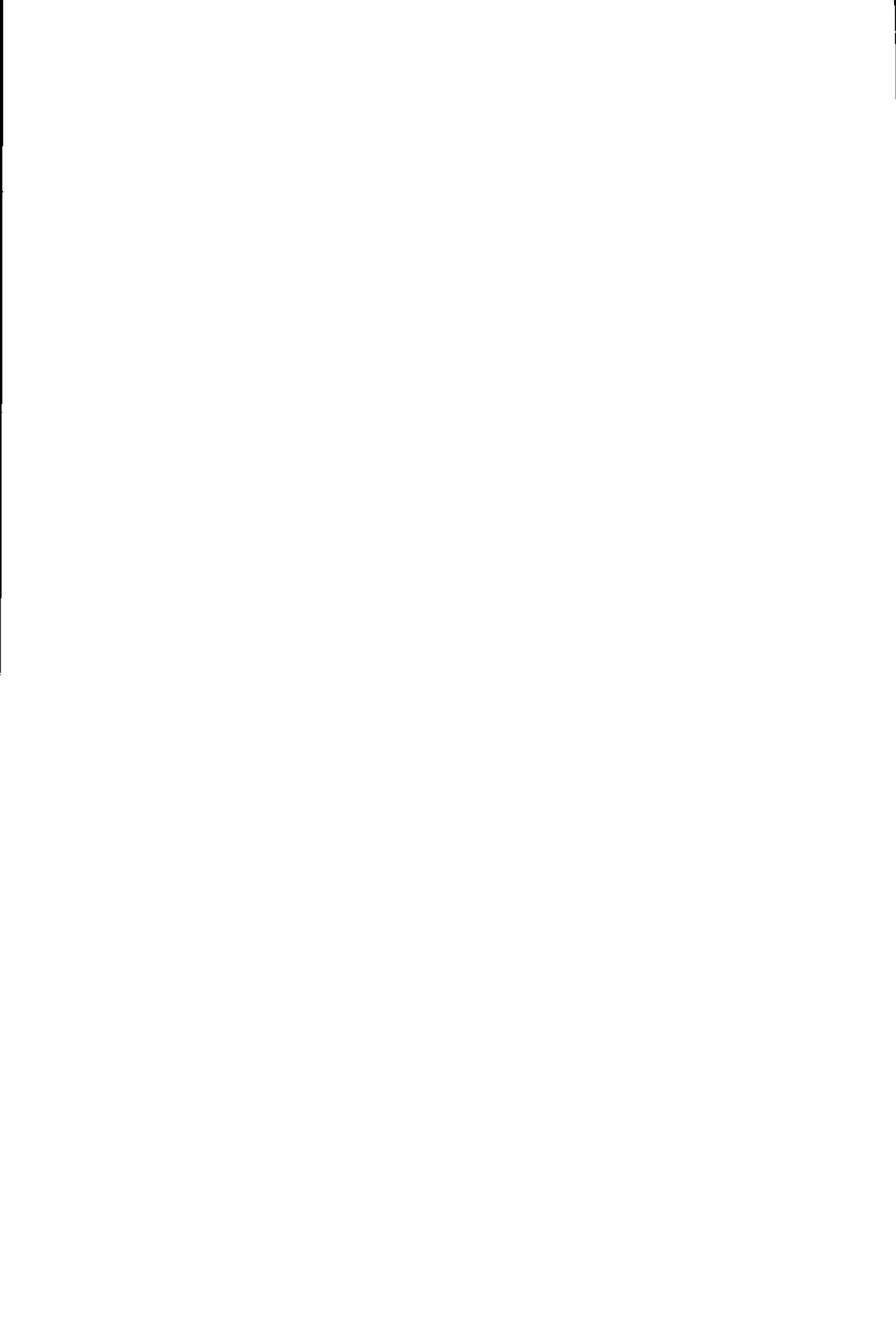
2. Respon terpimpin (*guide response*)

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

3. Mekanisme (*mecanism*)

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

4. Adopsi (*adoption*)



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

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

### 2.3.5 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 factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), 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 factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.



## 2. Teori Snehandu 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

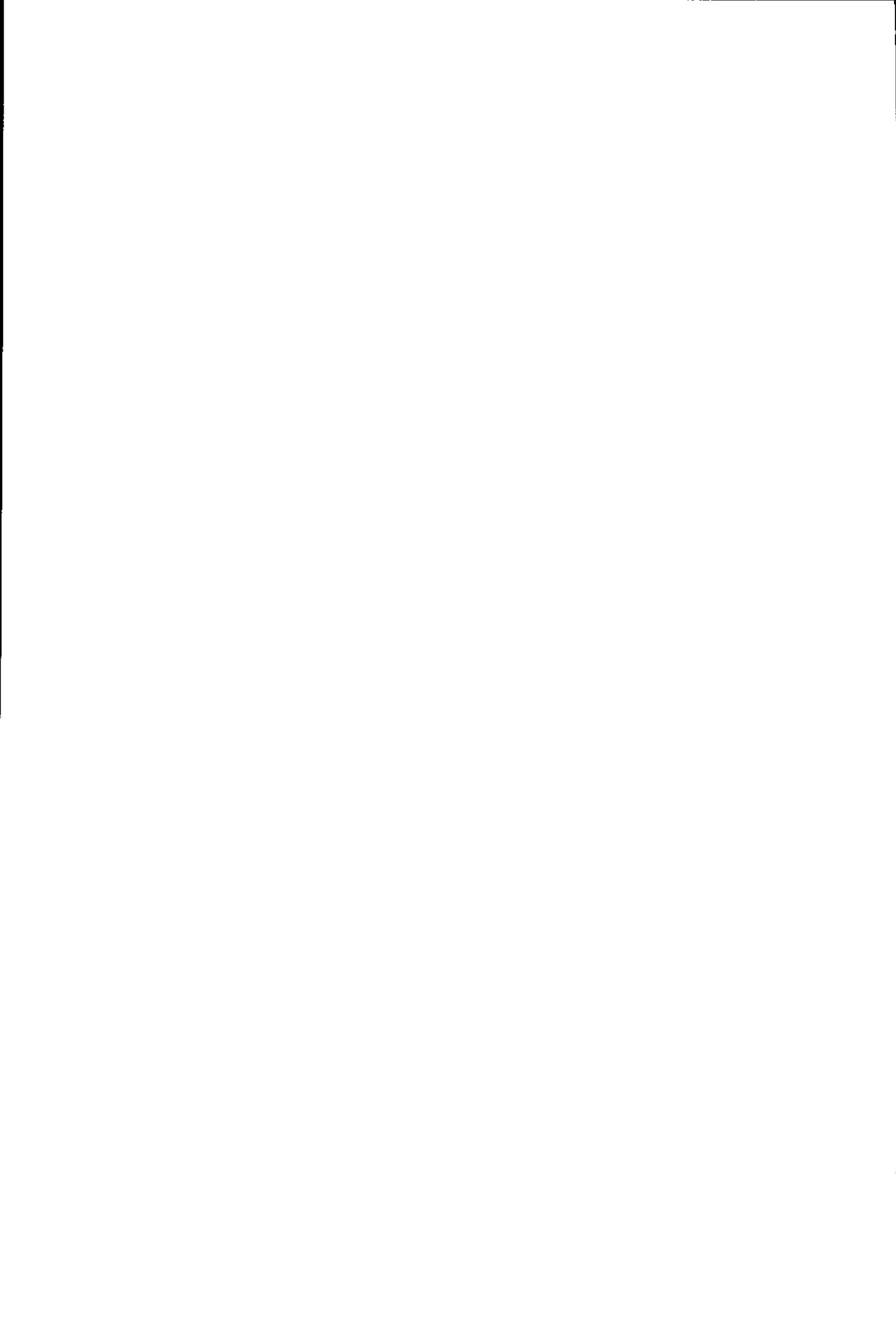
Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam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

### 2.3.6 Teori-teori perubahan perilaku

Banyak teori tentang perubahan perilaku, diantaranya sebagai berikut :

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

Teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Proses perubahan



perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari :

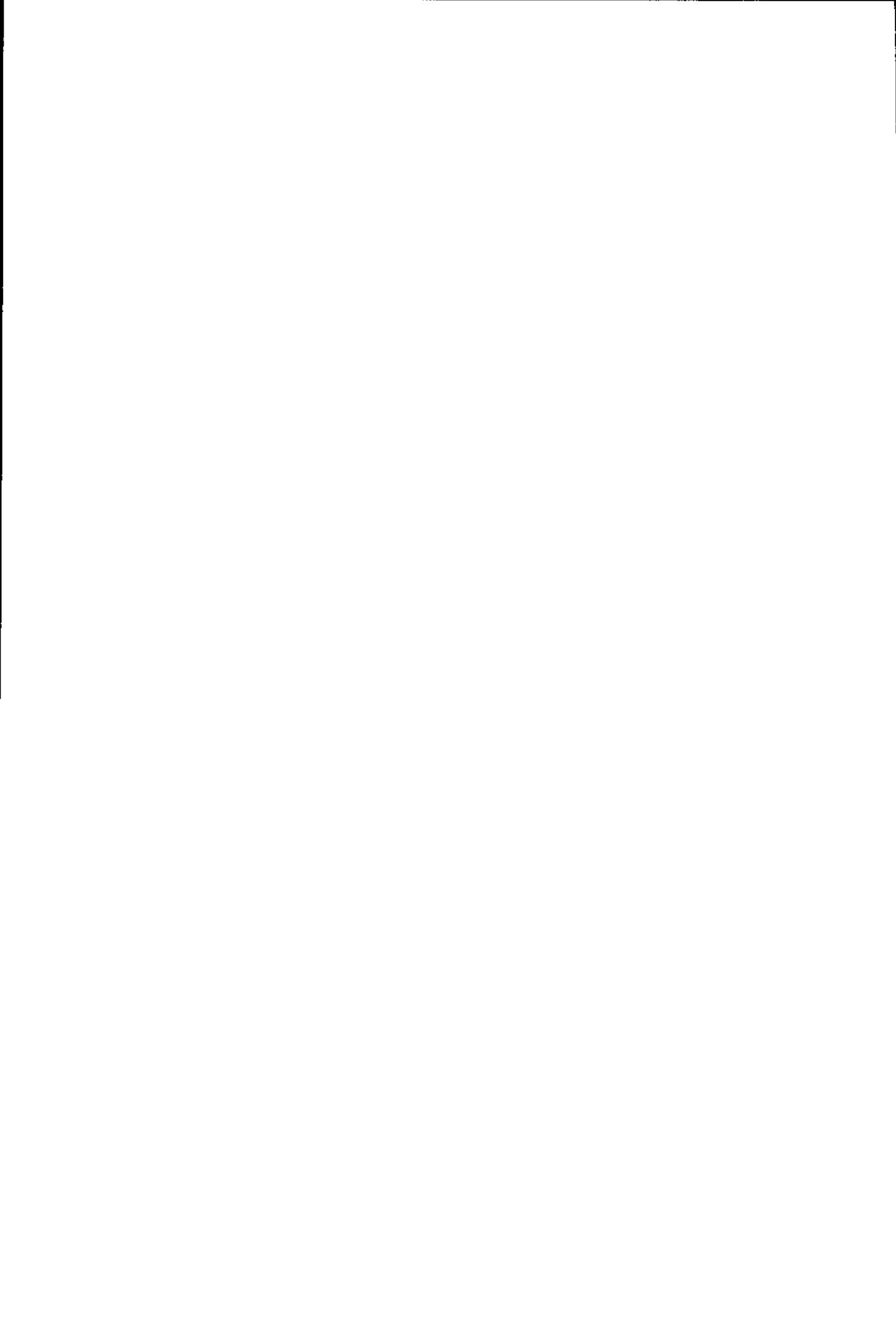
- 1) Stimulus yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak.
- 2) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian terhadap organisme (diterima), sehingga mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- 3) Setelah ini organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diteimanya (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 dilator belakang 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*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining 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 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

#### 2.3.7 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO yaitu:

##### 1. Perubahan alamiah (*Natural Change*)



Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian ilmiah.

## 2. Perubahan terencana (*Planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

## 3. Kesiapan untuk berubah (*Readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka sebagian orang cepat untuk menerima inovasi atau perubahan perilaku tersebut sehingga berubah perilakunya. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda

### 2.3.8 Strategi perubahan perilaku

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga :

#### 1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

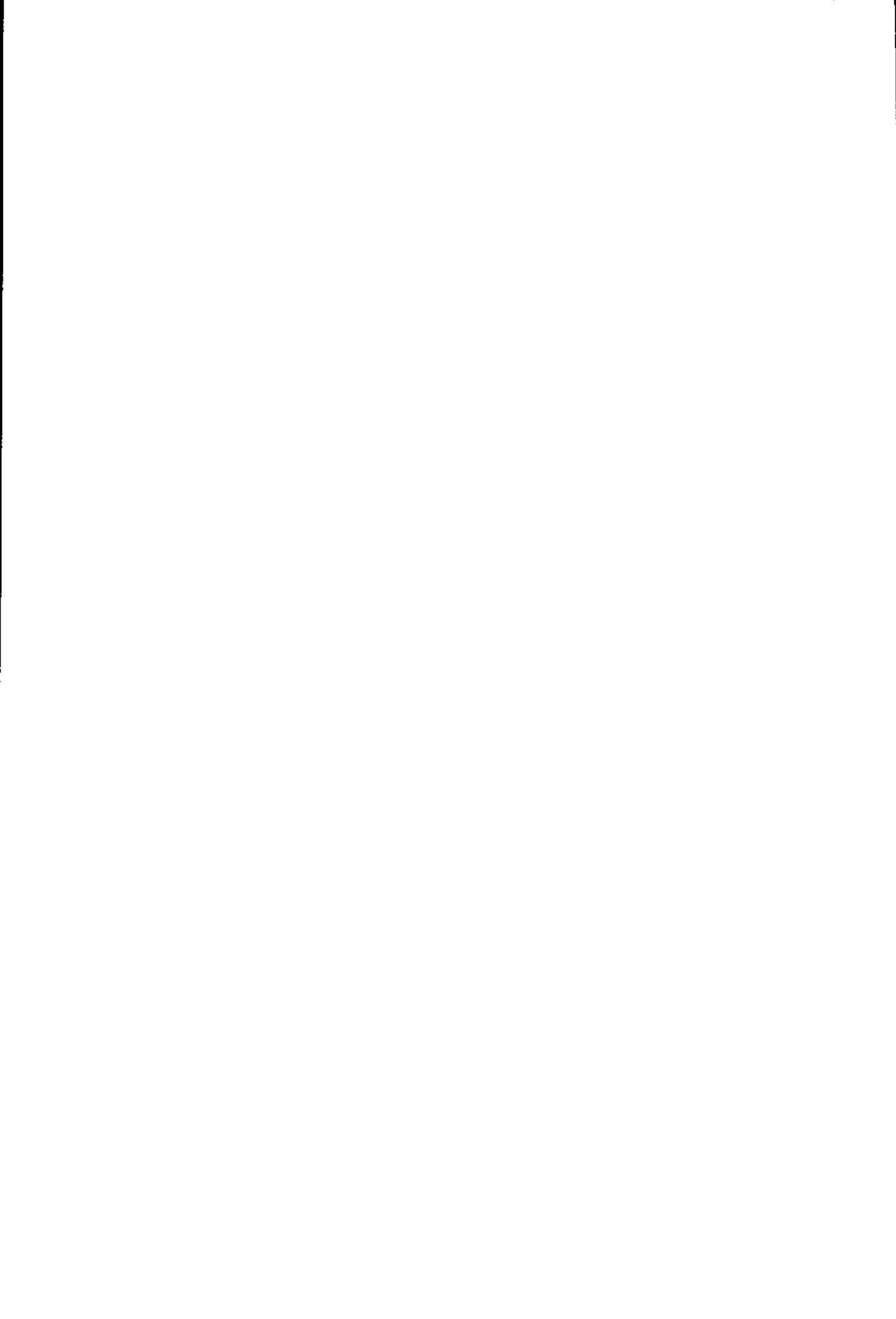
Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan.

#### 2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

#### 3. Diskusi partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua diatas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima



informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik dengan cara yang pertama (Notoatmodjo, 2007).

## **2.4 Konsep ASI Eksklusif**

### **2.4.1 Pengertian ASI eksklusif**

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini (Depkes RI, 2004).

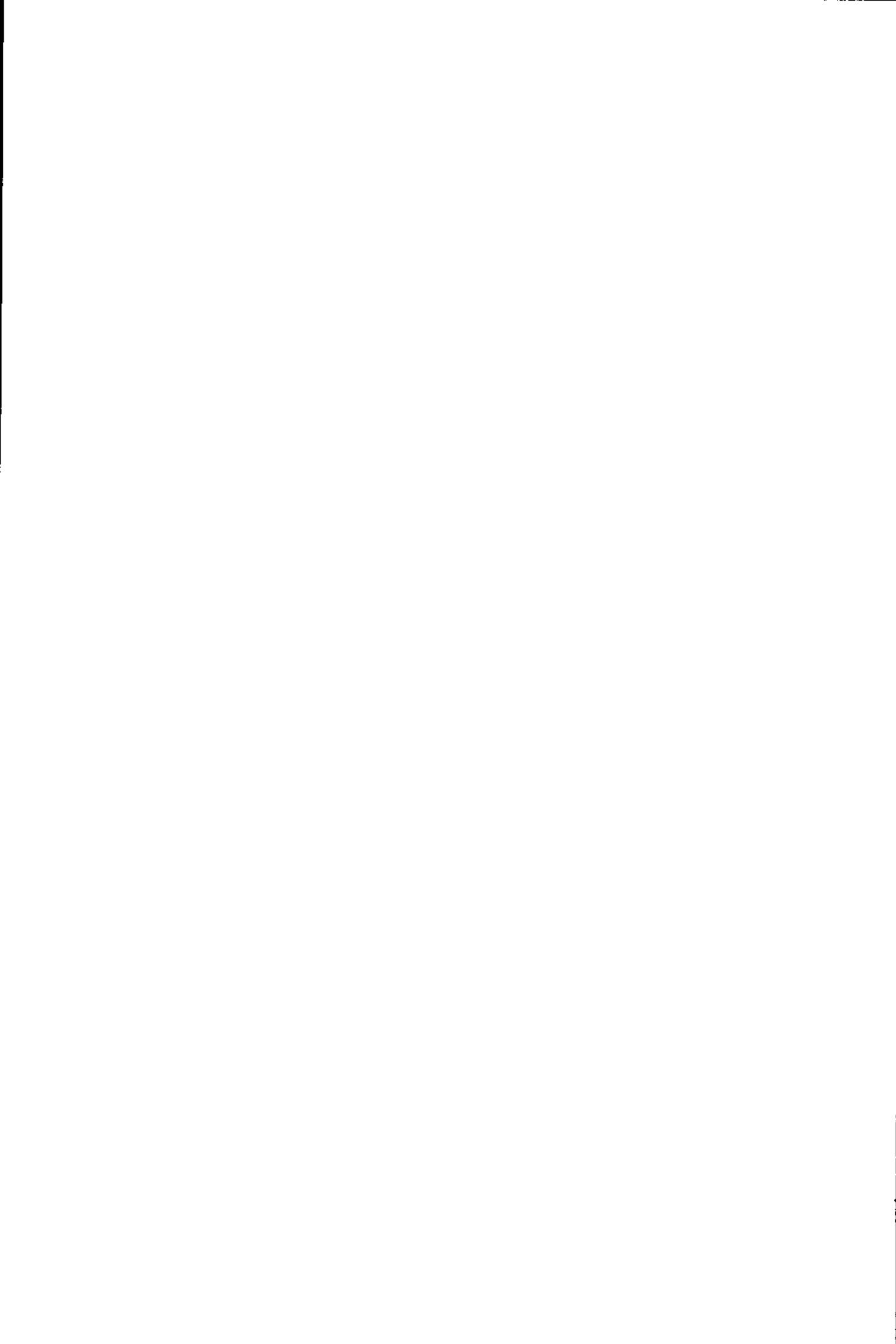
ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat (Roesli, 2005).

### **2.4.2 Keunggulan ASI**

Menurut Sastroasmoro (2007) banyak alasan untuk menyatakan bahwa ASI memang merupakan makanan yang terbaik bagi bayi, beberapa diantaranya adalah

- 1. ASI mengandung semua yang diperlukan bayi**

Analisis gizi telah memperlihatkan bahwa ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan bayi dalam bulan-bulan pertama kehidupannya. Dalam ASI, semua jenis zat gizi yang diperlukan bayi, baik kalori, protein,



lemak, air, mineral, vitamin, dan lain-lainnya terdapat dalam jumlah yang cukup dengan komposisi yang seimbang. Jadi bila dipandang dari kecukupan gizi, maka ASI telah diatur oleh sang Maha Pencipta untuk memenuhi kebutuhan bayi akan makanan dalam bulan-bulan pertama kehidupannya.

## 2. Zat gizi dalam ASI mudah dicerna bayi

Di dalam alam, zat gizi terdapat dalam berbagai bentuk. Misalnya protein banyak terkandung dalam daging, telur, dan ikan. Sedangkan karbohidrat banyak terdapat dalam nasi, jagung, terigu, atau sagu. Vitamin banyak dalam sayur mayor dan buah-buahan. Namun semua bahan tersebut tidak dapat dikonsumsi oleh bayi, oleh karena bayi belum dapat mengunyah, dan system pencernaannya belum sempurna. Dalam ASI, semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi berada dalam bentuk yang mudah dicerna oleh bayi.

## 3. Produksi ASI sesuai dengan kebutuhan bayi

Pada hari pertama dan kedua, produksi ASI masih sangat sedikit. Keadaan tersebut memang sengaja diatur oleh alam, disesuaikan dengan keadaan sang bayi. Dalam tubuh bayi baru lahir masih terdapat banyak cairan diluar sel, sehingga bayi tidak memerlukan air dalam jumlah yang banyak dalam hari-hari pertama. Setelah 3 atau 4 hari, cairan diluar sel tubuh bayi sudah berkurang, sehingga bayi memerlukan cairan lebih banyak. Pada saat itulah produksi ASI, apabila payudara ibu dihisap teratur oleh bayi, sudah cukup banyak untuk dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.



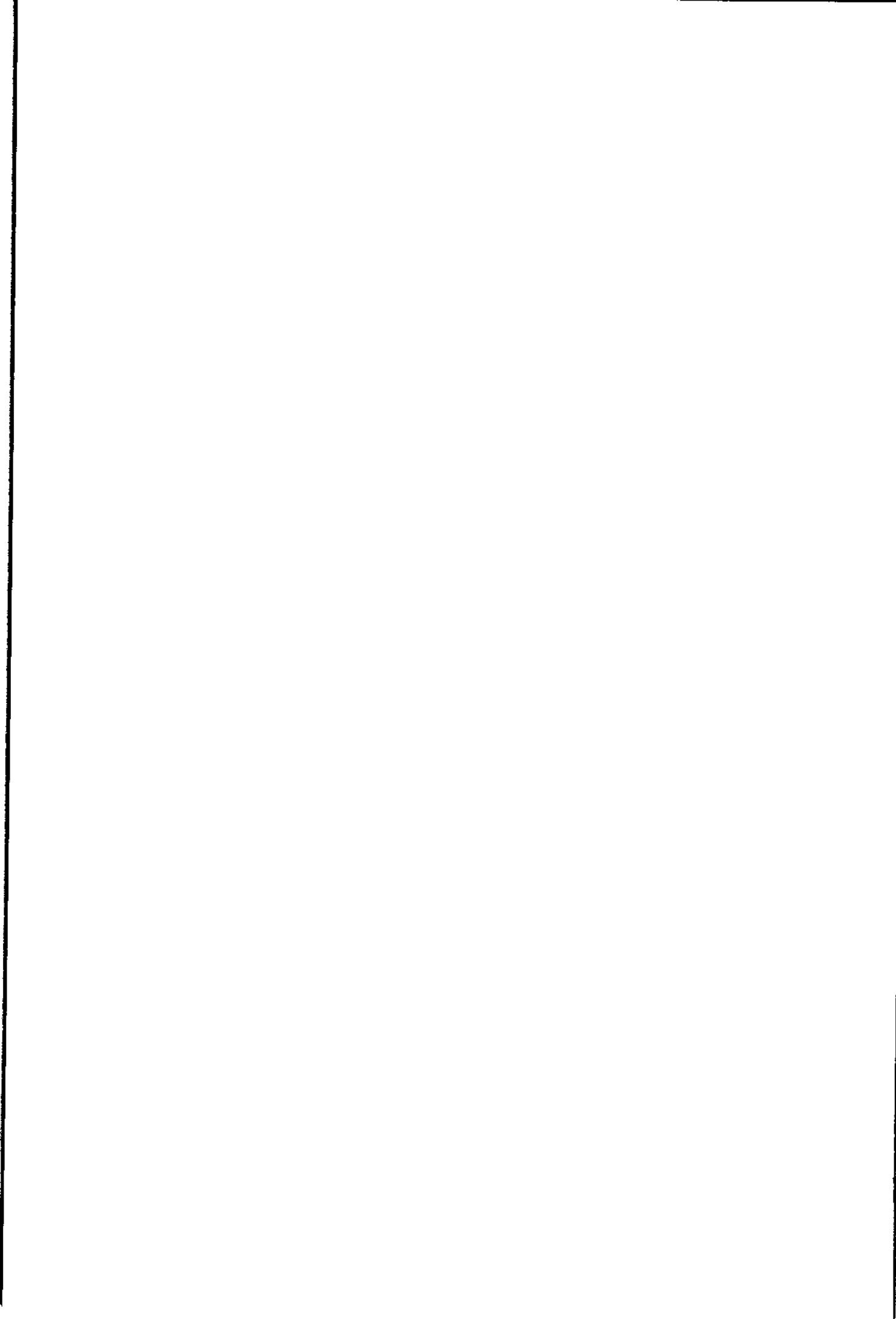
#### 4. ASI mengandung berbagai zat penangkis (anti-body)

Di dalam ASI terkandung zat-zat penangkis (anti-body) terhadap kuman tertentu, sehingga bayi tidak mudah terkena infeksi. Zat-zat penangkis (anti-body) tersebut memang sangat diperlukan oleh bayi baru lahir, oleh karena pada saat itu sistem kekebalan dalam tubuh bayi belum berkembang dengan baik. Zat anti yang alamiah tersebut tidak terdapat dalam susu formula (pengganti air susu ibu, PASI) buatan pabrik manapun.

ASI yang keluar dalam hari-hari pertama (kolostrum) banyak mengandung zat penangkis (anti-body), yang diperlukan oleh bayi untuk pertahanan terhadap berbagai penyakit. Karenanya memberikan ASI pada hari-hari pertama justru sangat penting. Sebagian ibu dengan sengaja tidak memberikan kolostrum kepada bayi, oleh karena penampilannya yang encer, kekuningan, dan jumlahnya hanya sedikit, sehingga dianggap tidak baik dan tidak cukup untuk diberikan kepada bayi. Pendapat tersebut sangat keliru. Kolostrum memang sedikit jumlahnya, oleh karena pada hari-hari pertama bayi memang belum membutuhkan cairan yang banyak. Dengan membuang kolostrum berarti zat anti yang disediakan oleh alam akan hilang dengan percuma.

#### 5. ASI steril

ASI dari ibu yang sehat bersifat steril, artinya tidak mengandung kuman. Bahkan bila terjadi infeksi pada payudara (mastitis), kuman penyebab tidak akan terdapat dalam ASI, karena infeksinya terdapat diluar kelenjar dan saluran ASI. Di kulit sekitar puting susu ibu yang sehat dapat



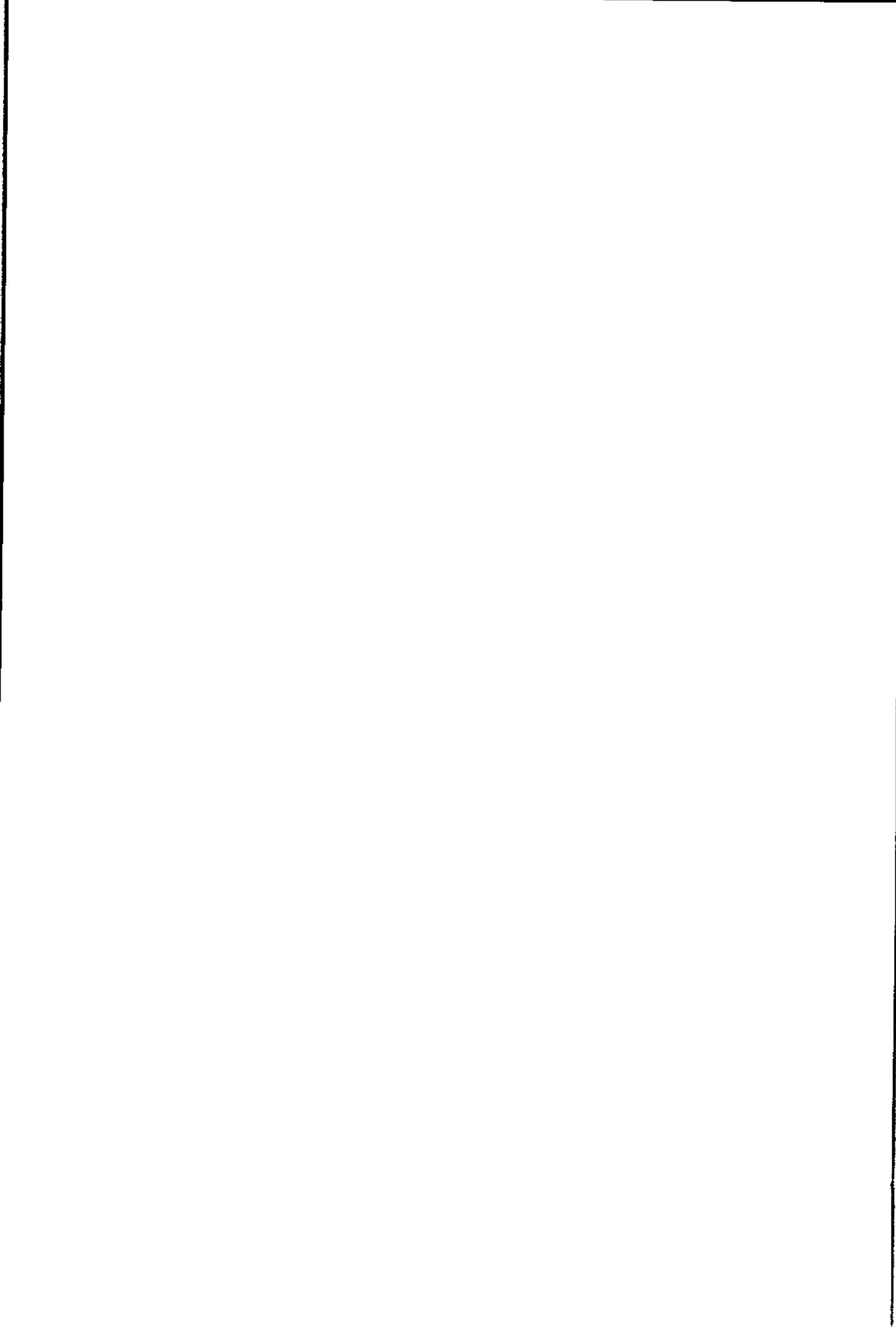
saja terdapat kuman, namun itu adalah flora kulit yang normal, yang tidak menyebabkan penyakit pada bayi. Sifat ASI yang steril tersebut jelas sangat menguntungkan. Pada pemberian PASI, maka pembuatannya haruslah steril, dengan mensterilkan rebus botol dan alat-alat lain dengan cermat.

6. ASI segar, tidak pernah basi

Berbeda dengan PASI atau susu formula yang hanya tahan beberapa jam disuhu kamar, atau beberapa hari di tempat penyimpanan khusus, ASI tidak perlu disimpan dimanapun. Oleh karena itu siap dihisap kapan bayi membutuhkan. Dengan demikian maka dengan pemberian ASI tidak perlu memikirkan cara penyimpanan dan lain-lain, kecuali jika akan meninggalkan bayi. Selain itu, ASI juga mempunyai suhu yang sesuai dengan suhu tubuh bayi, jadi tidak perlu dihangatkan seperti pada susu buatan.

7. ASI mempererat hubungan batin antara ibu dan bayi

Mudah untuk menyimpulkan bahwa pemberian ASI akan membina hubungan batin yang kuat antara ibu dan bayi. Bayi akan merasakan kehangatan, rasa aman, dan hal ini sangat diperlukan dalam perkembangan selanjutnya. Berbagai hal tersebut tidak ada dalam susu formula, bahkan tidak akan mungkin pernah ada. Yang dapat dilakukan dengan bantuan teknologi canggih adalah membuat komposisi PASI mendekati (tidak pernah menyamai) komposisi ASI, dan sedapat mungkin mendekati bentuk nutrisi seperti pada ASI sehingga mudah dicerna oleh bayi. Pada PASI tidak mungkin ditambahkan zat anti yang alami terhadap kuman,



dan PASI tidak akan mungkin dapat mengatur dengan sendirinya jumlah yang sesuai dengan kebutuhan bayi. Dan hal yang utama adalah PASI tidak mungkin dapat menggantikan ASI untuk membina kontak batin yang amat erat antara ibu dengan bayi

#### 8. ASI dapat menunjang keluarga berencana

Pengamatan menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI dalam beberapa bulan pertama lebih jarang menjadi hamil bila dibandingkan dengan ibu yang tidak memberikan ASI. Hal ini berkaitan dengan sistem hormon dalam tubuh ibu. Namun demikian hal ini tidak dapat digunakan sebagai cara keluarga berencana.

#### 2.4.3 Manfaat menyusui

Menurut Roesli (2008) keuntungan menyusui akan meningkat seiring menyusui eksklusif hingga enam bulan. Setelah itu dengan tambahan makanan pendamping ASI pada usia setelah enam bulan, keuntungan menyusui meningkat seiring dengan meningkatnya lama pemberian ASI sampai dua tahun atau lebih.

Berikut adalah manfaat menyusui bagi bayi

##### 1. Kualitas dan kuantitas nutrisi yang optimal

ASI makhluk mamalia adalah spesifik spesies. Komposisi setiap spesies disesuaikan untuk tumbuh kembang anaknya masing-masing. Jadi, susu kucing untuk anak kucing, dan susu sapi untuk anak sapi.

##### 1) Komposisi ASI setiap ibu berbeda

Komposisi ASI ibu tidak tepat sama walaupun melahirkan disaat yang sama. Yang mempengaruhi perbedaan komposisi ASI pada ibu terutama bukan karena makanan yang berlainan dan perbedaan etnik. Kemampuan



usus bayi untuk menyerap makanan sangat mempengaruhi komposisi ASI setiap ibu. Jadi komposisi ASI tergantung kemampuan usus bayi yang diakndung selama berapa lama.

## 2) Komposisi ASI ibu dari hari ke hari

Komposisi ASI ibu dari hari ke hari juga tidak tetap. Komposisi ASI ibu hari ini disesuaikan dengan kebutuhan bayi untuk tumbuh kembang hari ini. Oleh karena itu, tidak ada satu hari pun yang komposisi ASI nya persis sama. Bahkan komposisi ASI isapan-isapan pertama tidak sama dengan komposisi ASI isapan-isapan terakhir. Isapan pertama merupakan susu awal yang banyak mengandung air, sedangkan isapan terakhir lebih banyak mengandung karbohidrat atau lemak. Jadi, sekali menyusu bayi bisa mendapatkan air dan nasi.

## 2. Bayi yang diberi ASI lebih sehat

Saat lahir, bayi dibekali daya tahan tubuh dari ibu cukup banyak. Daya tahan tubuh ibu akan cepat menurun, sedangkan daya tahan tubuh yang dibuat bayi terbentuk lebih lambat. Ada saatnya daya tahan tubuh dari ibu sudah menurun, sedangkan daya tahan tubuh bayi belum cukup banyak terbentuk. Saat seperti ini bayi yang diberi ASI akan dilindungi daya tahan tubuh dari ASI. Selain makanan ASI mengandung cairan hidup yang terdiri atas zat hidup, misalnya daya tahan tubuh. Berikut ini penyakit yang dapat mengenai bayi.

### 1) Muntah dan Diare

Di Amerika Serikat, 400 bayi meninggal pertahun akibat muntah dan diare, 300 diantaranya tidak disusui. Kematian akibat penyakit ini meningkat 23,5



kali pada bayi susu formula (Vic, 1989). Diare 17 kali lebih banyak pada bayi susu formula.

2) Penyakit saluran pernapasan

Kematian akibat penyakit saluran pernapasan 2-5 kali lebih banyak pada bayi yang diberi susu formula (Cunningham, 1991). Enam kali terjadi lebih sering terjadi pada bayi yang diberi susu formula (Howwie, 1990).

3) Kanker pada anak (limfoma maligna, Hodgkin, leukemia, neuroblastoma)

Sekitar 6-8 kali lebih sering terjadi pada bayi yang diberi susu formula (Davis, 1998).

4) Sepsis dan meningitis

Sekitar 18 kali dan 4 kali lebih tinggi pada bayi yang diberi susu formula (Ashraf, 1991)

3. Menyusu dan perkembangan kecerdasan

Berikut ini faktor yang mempengaruhi kecerdasan anak

1. Faktor genetis: kecerdasan yang diturunkan dari orang tua

2. Faktor lingkungan.

Faktor ini dapat ditingkatkan melalui asuh, asah, dan asih

Sedangkan dalam buku 1001 tentang kehamilan yang diterbitkan oleh menurut Trie xs media Inc manfaat menyusui adalah:.

1. Manfaat menyusui bagi ibu

- 1) Menyusui bayi segera setelah bayi lahir dapat mendorong terjadinya kontraksi rahim dan mencegah terjadinya perdarahan. Ini dapat membantu memperlambat proses kembalinya rahim ke posisi semula.



- 2) Menyusui juga dapat membantu ibu mengurangi berat badan. Sebagai informasi ketika menyusui itu berarti sama dengan membakar kalori sebesar 200 hingga 500 kalori per hari. Jumlah kalori yang sama jika berenang selama beberapa jam atau naik sepeda selama satu jam.
  - 3) Menyusui dapat mengurangi resiko terkena kanker payudara. Diperkirakan persentase pencegahannya mencapai 20%. Beberapa laporan juga menyebutkan bahwa menyusui juga dapat membantu mengurangi resiko terkena kanker indung telur dan kanker rahim.
  - 4) Menyusui juga merupakan bentuk ungkapan kasih sayang yang nyata dari ibu kepada bayinya. Hubungan batin antara bayi dan ibu akan terjalin erat karena saat menyusu bayi menempel pada tubuh ibu. Ini dapat membantu mempercepat proses kembalinya rahim ke posisi semula.
  - 5) Selain komposisinya yang sempurna, ASI juga sangat praktis dan ekonomis. Sekarang ini harga susu formula cenderung terus meningkat, member ASI dapat mengurangi biaya untuk susu formula yang cukup tinggi. Selain itu ASI sangat praktis, ibu tidak perlu repot mencuci botol pada masa pemberian ASI eksklusif, sehingga bisa menambah waktu istirahat bagi ibu, khususnya di malam hari.
  - 6) Rangsangan pengisapan juga memberi reflex pengeluaran oksitosin. Oksitosin dapat membantu merangsang pelepasan plasenta, sehingga lebih cepat membersihkan rahim ibu.
2. Manfaat menyusui bagi bayi
- 1) Bayi yang diberi ASI memiliki sistem imun yang lebih baik dari pada bayi yang tidak diberi ASI. Ini adalah karena peranan kolostrum. Kolostrum



adalah cairan berwarna kuning kental yang merupakan air susu pertama yang keluar setelah ibu melahirkan. Kolostrum mengandung kadar *immunoglobulin* yang sangat tinggi. *Immunoglobulin* adalah zat-zat yang membentuk kekebalan tubuh bayi. Semua jenis *immunoglobulin* seperti Ig A, Ig G, Ig M, Ig D, dan Ig E terkandung di dalam ASI khususnya pada kolostrum. Begitu tinggi kandungan zat-zat pembentuk antibodi di dalam kolostrum ini sampai-sampai sering kali disebut sebagai imunisasi pertama bagi bayi.

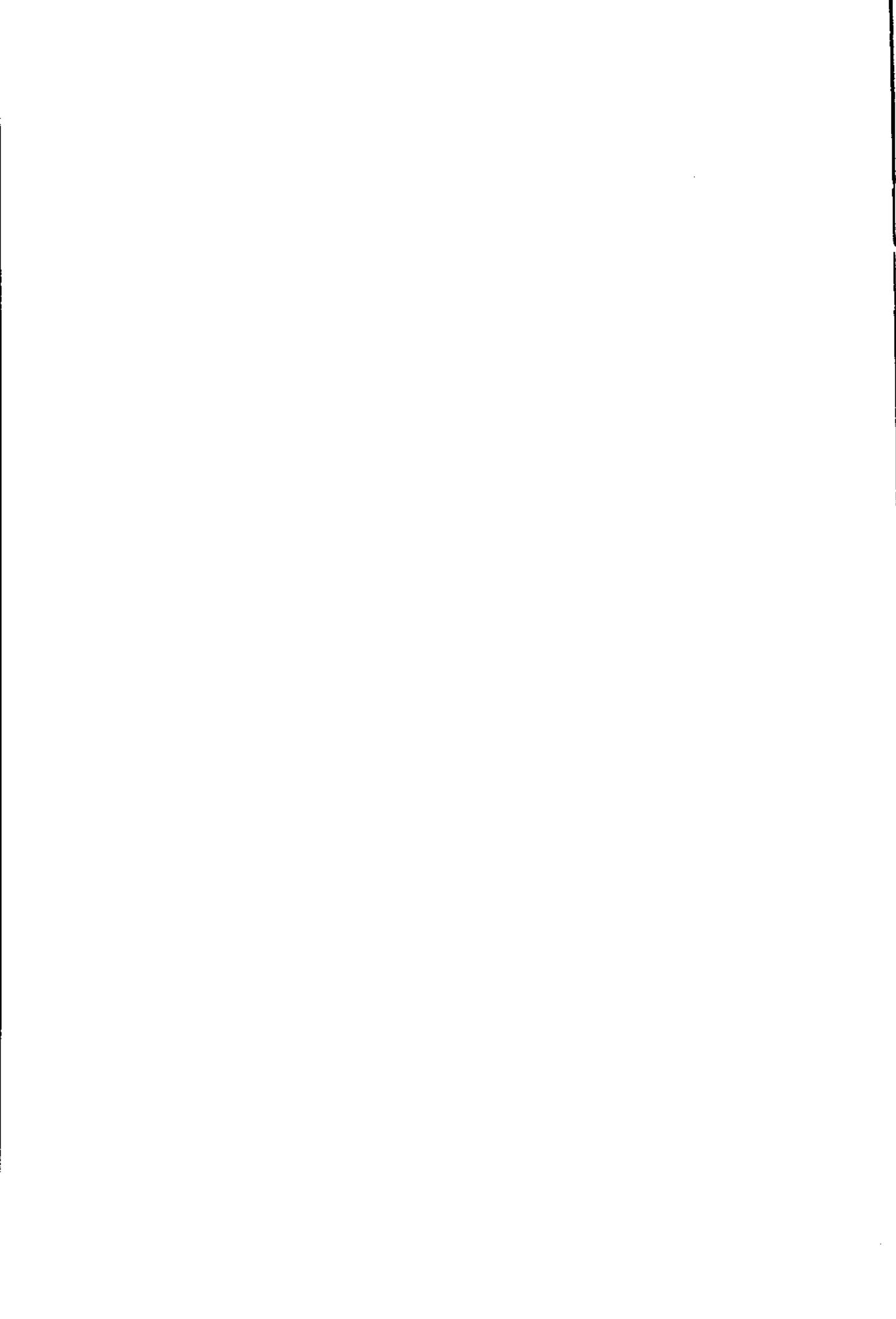
- 2) Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI ketika sudah besar akan memiliki IQ (*intelligence quotient*) lebih tinggi sekitar 7 poin dari pada mereka yang tidak diberi ASI.
- 3) ASI juga mengandung protein khusus yang dapat melindungi bayi dari resiko alergi.
- 4) ASI memiliki daya penyesuaian alamiah dalam komposisinya. Maksudnya jika bayi diberi susu formula maka antara bayi premature dan bayi yang dilahirkan normal susu formulanya juga berbeda. Tidak demikian dengan ASI, apakah bayi anda premature atau normal ASI dapat menyesuaikan komposisinya untuk kebutuhan bayi anda.
- 5) ASI lebih aman, karena cenderung bebas bakteri sehingga bayi pun tidak akan mendapatkan masalah pencernaan, disamping karena komposisinya memang mengandung zat-zat yang membantu system pencernaan bayi.
- 6) Kadar selenium dalam ASI cukup tinggi, sehingga membantu melindungi gigi.



- 7) Bayi yang diberi ASI segera setelah kelahirannya berarti telah melakukan sentuhan kulit ke kulit dengan ibunya. Sentuhan kulit ke kulit sesegera mungkin setelah kelahirannya diyakini meningkatkan kewaspadaan alami bayi, memupuk ikatan antara ibu dan bayinya, serta membantu menstabilkan suhu, pernafasan, dan tingkat gula darah bayi.
- 8) Gerakan mengisap yang dilakukan saat menyusui dari ibu lebih kuat, sehingga membantu menguatkan otot pipi, di mana ini dapat membantu supaya bayi cepat berbicara.
- 9) ASI selalu tersedia dalam suhu yang tepat dan dalam keadaan segar, sehingga selalu siap jika diperlukan kapan saja

#### 2.4.4 Komposisi ASI

1. ASI mempunyai kadar protein yang paling rendah diantara air susu mamalia. Dibandingkan dengan beberapa jenis mamalia lainnya. Walaupun demikian, protein yang terkandung di dalam ASI merupakan zat nutrisi yang dibutuhkan oleh otot dan tulang bayi manusia, agar dapat berkembang baik dan berfungsi optimal (G.J. Ebrahim, 1979). Protein adalah bahan baku untuk pertumbuhan. Protein utama ASI adalah *whey* yang lebih mudah dicerna oleh bayi. Kandungan *alfa-laktalbumin* ASI tidak menyebabkan alergi pada bayi. *Laktoferin* berfungsi sebagai polisi bagi bakteri dalam usus yang akan membiarkan bakteri yang berguna dan menghancurkan bakteri yang merugikan.
2. Karbohidrat utama ASI adalah laktosa yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi. Salah satu produk laktosa adalah galaktosa yang merupakan makanan vital bagi jaringan otak yang sedang tumbuh. Laktosa



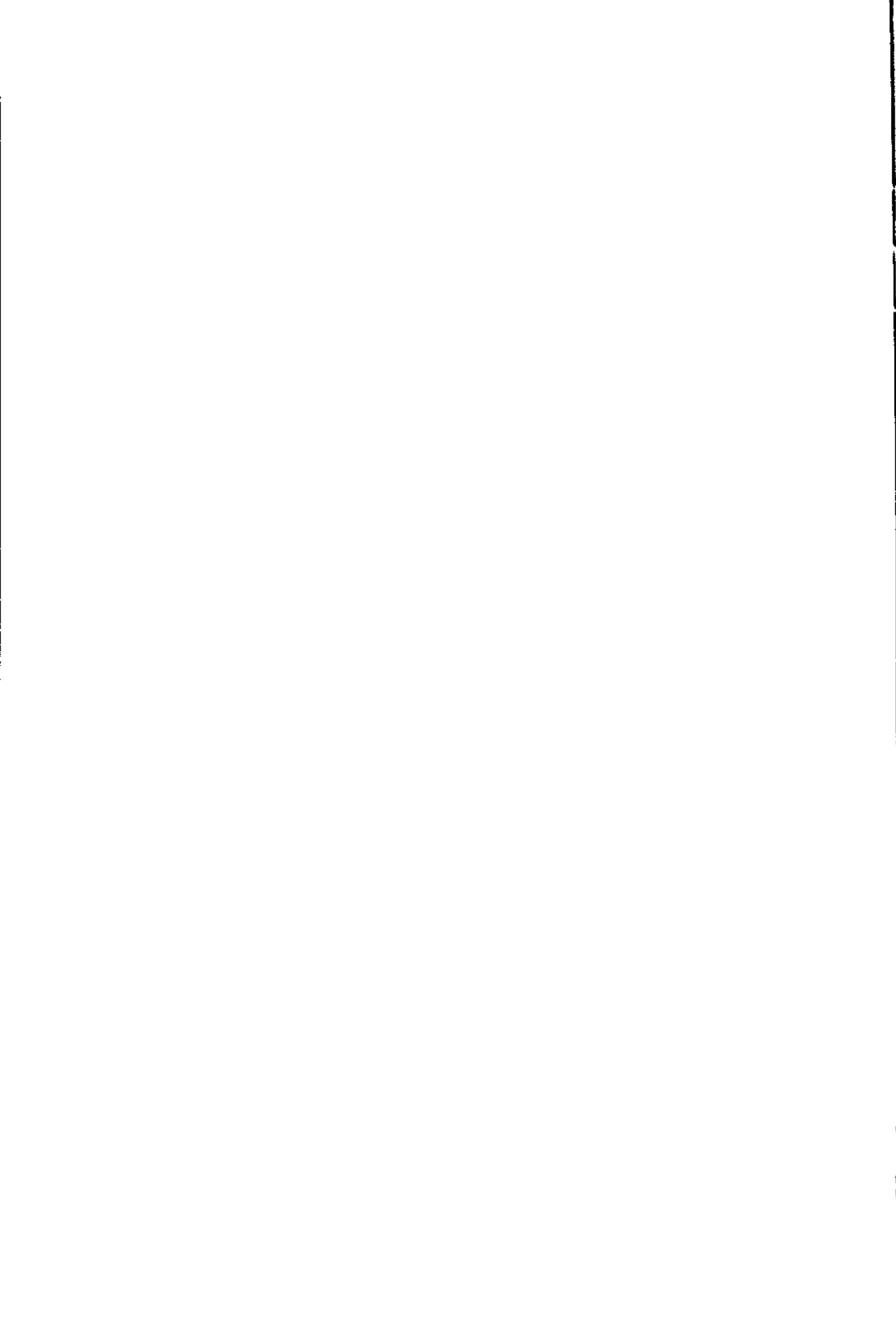
meningkatkan penyerapan kalsium yang sangat penting untuk pertumbuhan tulang, selain itu menghambat pertumbuhan bakteri jahat dengan menjadi asam laktat yang memberikan suasana asam di dalam usus bayi.

3. Taurin adalah sejenis asam amino kedua yang terbanyak dalam ASI yang berfungsi sebagai neuro-transmitter dan berperan penting untuk proses maturasi sel otak. Percobaan pada binatang menunjukkan bahwa defisiensi taurin akan berakibat terjadinya gangguan pada retina mata.
4. *Decasahexanoic Acid* (DHA) dan *arachidonic Acid* (AA) adalah asam lemak tak jenuh rantai panjang (*polyunsaturated fatty acids*) yang diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal. Jumlah DHA dan AA dalam ASI sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan anak. Disamping itu DHA dan AA dalam tubuh dapat dibentuk/disintesa dari substansi pembentuknya yaitu masing-masing dari Omega 3 (asam linolenat) dan Omega 6 (asam linoleat).
5. Vitamin, mineral dan zat besi ASI sebagian besar diserap usus, masuk peredaran darah dan dimanfaatkan oleh tubuh bayi (Depkes RI, 2001).

#### **2.4.5 Bahaya susu formula**

Ibu-ibu yang memilih untuk memberikan ASI eksklusif merupakan langkah yang tepat. Banyak hal positif yang bisa dirasakan oleh bayi dan ibu. Bayi yang diberi susu formula sangat rentan terserang penyakit. Menurut Roesli (2008) berikut ini deretan penyakit yang mengintai bayi yang diberi susu formula.

1. Infeksi saluran pencernaan (muntah, diare)



Bayi lebih mudah terserang muntah ataupun diare dan juga diare menahun (Kramer, 2001). Di Amerika, 400 bayi meninggal pertahun akibat muntah – mencret. Tiga ratus diantaranya adalah bayi yang tidak disusui. Kemtian meningkat 23,5 kali pada bayi yang diberi susu fomula. Kemngkinan diare 17 kali lebih banyak pada bayi yang diberi susu formula (Vic, 1989).

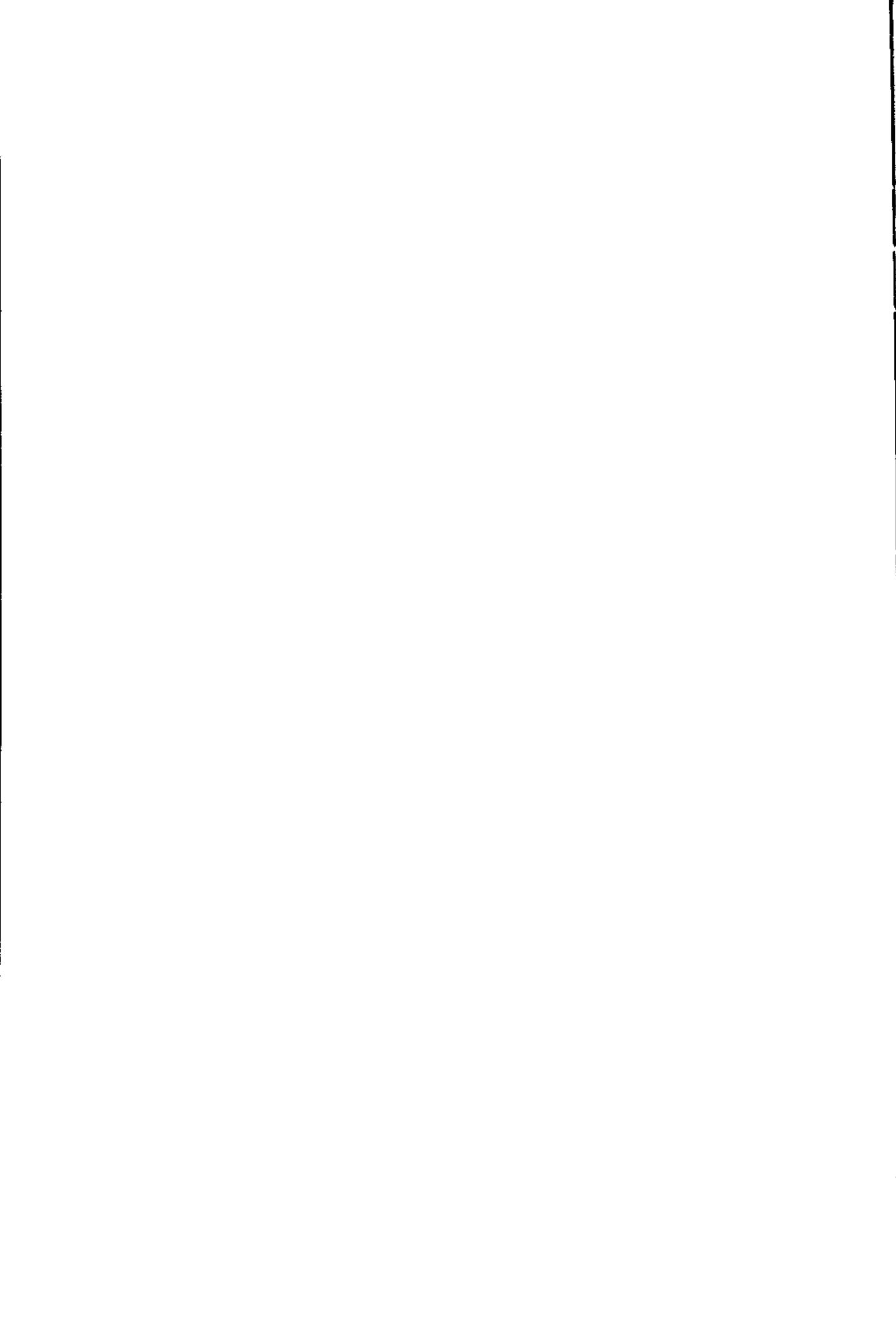
## 2. Infeksi saluran pernapasan

Sejumlah sumber digunakan untuk meneliti hubungan pemberian ASI dengan resiko anak dirawat inap karena penyakit saluran pernapasan bawah. Penelitian tersebut dilakukan pada bayi sehat yang lahir cukup umur dan punya akses pada fasilitas kesehatan yang memadai. Kesimpulannya, di negara maju bayi yang diberi susu formula mengalami penyakit saluran pernapasan tiga kali lebih parah dan memerlukan rawat inap di rumah sakit dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI secara eksklusif selama enam bulan (Bachrach, 2005).

## 3. Meningkatkan resiko alergi

Berdasarkan penelitian pada anak-anak di Finlandia, semakin lama diberi ASI maka semakin rendah kemungkinan bayi menderita alergi, penyakit kulit (eksim), alergi makanan, dan alergi saluran napas. Saat mencapai 17 tahun, kejadian alergi saluran napas pada remaja yang hanya diberi ASI 65%. Bahkan, bayi yang diberi ASI terlama memiliki presentasi 42% (Soarinen, 1995)

Penelitian lain dilakukan pada bayi dengan ibu yang mempunyai riwayat alergi pernapasan atau asma. Dilakukan pemeriksaan terhadap 76 anak di Belanda dengan penyakit alergi kulit dan 228 anak tanpa alergi kulit. Hasilnya



menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif hanya tiga bulan pertama terbukti memiliki efek perlindungan terhadap penyakit kulit (Kerkhof, 2003).

4. Meningkatkan resiko serangan asma

Sebuah penelitian yang melibatkan 2.184 anak yang dilakukan oleh Rumah Sakit di Toronto menemukan bahwa resiko asma dan kesulitan bernapas 50% lebih tinggi terjadi pada bayi yang diberi susu formula dibandingkan dengan bayi yang diberikan ASI selama Sembilan bulan atau lebih (Dell, 2000).

5. Menurunkan perkembangan kecerdasan kognitif

Dilakukan penelitian pada 439 anak usia sekolah dengan berat badan lahir sangat rendah (di bawah 1.500 gram). Bayi yang tidak diberi ASI ternyata mempunyai skor lebih rendah dalam semua fungsi intelektual, kemampuan verbal, kemampuan visual spasial, dan visual motorik dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI (Smith, 2003).

6. Meningkatkan resiko kegemukan

Penelitian pada 6.650 anak Jerman usia sekolah yang berumur antara 5-14 tahun member gambaran bahwa pemberian ASI terbukti menjadi faktor pelindung terhadap obesitas. Efek perlindungannya menjadi lebih besar ketika bayi diberi ASI secara eksklusif (Frye, 2003).

7. Meningkatkan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah

Penelitian prospektif melibatkan 7.276 bayi Inggris selama 7,5 tahun. Data lengkap tersedia untuk 4.763 anak. Pada usia tujuh tahun, bayi yang tidak diberi ASI memiliki tekanan sistolik dan diastolik lebih tinggi daripada bayi



yang diberi ASI. Terjadi pengurangan sebesar 0,2 mmHg untuk setiap pemberian ASI selama tiga bulan. Pengurangan tekanan darah sistolik 1% pada masyarakat berhubungan dengan 1,5% pengurangan ada angka kematian secara keseluruhan. Hal ini merupakan keuntungan yang signifikan pada masa dewasa (Smith, 2001).

#### 8. Meningkatkan resiko diabetes

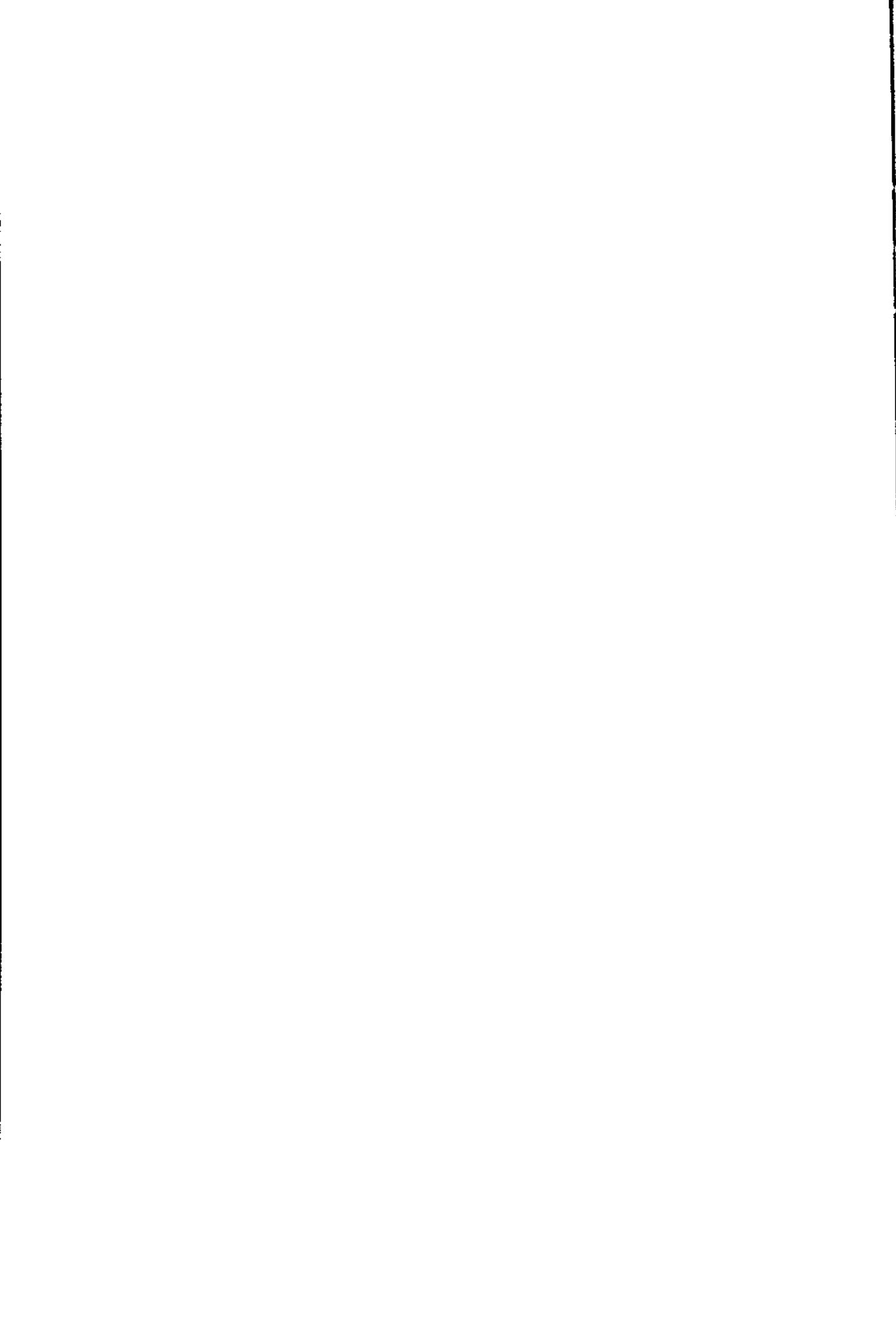
Terlalu awal mengenakan susu formula, makanan padat, dan susu sapi terbukti meningkatkan kejadian diabetes tipe I di masa depannya. Dilakukan perbandingan antara anak-anak Swedia sebanyak 517 dan Lithuania sebanyak 286 berusia 0-15 tahun yang didiagnosa terkena diabetes tipe I dengan kelompok control. Hasilnya menunjukkan bahwa pemberian ASI secara eksklusif lebih dari lima bulan dan total waktu pemberian ASI selama lebih dari tujuh atau Sembilan bulan dapat melindungi bayi dari diabetes (Samuel, 2004).

#### 9. Meningkatkan resiko kanker pada anak

Tidak mendapatkan ASI diketahui dapat meningkatkan resiko terkena kanker. Penelitian terbaru menemukan bahwa kerusakan genetik tingkat signifikan terjadi pada bayi berusia 9-12 bulan yang tidak diberi ASI. Para penulis berspekulasi bahwa hal ini mungkin berperan pada perkembangan kanker dimasa kanak-kanak atau di masa depannya (Gokcay, 2002).

#### 10. Meningkatkan resiko penyakit menahun

Penyakit *celiac* kemungkinan besar terjadi karena dipicu oleh reaksi autoimun yang didapat bayi dari makann yang mengandung protein gluten. Untuk meneliti pengaruh pemberian ASI selama anak diperkenalkan dengan makanan



yang mengandung gluten, Ivarsson dan tim penelitiannya meneliti pola pemberian ASI pada 627 anak penderita *celiac* dan 1.254 anak sehat. Resiko penyakit *celiac* menurun secara mengagumkan, yaitu 40% ditemukan pada bayi usia dua tahun atau kurang. Para penulis mencatat bahwa pengaruh tersebut bahkan akan lebih terlihat pada bayi yang terus diberi ASI setelah makanan yang mengandung gluten diperkenalkan (Ivarsson, 2002)

11. Meningkatkan resiko infeksi saluran telinga tengah

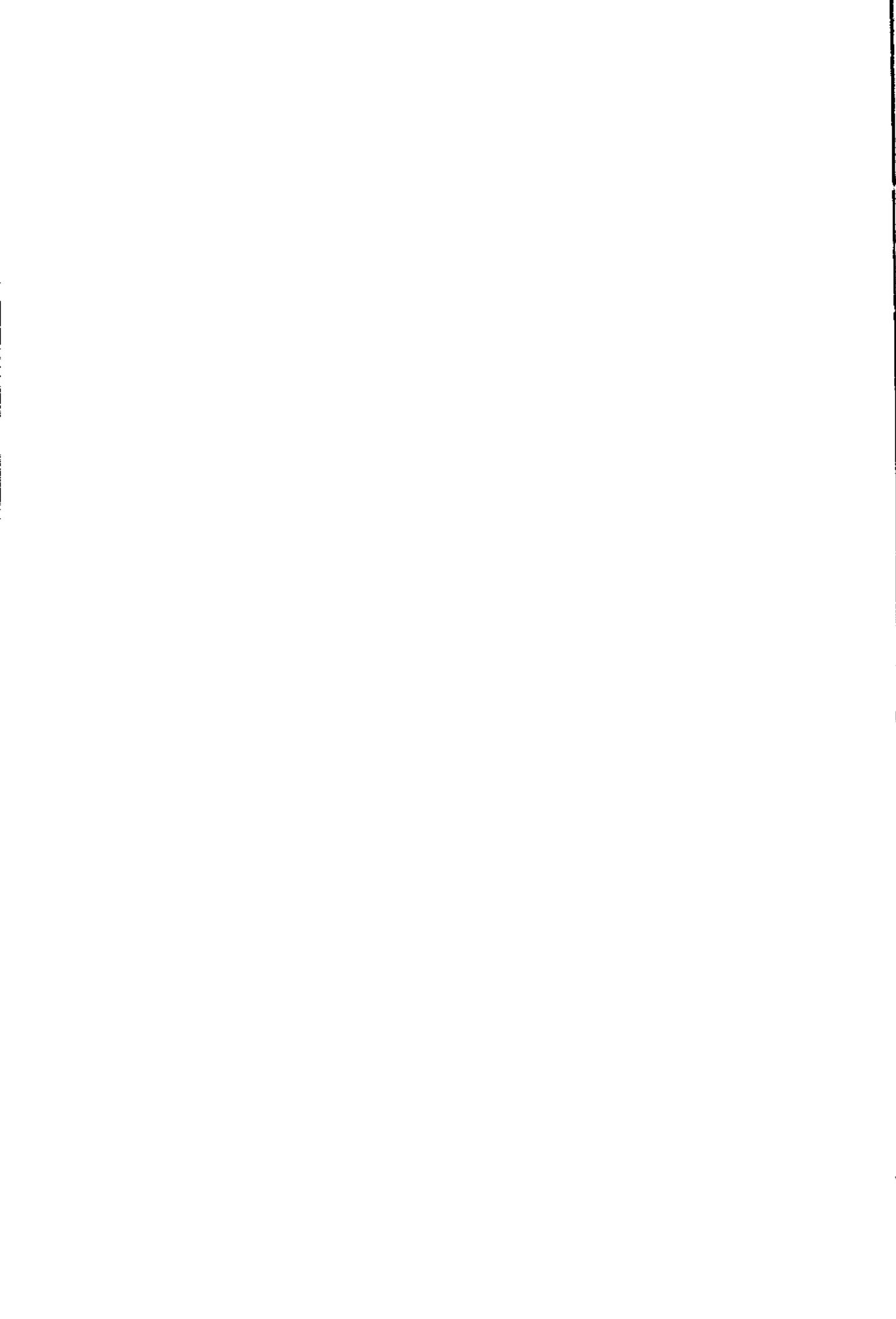
Pada bayi usia antara 6-12 bulan, kejadian pertama sakit infeksi saluran telinga tengah meningkat dari 25% ke 51% pada bayi yang diberi ASI eksklusif. Pada bayi yang hanya diberi susu formula, tingkat kejadiannya meningkat dari 54% ke 76% pada setengah tahun kedua dari tahun pertama. Meskipun hanya untuk waktu yang singkat (tiga bulan), pemberian ASI akan secara signifikan mengurangi kejadian otitis media selama masa bayi (Duffy, 1997).

12. Meningkatkan resiko infeksi yang berasal dari susu formula yang tercemar

Dari kasus merebaknya kasus *Enterobacter sakazakii* di Amerika Serikat di sebuah pusat perawatan bayi baru lahir, dilaporkan kematian seorang bayi berusia 20 hari yang mengalami demam, takikardia (denyut jantung lebih cepat), menurunkan aliran darah, dan kejang pada usia 11 hari. Kultur *E. sakazakii* ditemukan pada pemeriksaan cairan sumsum tulang belakang. Kuman terlacak pada susu bubuk formula tercemar yang dipakai oleh unit perawatan intensif neonatal tersebut (Weir, 2002).

13. Meningkatkan resiko efek samping zat pencemar lingkungan

Sebuah penelitian di Belanda menunjukkan bahwa pada anak usia enam tahun, perkembangan kecerdasan dipengaruhi oleh paparan PCP (*polychlorinated*



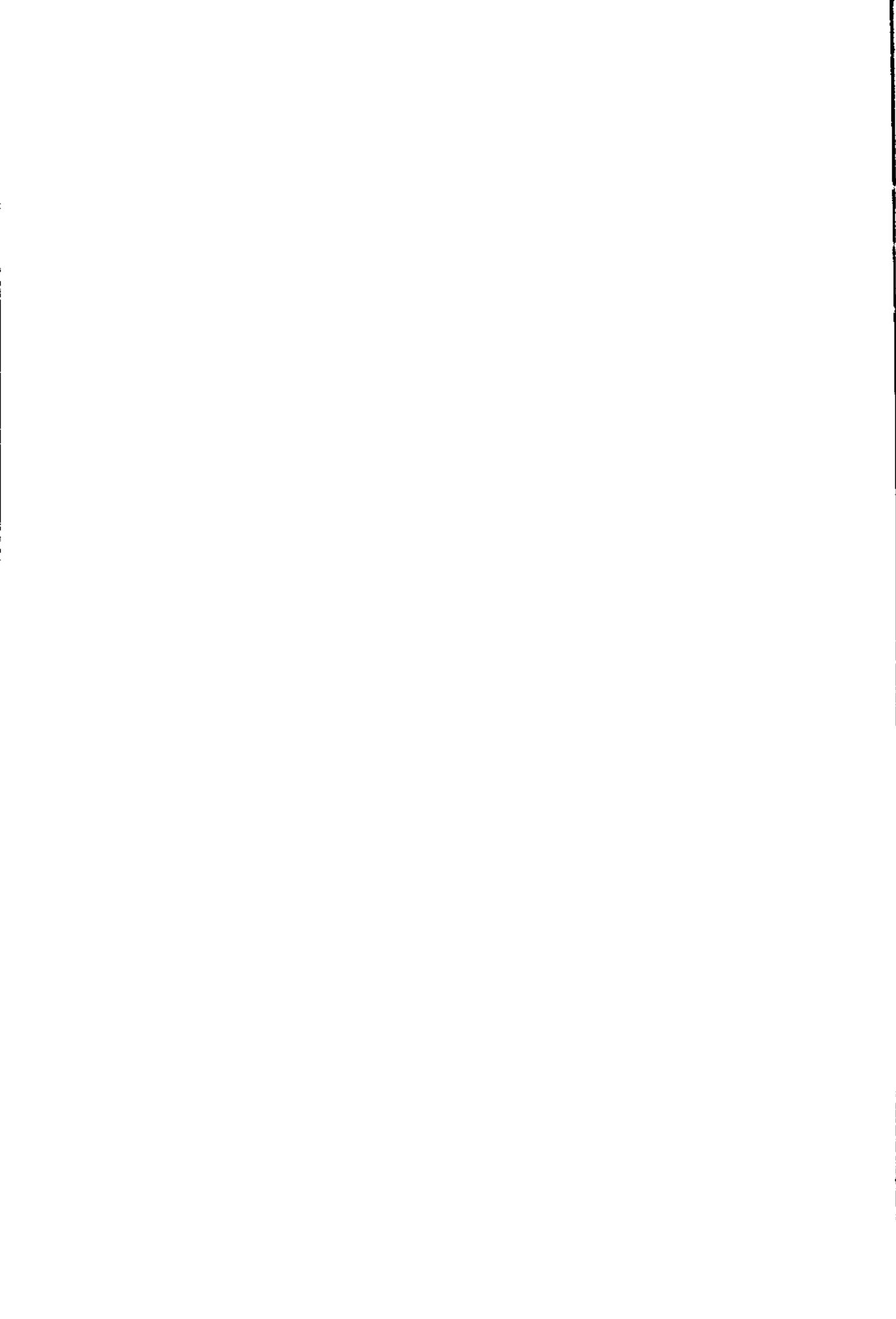
*biphenyls*) dan dioksin saat bayi masih dikandung (prenatal). Efek samping yang parah terhadap fungsi saraf akibat paparan saat bayi dalam kandungan juga diperlihatkan pada kelompok bayi yang mendapat susu formula. Hal tersebut tidak terjadi di kelompok yang diberi ASI. Meskipun terdapat paparan PCB yang lebih tinggi pada ASI, pemberian ASI memiliki efek menguntungkan terhadap kualitas gerakan, kelancaran, dan dalam tes perkembangan kognitif. Hal tersebut telah diteliti pada bayi usia 18 bulan, 42 bulan, dan enam tahun. Data tersebut memberikan bukti bahwa paparan PCB prenatal berdampak ringan pada perkembangan saraf dan kognitif anak sampai usia sekolah. Penelitian tersebut juga membuktikan bahwa ASI dapat mengurangi dan menetralkan dampak negatif zat kontaminan yang merugikan perkembangan (Boersma, 2000).

#### 14. Meningkatkan kurang gizi

Pemberian susu formula yang encer untuk menghemat pengeluaran dapat mengakibatkan kekurangan gizi karena asupan yang kurang pada bayi. Secara tidak langsung, kurang gizi juga akan terjadi jika anak sering sakit, terutama diare dan radang saluran pernapasan.

#### 15. Meningkatkan resiko kematian

Para ahli meneliti 1.204 bayi yang meninggal pada usia 28 hari sampai satu tahun akibat selain kelainan bawaan atau tumor berbahaya dan 7.740 bayi yang masih hidup pada usia satu tahun. Mereka menelusuri angka kematian, keterkaitan bayi tersebut dengan ASI, dan durasi dampak reaksinya. Bayi yang tidak pernah mendapat ASI berisiko meninggal 21% lebih tinggi dalam periode sesudah kelahiran daripada bayi yang mendapat ASI. Pemberian ASI yang



lebih lama dihubungkan dengan resiko yang lebih rendah. Mempromosikan pemberian ASI berpotensi menyelamatkan 720 kematian sesudah kelahiran di AS setiap tahunnya. Di Kanada, angkanya akan menjadi 72 kematian (Rogan, 2004).

## **2.5 Konsep Makanan Pendamping ASI**

### **2.5.1 Pengertian makanan pendamping ASI (MPASI)**

Menurut ariani (2008), pengertian makanan pendamping ASI ada beberapa, yaitu:

1. Makanan Pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi diberikan kepada bayi untuk memenuhi kebutuhan gizinya.
2. MP-ASI merupakan proses transisi dari asupan yang semata berbasis susu menuju ke makanan yang semi padat. Untuk 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.
3. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi.
4. Pemberian MP-ASI yang cukup dalam hal kualitas dan kuantitas penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak yang bertambah pesat pada periode ini



Sedangkan menurut Depkes RI (2006) MPASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI.

### **2.5.2 Waktu yang tepat memberikan MPASI**

Bertambah umur bayi bertambah pula kebutuhan gizinya. Ketika bayi memasuki usia 6 bulan ke atas, beberapa elemen nutrisi seperti karbohidrat, protein dan beberapa vitamin dan mineral yang terkandung dalam ASI atau susu formula tidak lagi mencukupi. Sebab itu sejak usia 6 bulan, kepada bayi selain ASI mulai diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) Agar kebutuhan gizi bayi terpenuhi. Dalam pemberian MPASI perlu diperhatikan waktu pemberian MP-ASI, frekuensi porsi, pemilihan bahan makanan, cara pembuatan dan cara pemberiannya. Disamping itu perlu pula diperhatikan pemberian makanan pada waktu anak sakit dan bila ibu bekerja di luar rumah. Pemberian MP-ASI yang tepat diharapkan tidak hanya dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi, namun juga merangsang keterampilan makan dan merangsang rasa percaya diri (Ariani, 2008).

### **2.5.3 Alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan.**

Ada beberapa alasan mengapa makanan pendamping ASI diberikan pada bayi berusia kurang dari 6 bulan, diantaranya adalah :

1. Pemberian makan setelah bayi berumur 6 bulan memberikan perlindungan besar dari berbagai penyakit.

Hal ini disebabkan sistem imun bayi berumur kurang dari enam 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 enam bulan, lebih banyak terserang diare, sembelit, batuk-pilek, dan panas dibandingkan bayi yang hanya mendapatkan ASI eksklusif.

2. Saat bayi berumur lebih dari enam bulan, sistem pencernaannya sudah relatif sempurna dan siap menerima MPASI.

Beberapa enzim pemecah protein seperti asam lambung, pepsin, lipase, enzim amilase, dan sebagainya baru akan diproduksi sempurna pada saat bayi berumur enam bulan.

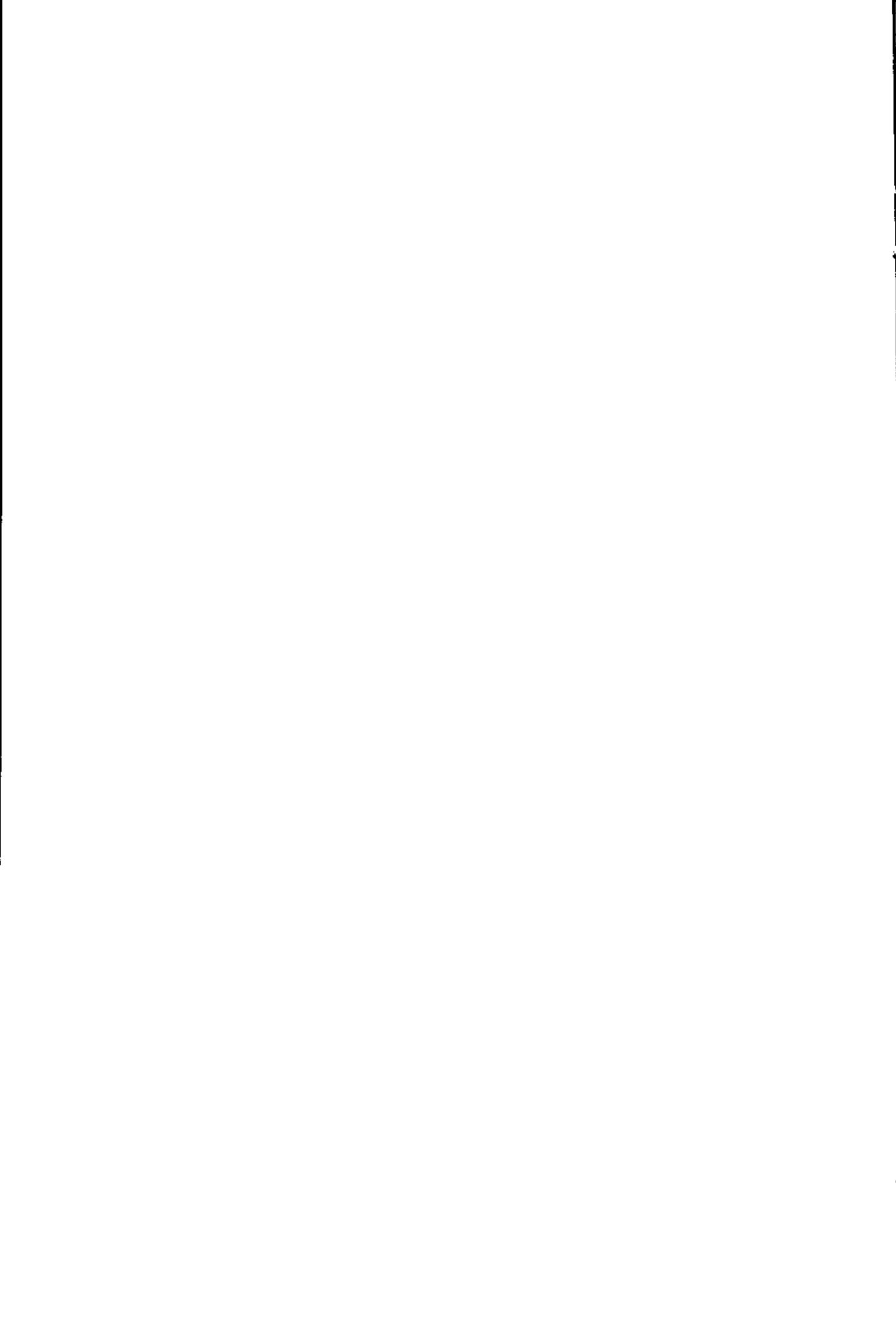
3. Mengurangi resiko terkena alergi akibat pada makanan

Saat bayi berumur kurang dari enam bulan, sel-sel di sekitar usus belum siap untuk kandungan dari makanan. Sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi.

4. Menunda pemberian MPASI hingga enam bulan melindungi bayi dari obesitas di kemudian hari. Proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna.

Pada beberapa kasus yang ekstrem ada juga yang perlu tindakan bedah akibat pemberian MPASI terlalu dini. Dan banyak sekali alasan lainnya mengapa MPASI baru boleh diperkenalkan pada anak setelah berumur enam bulan.

Masih banyak yang mengenalkan MPASI kurang dari enam bulan. Tetapi masih banyak orangtua yang telah memberikan MPASI ke anaknya sebelum berumur 6 bulan. Banyak sekali alasan kenapa orang tua memberikan MPASI saat anaknya berumur kurang dari enam bulan. Umumnya banyak ibu yang beranggapan kalau anaknya kelaparan dan akan tidur nyenyak jika diberi makan.



Meski tidak ada relevansinya banyak yang beranggapan ini benar. Karena belum sempurna, sistem pencernaannya harus bekerja lebih keras utk mengolah & memecah makanan. Kadang anak yang menangis terus dianggap sebagai anak yang kelaparan. Padahal menangis bukan semata-mata karena lapar. Belum lagi masih banyak anggapan di masyarakat kita seperti orang tua terdahulu bahwa anak saya tidak apa-apa diberi makan pisang saat berumur dua bulan bahkan sekarang menjadi orang sukses. Alasan lainnya mungkin karena tekanan dari lingkungan dan tidak ada dukungan. Dan gencarnya promosi produsen makanan bayi yang belum mengindahkan ASI eksklusif enam bulan (soraya, 2005).

#### **2.5.4 Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan**

Bila bayi diberikan makanan pada saat usianya dibawah enam bulan, sistem pencernaannya belum memiliki enzim untuk menghaluskan makanan tersebut, sehingga dapat menyebabkan bayi terkena alergi seperti asma, eksim dan gatal-gatal pada mata, hidung, dan tenggorokan. Ususnya belum dapat menyaring molekul protein yang besar, sehingga menimbulkan berbagai reaksi.

1. Bayi menderita batuk bila makan makanan padat di usia 2 bulan
2. Bayi sering diare yang disebabkan oleh adanya penolakan terhadap gluten, sejenis protein pada makanan dari gandum
3. Mempeberat kerja ginjal bayi dan meningkatkan resiko dehidrasi
4. Bayi cenderung gemuk. Ini membahayakan kesehatannya, ia akan tumbuh dewasa dengan tubuh kegemukan dan resiko terkena diabetes, sakit jantung dan masalah kesehatan serius lainnya (Westcott, 2003).



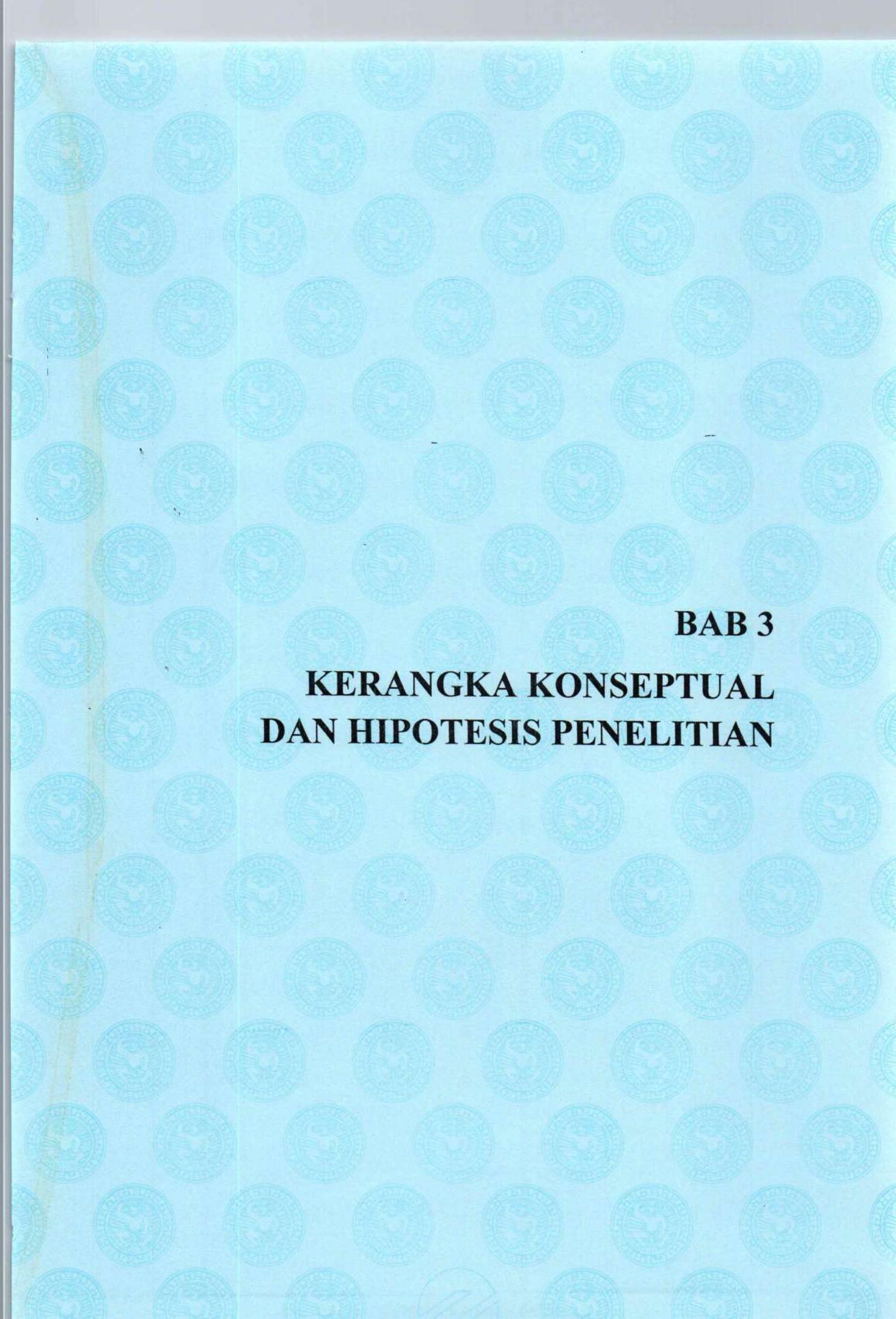
Sedangkan menurut Soetjiningsih (1997) kerugian bila MPASI diberikan terlalu dini adalah :

1. Pencemaran makanan buatan, makanan buatan sering tercemar bakteri terlebih jika ibu menggunakan botol dan tidak merebusnya setiap selesai memberikan makan. Bakteri tumbuh sangat cepat pada makanan buatan. Bakteri dapat berbahaya bagi bayi sebelum susu tercium basi.
2. Infeksi, susu sapi tidak mengandung sel darah putih hidup dan antibodi, untuk melindungi tubuh terhadap infeksi. Bayi yang diberi makanan buatan lebih sering sakit diare dan infeksi saluran pernafasan.
3. Pemborosan, ibu dari keluarga ekonomi lemah mungkin tidak mampu membeli cukup susu untuk bayinya. Mereka mungkin memberikan dalam jumlah lebih sedikit dan mungkin menaruh sedikit susu atau bubuk susu ke dalam botol. Sebagai akibatnya, bayi yang diberi susu botol sering kelaparan.
4. Kekurangan vitamin, susu sapi tidak mengandung vitamin yang cukup untuk bayi.
5. Kekurangan zat besi, zat besi dari susu sapi tidak diserap sempurna seperti zat besi dari ASI. Bayi yang diberi makanan buatan bisa terkena anemia karena kekurangan zat besi.
6. Terlalu banyak garam, susu sapi mengandung garam terlalu banyak yang kadang-kadang menyebabkan hipernatremia (terlalu banyak garam dalam tubuh) dan kejang, terutama bila anak terkena diare.



7. Terlalu banyak kalsium dan fosfat, hal ini menyebabkan tetani yaitu kedutan dan kaku otot (kejang-kejang).
8. Lemak yang tidak cocok, susu sapi mengandung lebih banyak asam lemak jenuh dibanding ASI, untuk pertumbuhan bayi yang sehat, diperlukan asam lemak tidak jenuh yang lebih banyak. Susu sapi tidak mengandung asam lemak esensial dan asam linoleat yang cukup, dan mungkin juga tidak mengandung kolesterol yang cukup bagi pertumbuhan otak. Susu skim kering tidak mengandung lemak, sehingga tidak mengandung cukup banyak energi.
9. Protein yang tidak cocok, susu sapi mengandung terlalu banyak protein kasein. Kasein ini mengandung campuran asam amino yang tidak cocok dan sulit dikeluarkan oleh ginjal bayi yang belum sempurna.
10. Petugas kesehatan kadang-kadang mengajarkan ibu untuk mengencerkan susu sapi dengan air untuk mengurangi protein total. Tetapi, susu yang diencerkan tidak mengandung asam amino esensial sistin dan taurin yang cukup, yang diperlukan bagi pertumbuhan otak bayi.
11. Tidak bisa dicerna, susu sapi lebih sulit dicerna karena tidak mengandung enzim lipase untuk mencerna lemak. Juga karena kasein membentuk gumpalan susu tebal yang sulit dicerna. Karena susu sapi lambat dicerna maka lebih lama untuk mengisi lambung bayi daripada ASI. Akibatnya bayi tidak cepat merasa lapar. Bayi yang diberikan susu sapi bisa menderita sembelit, yaitu tinja menjadi lebih tebal dan keras.
12. Alergi, bayi yang diberi susu sapi terlalu dini mungkin menderita lebih banyak masalah alergi, misalnya asma dan eksim



The background of the page is a light blue color with a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

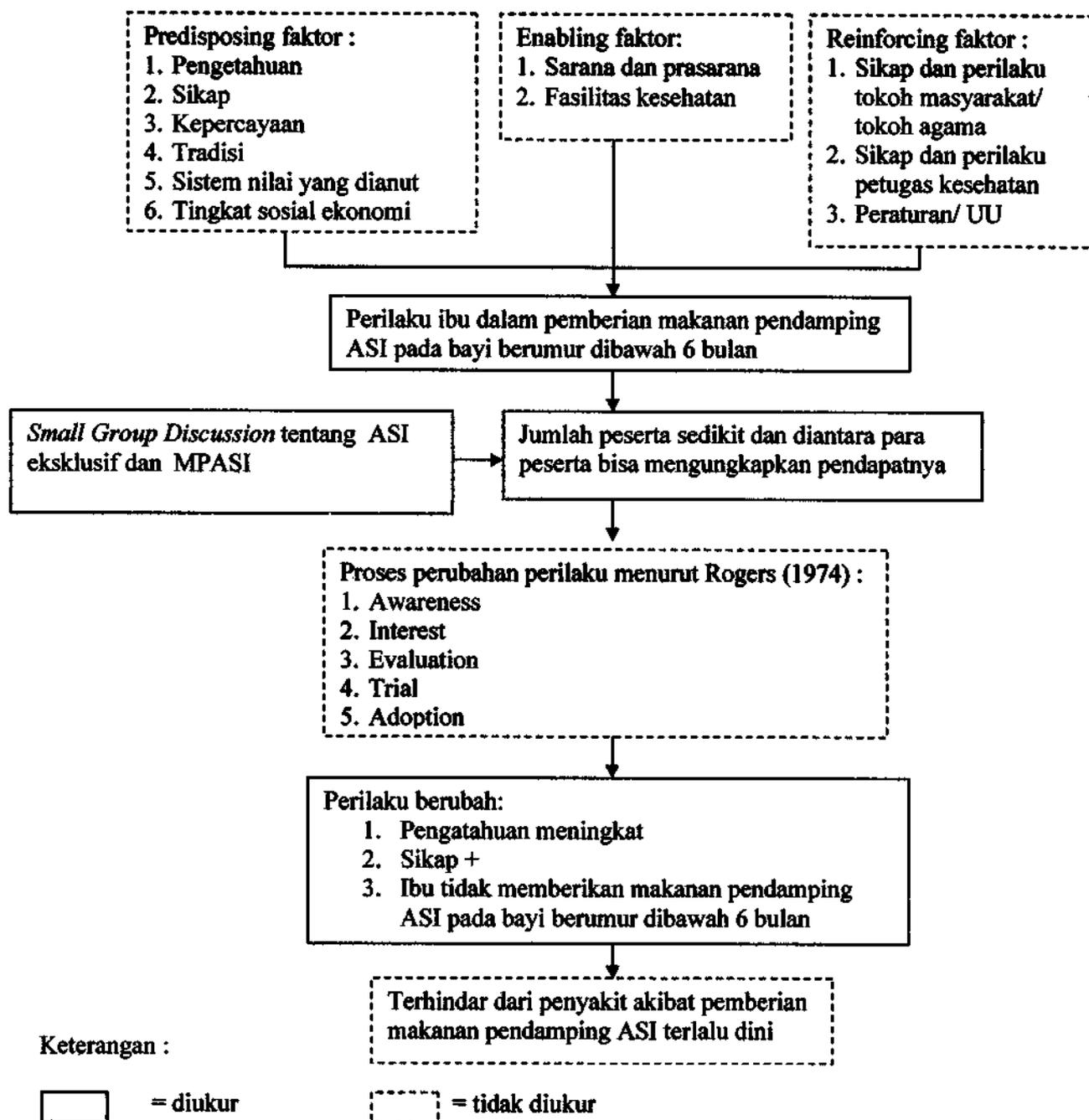
1850

Journal of the  
American Medical Association  
Chicago, Ill.

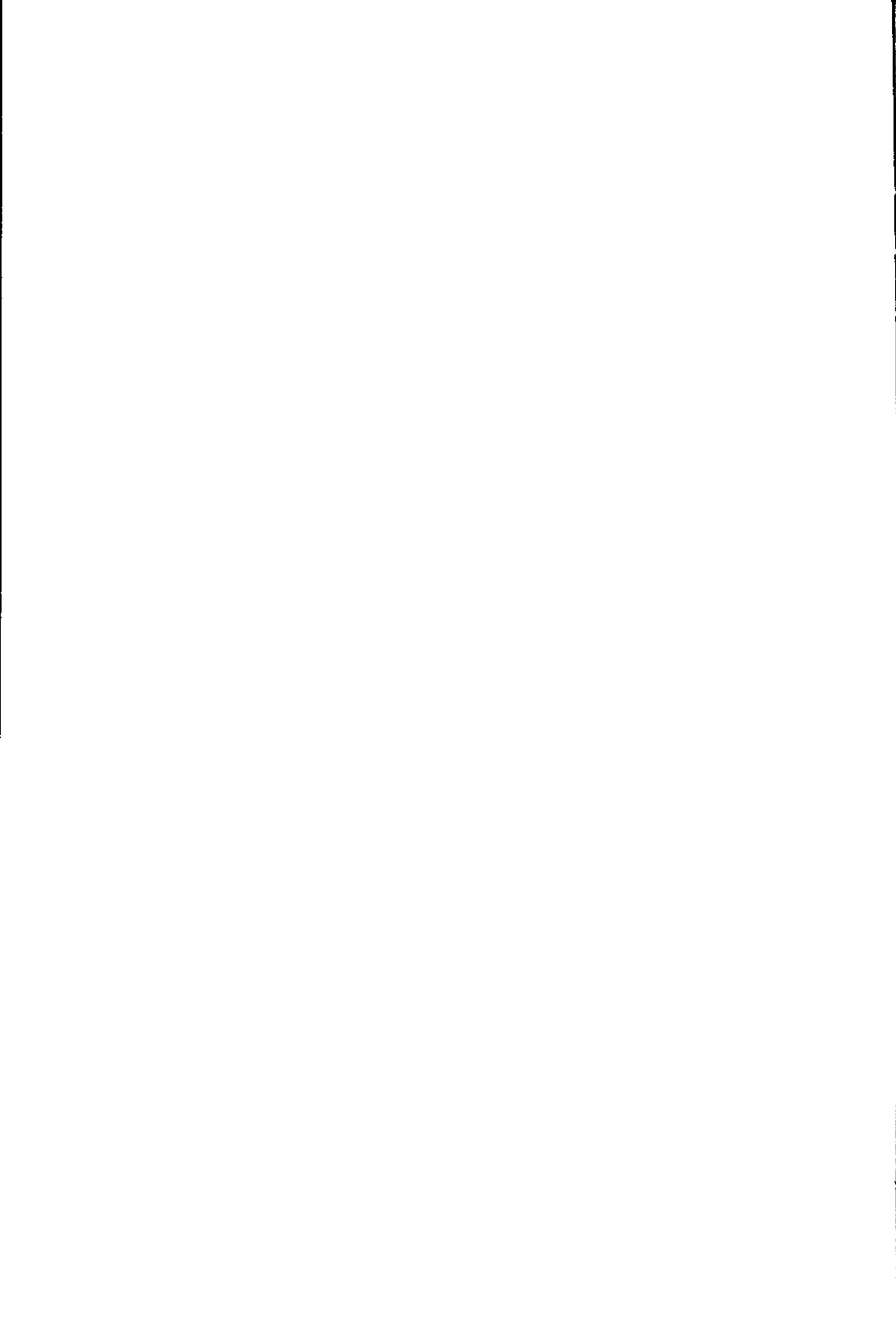
## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konseptual

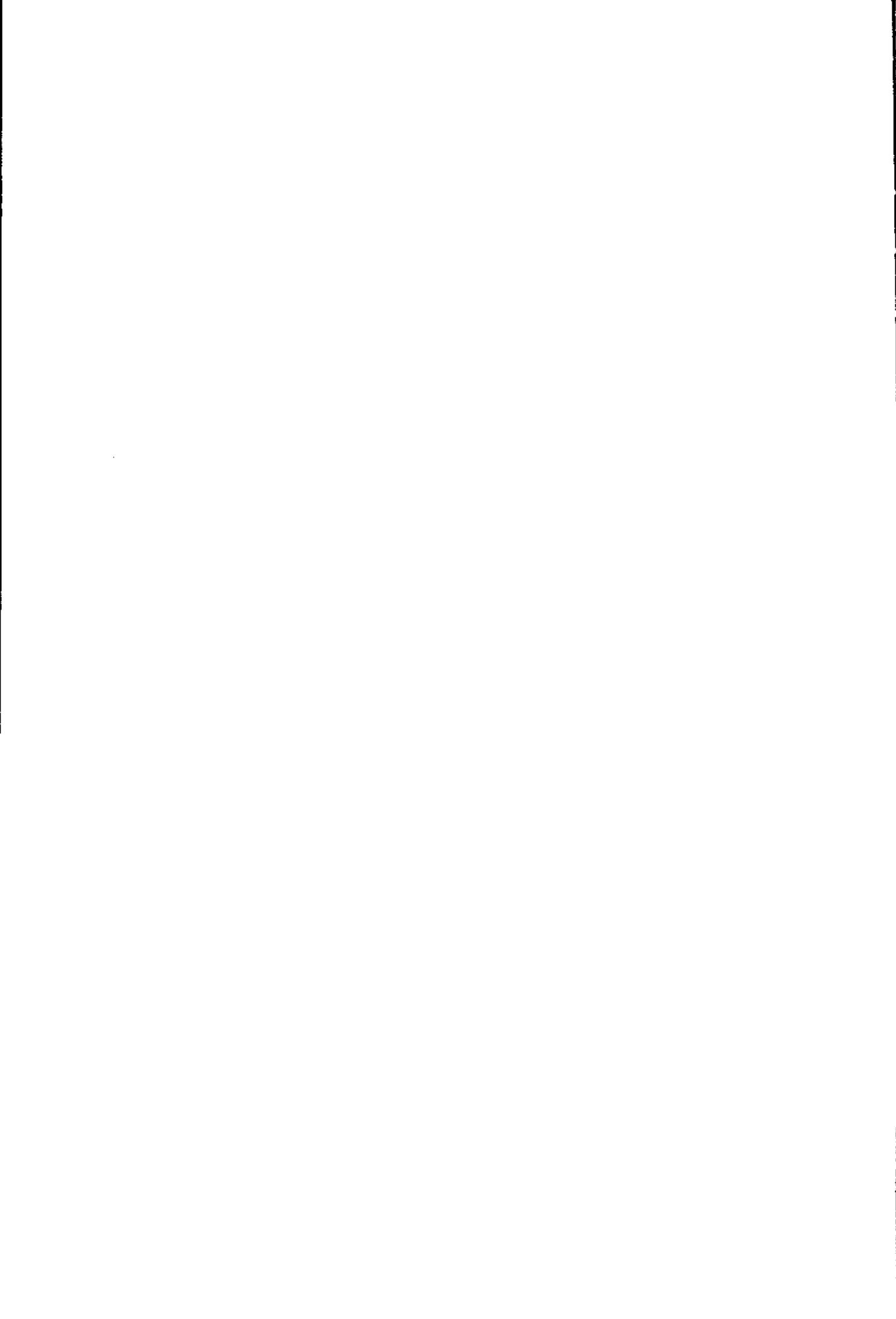


Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) pada bayi berumur kurang dari 6 bulan berdasarkan teori perubahan perilaku (Green,1980) dan proses adopsi perilaku (Rogers,1974).



Gambar 3.1 diatas, dapat dijelaskan bahwa perilaku individu atau masyarakat menurut teori perubahan perilaku (Green, 1980) dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: (1) faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku berupa pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut, tingkat sosial ekonomi, dalam hal ini adalah faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. (2) Faktor pendukung (*Enabling Factors*), faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. (3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap dan perilaku tokoh masyarakat/ tokoh agama, sikap dan perilaku petugas kesehatan dan peraturan atau UU.

Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berumur dibawah 6 bulan. Pengetahuan ibu yang kurang menyebabkan ketidaktepatan sikap dan tindakan ibu-ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI. Untuk merubah perilaku ibu yang salah dalam pemberian MPASI maka diadakan *small group discussion* tentang ASI eksklusif MPASI. Dalam *Small Group Discussion* jumlah pesertanya sedikit dan peserta bisa mengungkapkan pendapatnya. Dengan *Small Group Discussion* diharapkan perilaku ibu-ibu yang salah dalam memberikan MPASI bisa berubah. Proses perubahan perilaku menurut Rogers (1974) melalui beberapa tahap yaitu timbul kesadaran (*awareness*), ketertarikan (*interest*), mempertimbangkan baik buruknya stimulus (*evaluation*), mulai mencoba (*trial*), dan mengadaptasi (*adoption*). Setelah itu, diharapkan terjadi perubahan perilaku ibu-ibu yang ditandai dengan : peningkatan pengetahuan, sikap menjadi positif, dan ibu tidak lagi memberikan makanan pendamping ASI pada bayi yang berumur kurang dari 6 bulan. Setelah terjadi perubahan perilaku tersebut

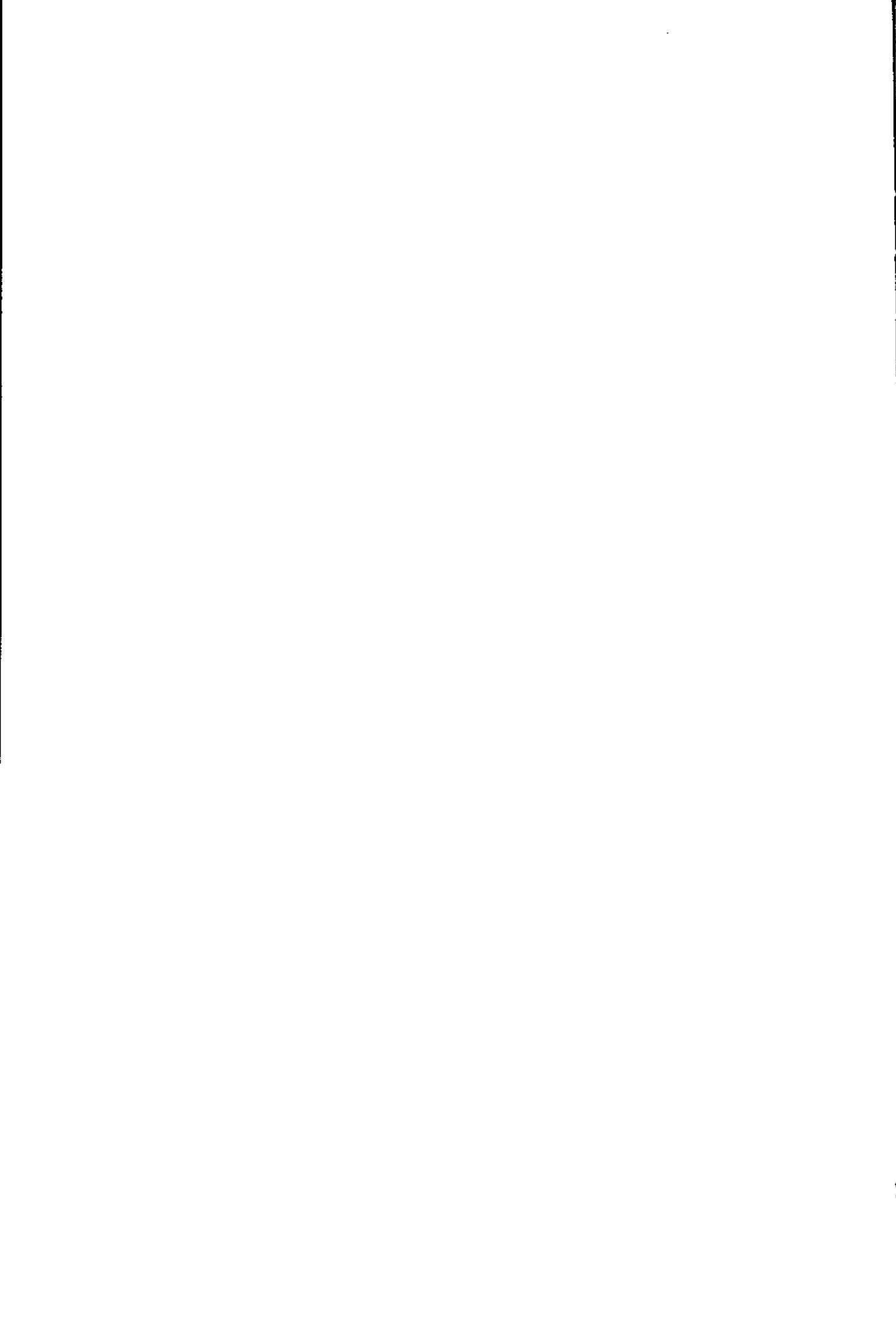


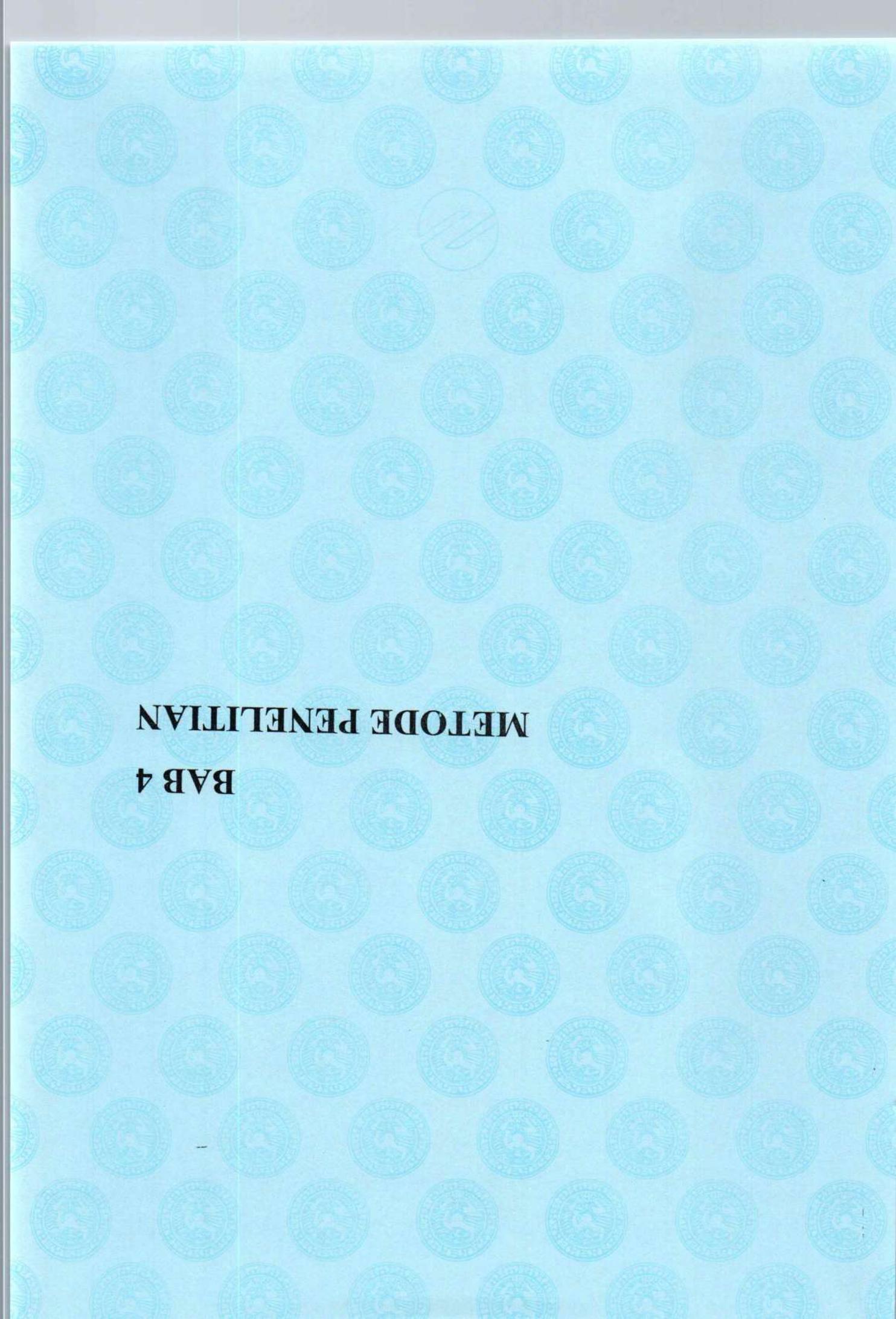
maka diharapkan bayi akan terhindar dari penyakit yang diakibatkan pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini, misal: diare, alergi, dll.

### 3.2 HIPOTESIS PENELITIAN

H1 :

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan sikap ibu dalam pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso-Nganjuk
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan tindakan ibu dalam pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk





**METODE PENELITIAN**

**BAB 4**



Metode yang dipergunakan pada penelitian ini adalah *Quasi experiment* dengan rancangan *pre-post test design*. Penelitian ini berupaya mengungkapakan hubungan sebab akibat dimana kelompok eksperimen diberi perlakuan berbeda dari kelompok lain. Pada kedua kelompok diawali dengan pretes dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (pasca test) (Nursalam, 2008)

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti. Dalam pengertian yang luas desain penelitian mencakup berbagai hal yang dilakukan peneliti, mulai dari identifikasi masalah, rumusan hipotesis, operasionalisasi hipotesis, cara pengumpulan data, sampai pada akhirnya analisis data. Dalam pengertian yang lebih sempit desain penelitian mengacu pada jenis penelitian, oleh karena itu desain berguna sebagai pedoman untuk mencapai tujuan penelitian (Sastroasmoro, 2002)

#### 4.1 Desain penelitian

Pada bab ini akan dibahas mengenai : (1) Desain penelitian, (2) Populasi, sampel, dan sampling, (3) Identifikasi variabel, (4) Definisi operasional, (5) Pengumpulan data, (6) Prosedur pengumpulan data, (7) Kerangka kerja, (8) Analisis data, (9) Etika penelitian, (10) Keterbatasan.

### METODE PENELITIAN

#### BAB 4



*Group Discussion* mengenai makanan pendamping ASI. Prosesnya diawali

dengan *pre-test* dan diakhiri dengan *post-test* setelah pemberian perlakuan

Subjek	Pra	Perlakuan	post
K <sub>a</sub>	O <sub>1</sub>	I	O <sub>2</sub>
K <sub>b</sub>	O <sub>1</sub>	.	O <sub>2</sub>
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan: K<sub>a</sub> : Subjek perlakuan dengan metode *small group discussion*

K<sub>b</sub> : Kelompok kontrol

O<sub>1</sub> : Pengukuran pertama sebelum dilakukan *small group*

*discussion*

O<sub>1</sub> : Pengukuran pertama pada kelompok kontrol

I : Intervensi dengan metode *small group discussion*

O<sub>2</sub> : Pengukuran kedua setelah dilakukan *small group*

*discussion*

O<sub>2</sub> : Pengukuran kedua pada kelompok kontrol

#### 4.2 Populasi, sampel, dan sampling

##### 4.2.1 Populasi

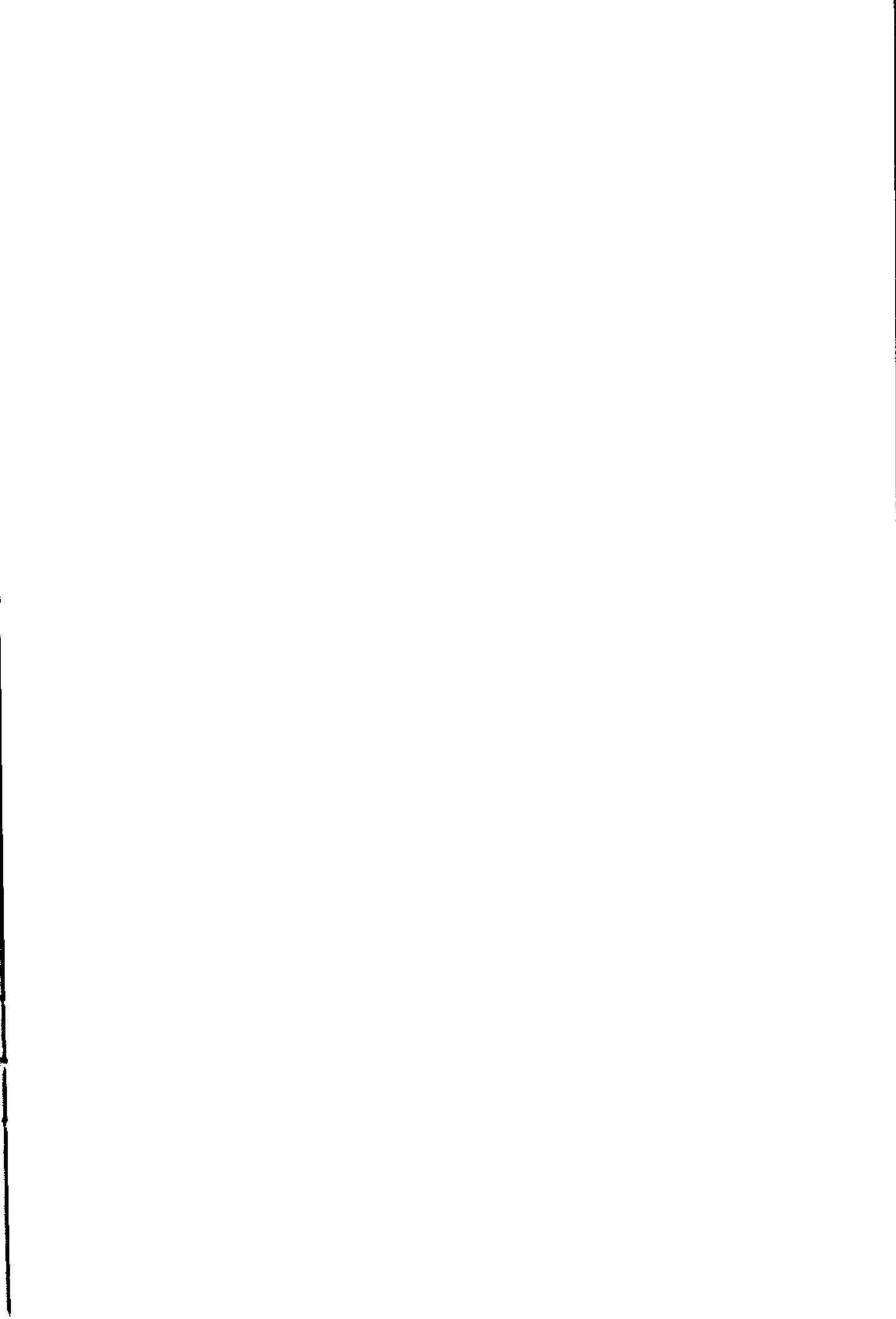
Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik

tertentu (Sastroasmoro, 2002). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh ibu yang

memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo,

Kecamatan Rejoso, Kabupaten Nganjuk. Populasi terjangkau adalah populasi

yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari



kelompoknya (Nursalam, 2008). Populasi terjangkau dalam penelitian ini

sebanyak 23 ibu.

#### 4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel terdiri dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai

subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel adalah sebagian

atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Menurut Arikunto (2006)

seperti yang dikemukakan Issac dan Michael maka besar sampelnya adalah:

$$S = \frac{x^2 NP (1-P)}{d^2 (N-1) + x^2 P (1-P)}$$

Keterangan :

S : sampel total

N : populasi

P : proporsi dalam populasi, jika tidak diketahui dianggap 50%

d : tingkat kesalahan yang dipilih (d= 0.05)

$x^2$  : nilai standar normal untuk  $\alpha = 0.05$  (1.96)

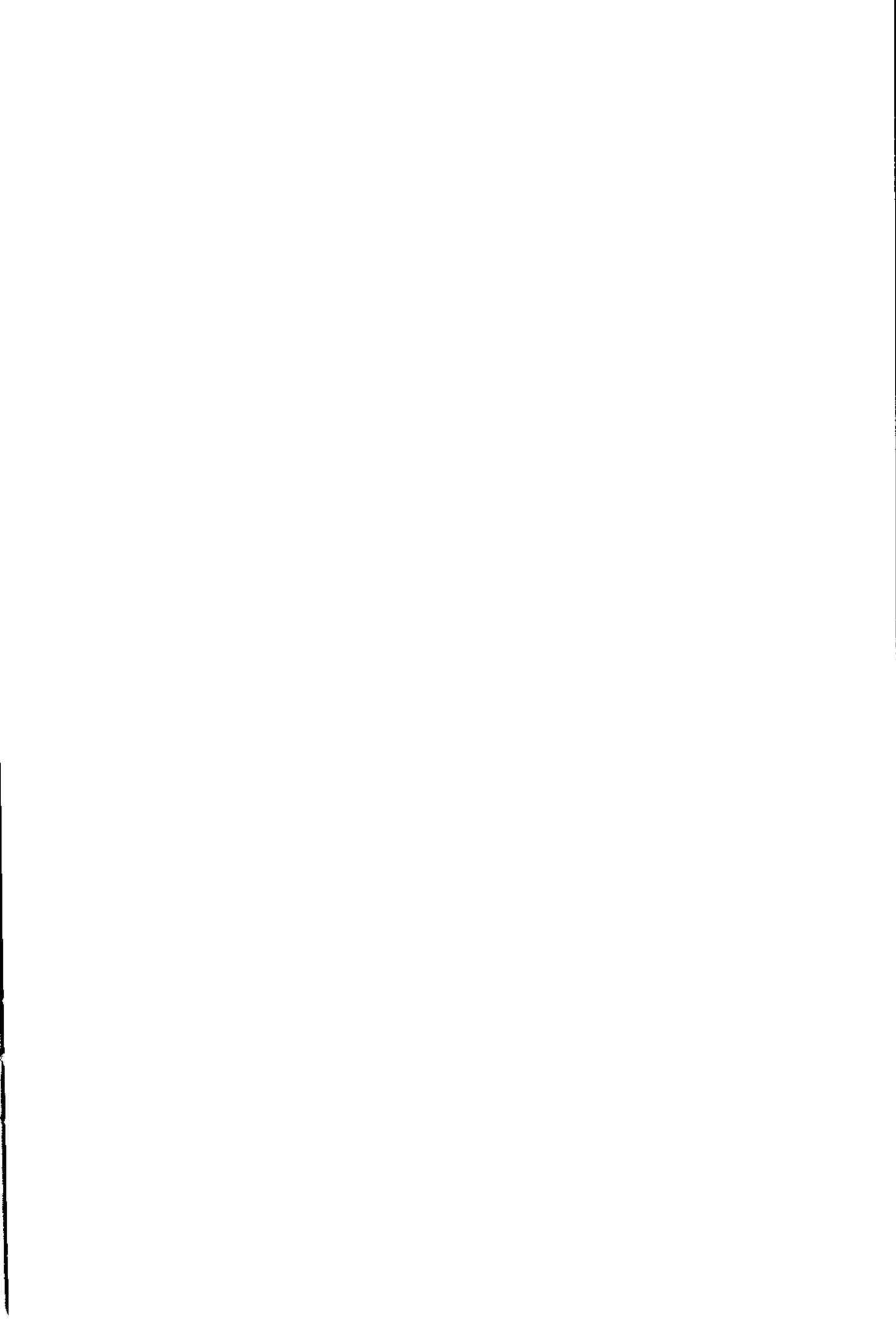
Maka :

$$S = \frac{(1,96)^2 \cdot 23 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (23-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$S = \frac{22,0892}{1,0154}$$

$$= 21,74$$

$$= 22 \text{ ibu}$$



## 1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini kriteria inklusinya sebagai berikut :

- 1) Ibu yang bisa membaca dan menulis
- 2) Ibu bayi yang bersedia diteliti dengan menandatangani *informed consent*

3) Ibu yang merawat bayinya sendiri

4) Ibu dengan tipe keluarga inti

5) Pendidikan minimal SMP

## 2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pebahagi sebab (Nursalam, 2008).

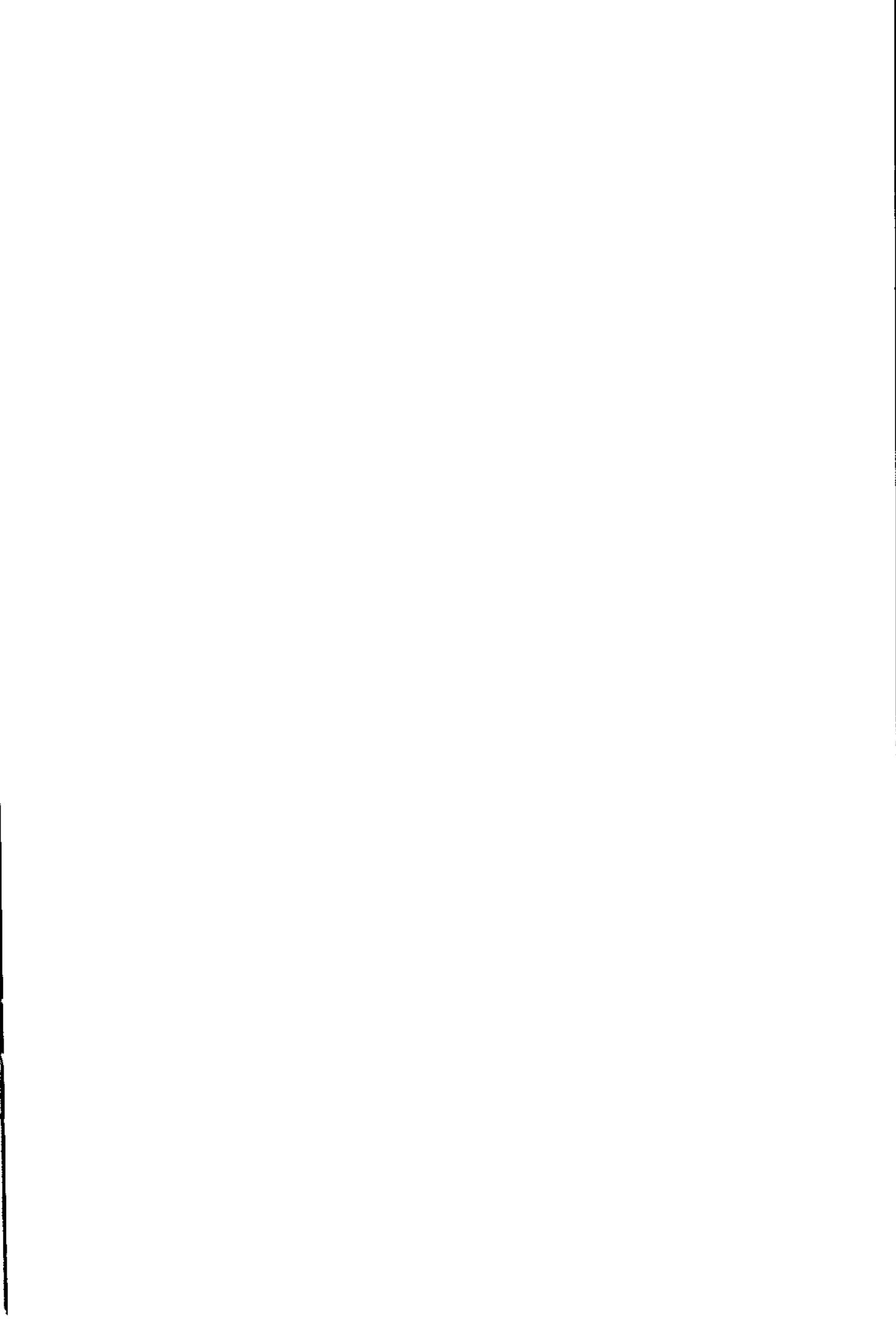
Pada penelitian ini kriteria eksklusinya adalah :

1) Ibu yang mempunyai bayi dalam keadaan sakit

2) Ibu yang mempunyai bayi dalam keadaan kecacatan

## 4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini menggunakan *probability sampling* sehingga setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih. *Probability sampling* yang digunakan yaitu *simple random sampling* yaitu suatu teknik penempatan sampel paling sederhana dengan cara acak melalui lemparan dadu atau pengambilan nomor yang telah ditulis (Nursalam, 2008).



#### 4.3 Identifikasi Variabel

##### 4.3.1 Variabel Independen (Bebas)

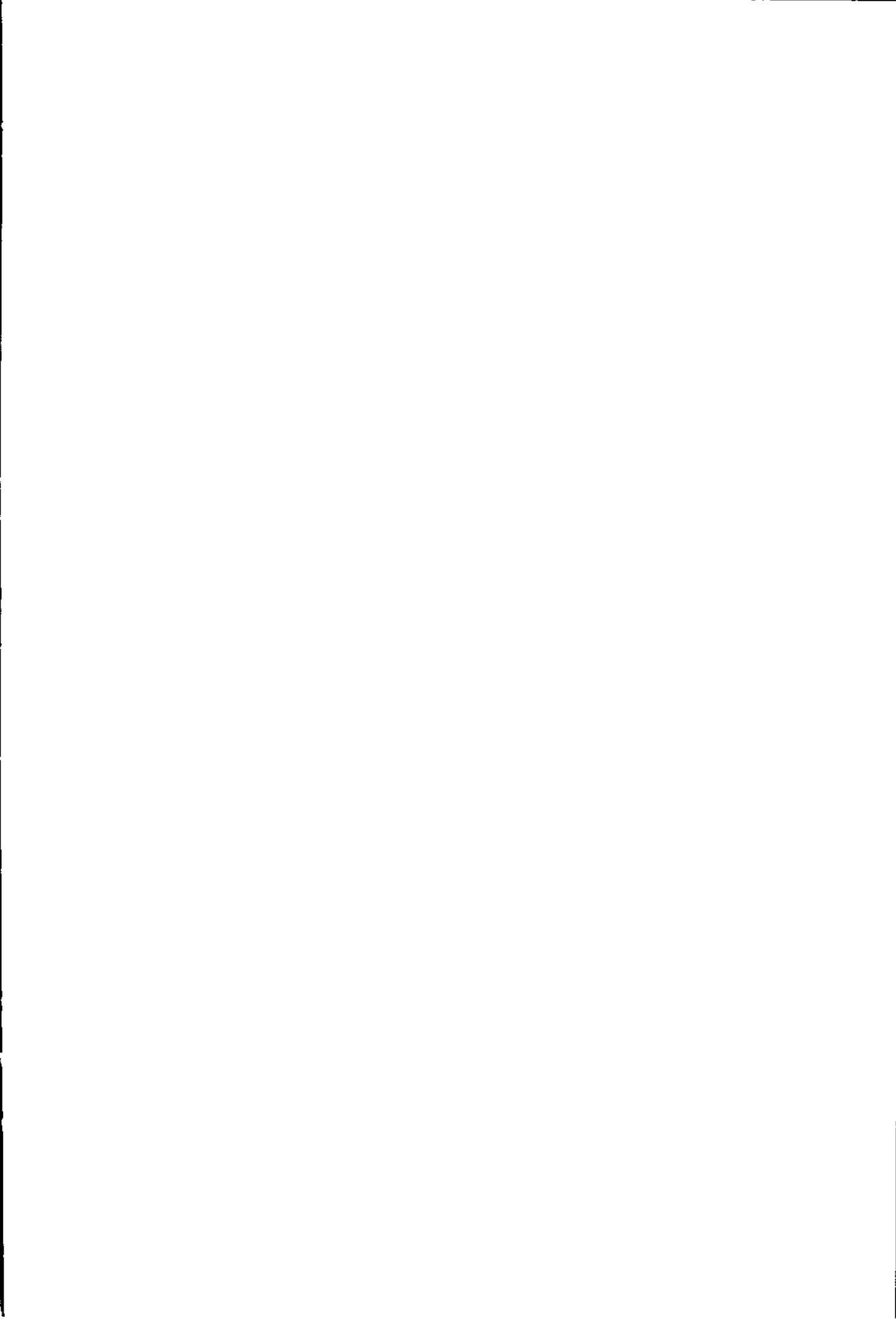
Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah *small group discussion*.

##### 4.3.2 Variabel Dependen (Tergantung)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dalam ilmu tingkah laku, variabel terikat adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus. Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pemberian MPASI pada bayi kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo, Kecamatan Rejoso-Nganjuk.

#### 4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada 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 4.1 Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode *Small Group Discussion* Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) Pada Bayi Berumur Kurang Dari 6 Bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Refoso - Nganjuk

Varia	Definisi	Parameter	Instrum	Skala	Kriteria
1. Independen	Pendi Curah dikan keseh dengan anggota denga n sampai metod e dengan small topik ASI eksklusif dan MPASI dengan peneliti sebagai fasilitator	Menggali pendapat kelompok, menjustifikasi tentang: 1. Pengertian ASI eksklusif 2. Kelebihan ASI dibanding susu dengan topik ASI eksklusif 3. Pengertian makanan pendamping ASI (MPASI) 4. Waktu yang tepat memberikan MPASI 5. Alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan 6. Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan	SAP	-	-
1. Pen Hasil	Hasil pemahaman tentang ASI eksklusif dan MPASI setelah dilakukan small group discussion	Menggali pendapat kelompok, menjustifikasi tentang : 1. Pengertian ASI eksklusif 2. Kelebihan ASI dibanding susu formula 3. Pengertian makanan pendamping ASI	Kuesio ner	Ordinal	Penilaian digunakan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 12 pertanyaan multiple choice Bila jawaban benar maka skor = 1 Bila jawaban

2. Dependen :

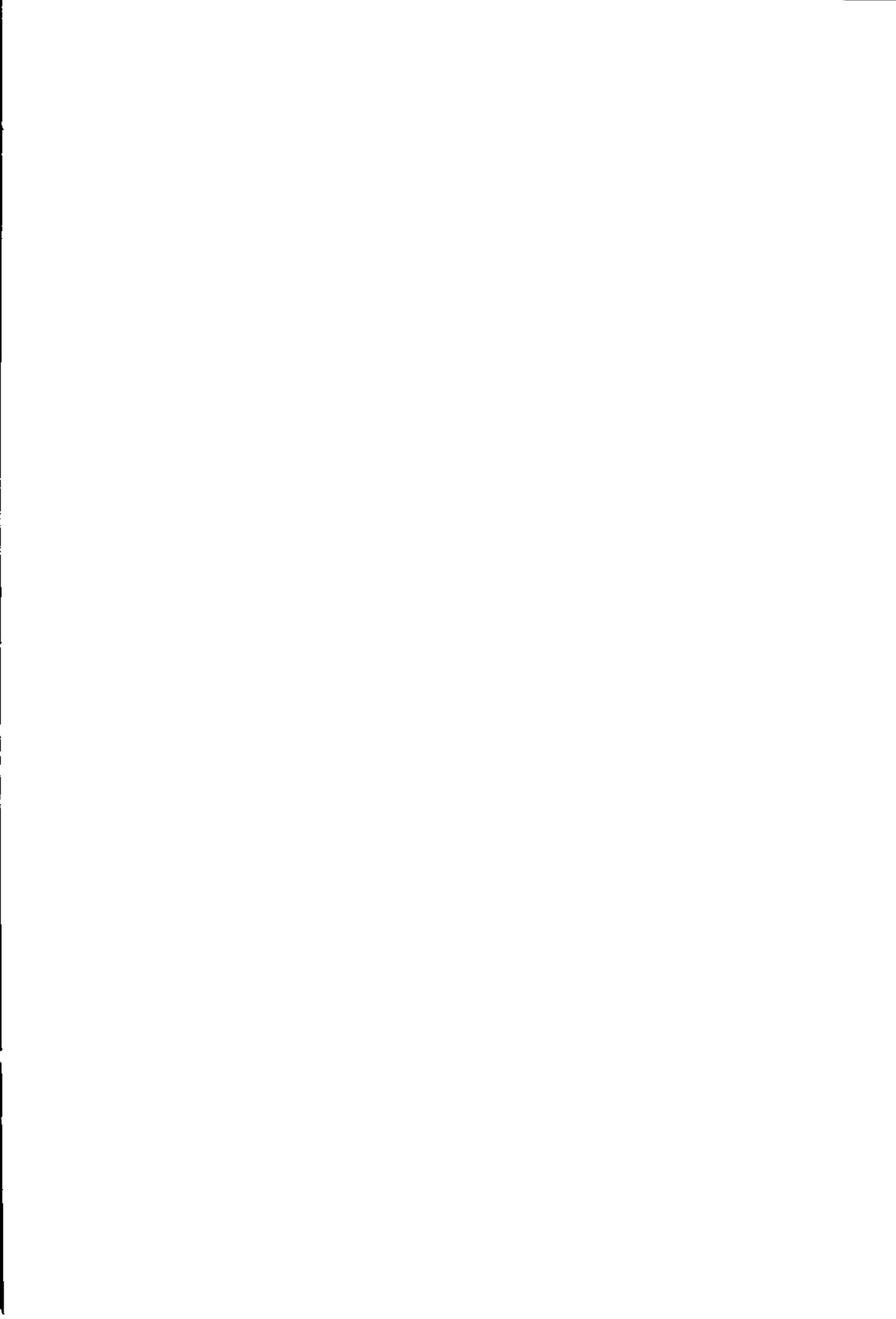
Peria

ku:

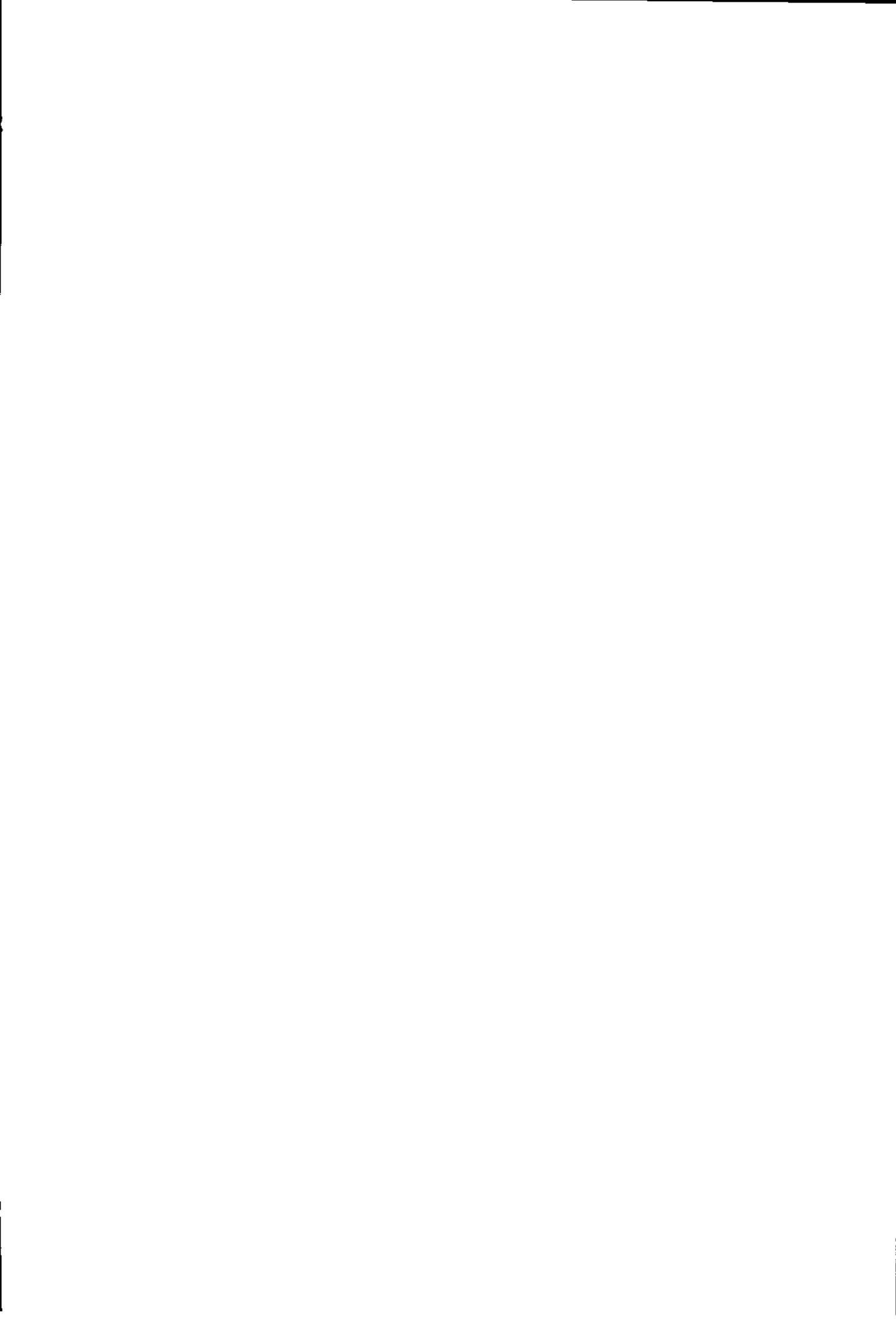
1. Pen

getah

uan







Tetap  
 member=0  
 Baik = 76%  
 100%  
 Cukup = 56%  
 75%  
 Kurang =<56%

tentang ASI  
 eksklusif  
 dan MPASI

**4.5 Pengumpulan Data**  
**4.5.1 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Arikunto, 2006). Instrumen dalam penelitian ini meliputi :

1. Variabel independen adalah *small group discussion* tentang perubahan perilaku dalam memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. diukur menggunakan SAP yang diadopsi dari Notoadmodjo (2007), dan Maulana (2009).

2. Variabel dependen adalah tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen yaitu berupa kuesioner tertutup untuk mengetahui pengetahuan dan sikap sedangkan untuk tindakan peneliti menggunakan observasi. Kuesioner untuk pengetahuan terdiri dari pertanyaan *multiple choice* yang bila dijawab dengan benar maka skor 1 dan bila salah skor 0 sebanyak 12 pertanyaan. Kuesioner untuk sikap berupa pertanyaan positif dan pertanyaan negatif dengan skala likert , pada pertanyaan positif bila jawaban sangat setuju (SS) skor 4, setuju (S) skor 3, tidak setuju (TS) skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) skor 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif bila menjawab sangat setuju (SS) skor 1, setuju (S)



Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah mendapatkan surat izin Bakesbang Pol dan Limas Kabupaten Nganjuk. Sebelum dilakukan intervensi *small group discussion*

#### 4.6 Prosedur Pengumpulan Data

dari 6 bulan

para ibu yang memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berusia kurang Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 9 – 30 Juni 2010 dengan mengumpulkan

#### 2. Waktu Penelitian

dan ispa pada bayi kurang dari 6 bulan cukup tinggi.

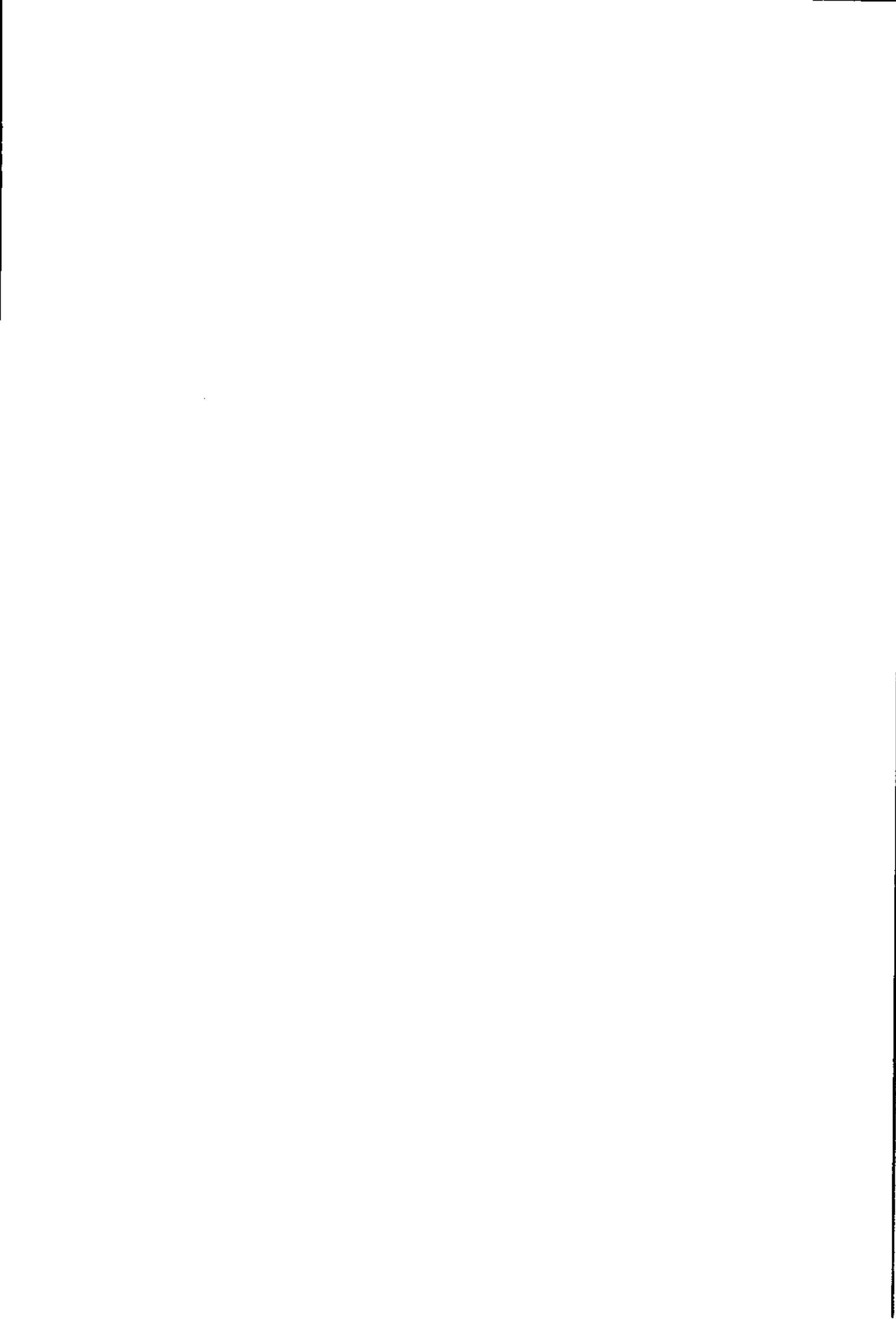
harapan, 95% bayi kurang dari 6 bulan sudah diberi MPASI, dan kejadian diare sebelumnya, angka pemberian ASI eksklusif juga sangat rendah jauh dari Nganjuk, dengan pertimbangan belum pernah diberikan penelitian seperti ini Penelitian ini dilakukan di desa Ngadiboyo, Kecamatan Rejoso, Kabupaten

#### 1. Lokasi Penelitian

#### 4.5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Soetjingsih (1997)

digunakan adalah modifikasi dari Roesli (2005), Soraya (2005), dan Pengetahuan, sikap, dan tindakan menggunakan data ordinal. Instrument yang frekuensi menurun (kadang-kadang) skor 1, tetap memberi skor 0. Tindakan berupa pertanyaan bila dijawab tidak memberi skor 2, memberi skor 2, tidak setuju (TS) skor 3, dan sangat tidak setuju (STS) skor 4.







1. Tingkat pengetahuan terdiri dari 12 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*.

2. Sikap responden terdiri dari 10 pertanyaan dengan pernyataan positif dan negatif sesuai dengan menggunakan skala likert.

3. Tindakan responden terdiri dari 3 pertanyaan tentang tindakan responden apakah masih memberikan MPASI pada bayinya.

Setelah itu peserta diberi intervensi yaitu dengan metode *small group*

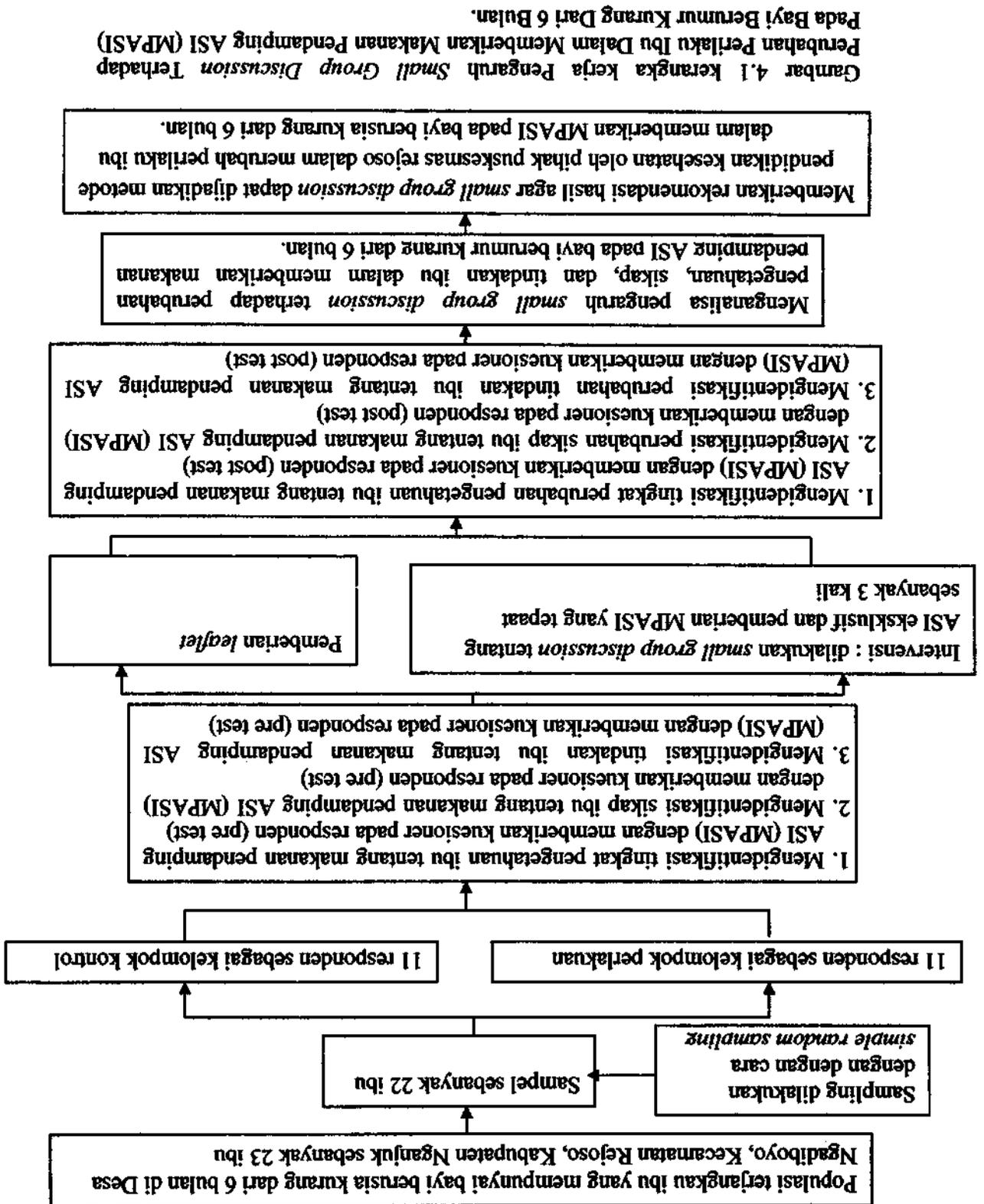
*discussion* sebanyak tiga kali di rumah kepala dusun dengan jeda waktu tiap pertemuan 5 hari agar peserta dapat mencerna materi yang telah diberikan sebelumnya. *Small group discussion* yang pertama membahas pengertian ASI eksklusif dan kelebihan ASI dibandingkan susu formula. Pada *small group discussion* yang kedua membahas pengertian MPASI dan waktu yang tepat memberikan MPASI. *Small group discussion* yang ketiga membahas alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur lebih dari 6 bulan dan bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. *Small group discussion* dilakukan pada pagi hari sekitar pukul 10.00 dengan pertimbangan ibu sudah selesai melakukan pekerjaan rumah tangga. Setelah *small group discussion* yang ketiga dilakukan evaluasi (post tes) dengan cara diberikan kuesioner mengenai pengetahuan dan sikap. Untuk tindakan pengisian kuesionernya dilakukan 1 minggu setelah *small group discussion* yang terakhir. Pada kelompok pembandingan setelah bersedia menjadi responden dengan bukti menandatangani *informed consent* maka segera diberikan kuesioner untuk pre test. Kuesioner yang digunakan sama seperti kuesioner pada kelompok perlakuan. Setelah 2 minggu diberikan kuesioner lagi untuk post test. Semua data yang terkumpul dicatat dalam lembar pengumpulan



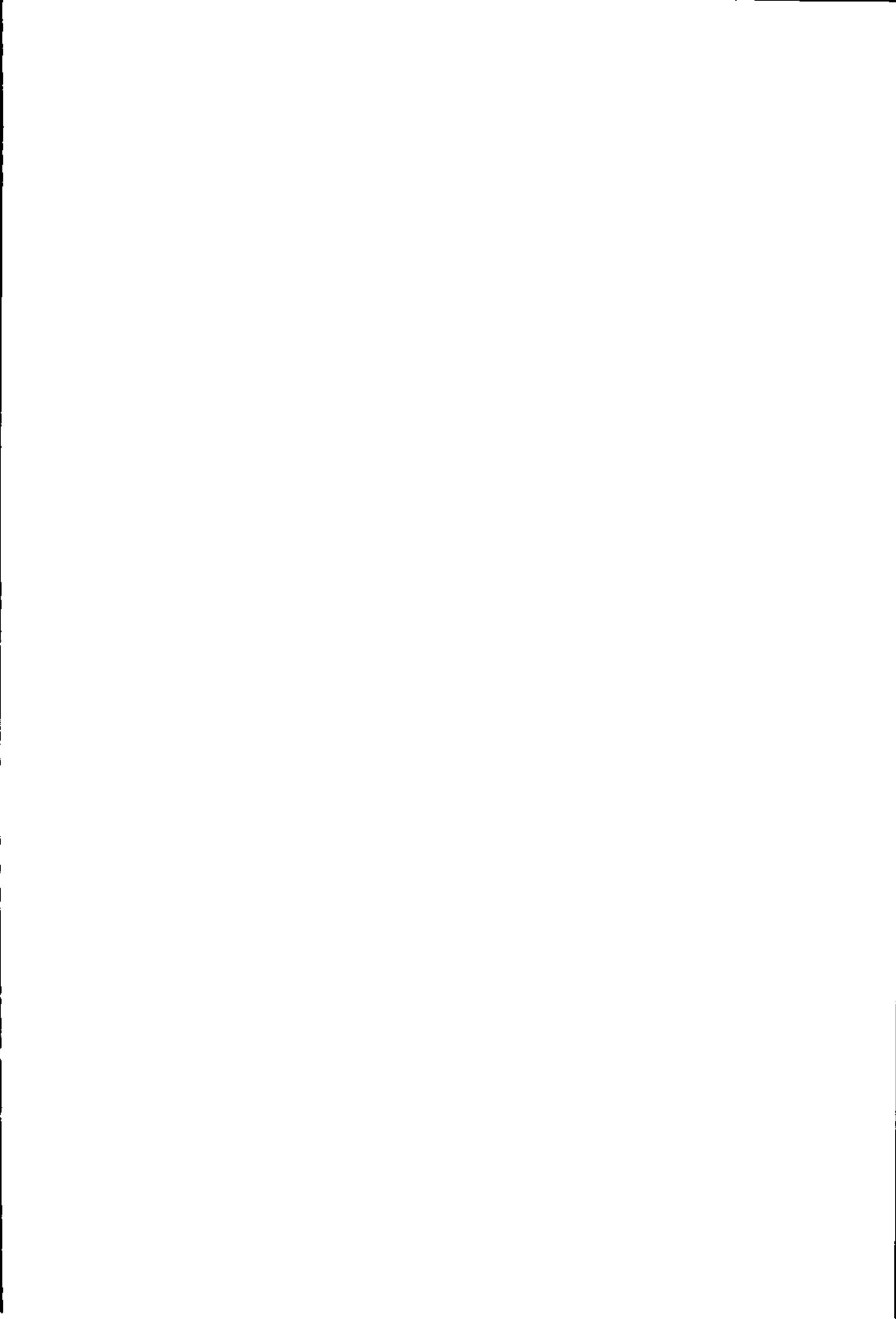
data. Semua data yang terkumpul akan dianalisis guna untuk mengetahui pengaruh *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI pada bayi kurang dari 6 bulan di Desa Ngadiboyo, Kecamatan Rejoso-Nganjuk.



4.7 Kerangka kerja penelitian (Frame Work)



Gambar 4.1 kerangka kerja Pengaruh Small Group Discussion Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) Pada Bayi Berumur Kurang Dari 6 Bulan.



#### 4.8 Analisis Data

Dari hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi 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

Mengklartifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode danskor pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner.

##### 1) Usia responden

20-30 tahun : diberi kode 1

30-40 tahun : diberi kode 2

##### 2) Tingkat pendidikan responden

SMP : diberi kode 1

SMA : diberi kode 2

S1/ Sarjana : diberi kode 3

##### 3) Usia bayi

2 - 2,9 tahun : diberi kode 1

2 = 3-3,9 tahun : diberi kode 2

3 = 4 - 4,9 tahun : diberi kode 3

4 = 5-5,9 tahun : diberi kode 4



4) 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. Analisis

Statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner diskoring dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara pre perlakuan dan post perlakuan.

1. Analisis Deskriptif

1) Variable Pengetahuan

Benar : skor 1

Salah : skor 0

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{FN}{N} \times 100\% \quad (\text{Arikunto, 2007})$$

Keterangan :

P : Prosentase

F : jumlah jawaban yang benar

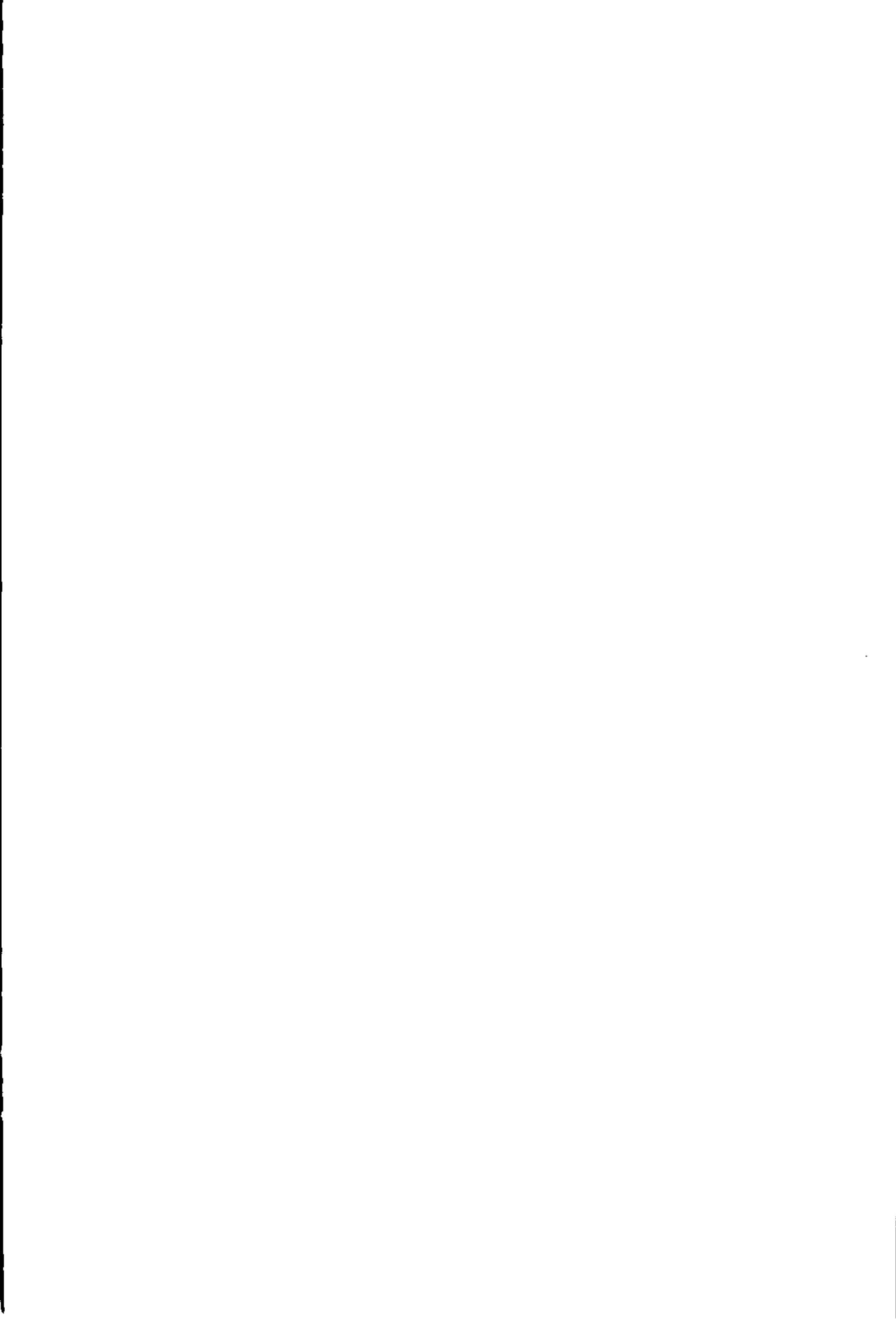
N : jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria :

Baik = 76% - 100%

Cukup = 56% - 75%

Kurang =<56%



2) Variabel Sikap

Untuk mengukur sikap digunakan skala likert yang terdiri dari empat jawaban yaitu sangat setuju, kurang setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju (seperti

dalam definisi operasional).

Pernyataan positif

Sangat setuju : skor 4

Setuju : skor 3

Tidak setuju : skor 2

Sangat tidak setuju : skor 1

Pernyataan negative

Sangat setuju : skor 1

Setuju : skor 2

Tidak setuju : skor 3

Sangat tidak setuju : skor 4

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[ \frac{X - X_{\text{mean}}}{SD} \right]$$

(Azwar, 2007)

Keterangan :

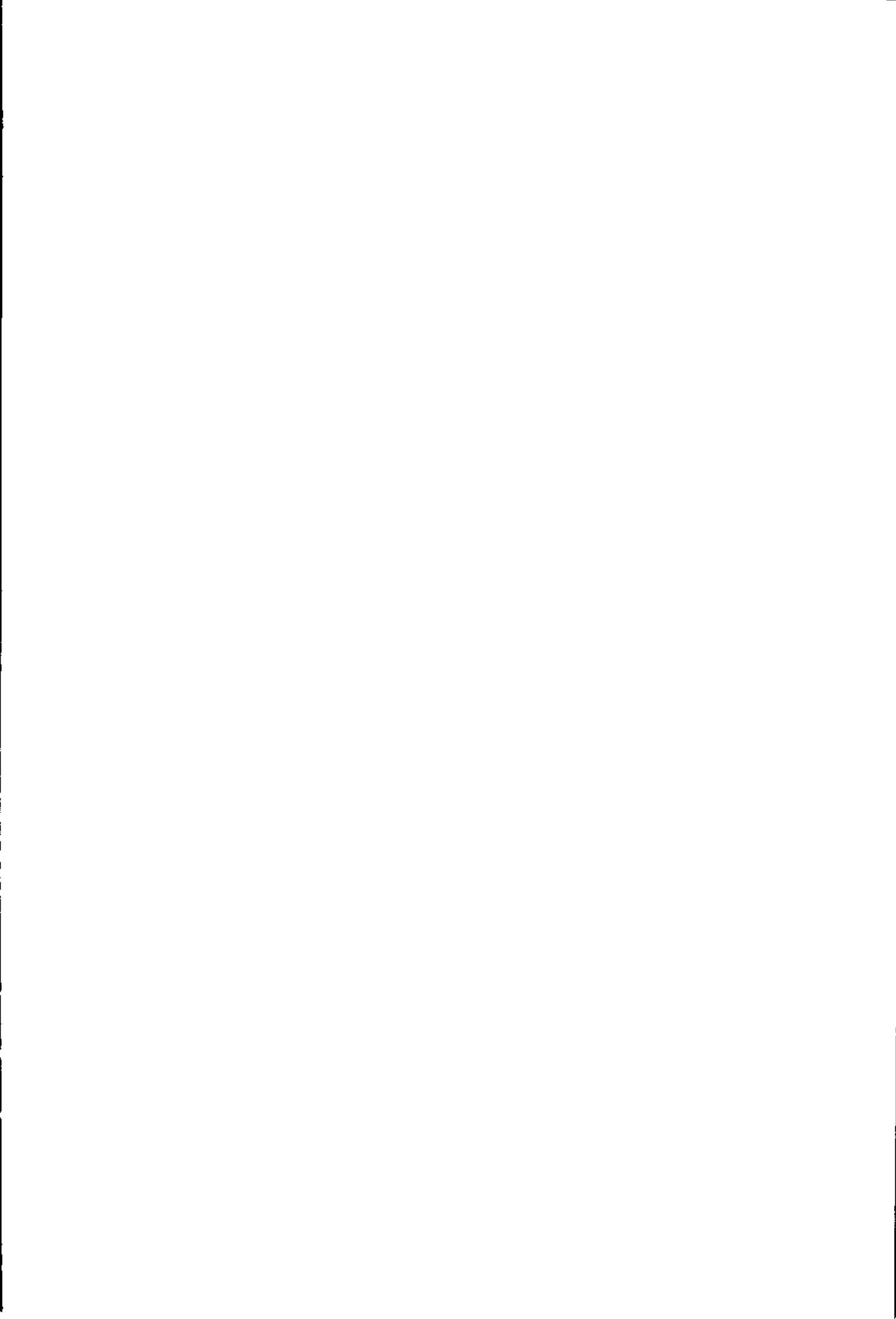
X : skor responden

X mean: nilai rata - rata kelompok

SD : standar deviasi

Setelah itu sikap dikatakan positif bila nilai skor =  $T \geq T_{\text{mean}}$

Sikap dikatakan negatif bila nilai skor =  $T < T_{\text{mean}}$



### 3) Variable Tindakan

Tindakan diukur dengan observasi sebagai klarifikasi.

Tidak memberi MPASI : skor 2

Jarang memberi MPASI : skor 1

Sering memberi MPASI : skor 0

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan : Keterangan :

P : Prosentase

f : jumlah jawaban yang benar

N : jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik = 76% - 100%

Cukup = 56% - 75%

Kurang = <56%

### 2. Analisis Statistik

Dari data yang telah terkumpul dianalisis perbedaan pengetahuan dan

sikap sebelum dan sesudah diberi intervensi dengan uji *wilcoxon signed rank test*

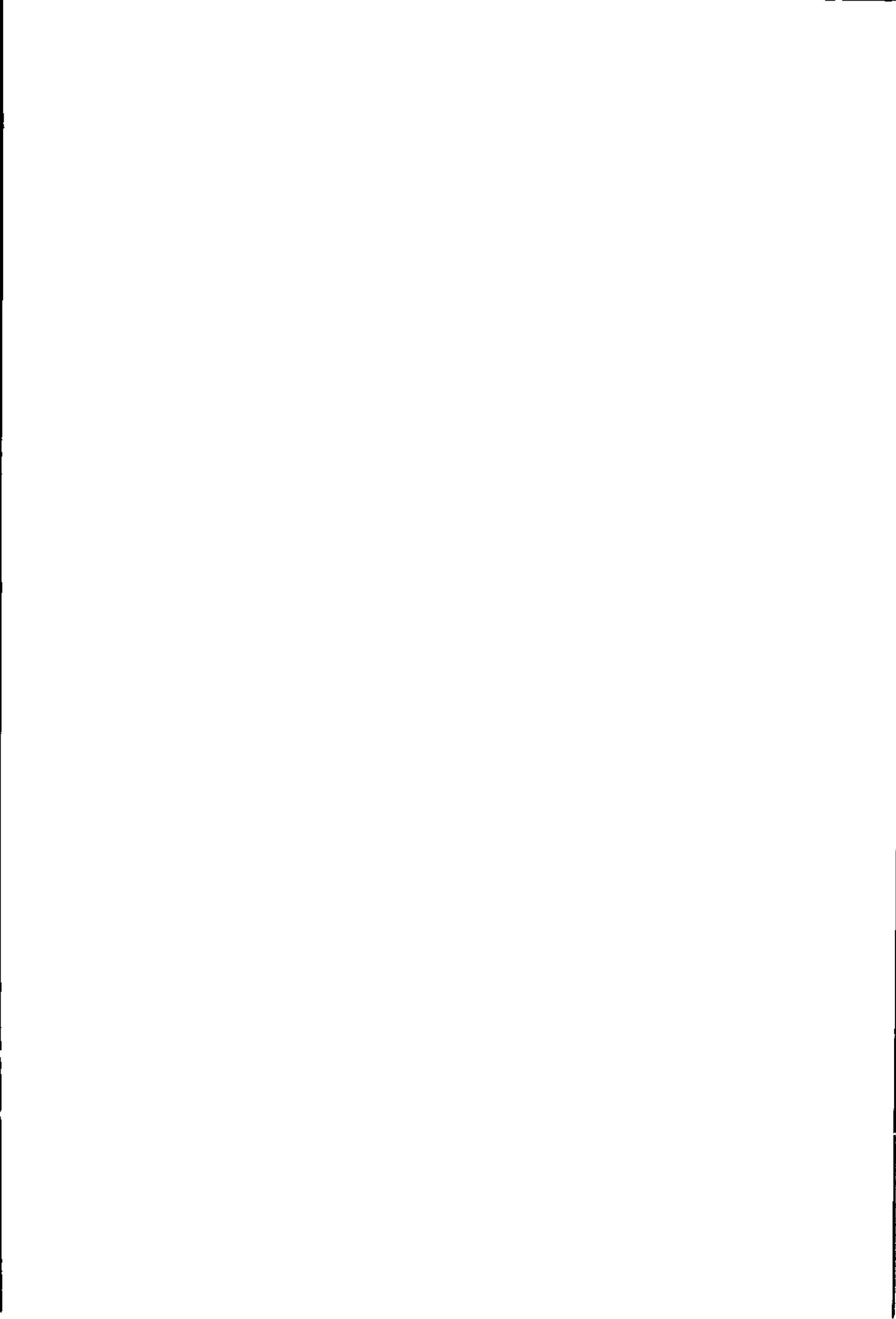
atau uji komparasi dua sampel berpasangan untuk mengetahui pengaruh variabel

independen dan variabel dependen. Derajat kemaknaan ditentukan jika

probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima. Jika probabilitas  $\leq 0,05$  berarti  $H_0$  ditolak

dan hipotesis diterima yaitu ada pengaruh *Small Group Discussion* terhadap

perubahan perilaku ibu dalam pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6



bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejosso-Nganjuk. Selanjutnya untuk menganalisis perbedaan perlakuan pada ibu yang dilakukan *small group* discussion dengan kelompok kontrol menggunakan uji Mann Whitney U test dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$  apabila  $p < \alpha$  maka H1 diterima.

#### 4.9 Etika Penelitian

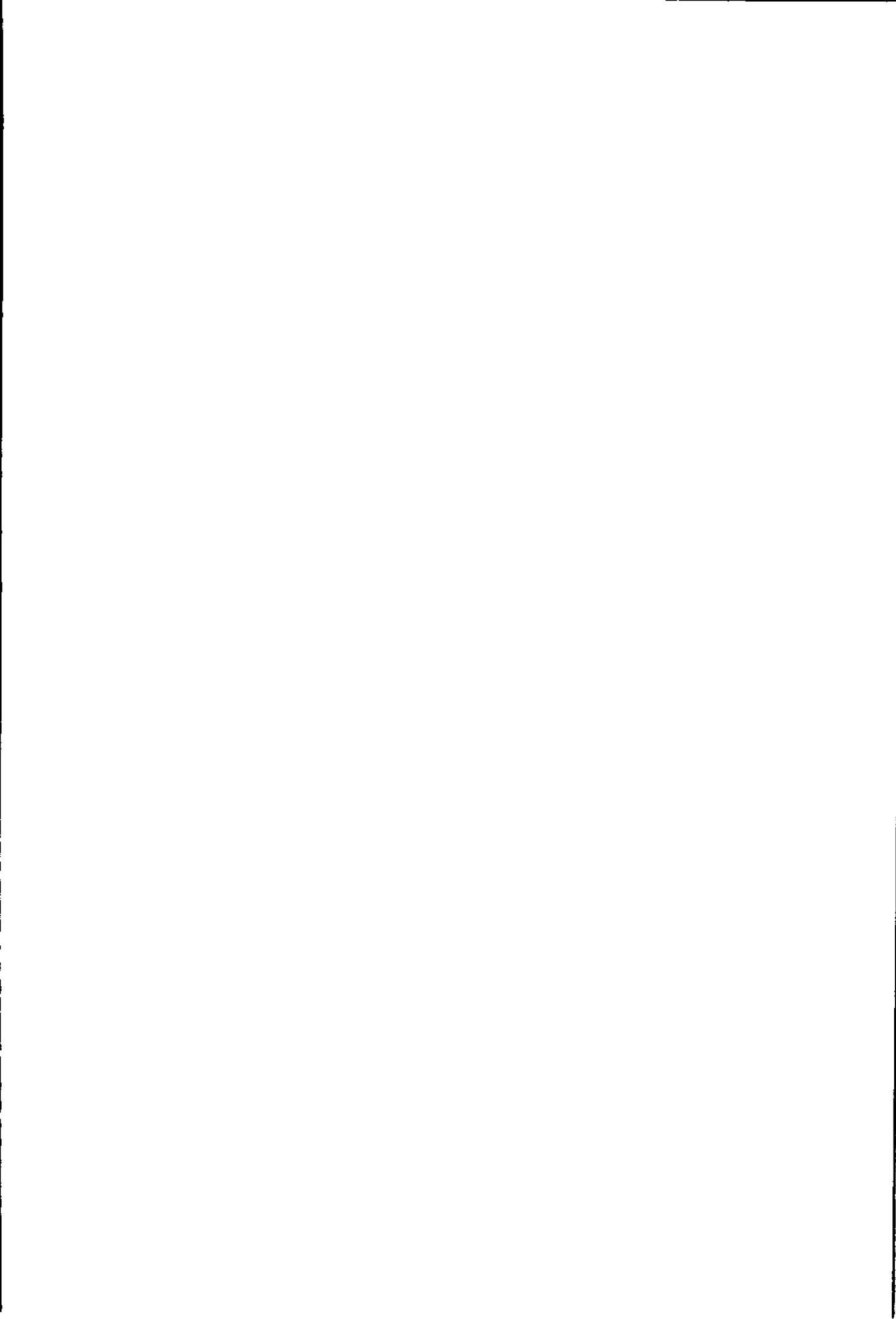
Masalah etika pada penelitian yang menggunakan subjek manusia menjadi isu sentral yang berkembang saat ini. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memaharni prinsip – prinsip etika penelitian. Jika hal ini dilaksanakan, maka peneliti akan melanggar hak – hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien. Peneliti yang sekahigus juga perawat, sering diperlakukan subjek peneliti seperti diperlakukan kliennya, sehingga subjek harus menurut semua anjuran yang diberikan. Padahal pada kenyataannya, hal ini sangat bertentangan dengan prinsip – prinsip etika penelitian (Nursalam, 2008).

##### 4.9.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian yang diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden.

##### 4.9.2 *Anomity* (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.



#### 4.9.3 Kerahasiaan

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

#### 4.10 Keterbatasan

Hidayat (2002) menyebutkan bahwa keterbatasan merupakan bagian riset keperawatan yang menjelaskan keterbatasan dalam penulisan riset, dalam setiap penelitian pasti mempunyai kelemahan-kelemahan yang ada, kelemahan tersebut ditulis dalam keterbatasan.

Adapun keterbatasan yang ada dalam penelitian ini meliputi:

##### 4.10.1 Sampel dan jumlah sampel

Sampel yang digunakan terbatas pada ibu dengan tipe keluarga inti dan minimal pendidikan SMP di Desa Ngadiboyo, Kecamatan Rejos, Kabupaten Nganjuk. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini termasuk jumlah minimal sehingga masih perlu dikembangkan di tempat lain dalam jumlah sampel yang lebih banyak lagi.

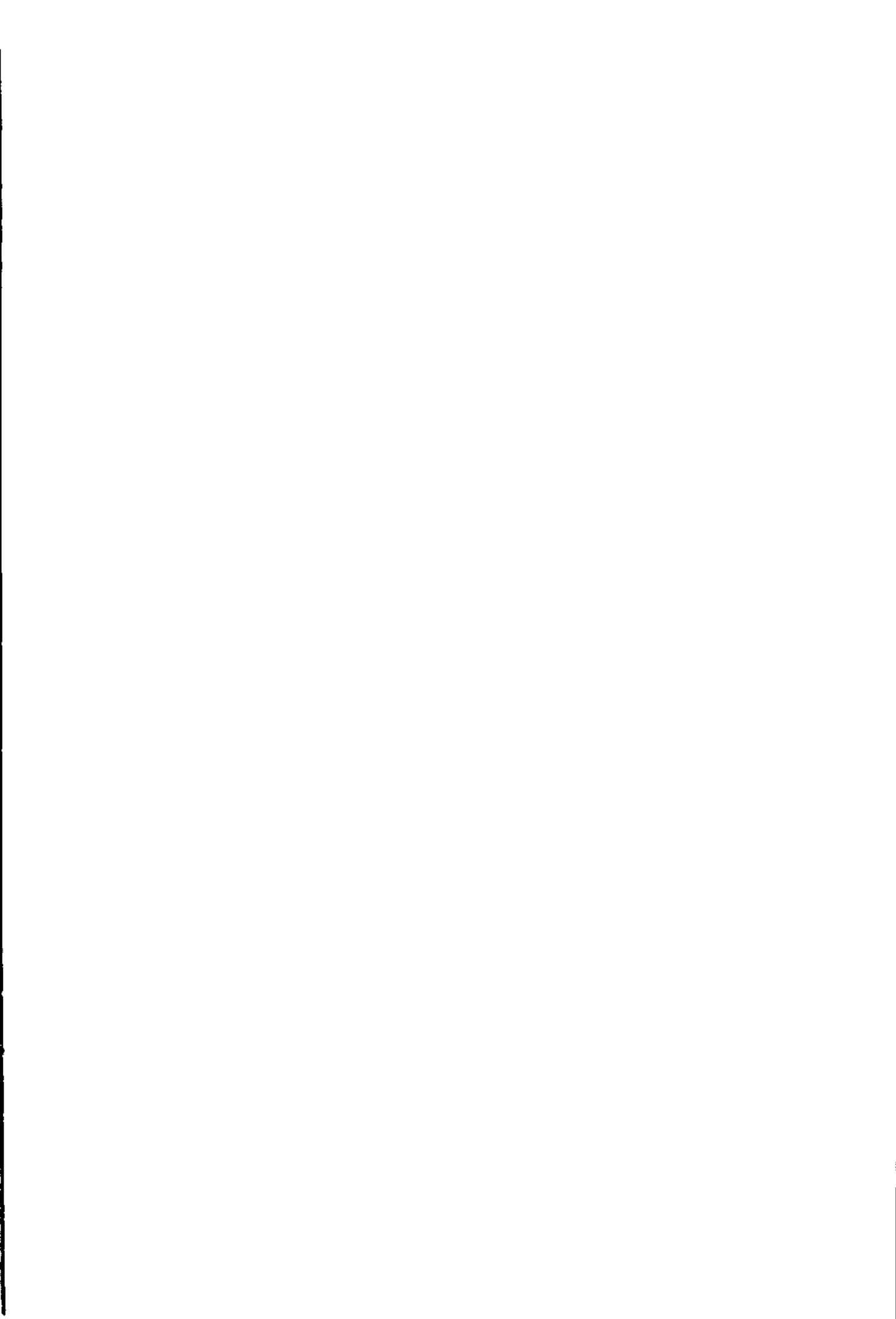
##### 4.10.2 Instrumen

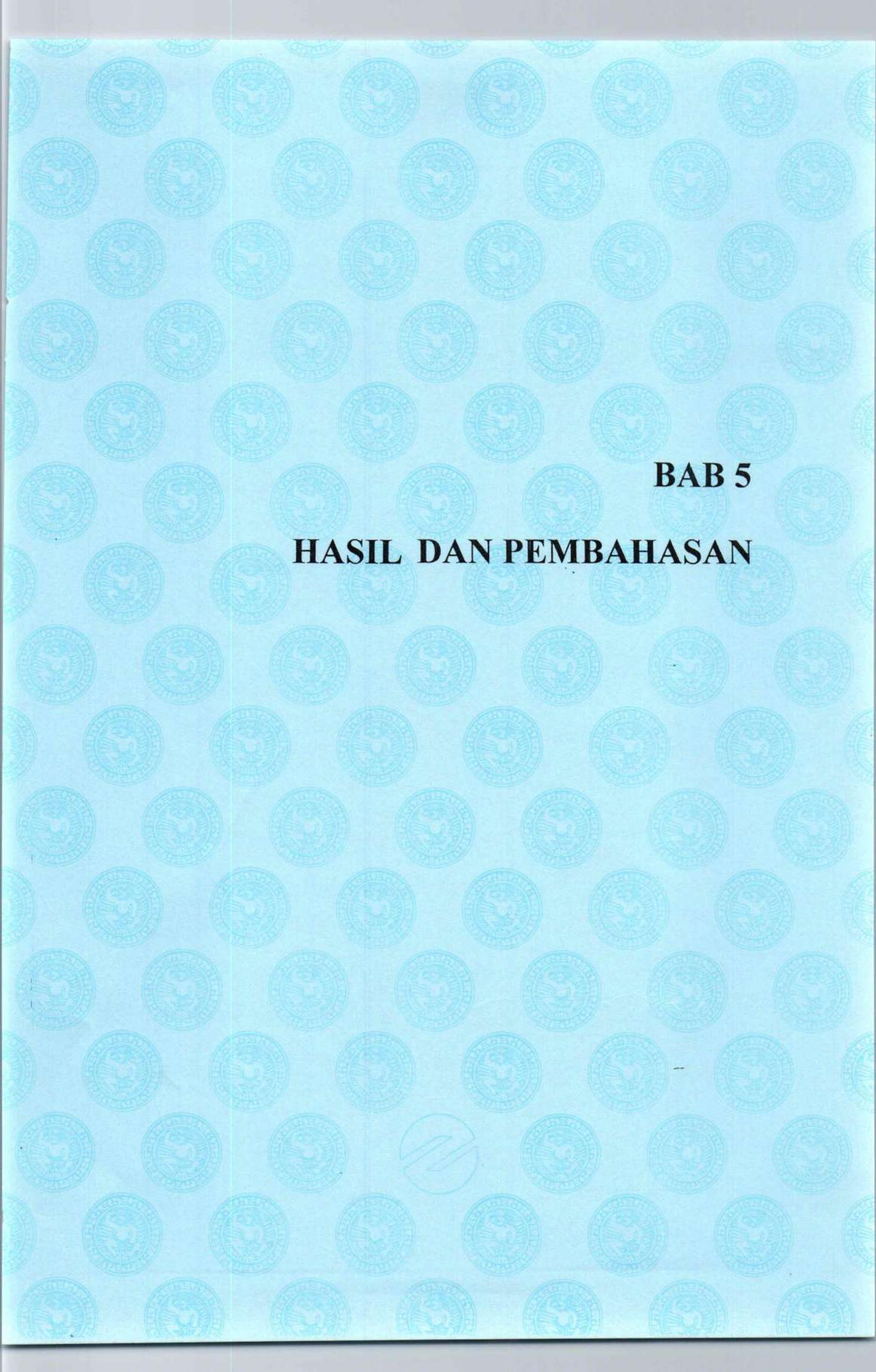
Instrumen pengumpulan data dirancaang oleh peneliti sendiri, oleh karena itu perlu validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji coba. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki kekurangan seperti subyektivitas dari sikap dan harapan responden.



#### 4.10.3 Waktu

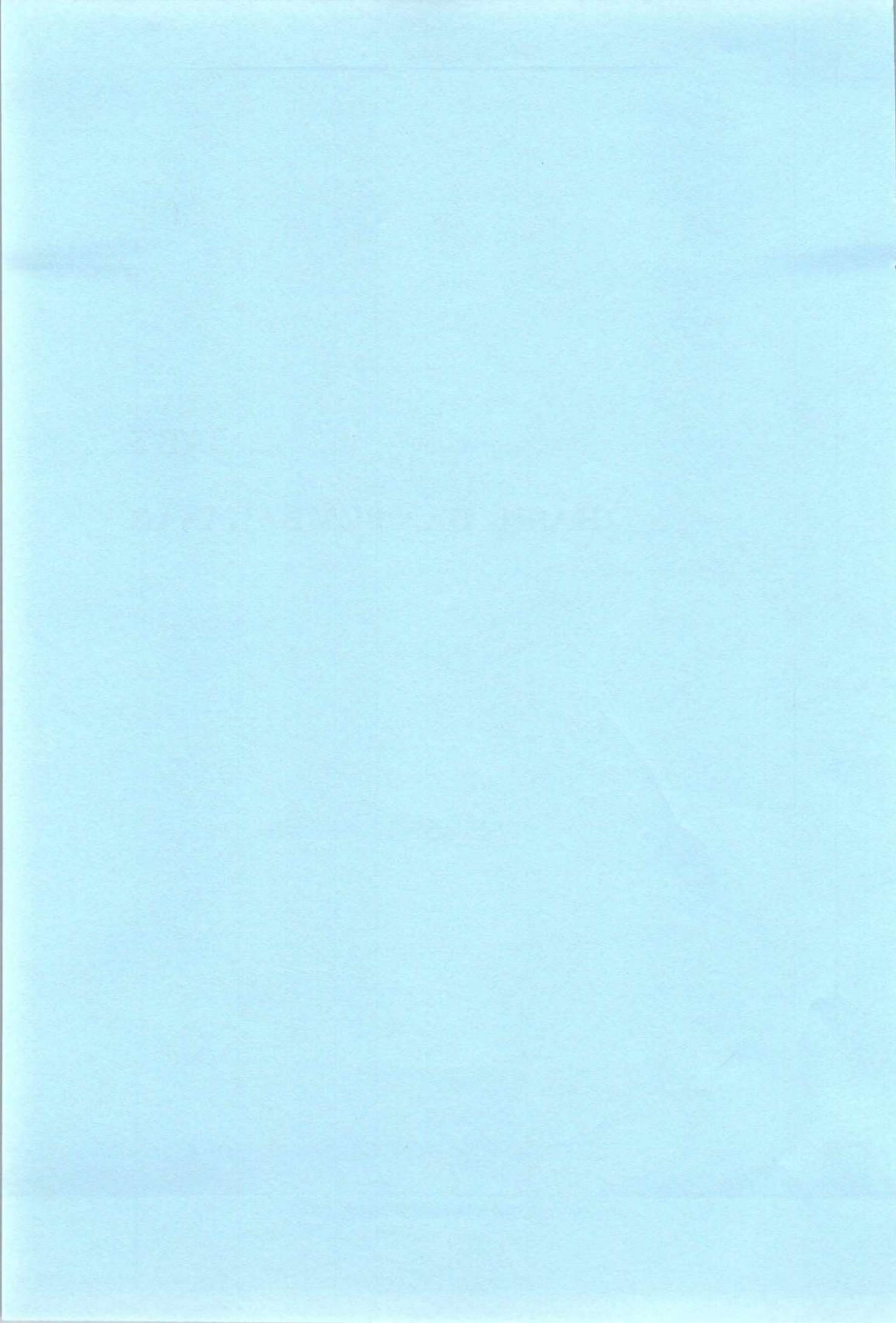
Waktu penelitian terbatas, akibatnya hasil penelitian kurang sempurna dan kurang memuaskan.





**BAB 5**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**



## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan di desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk yang dilakukan tanggal 9 sampai 30 Juni 2010.

Pada bagian hasil akan diuraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, karakteristik responden meliputi usia bayi, jenis kelamin bayi, anak ke berapa, usia ibu, dan pendidikan ibu. Variabel yang diukur meliputi: 1) Pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan sebelum dan sesudah dilakukan *small group discussion*, 2) Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan.

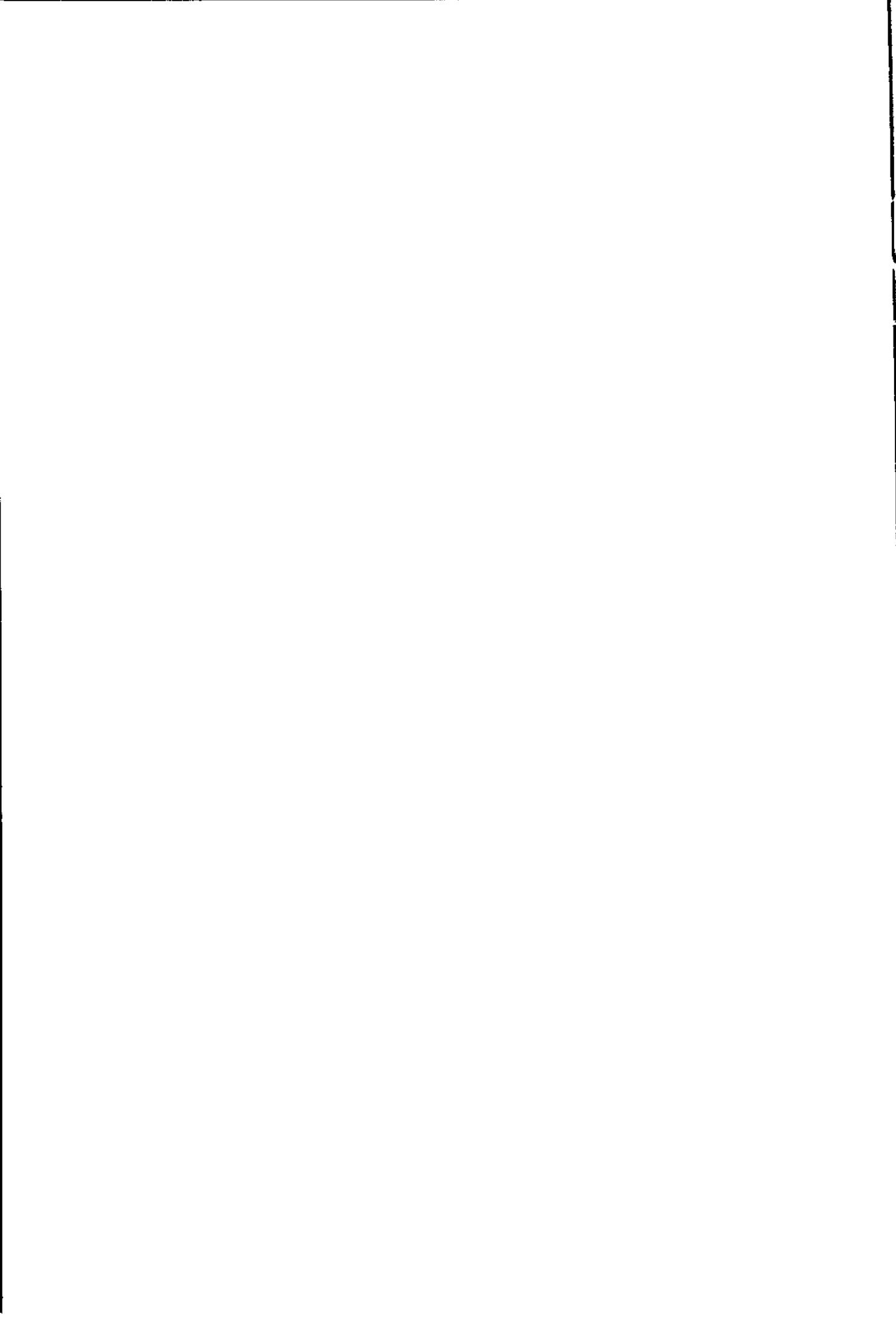
Pada bagian pembahasan diuraikan perbedaan perilaku sebelum dan sesudah diberikan perlakuan yaitu metode *small group discussion* dengan uji *wilcoxon signed rank test* untuk mengetahui komparatif dua sampel yang berkolerasi bila data berbentuk ordinal. Selanjutnya untuk menganalisis perbedaan perilaku pada responden yang dilakukan metode *small group discussion* dan kelompok kontrol menggunakan uji *Mann whitney U test* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$  apabila  $p < \alpha$  maka  $H_1$  diterima.



## 5.1 Hasil Penelitian

### 5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

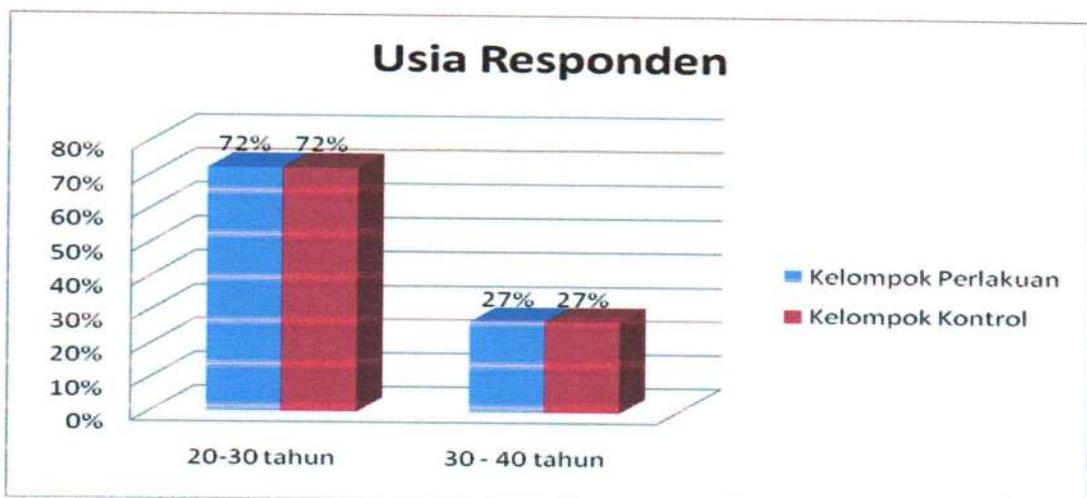
Desa Ngadiboyo merupakan salah satu desa yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Rejoso, Kecamatan Rejoso, Kabupaten Nganjuk, Propinsi Jawa Timur. Sebagian besar penduduk desa, yaitu sekitar 85 % bekerja sebagai petani ataupun buruh tani, sedangkan sisanya sebagai karyawan pabrik, pegawai negeri, dan wiraswasta. Letak geografis desa Ngadiboyo berada di perbatasan dengan dengan wilayah kecamatan lain, yaitu kecamatan Bagor. Desa ini terdiri dari 5 dusun, yaitu dusun Turi, Bangsri, Ngadiboyo, Kedungbulu, dan Ngadirejo. Kebudayaan di desa Ngadiboyo yang berhubungan dengan pemberian MPASI yaitu para ibu sudah memberikan MPASI saat bayi berusia sekitar 2 bulan. Tradisi ini sangat kuat di masyarakat, untuk itu perlu adanya perubahan terhadap perilaku tersebut. Masyarakat menggunakan Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan, selain itu mereka juga berobat ke bidan desa. Program Puskesmas tentang KIA diantara adalah pencegahan terhadap ISPA dan juga diare. Karena dua penyakit tersebut yang banyak terjadi pada balita dan anak. ASI eksklusif juga merupakan program yang sedang digalakkan Puskesmas Rejoso. Program ini dilaksanakan dalam bentuk penyuluhan kepada para ibu. Di desa Ngadiboyo penyuluhan tentang ASI eksklusif sudah dilaksanakan satu kali oleh tenaga kesehatan dari Puskesmas Rejoso. Metode penyuluhan yang digunakan hanya metode ceramah saja. Dalam metode ceramah tersebut responden kurang berperan aktif. Untuk itu perlu adanya metode pendidikan kesehatan yang memungkinkan pesertanya berperan aktif. Metode yang bisa digunakan yaitu *small group discussion*.



### 5.1.2 Karakteristik demografi responden

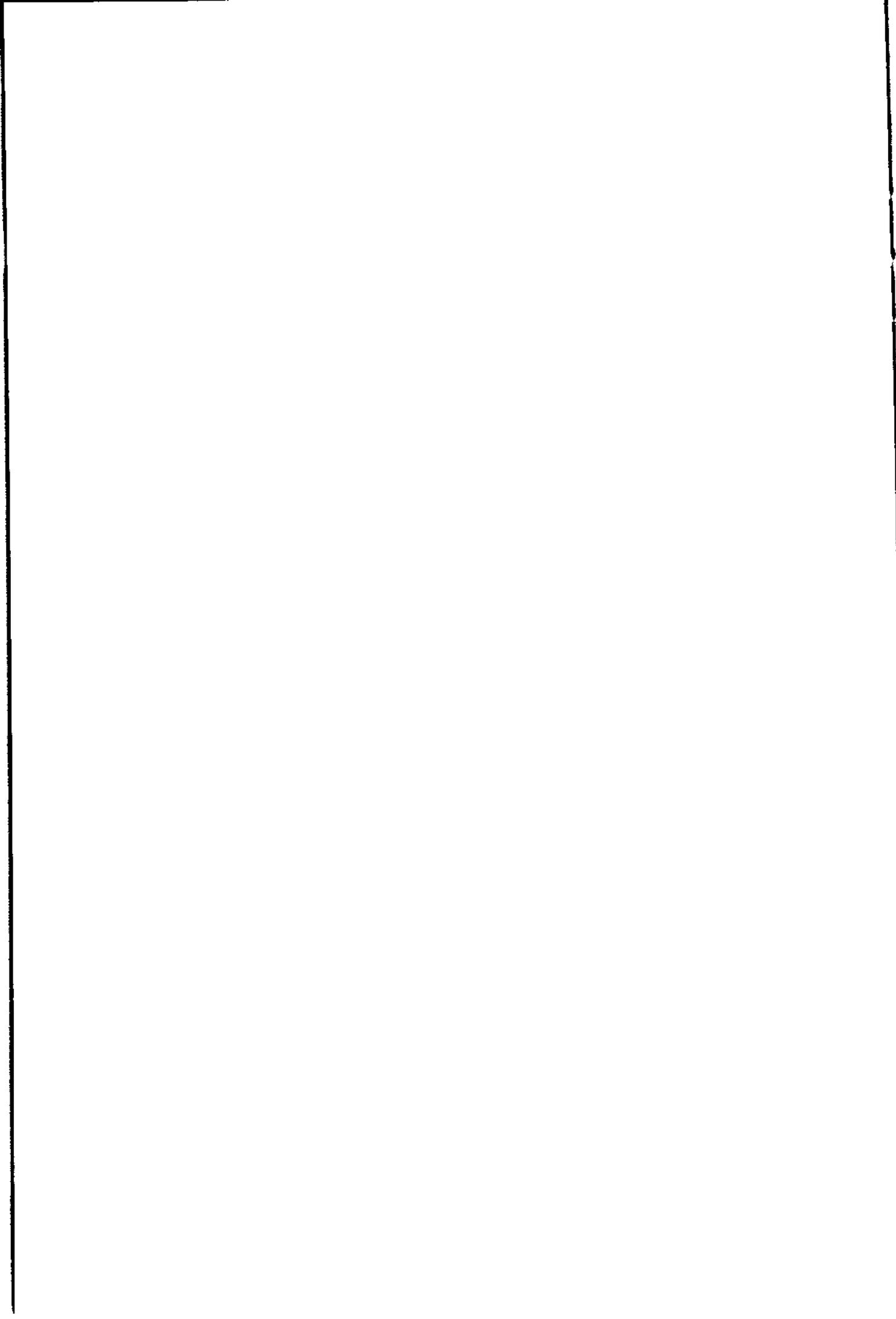
Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden meliputi: a) responden (umur dan pendidikan); b) bayi (umur, jenis kelamin, status dalam keluarga).

#### 1. Usia responden

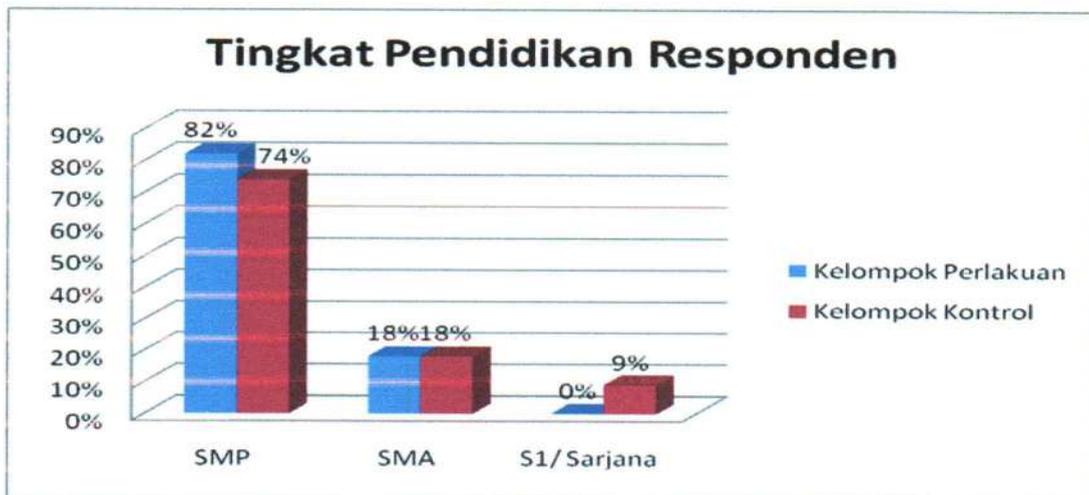


Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagian besar responden berusia 20-30 tahun yaitu sebanyak 8 orang (72%) dan hanya 3 orang (27%) yang berusia 30-40 tahun. Menurut Hurlock usia 20 – 40 tahun merupakan usia dewasa muda. Pada fase ini manusia akan lebih bisa berfikir untuk mengambil keputusan. Semakin dewasa usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Hurlock, 1998 dikutip Nursalam, 2007).



## 2. Pendidikan responden

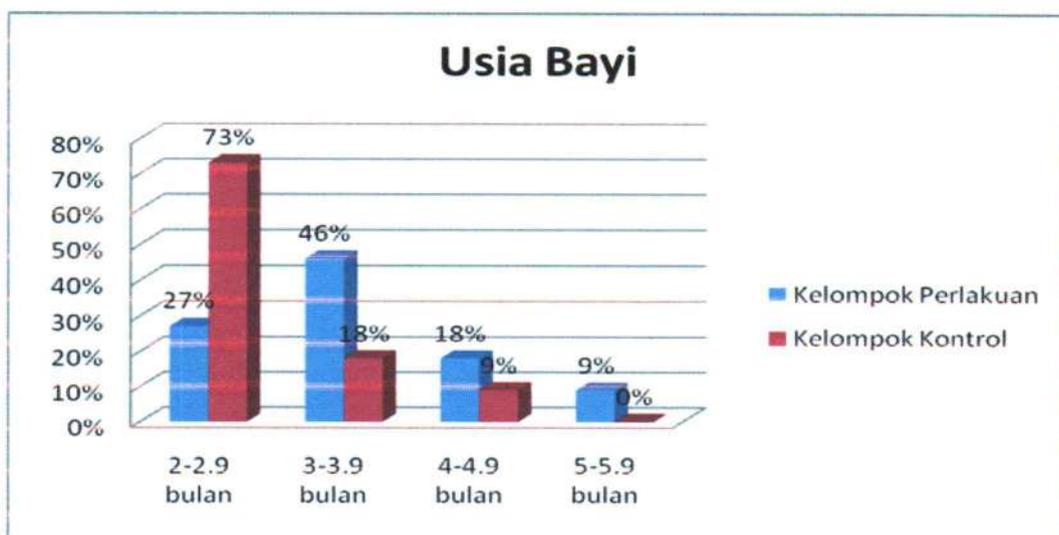


Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk.

Dari gambar 5.2 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan sebagian besar adalah lulusan SMP yaitu sebanyak 9 orang ibu (82%) dan hanya 2 orang ibu (18%) yang lulusan SMA.. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden juga lulusan SMP yaitu sebanyak 8 orang ibu (73%) dan hanya 1 orang ibu (9%) lulusan perguruan tinggi. Pendidikan responden sangat berpengaruh pada daya tangkap dalam menerima informasi. Tingkat pendidikan juga merupakan faktor internal yang mempengaruhi pengetahuan individu.

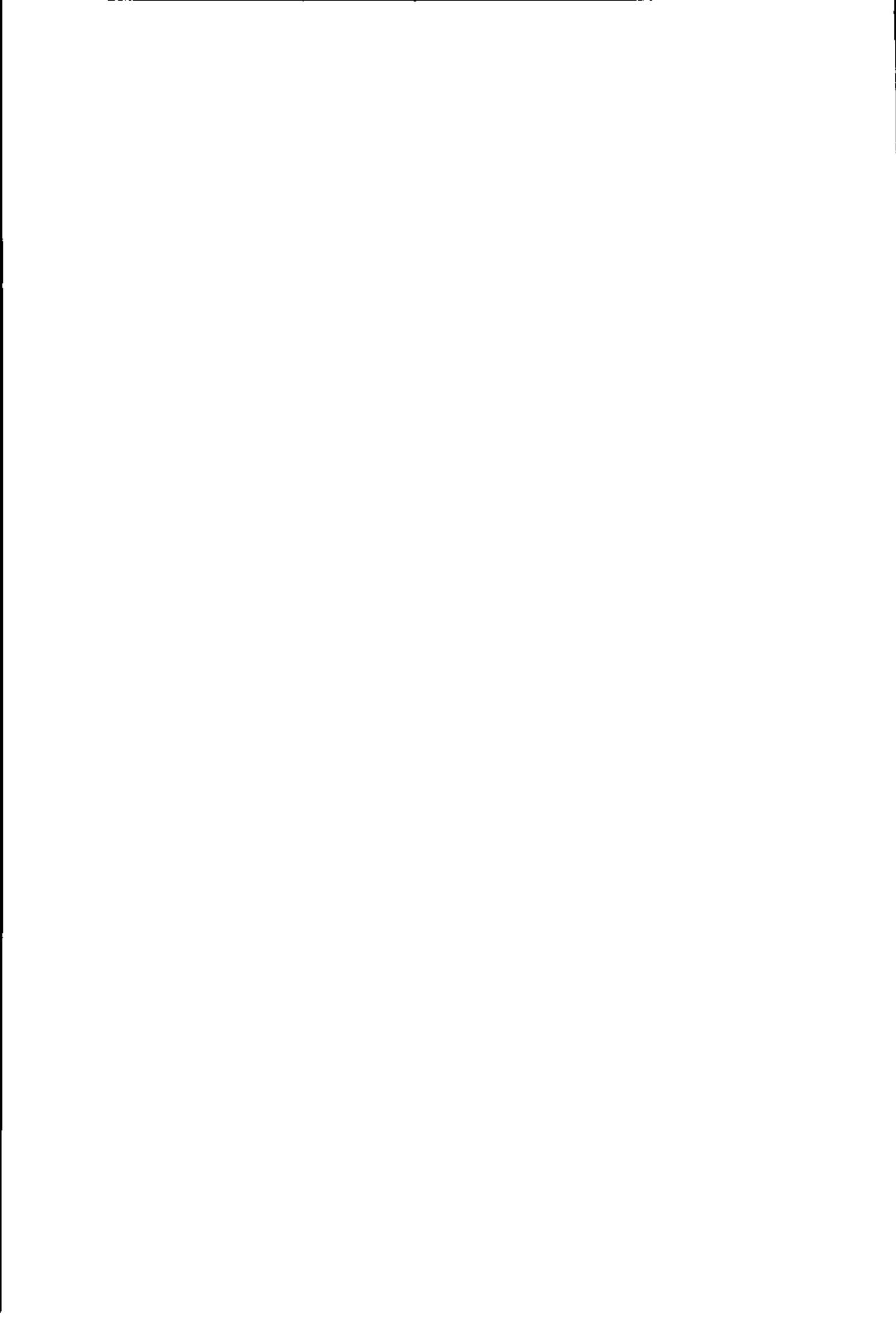


### 3. Usia bayi



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan usia bayi di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juni 2010

Dari gambar 5.3 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan sebagian besar responden mempunyai bayi berusia 3 bulan yaitu sebanyak 5 responden (46%) dan hanya 1 responden (9%) yang mempunyai bayi berumur 5 bulan. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden mempunyai bayi berusia 2 bulan yaitu sebanyak 8 responden (73%) dan hanya 1 reponden (9%) yang mempunyai bayi berusia 4 bulan. Sebagian besar ibu sudah memberikan MPASI pada bayi ketika bayi masih berusia 2 bulan. kebiasaan yang sudah membudaya dan kurangnya pengetahuan merupakan penyebabnya.

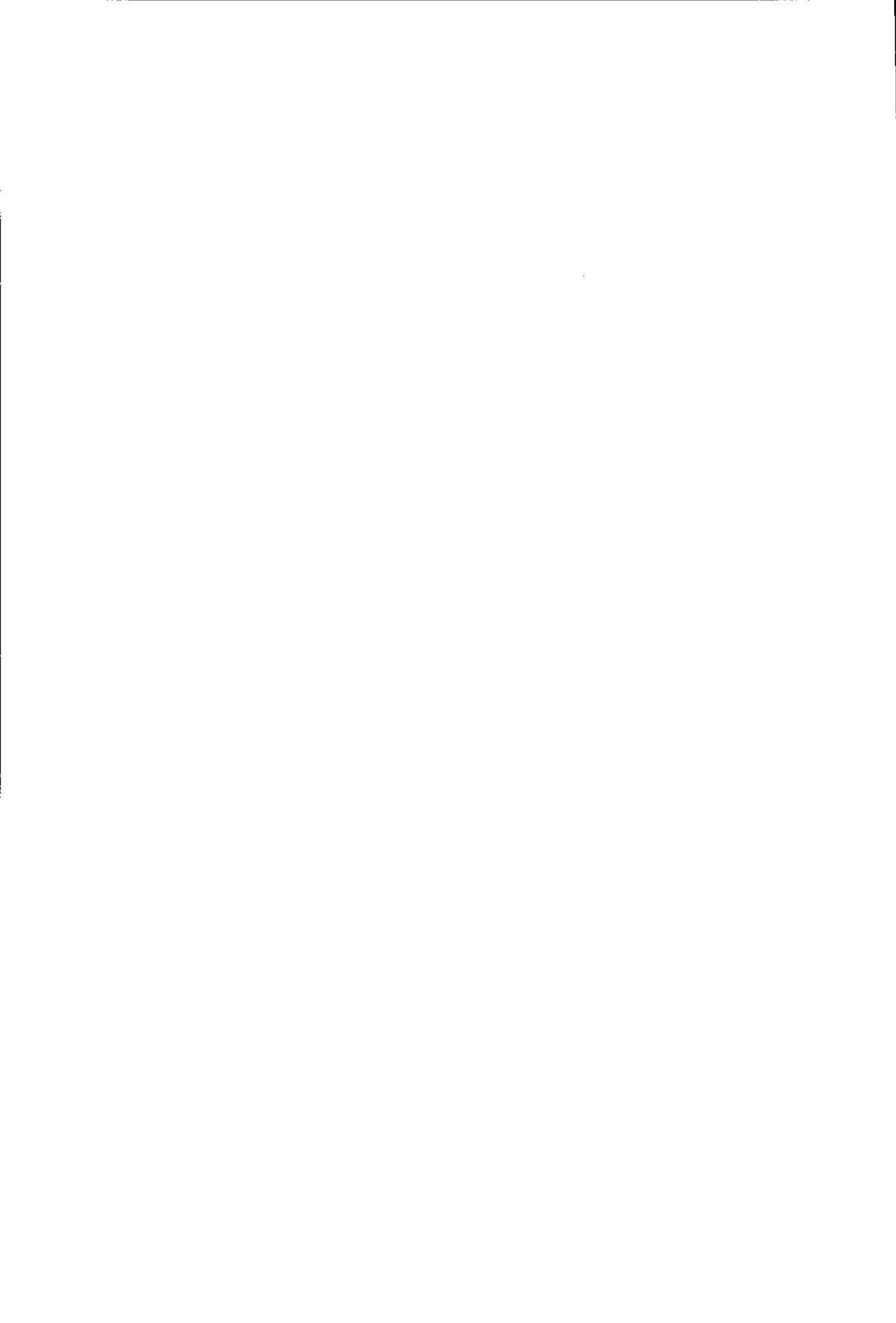


## 4. Urutan anak dalam keluarga



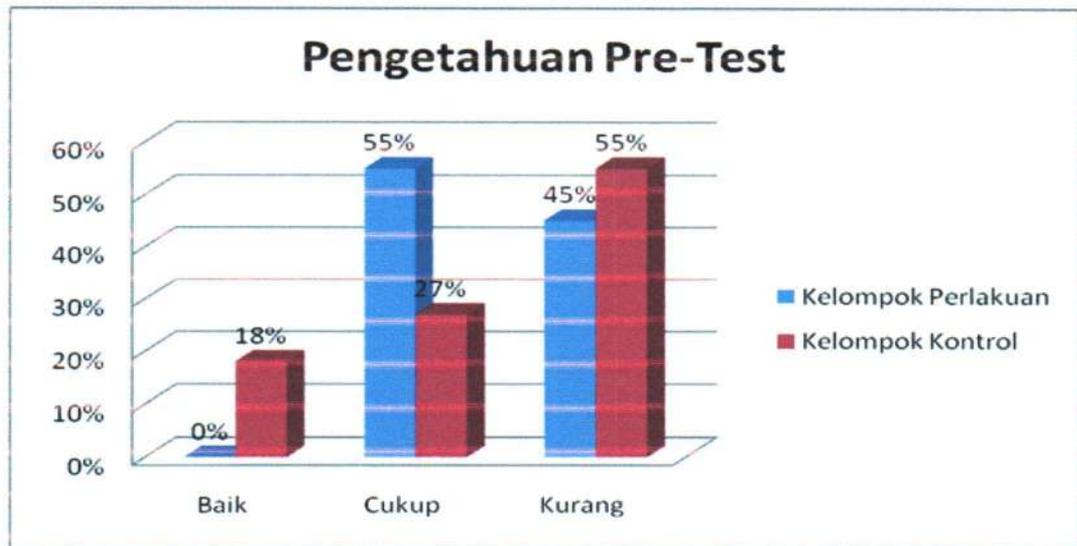
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan urutan bayi dalam keluarga di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk.

Berdasarkan gambar 5.4 pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai bayi sebagai anak kedua yaitu sebanyak 5 responden (46%), dan hanya 1 responden (9%) yang mempunyai bayi sebagai anak ketiga. Sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar responden mempunyai bayi sebagai anak pertama, kedua, dan ketiga yaitu masing-masing sebanyak 3 responden (27%), dan hanya 2 responden (18%) yang mempunyai bayi sebagai anak keempat. Urutan anak dalam keluarga sangat mempengaruhi ibu dalam mengasuh anaknya. Pengalaman yang salah dalam mengasuh anak sebelumnya merupakan faktor yang menyebabkan ibu memberikan MPASI pada bayi sebelum berumur 6 bulan. Mereka juga memberikan MPASI sebelum bayi berumur 6 bulan pada anak sebelumnya.



### 5.1.3 Data khusus atau variabel yang diukur

#### 1. Pengetahuan ibu Pre Test Kelompok Perlakuan dan Kontrol

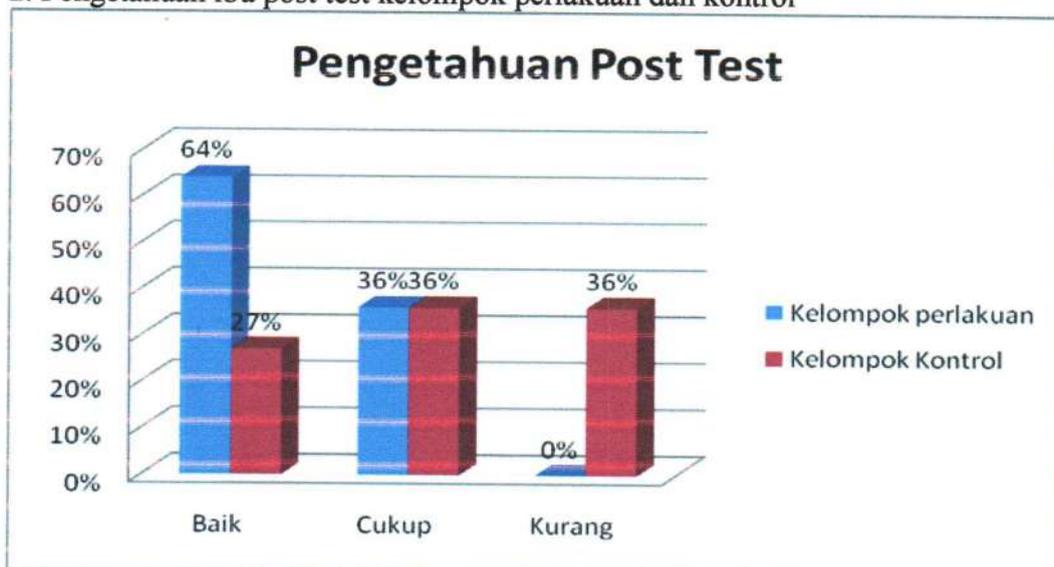


Gambar 5.5 Pengetahuan ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juni 2010 pada kelompok perlakuan dan kontrol

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup yaitu sebanyak 6 responden (55%) dan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 5 responden (45%). Dan pada kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 6 responden (55%) dan hanya 2 (18%) responden yang memiliki pengetahuan baik.



## 2. Pengetahuan ibu post test kelompok perlakuan dan kontrol

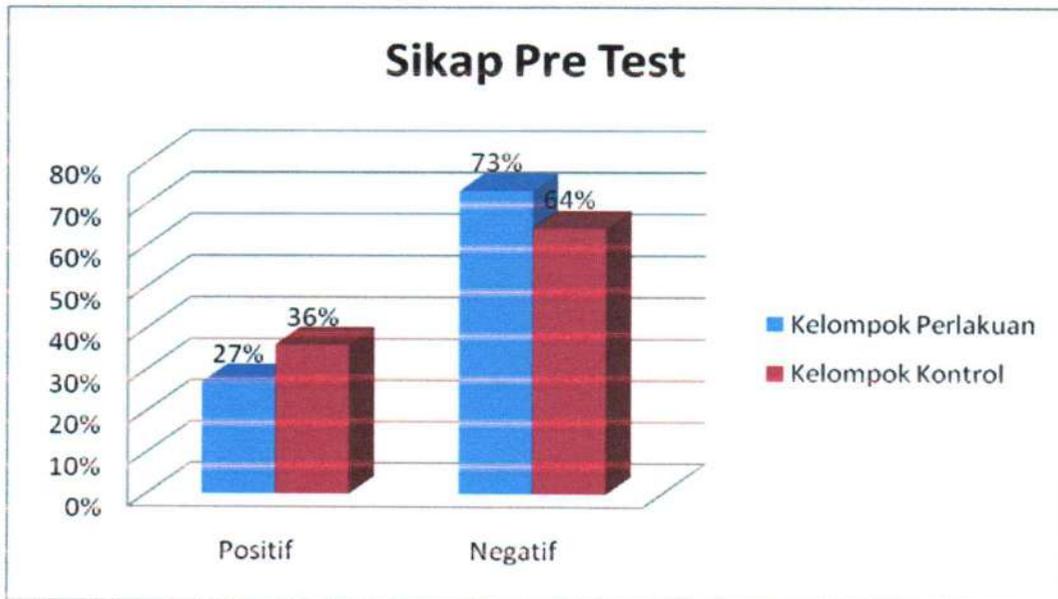


Gambar 5.6 Pengetahuan ibu setelah dilakukan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juni 2010 pada kelompok perlakuan dan kontrol

Dari gambar diatas dapat diketahui bahwa setelah dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 7 responden (64%) dan hanya 4 responden (36%) yang memiliki pengetahuan cukup. Dan pada kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup dan kurang yaitu masing-masing 4 responden (36%), dan hanya 3 responden (27%) yang memiliki pengetahuan baik.

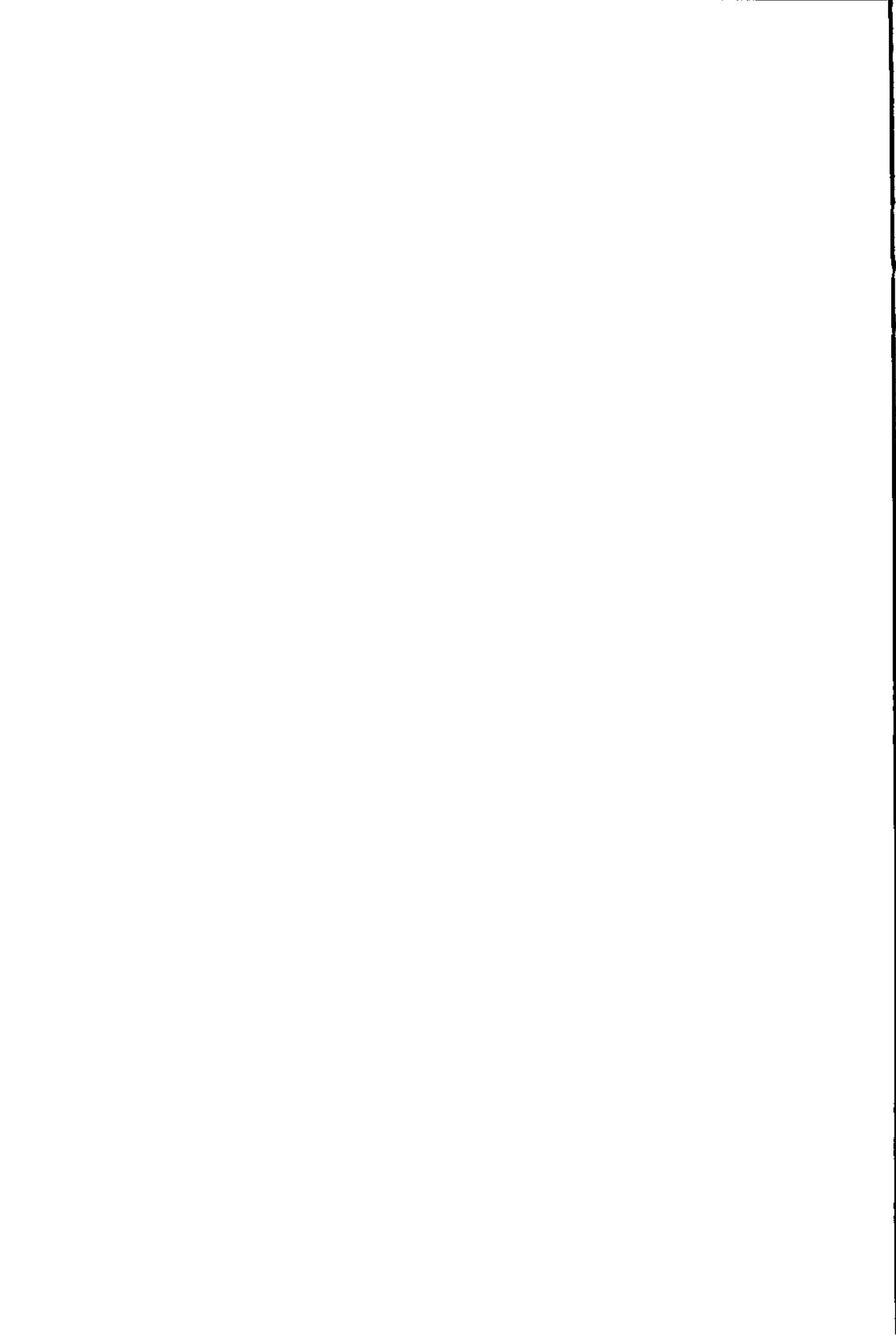


3. Sikap ibu tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan dan kontrol

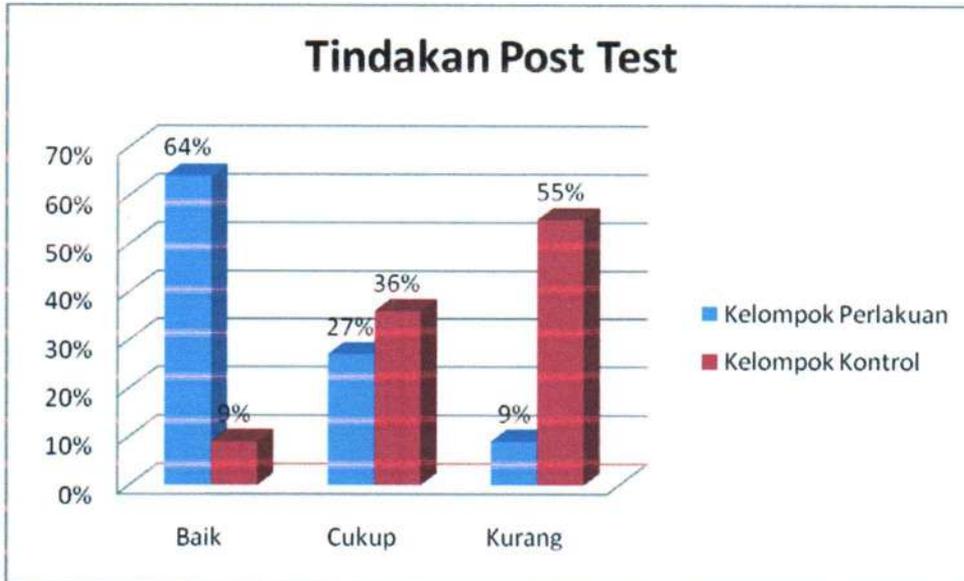


Gambar 5.7 Sikap ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juni 2010 pada kelompok perlakuan dan kontrol

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki sikap negatif yaitu sebanyak 8 responden (73%), dan hanya 3 responden (27%) yang memiliki sikap positif. Pada kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki sikap negatif yaitu sebanyak 7 responden (64%), dan hanya 4 responden (36%) yang memiliki sikap positif.



6. Tindakan ibu tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan setelah dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan dan kontrol.



Gambar 5.10 Tindakan ibu setelah dilakukan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso – Nganjuk Juli 2010 pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Setelah diadakan *small group discussion*, pada kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki tindakan baik yaitu sebanyak 7 responden (64%), dan hanya 1 responden (9%) yang memiliki tindakan kurang. Pada kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki tindakan kurang yaitu sebesar 6 orang (55%) dan hanya 1 responden (9%) yang memiliki tindakan baik.



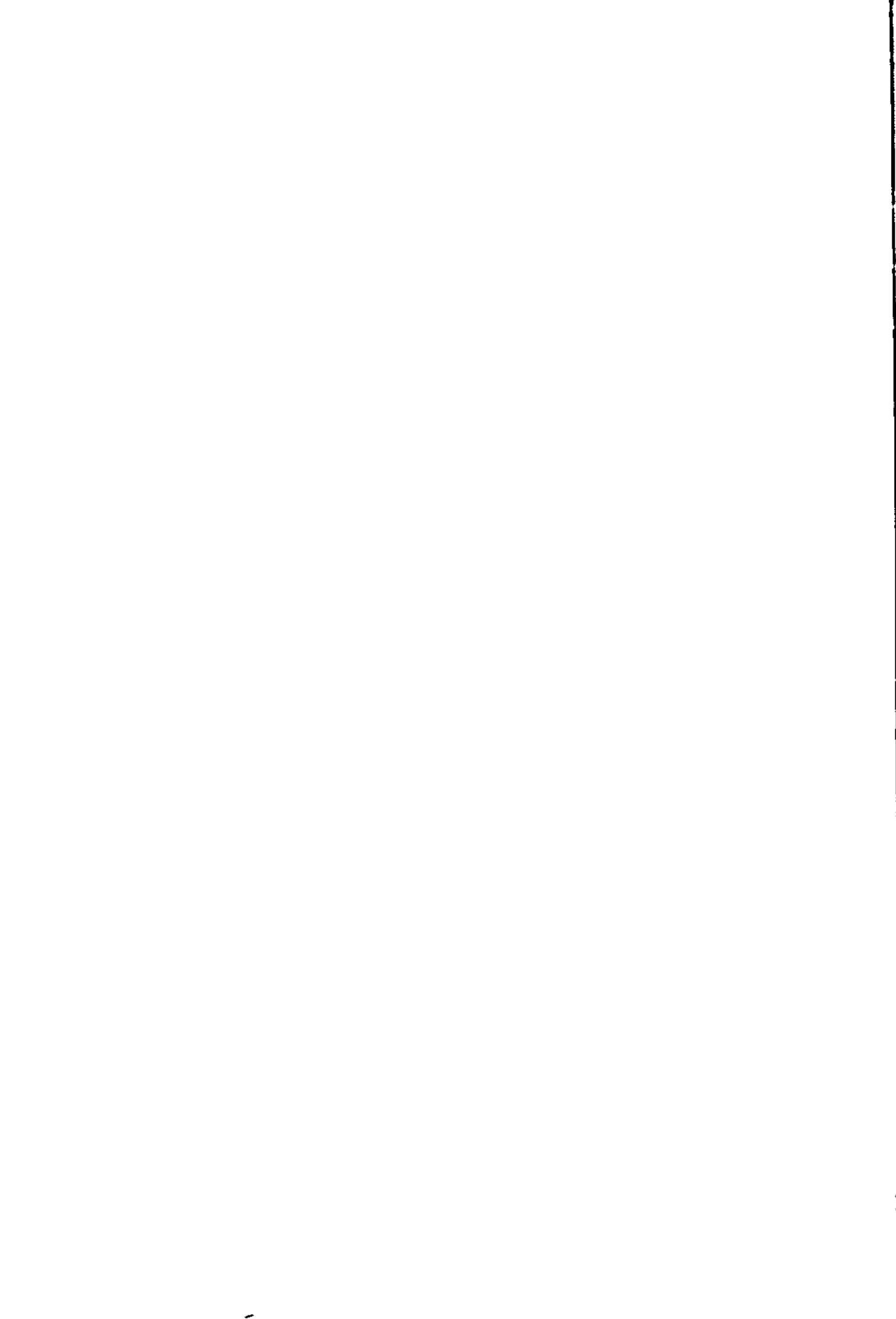
5.1.3.2 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu sebelum dan sesudah dilaksanakan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI

1. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

Tabel 5.1 Pengetahuan ibu sebelum dan sesudah dilakukan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI pada ibu di desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso Nganjuk Juni 2010

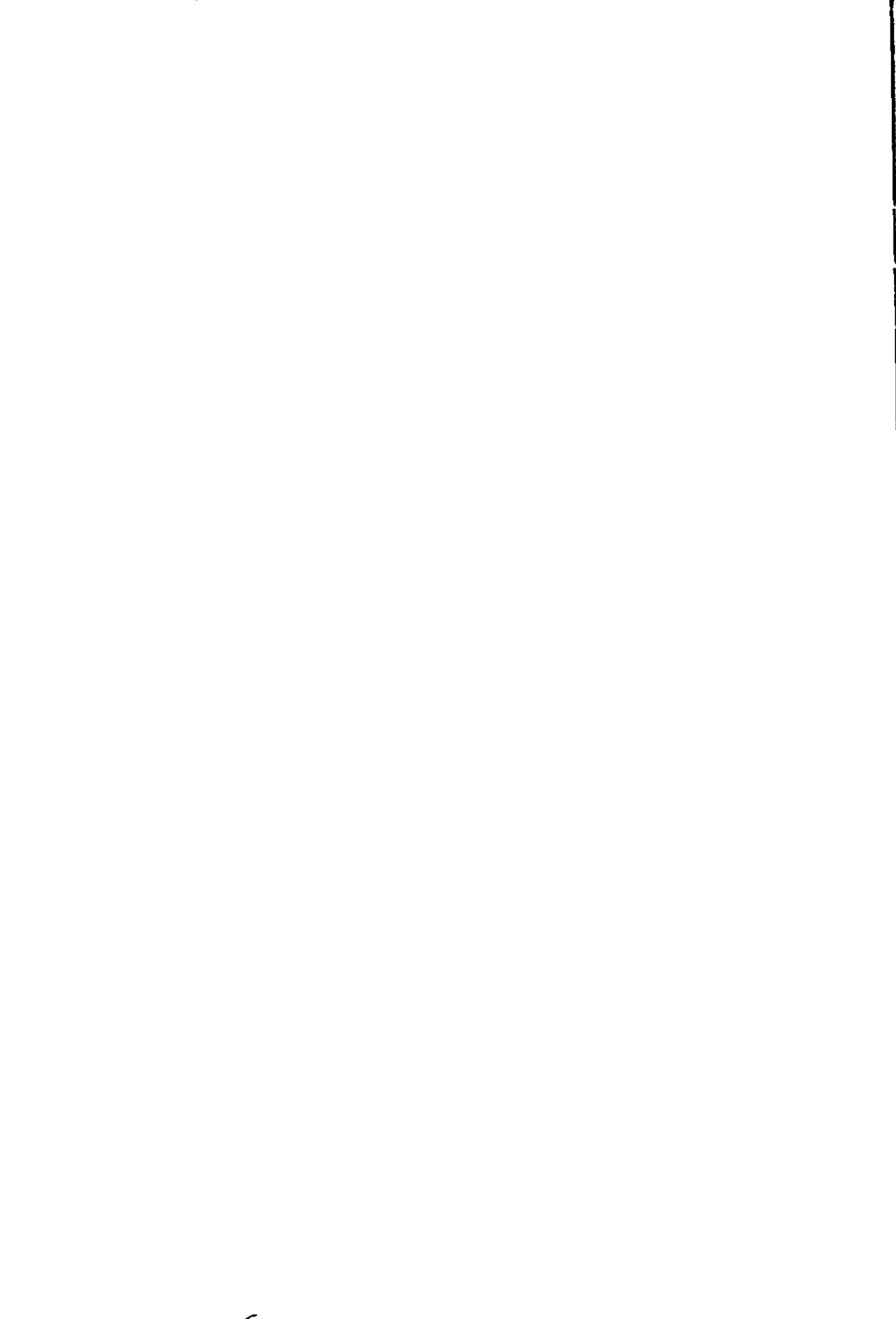
No	Pengetahuan			
	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1.	75	75	67	83
2.	33	92	67	58
3.	50	100	83	67
4.	8	58	92	92
5.	33	67	42	42
6.	58	75	8	25
7.	67	92	33	75
8.	75	100	58	58
9.	75	100	50	17
10.	33	92	25	50
11.	75	100	42	83
Mean	52,91	86,45	51,55	59,09
Standar Deviasi	23,21	15,09	25,05	24,19
		P = 0.005	P = 0.233	
		<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	
		P = 0.006		
		<i>Mann Whitney U Test</i>		

Dari tabel 5.1 diketahui nilai mean pengetahuan responden kelompok perlakuan sebelum dilakukan *small group discussion* adalah 52,91 dengan nilai standar deviasi 23,21. Nilai mean sesudah dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan adalah 86,45 dengan standar deviasi 15,09. Nilai mean



pengetahuan responden pada kelompok kontrol pada pengukuran pertama sebesar 51,55 dengan nilai standar deviasi sebesar 25,05 dan pada pengukuran kedua nilai mean sebesar 59,09 dan nilai standar deviasi sebesar 24,19. Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,005$  berarti  $\leq 0,05$  maka  $H_1$  diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Pada kelompok kontrol hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai sig (2-Tailed) adalah  $P = 0,233$  berarti  $> 0,05$ , menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan.

Berdasarkan hasil statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,006$  berarti  $\leq 0,05$  maka menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan pengetahuan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.

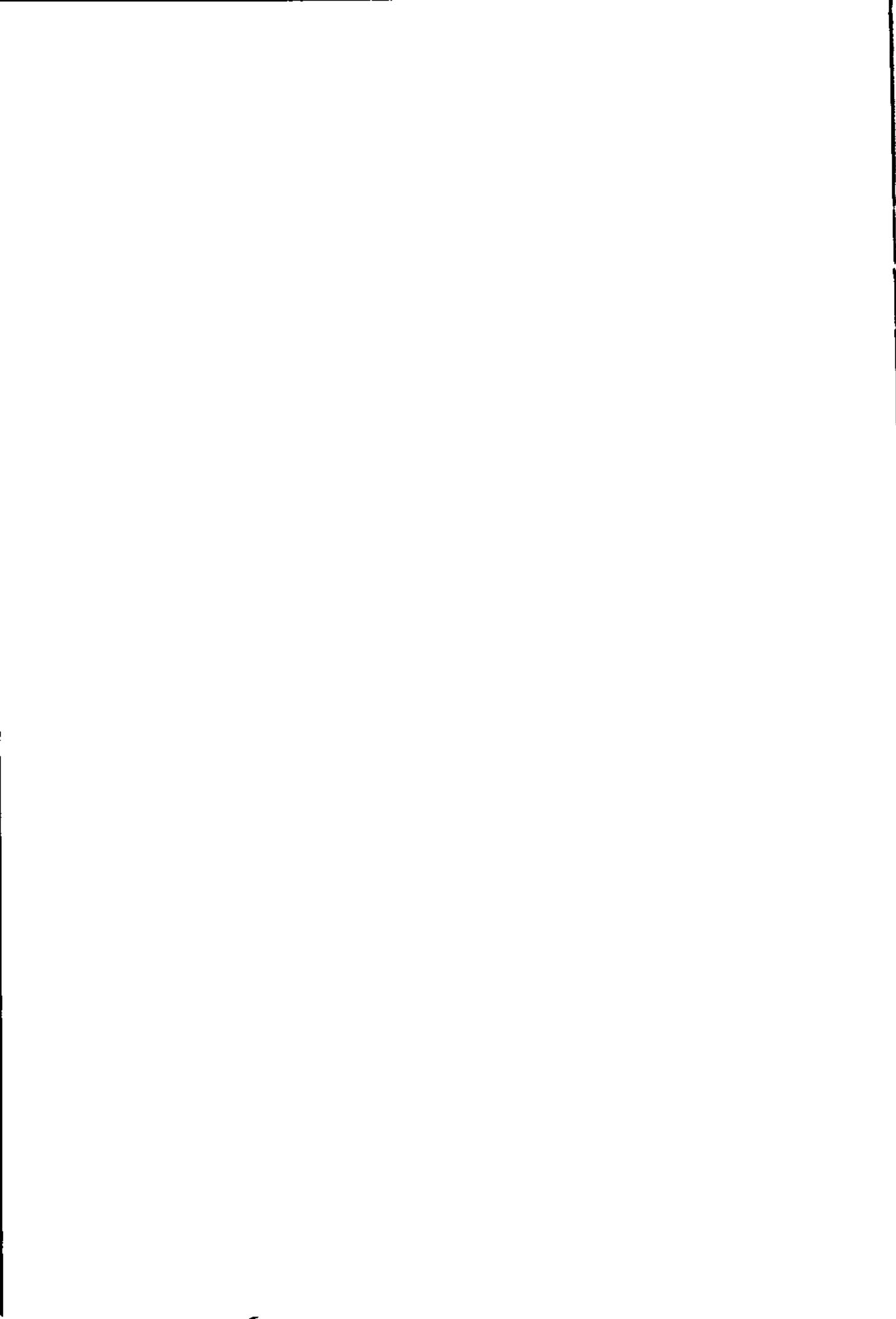


2. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan sikap ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

Tabel 5.2 sikap ibu sebelum dan sesudah dilakukan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI pada ibu di desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso Nganjuk Juni 2010

No	Sikap			
	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1.	48.99	50.32	58.57	64.69
2.	37.84	35.88	47.72	44.18
3.	48.99	50.32	47.72	49.31
4.	41.56	43.10	69.41	64.69
5.	37.84	35.88	47.72	44.18
6.	48.99	50.32	40.49	39.05
7.	48.99	50.32	44.11	64.69
8.	67.58	64.77	58.57	49.31
9.	52.71	50.32	58.57	39.05
10.	67.58	68.38	36.88	46.74
11.	48.99	50.32	40.49	44.18
Mean	50,01	49,99	50,02	50,01
Standar Deviasi	9,99	10,01	10,00	10,00
	P = 0.025 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P = 0.564 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	
	P = 0.037 <i>Mann Whitney U Test</i>			

Dari tabel 5.2 diketahui mean sikap responden pada kelompok perlakuan sebelum dilaksanakan *small group discussion* adalah 50,01 dengan nilai standar deviasi 9,99. Sedangkan nilai mean setelah dilaksanakan *small group discussion* adalah 49,99 dengan nilai standar deviasi 10,01. Pada kelompok kontrol nilai mean saat pengukuran pertama sebesar 50,02 dengan nilai standar deviasi 10,00 dan pada pengukuran kedua diperoleh nilai mean 50,01 dengan nilai standar deviasi 10,00. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,025$  berarti  $\leq 0,05$



maka H1 diterima yang artinya pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* berpengaruh terhadap perubahan sikap ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Pada kelompok kontrol nilai  $p=0,564 > 0,05$  yang menunjukkan perubahan yang tidak signifikan.

Berdasarkan hasil statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,037$  berarti  $\leq 0,05$  maka menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan sikap tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.

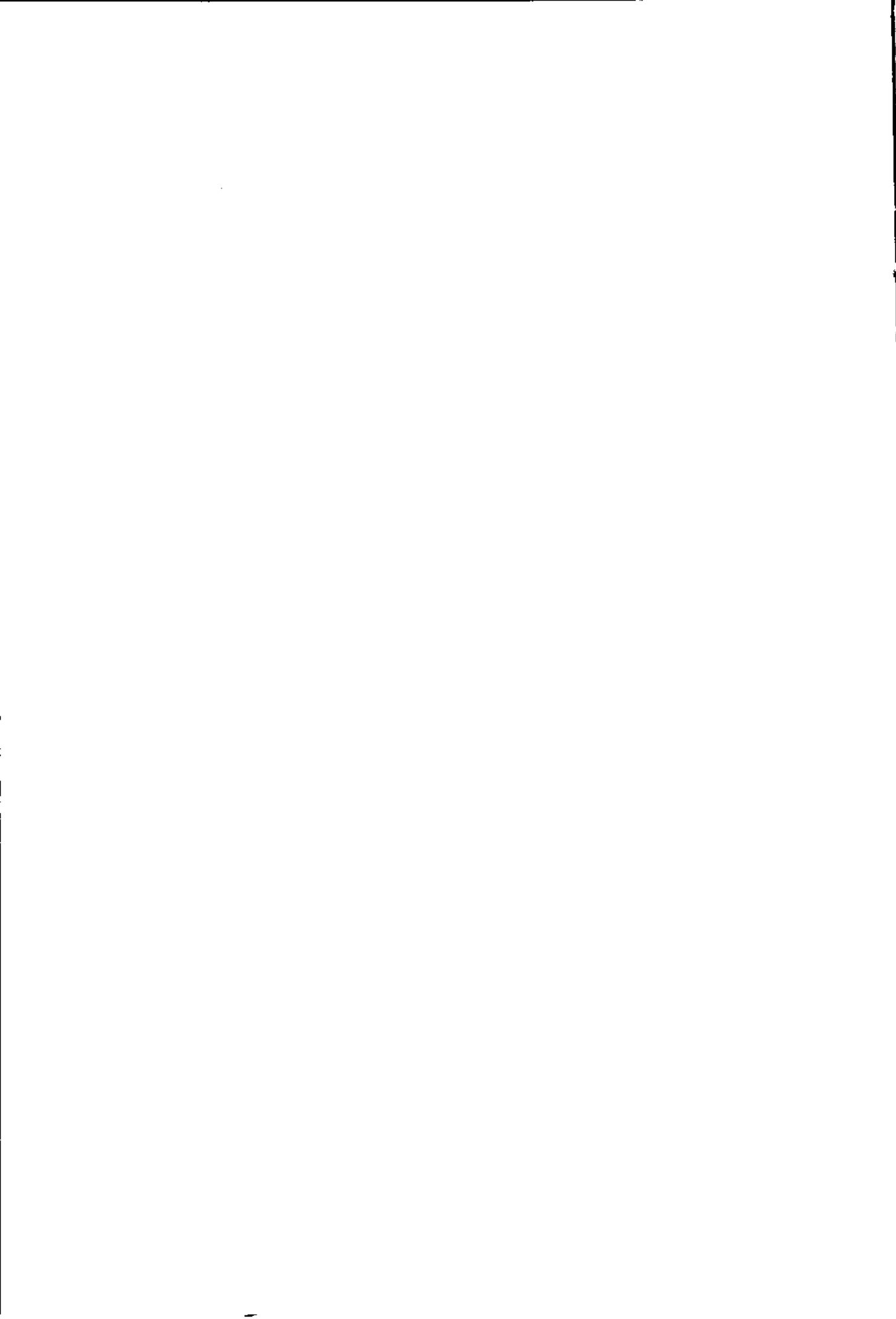


3. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan tindakan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan.

Tabel 5.3 Tindakan ibu sebelum dan sesudah dilakukan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI pada ibu di desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso Nganjuk Juni 2010

No	Tindakan			
	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1.	17	50	67	67
2.	17	67	17	33
3.	17	83	50	50
4.	33	83	83	83
5.	33	83	33	33
6.	50	67	17	17
7.	17	83	17	33
8.	83	100	33	50
9.	50	83	50	67
10.	67	67	33	33
11.	67	83	50	50
Mean	41,00	77,18	40,91	46,91
Standar Deviasi	23,9	13,3	21,45	19,51
	P = 0.003 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P = 0.063 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	
	P = 0.002 <i>Mann Whitney U Test</i>			

Dari tabel 5.3 diketahui mean sikap responden pada kelompok perlakuan sebelum dilaksanakan *small group discussion* adalah 41,00 dengan nilai standar deviasi 23,9. Sedangkan nilai mean setelah dilaksanakan *small group discussion* adalah 77,18 dengan nilai standar deviasi 13,3. Pada kelompok kontrol nilai mean saat pengukuran pertama sebesar 40,91 dengan nilai standar deviasi 21,45 dan pada pengukuran kedua diperoleh nilai mean 46,91 dengan nilai standar deviasi 19,51. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*,



nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,003$  berarti  $\leq 0,05$  maka  $H_1$  diterima yang artinya pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* berpengaruh terhadap perubahan sikap ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Pada kelompok kontrol nilai  $P = 0,065 > 0,05$  yang menunjukkan perubahan yang tidak signifikan.

Berdasarkan hasil statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai sig (2-Tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $P = 0,002$  berarti  $\leq 0,05$  maka menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan tindakan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.



5.1.3.3 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu sesudah dilaksanakan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI

1. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu sesudah dilaksanakan *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI.

Tabel 5.4 Perilaku ibu sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejosu – Nganjuk

No	Perilaku					
	Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
	Perlakuan Sesudah	Kontrol Sesudah	Perlakuan Sesudah	Kontrol Sesudah	Perlakuan Sesudah	Kontrol Sesudah
1	75	83	50.32	64.69	50	67
2	92	58	35.88	44.18	67	33
3	100	67	50.32	49.31	83	50
4	58	92	43.10	64.69	83	83
5	67	42	35.88	44.18	83	33
6	75	25	50.32	39.05	67	17
7	92	75	50.32	64.69	83	33
8	100	58	64.77	49.31	100	50
9	100	17	50.32	39.05	83	67
10	92	50	68.38	46.74	67	33
11	100	83	50.32	44.18	83	50
Mean	84,18	59,09	49.99	50	77,18	46,91
Standar Deviasi	2,07	2,42	1.001	1.000	1,33	1,95
	P = 0.006 <i>Mann Whitney U Test</i>		P = 0.037 <i>Mann Whitney U Test</i>		P = 0.002 <i>Mann Whitney U Test</i>	

Berdasarkan tabel 5.4 dapat ditemukan bahwa pengetahuan setelah mendapatkan *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji *Mann Whitney U Test* didapatkan  $P = 0,006$  berarti  $\leq 0,05$  maka menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



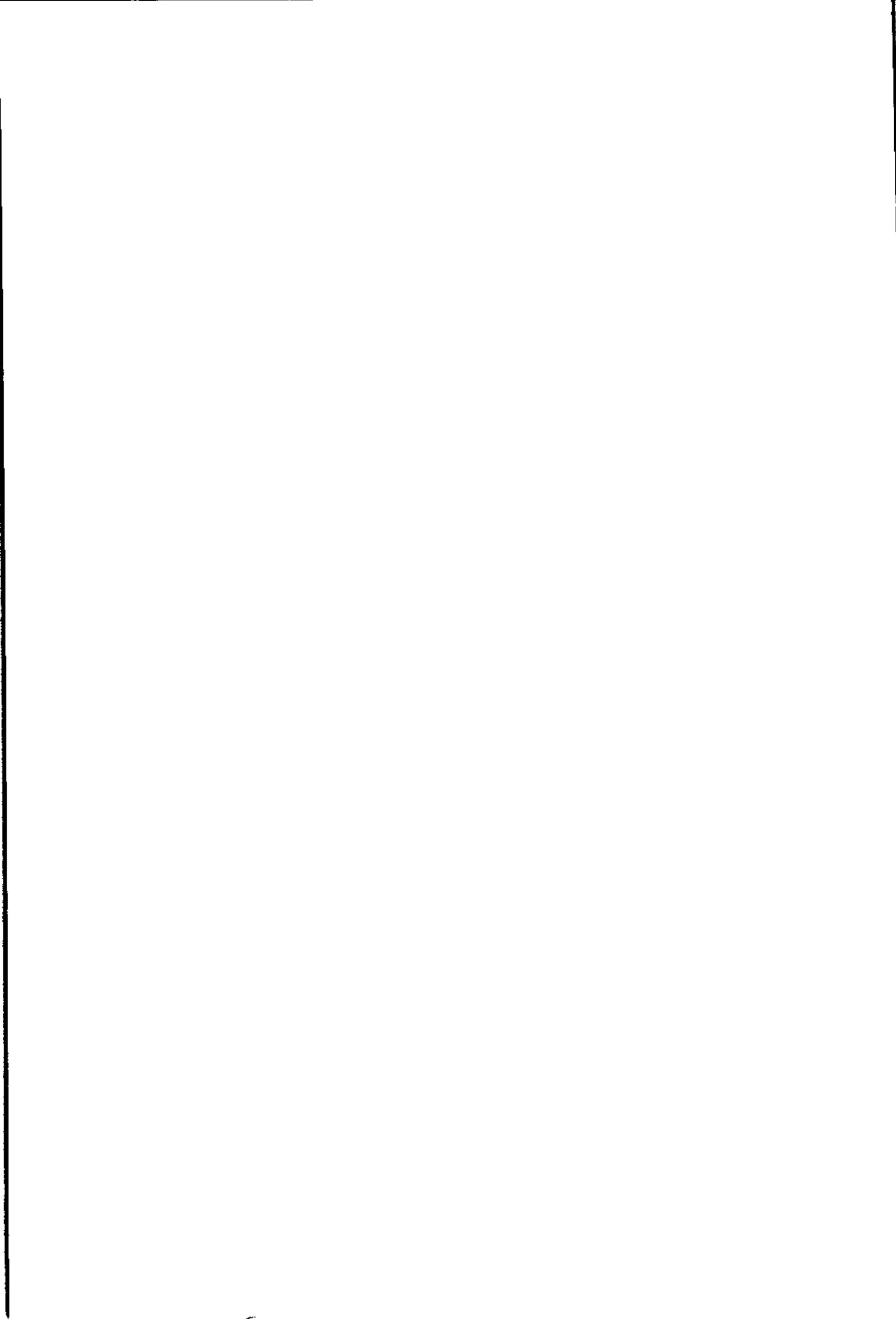
terhadap perubahan pengetahuan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Sehingga dapat disimpulkan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.

Hasil analisis data di atas dapat ditemukan bahwa sikap setelah mendapat pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *Mann Whitney U Test* didapatkan nilai sig (2-Tailed)  $P = 0,037 \leq 0,05$  maka  $H_1$  diterima artinya ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan sikap tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.

Hasil analisis data di atas dapat ditemukan bahwa tindakan setelah mendapat pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *Mann Whitney U Test* didapatkan nilai sig (2-Tailed)  $P = 0,002 \leq 0,05$  maka  $H_1$  diterima artinya ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan tindakan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan.

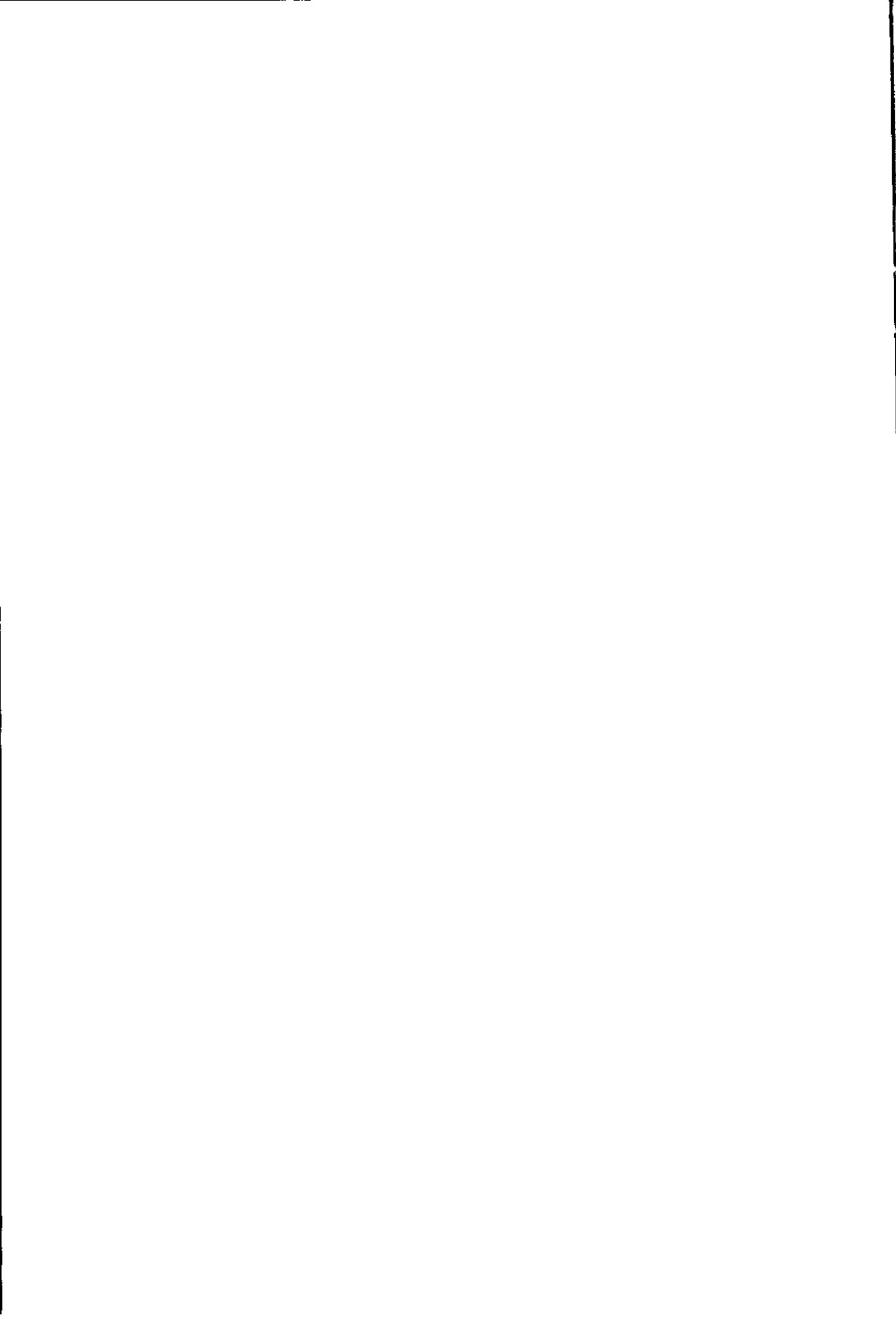
## 5.2 Pembahasan

Tingkat pengetahuan responden tentang ASI eksklusif dan MPASI sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden berada pada tingkat cukup dan kurang.



Sebagian besar dari responden kelompok perlakuan dan control tidak tahu tentang keunggulan ASI dibandingkan dengan susu formula, tidak mengerti tentang penyakit yang akan timbul jika bayi dibawah 6 bulan diberikan susu formula, tidak tahu alasan kenapa MPASI harus diberikan pada waktu yang tepat, dan tidak paham mengenai dampak jika bayi sebelum 6 bulan sudah diberi susu formula, dan yang paling buruk semua responden tidak mengetahui dampak jika MPASI diberikan terlalu dini. Hal inilah yang menyebabkan pengetahuan responden pada awalnya kurang dan cukup. Responden yang memiliki pengetahuan kurang seluruhnya memiliki tingkat pendidikan SMP, dengan 80 % responden mempunyai bayi bukan anak pertama. Budaya dalam masyarakat yang kurang tepat dalam memberikan makanan pada bayi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan ibu. Selain itu, pendidikan responden juga sangat mempengaruhi pengetahuan responden, hal ini dibuktikan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang semuanya berpendidikan SMP. Menurut Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu terdiri dari faktor internal seperti intelegensia, faktor eksternal misalnya keluarga dan masyarakat.

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan menunjukkan ada perubahan terhadap tingkat pengetahuan pada ibu. Pengetahuan responden yang pada awalnya kurang dan cukup berubah menjadi cukup dan baik. Pengetahuan mereka tentang keunggulan ASI dibandingkan dengan susu formula, penyakit yang akan timbul jika bayi dibawah 6 bulan diberikan susu formula, alasan kenapa MPASI harus diberikan pada waktu yang tepat, dampak jika bayi sebelum 6 bulan sudah diberi susu formula, dan dampak jika MPASI diberikan terlalu dini semuanya



meningkat. Responden menjadi tahu tentang hal-hal tersebut. Hal ini terbukti dari prosentasi pengetahuan yang meningkat tajam. Selain itu nilai mean pengetahuan kelompok juga meningkat. Dari hasil uji *Wilcoxon Sign rank Test* menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan ibu meningkat setelah diberikan perlakuan. Hal ini dipengaruhi oleh: 1) adanya pemberian informasi dari luar melalui suatu proses pembelajaran dengan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion*. 2) *Small group discussion* akan mendorong peserta untuk mengungkapkan pendapatnya dan membandingkan dengan pendapat peserta yang lain, sehingga mereka mudah mengerti (Maulana, 2009). Selain itu perubahan tingkat pengetahuan tersebut juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan SMP dan kemudian SMA. Menurut Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah juga orang tersebut menerima informasi, baik dari media massa ataupun orang lain. Selain itu, perubahan tersebut juga dipengaruhi oleh usia ibu antara 20-30 tahun yang merupakan usia dewasa. Semakin dewasa usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Hurlock, 1998 dikutip Nursalam, 2007).

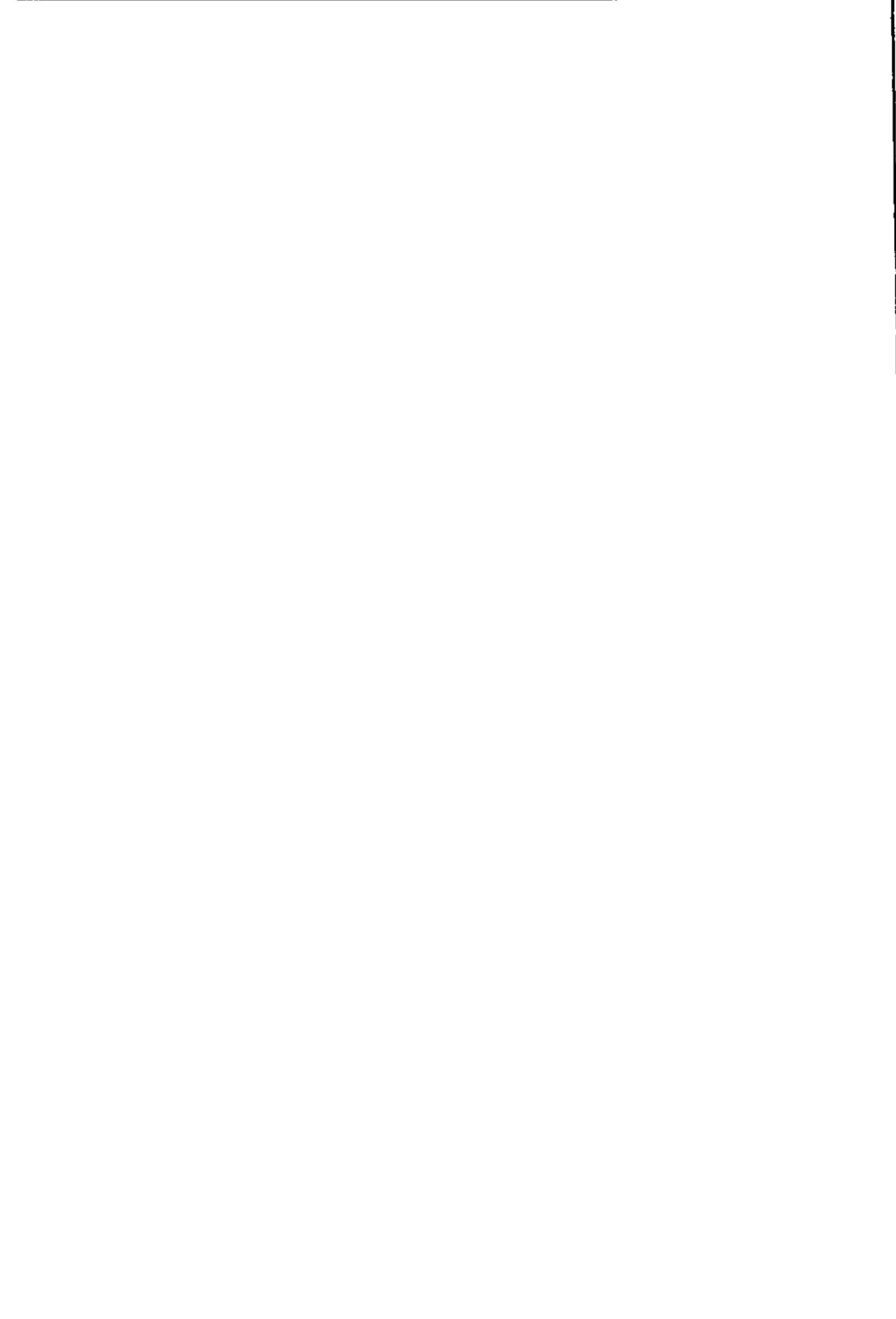
Perubahan pengetahuan yang signifikan ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan umur responden. Responden sebagian besar berada pada umur dewasa sehingga mudah dalam memahami apa yang didiskusikan dalam *small group discussion*. Selain itu tingkat pendidikan responden minimal SMP sehingga lebih mudah menerima apa yang disampaikan dalam diskusi. Metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan juga sangat mempengaruhi tingkat penerimaan responden. Metode *small group discussion* membuat responden tidak



canggung mengemukakan pendapatnya, karena suasana yang tidak formal, bersifat kekeluargaan sehingga responden lebih nyaman.

Sedangkan hasil penelitian pada kelompok kontrol pada pengukuran pertama sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang dan cukup. Pada pengukuran kedua didapatkan hasil yang sama, yaitu sebagian besar responden tetap memiliki pengetahuan kurang dan cukup. Permasalahan yang tidak dimengerti sama seperti pada saat pengukuran pertama. Dilihat dari uji *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara tingkat pengetahuan pada pengukuran pertama dan kedua, hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion*. Hasil rerata pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada hasil rerata pada kelompok kontrol menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan pengetahuan. Sedangkan uji statistik menggunakan *Mann Whitney U Test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan pengetahuan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Dimana terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan.

Sumber pengetahuan adalah pengalaman dan pengamatan panca indera yang memberi data atau fakta bagi pengetahuan, semua konsep dan ide yang kita anggap benar sesungguhnya bersumber dari pengalaman dengan objek yang ditangkap melalui panca indera, dan pengetahuan yang didasarkan pada pengenalan langsung dengan objek mempunyai tingkat objektivitas yang cukup tinggi (Keraf & Dua, 2001). Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada



individu, kelompok, dan masyarakat dari tidak tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah sendiri, dengan pemberian informasi (Notoadmodjo, 2007). Menurut Suliha (2001) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap, maupun keterampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal.

Perubahan pengetahuan yang terjadi pada ibu disebabkan adanya pemberian pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI dengan metode yang tepat yaitu *small group discussion*. Pendidikan kesehatan dengan *small group discussion* ini tidak diberikan pada kelompok kontrol, sehingga pengetahuan mengenai ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI pun tidak bertambah. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran. Pembelajaran dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan pengetahuan yang pada akhirnya akan mempengaruhi untuk terjadinya perubahan perilaku. Namun jika proses pembelajarannya kurang optimal akan mempengaruhi persepsi orang tersebut sehingga perubahan pengetahuan akan sulit terjadi dan pada akhirnya perubahan perilaku akan sulit didapatkan.

Sikap responden tentang ASI eksklusif dan MPASI sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden memiliki sikap negatif. Sebagian besar responden tidak mengerti tentang pemberian ASI saat hari-hari pertama kelahiran bayi, waktu pemberian MPASI, dan akibat pemberian MPASI terlalu dini. Hal-hal tersebut membuat



sikap responden sebagian besar negatif. Setelah dilakukan *small group discussion* sebagian besar responden memiliki sikap yang positif. Dari analisis data tentang pengaruh *small group discussion* terhadap perubahan sikap ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan, diketahui bahwa ada perubahan yang signifikan pada sikap setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion*. Hal ini dibuktikan dengan perubahan sikap ibu yang awalnya sebagian besar responden memiliki sikap negatif tetapi setelah dilakukan *small group discussion* sikap ibu berubah menjadi positif. Hal ini dapat dipengaruhi tingkat pengetahuan responden setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan prosentase terbanyak adalah pengetahuan baik, juga dipengaruhi usia ibu yang terbanyak yaitu berusia antara 20-30 tahun. Jadi pengetahuan seseorang akan mempengaruhi sikapnya.

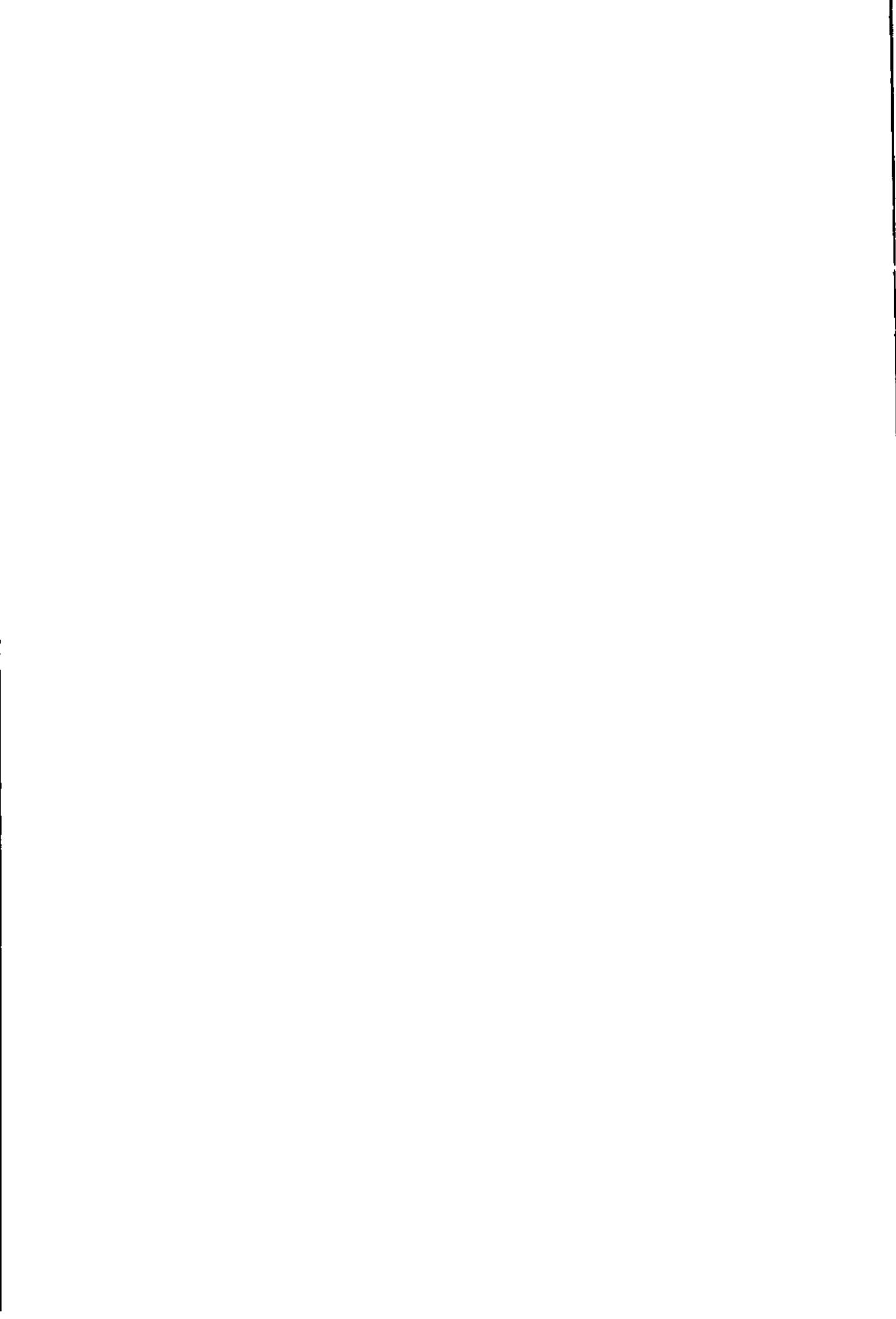
Menurut Sunaryo (2004) mengatakan bahwa pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap, berpengaruh terhadap sikap individu terhadap objek sikap tersebut. Selain itu informasi yang diterima individu akan dapat menyebabkan perubahan sikap pada diri individu tersebut. Menurut Azwar (2008) sikap terdiri dari tiga komponen yaitu kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representatif apa yang dipercayai seseorang, sekali kepercayaan itu telah terbentuk maka akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari objek tertentu sehingga kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi. Komponen afektif secara umum komponen ini disamakan 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. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapi.

Perubahan sikap yang signifikan terhadap kelompok perlakuan disebabkan oleh pengetahuan yang baik pada responden kelompok perlakuan setelah dilakukan *small group discussion*. 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 *small group discussion* akan menghasilkan perubahan dalam sikap ibu. Setelah ibu dapat membedakan yang benar dan yang salah, kemudian ibu akan menerima (*receiving*) pilihan yang menurutnya baik, kemudian merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggungjawab (*responsible*) terhadap pilihannya. Hal tersebut dapat diaplikasikan dalam bentuk sikap positif.

Sikap kelompok kontrol pada pengukuran pertama sebagian besar responden memiliki sikap negatif dan sedikit yang positif. Pada pengukuran keduanya tidak terjadi perubahan yang signifikan. Sebagian besar responden tetap memiliki sikap negatif. Hasil penelitian pada kelompok kontrol dilihat dari uji *Wilcoxon Sign 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 *small group discussion*. Sedangkan uji statistik menggunakan *Mann*



*Whitney U Test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan sikap tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Dimana terdapat perubahan sikap pada kelompok perlakuan yang tadinya banyak negatif menjadi sikap positif.

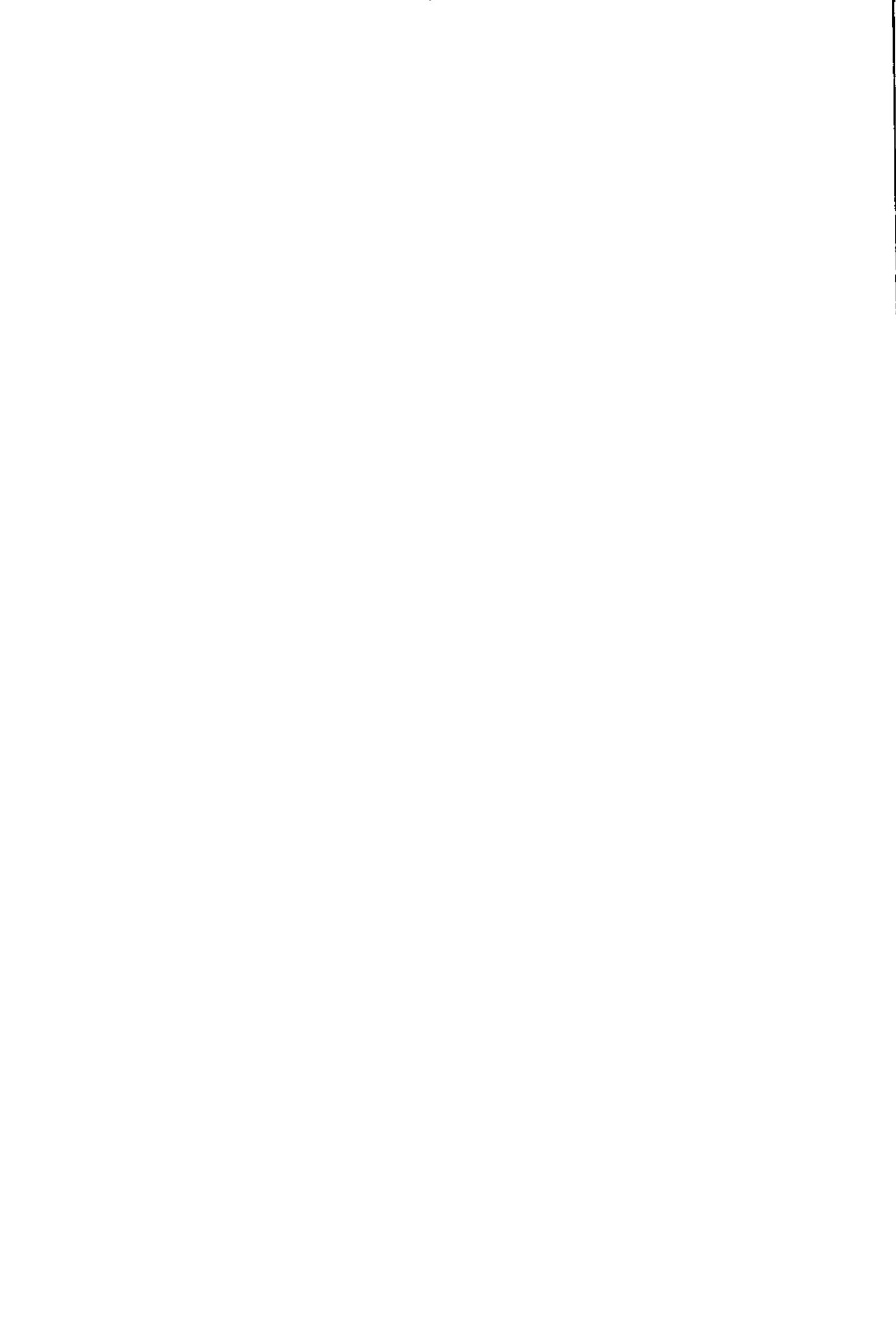
Sikap belum merupakan suatu tindakan/aktivitas akan tetapi merupakan reaksi tertutup terhadap suatu objek (notoatmodjo, 2007). Pembentukan sikap dapat terjadi karena pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga moral maupun faktor emosional. Pendidikan kesehatan melalui kegiatan pembelajaran sebagai sarana perubahan perilaku terutama domain afektif (sikap), kognitif (pengetahuan), dan psikomotor (tindakan). *Impressionable-years hypothesis* menyatakan bahwa sikap akan terbentuk kuat dan stabil untuk jangka waktu lama, sedangkan *increasing-persistence hypothesis* yang mengatakan bahwa orang akan lebih rawan terhadap persuasi sewaktu masih muda (Azwar, 2007).

Sikap muncul dari berbagai bentuk penilaian. Kebanyakan sikap seseorang merupakan hasil dari belajar dari lingkungannya. Belajar dari adat istiadat serta kebudayaan yang ada di masyarakat sekitar. Selain itu faktor pendidikan juga sangat 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 *small group discussion*



sehingga kurang mendapatkan informasi. Pendidikan responden juga memiliki peranan yang penting, sebagian besar responden pada kelompok kontrol adalah SMP. Selain itu kebiasaan memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan yang sudah membudaya menjadikan mereka enggan untuk merubah sikap tersebut. Jika sikap ini terus terjadi dan tidak berubah maka akan berbahaya bagi kesehatan bayi mereka. Pihak Puskesmas harus memberikan pendidikan kesehatan dengan *small group discussion* untuk merubah sikap ibu yang negatif tersebut, karena *small group discussion* sudah terbukti berhasil merubah perilaku ibu yang salah dalam memberikan makanan pendamping ASI pada kelompok perlakuan.

Tindakan responden tentang ASI eksklusif dan MPASI sebelum dilakukan *small group discussion* pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden melakukan tindakan yang kurang. Mereka sering memberikan makanan pendamping ASI pada bayinya sebelum 6 bulan. pemberian MPASI ini sering mereka berikan pada waktu pagi dan sore hari dan diberikan hampir setiap hari. Setelah dilakukan *small group discussion* tindakan sebagian besar menjadi baik. Mereka mengurangi frekuensi memberikan MPASI pada bayinya. Dari hasil *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan hasil bahwa ada perubahan yang signifikan pada tindakan ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion*. Hal ini ditunjukkan dari nilai mean antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan mengalami peningkatan. Selain itu tindakan responden pada awalnya sebagian besar responden memiliki tindakan kurang tetapi setelah dilakukan *small group discussion* tindakan ibu berubah menjadi baik. Perubahan tindakan ini dipengaruhi



juga oleh pengetahuan dan sikap responden yang menjadi baik setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Teori Lawrence Green yang dikutip Notoadmodjo (2008) menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu : 1) *Predisposing factor*, yang mencakup pengetahuan, sikap dan kepercayaan, tradisi, nilai-nilai, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi. 2) *Enabling factor* yaitu ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. 3) *Reinforcing factor* yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan dan juga dukungan serta tugas keluarga. Metode *small group discussion* merupakan metode pembelajaran interaktif dimana peserta diberi kebebasan berpendapat yang diatur oleh pemimpin diskusi (fasilitator), metode ini bertujuan untuk memudahkan dalam penguasaan materi, melatih untuk membentuk kelompok dengan modifikasi sikap kepemimpinan, menghargai orang lain, komunikasi dan adopsi dari perilaku (Alimul, 2002).

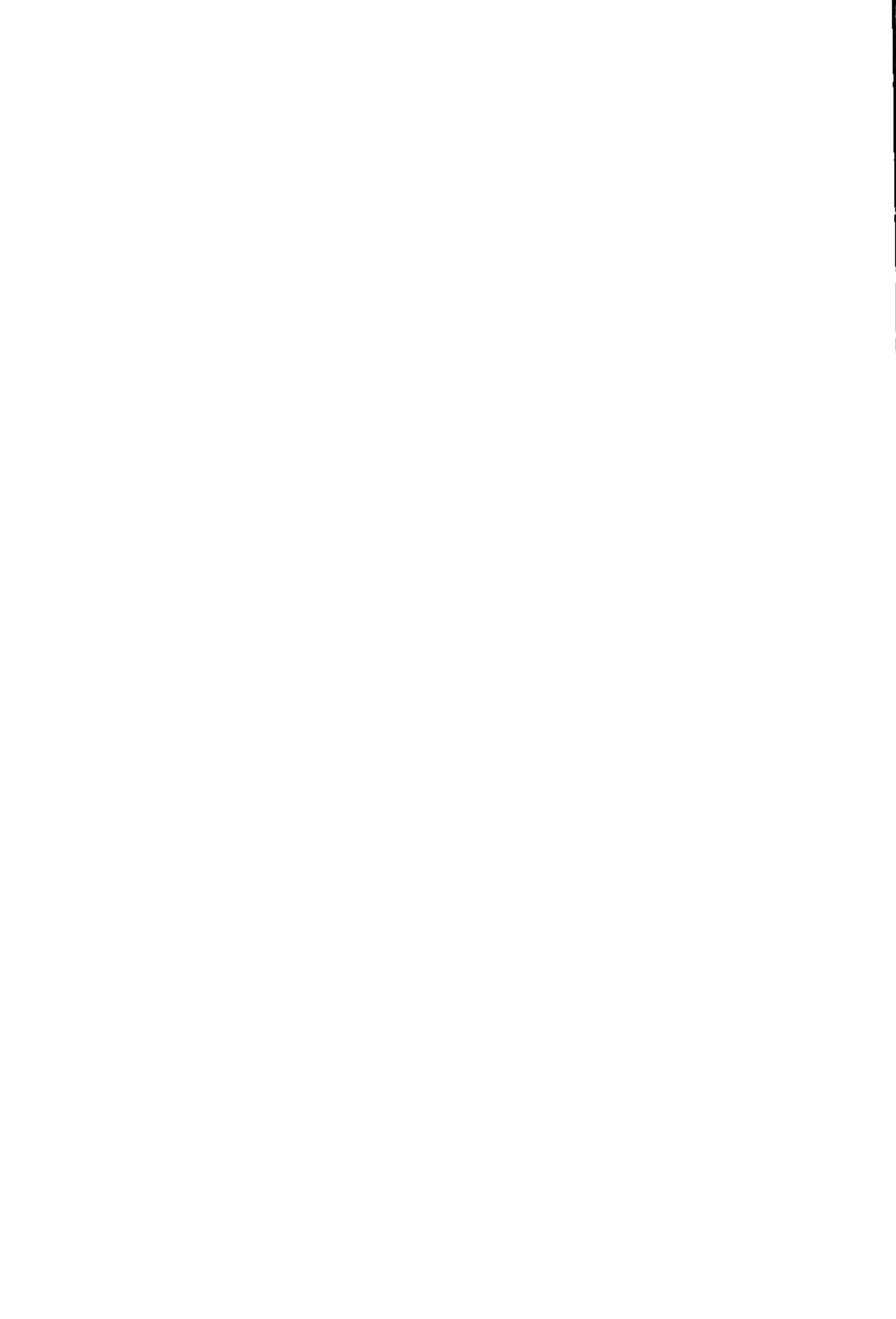
Pada kelompok perlakuan terjadi perubahan tindakan yang signifikan. Perubahan tindakan ini terjadi karena pengetahuan dan sikap mereka sudah baik. Semakin bertambahnya pengetahuan, mereka akan bisa berfikir apa yang terbaik yang dapat mereka lakukan untuk keluarganya. Berbagai fakta yang mereka ketahui semakin membuat mereka semakin berhati-hati dalam bertindak.

Tindakan kelompok kontrol pada mulanya sebagian besar responden melakukan tindakan yang kurang. Responden sering sekali memberikan MPASI pada bayi mereka yang belum berumur 6 bulan. Responden pada kelompok kontrol sering memberikan MPASI pada waktu pagi dan siang hari. Pada pengukuran keduanya sebagian responden masih banyak yang melakukan



tindakan yang kurang, dan hanya sedikit yang melakukan tindakan yang cukup apalagi tindakan yang baik. Hasil penelitian pada kelompok kontrol dilihat dari uji *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tindakan pada pengukuran pertama dan kedua, hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion*. Selain itu sebagian besar responden kelompok kontrol yang memiliki tindakan yang kurang bayinya berusia 3 sampai 5 bulan dan mereka sudah terbiasa memberikan makanan pendamping ASI pada bayinya sehingga mereka sulit untuk menghentikan tindakan tersebut. Responden yang mempunyai tindakan kurang bayinya sebagian besar juga bukan anak pertama sehingga mereka sudah mempunyai pengalaman memberikan makanan pendamping ASI sebelum bayinya berusia 6 bulan pada anaknya terdahulu. Hasil rerata pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada hasil rerata pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan tindakan pada kelompok perlakuan. Sedangkan uji statistik menggunakan *Mann Whitney U Test* menunjukkan bahwa ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap perubahan tindakan tentang pemberian MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Dimana terdapat peningkatan tindakan pada kelompok perlakuan.

Menurut Notoadmodjo (2007) setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya. Proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui atau disikapinya dengan baik. Inilah yang disebut tindakan (*practice*). Proses tindakan melalui tahapan-tahapan persepsi,



respon terpimpin, mekanisme, dan adopsi. Persepsi ibu tentang ASI eksklusif dan MPASI yang bersumber pada informasi saat melakukan *small group discussion*, membuat ibu menilai apa yang diyakininya. Selanjutnya ibu akan mengaplikasikannya dalam bentuk tindakan (*practice*) yang kemudian diadopsi oleh ibu tersebut. Dengan memberikan pengajaran baru yang bersumber dari pengetahuan, maka diharapkan praktik/tindakan ibu yang sudah diadopsi akan terpelihara (Notoatmodjo, 2007).

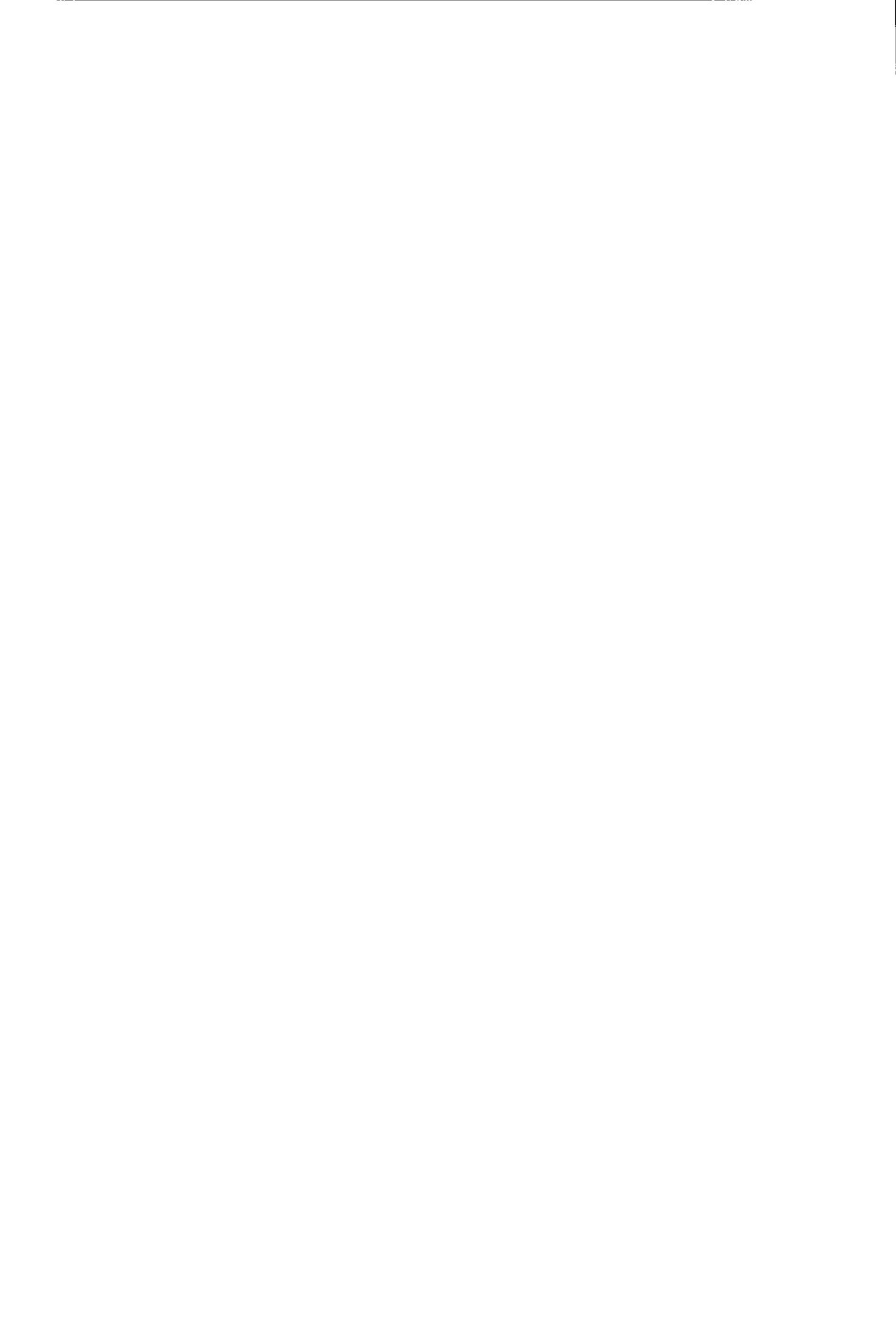
Suatu sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor-faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, seperti faktor keyakinan dalam diri sendiri dan juga lingkungan. Tindakan merupakan hal yang sulit untuk diubah, perlu adanya keintensifan dalam memberikan pendidikan kesehatan. Apalagi pengetahuan dan sikap mereka juga tidak baik, Karena tindakan merupakan hal nyata yang langsung bisa dilihat dalam kehidupan sehari-hari. Kebiasaan yang sudah membudaya dan turun-temurun sangat sulit untuk diubah dalam waktu yang singkat tanpa adanya pemberian pendidikan kesehatan yang intensif dan berkelanjutan. Selain itu perubahan tindakan ini juga harus lahir dari hati nurani setiap individu. Jika perubahan ini hanya karena terpaksa, maka lama-kelamaan akan kembali ke kebiasaan yang semula.

Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan dapat terjadi karena menggunakan metode yang tepat yaitu *small group discussion*, sehingga responden dapat menerima informasi dengan baik mengenai ASI eksklusif dan MPASI. Di desa Ngadiboyo sudah pernah dilakukan penyuluhan tentang ASI



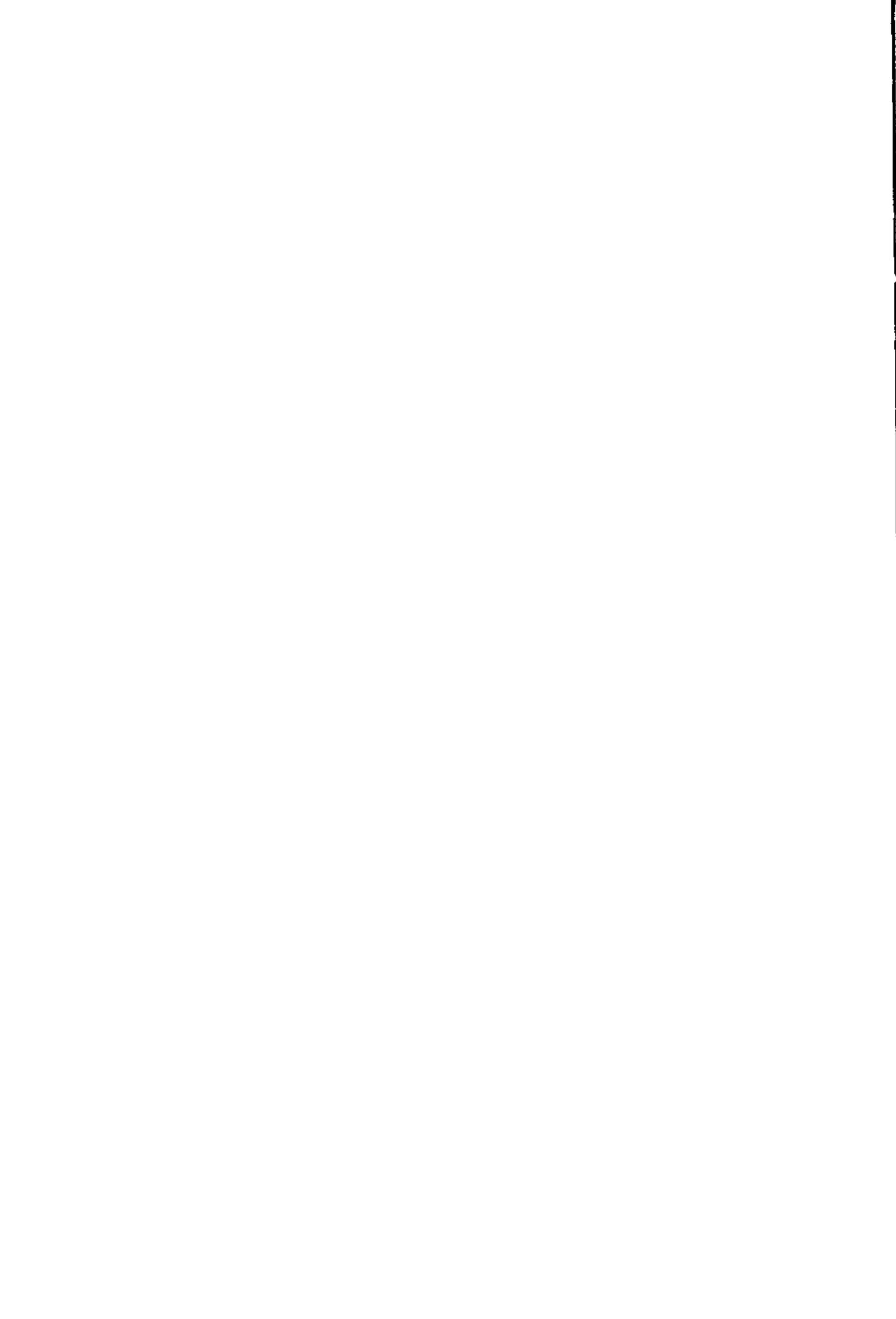
eksklusif oleh perawat dari Puskesmas Rejoso. Namun metode pendidikan kesehatan yang digunakan adalah ceramah. Dalam metode ceramah tersebut peserta kurang berperan aktif. Oleh sebab itu perlu menggunakan metode yang tepat agar para responden bisa berperan aktif. Metode pendidikan kesehatan yang tepat digunakan adalah *small group discussion*. Metode pembelajaran *small group discussion* digunakan dengan pada kelompok kecil yaitu maksimal jumlah peserta diskusi 15 orang. Pada pelaksanaan *small group discussion* peserta dapat mengeluarkan pendapatnya dan juga dapat mengetahui pendapat dari peserta lain sehingga dapat membandingkan. Dengan metode ini responden lebih mudah memahami informasi yang didapat. Selain itu dalam *small group discussion* kita juga dapat memperoleh pandangan dari responden yang tidak suka berbicara. Suasana yang informal membuat para responden lebih leluasa untuk mengungkapkan pendapatnya.

Proses diskusi dalam *small group discussion* dipimpin oleh fasilitator (tenaga kesehatan). Fasilitator yang akan memimpin diskusi pada *small group discussion*. Fasilitator akan membuka diskusi dan menyampaikan tema/masalah yang akan didiskusikan yaitu mengenai ASI eksklusif dan MPASI. Setelah itu fasilitator akan memberikan kesempatan pada peserta untuk mengungkapkan pendapat mereka tentang ASI eksklusif. Pengertian ASI eksklusif, kelebihan ASI dibanding susu formula, pengertian makanan pendamping ASI, waktu yang tepat memberikan MPASI, alasan MPASI diberikan saat usia bayi 6 bulan, dan bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Peserta akan mengungkapkan pendapat mereka, selain itu peserta juga akan mendengar pendapat dari peserta lain sehingga mereka bisa saling berdiskusi. Hasil diskusi



tersebut yang akan membuat perubahan perilaku ibu dalam memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Dalam proses perubahan perilaku tersebut terjadi beberapa fase yaitu *awareness*, responden pentingnya *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI tersebut. Setelah itu responden akan tertarik (*interest*) dengan pentingnya *small group discussion* tentang ASI eksklusif dan MPASI. Setelah tertarik responden akan mengevaluasi baik dan buruknya tidak memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. lalu responden akan mencoba untuk tidak memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. dan akhirnya mereka akan menerima dan tidak akan memberikan MPASI kepada bayinya yang berusia kurang dari 6 bulan.

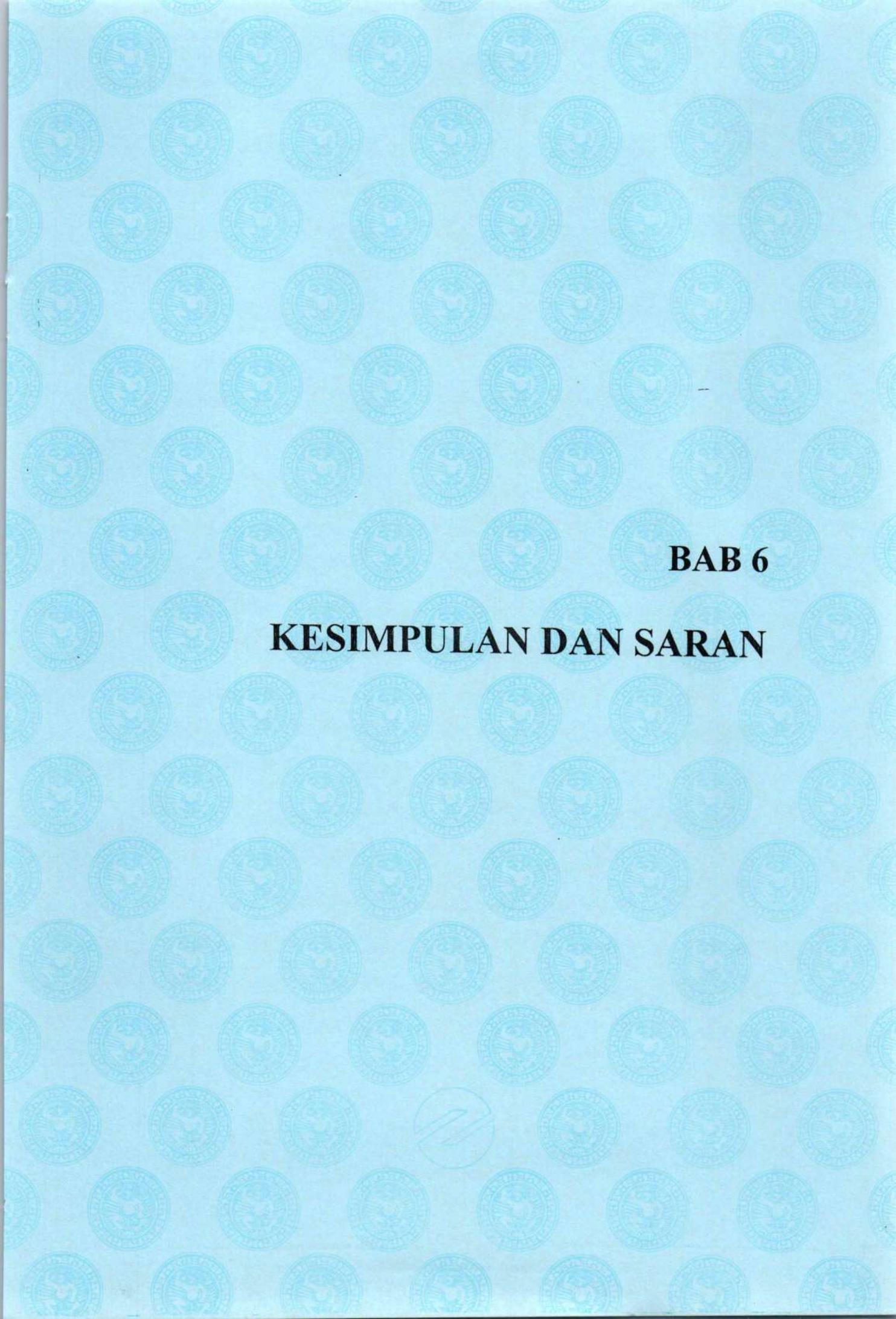
Berdasarkan faktor tersebut, pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* efektif untuk merubah pengetahuan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan. Dalam penelitian ini sebagian besar responden memiliki perilaku yang salah dalam memberikan MPASI. Oleh sebab itu metode yang tepat digunakan adalah *small group discussion*. Jika kita menggunakan *peer group support* peserta harus tahu perilaku yang benar itu seperti apa, sehingga bisa memberikan pembenaran jika peserta yang lain salah. Kalau menggunakan metode ceramah, peserta kurang berperan aktif hanya fasilitator yang berperan aktif. Untuk itu metode yang tepat adalah *small group discussion* sebab dalam metode ini melibatkan peserta berperan aktif dalam diskusi, tetapi diakhir fasilitator yang akan memberikan penjelasan/ justifikasi tentang hal yang sedang didiskusikan. Dalam metode ini fasilitator (tenaga kesehatan) tidak langsung memberikan penyuluhan, tetapi kita



bisa mengetahui pandangan dari masing-masing peserta. Dengan hal tersebut akan lebih memudahkan peserta untuk menerima materi yang sedang didiskusikan.

Dalam *small group discussion*, fasilitator juga bisa berdiskusi tentang faktor penyebab kenapa responden memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan. Penyebabnya yaitu kebiasaan memberikan MPASI pada bayi sebelum 6 bulan yang sudah membudaya. Lingkungan sekitar sangat mempengaruhi mereka. Responden yang mempunyai anak sebelumnya (bayi bukan anak pertama) sudah memiliki pengalaman yang salah dalam memberikan makanan pada bayinya. Selain itu sebagian besar responden tidak tahu kalau MPASI harus diberikan saat bayi berusia kurang dari 6 bulan. Menurut mereka saat bayi menangis dan diam jika diberi makan itu adalah bukti bahwa bayi sudah minta makan tanpa memperhatikan usia bayi tersebut. Dalam *small group discussion* sebelum penutupan diskusi, fasilitator juga akan mempersilahkan peserta untuk bertanya mengenai hal yang belum jelas, ataupun hal-hal yang terkait dengan diskusi. Dari sini dapat diketahui keuntungan jika menggunakan metod *small group discussion*. Petugas kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan sebaiknya menggunakan *small group discussion*.





**BAB 6**

**KESIMPULAN DAN SARAN**



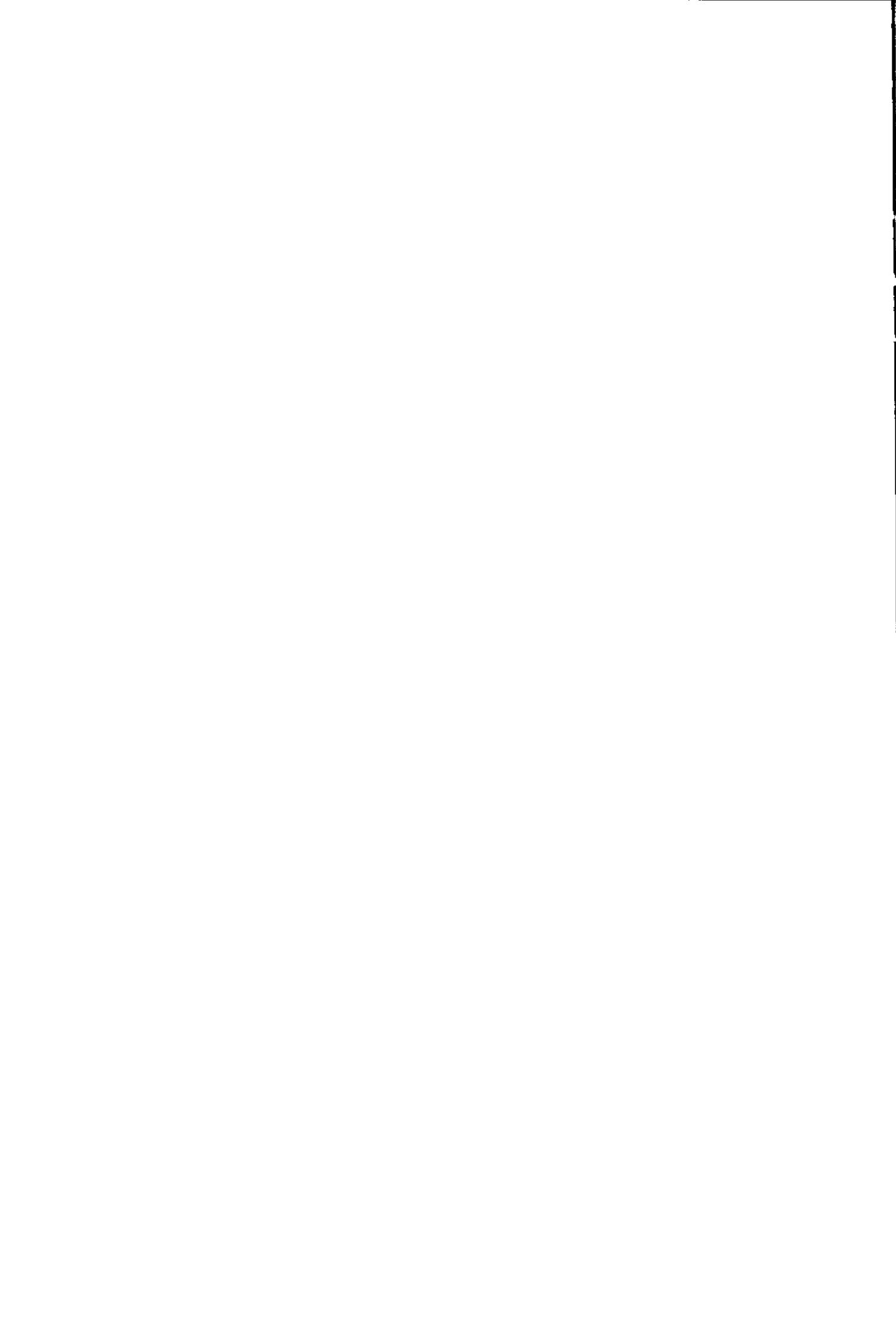
## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh *small group discussion* terhadap perubahan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan, maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### 6.1 Kesimpulan

1. Metode *small group discussion* efektif sebagai sarana pembelajaran untuk mengubah pengetahuan ibu tentang makanan pendamping ASI cukup dan kurang menjadi cukup dan baik. Hal ini dikarenakan dalam *small group discussion* responden bisa mengungkapkan pendapatnya dan bisa berdiskusi bersama.
2. Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat Puskesmas rejosari hanya menggunakan metode ceramah saja. Hal ini dikarenakan metode ceramah merupakan metode yang mudah digunakan dan jumlah responden bisa dalam jumlah yang banyak tetapi peserta kurang berperan aktif sehingga informasi yang didapatkan lebih mudah diterima jika menggunakan metode *small group discussion*.
3. *Small group discussion* dapat merubah sikap ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan yang awalnya negatif menjadi positif. Hal ini dikarenakan pengetahuan positif yang diperoleh dari *small group discussion* menghasilkan sikap yang positif pada responden tentang makanan pendamping ASI.



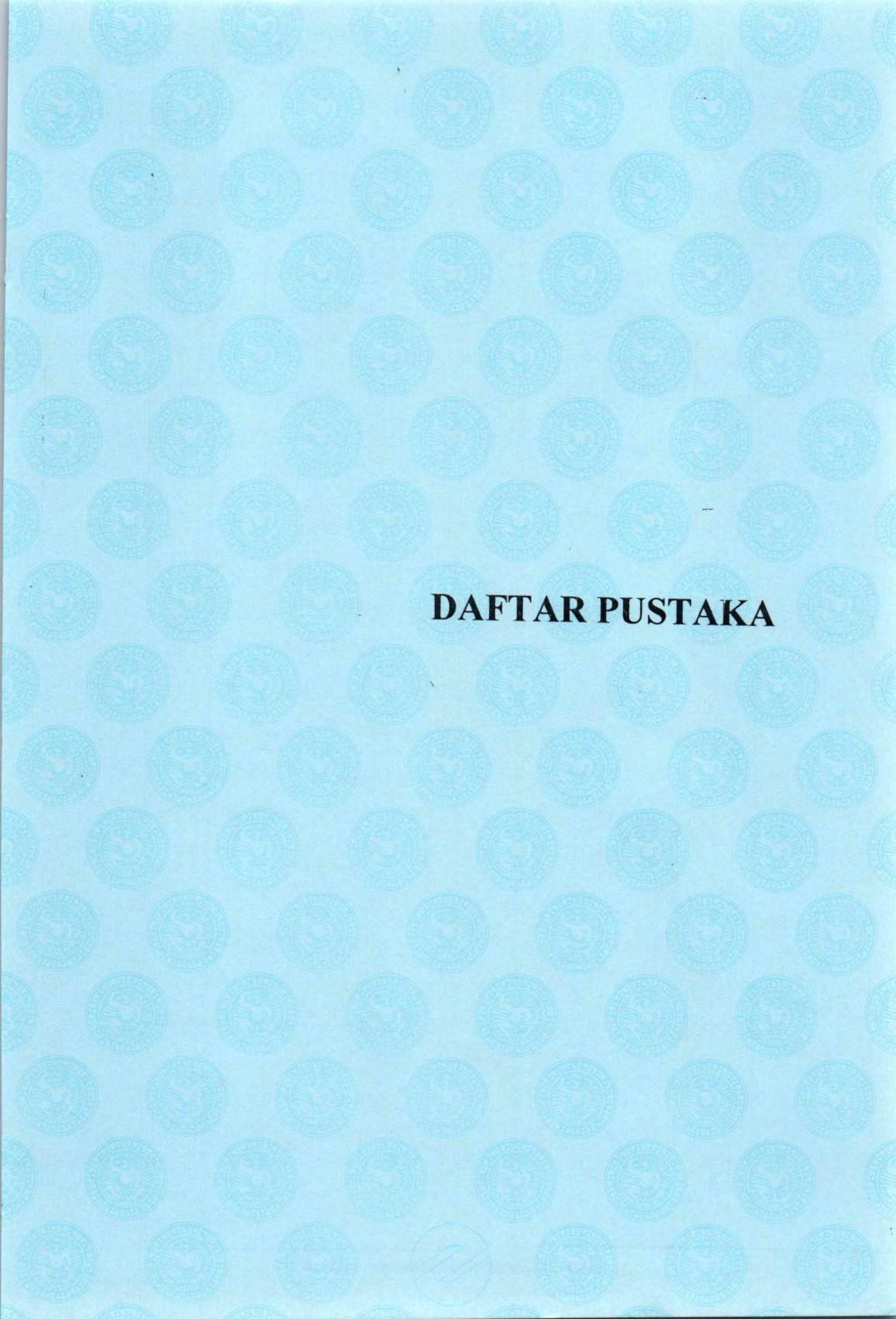
4. Pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* dapat merubah tindakan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan dari cukup dan kurang menjadi cukup dan baik. Hal ini dikarenakan setelah responden meyakininya sebagai sikap positif, maka ibu akan mengaplikasikan dan mengadopsi dalam bentuk tindakan.
5. Pendidikan kesehatan dengan metode *small group discussion* mampu merubah perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan karena terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu.
6. *Small group discussion* merupakan metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk mengubah perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan karena *small group discussion* bisa merubah pengetahuan, sikap dan tindakan ibu.
7. Faktor penyebab ibu memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan adalah kebiasaan memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan yang sudah membudaya serta informasi yang kurang. Hal ini dikarenakan budaya dalam masyarakat sangat mempengaruhi perilaku seseorang serta kurangnya informasi yang masyarakat terima.



## 6.2 Saran

1. Perawat Puskesmas Rejoso Kabupaten Nganjuk dalam memberikan pendidikan kesehatan sebaiknya menggunakan metode diskusi supaya peserta lebih leluasa mengungkapkan pendapatnya dan materi lebih mudah dipahami. Kegiatan tersebut bisa dilaksanakan dalam acara posyandu ataupun pertemuan PKK.
2. Perawat Puskesmas Rejoso Kabupaten Nganjuk harus melakukan pendidikan kesehatan secara intensif dan berkelanjutan supaya bisa merubah kebiasaan masyarakat yang salah dalam memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan dan juga masyarakat akan semakin mengerti tentang masalah kesehatan pada bayi mereka.
3. Perilaku kesehatan masyarakat desa Ngadiboyo dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan telah mengalami perubahan. Perilaku ini diharapkan terus dipantau dan disosialisasikan oleh petugas kesehatan puskesmas Rejoso khususnya bagian KIA supaya tidak terjadi penurunan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan.
4. Masyarakat desa Ngadiboyo harus lebih memperhatikan masalah kesehatan terutama yang berhubungan dengan penyakit yang diakibatkan oleh pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini. Informasi tentang makanan pendamping ASI bisa ditanyakan pada petugas kesehatan secara langsung ataupun ikut serta jika ada penyuluhan tentang makanan pendamping ASI.



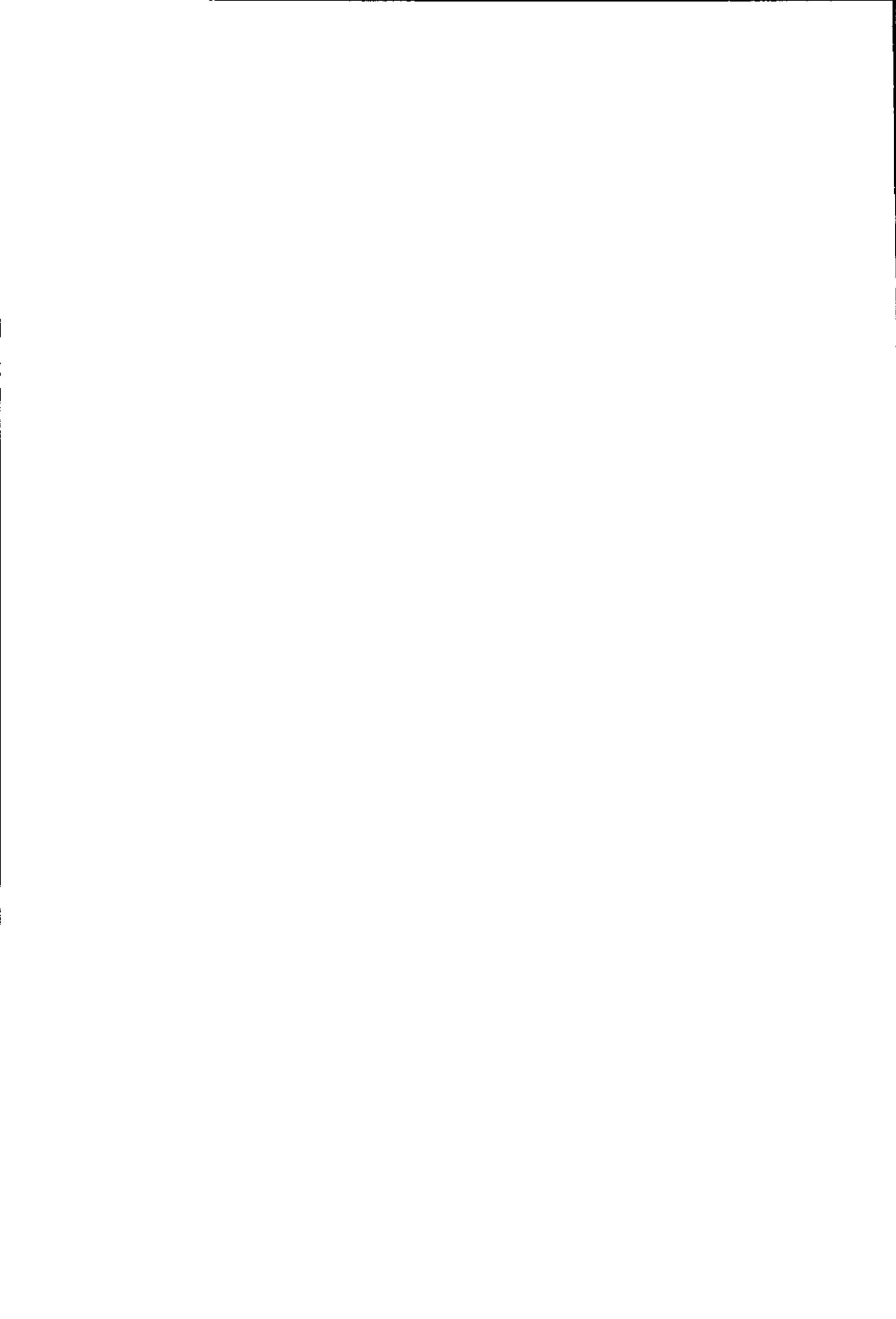


## DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

- Abrahams, S. Labbok, M. (2009). *Exploring The Impact of The Baby-Friendly Hospital initiative on Trends in Exclusive Breastfeeding*. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com> (Akses tanggal 20 April 2010 jam 23.52 WIB)
- Afifah, D. (2007). *Factor yang Berperan dalam Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif*. <http://www.eprints.undip.ac.id> (Akses tanggal 21 April 2010 jam 13.46 WIB)
- Agambodi, S. (2009). *Exclusive breastfeeding in Sri Lanka: Problem of Interpretation of Reported Rates*. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com>.(Akses tanggal 1 April 2010 jam 14.01 WIB)
- Akre, J. (1994). *Pemberian Makan Tambahan Untuk Bayi*. Jakarta: Perinasi. Hal 21-26
- Amalia, K. (2006). *The Use of Small Group Discussion in Teaching Written Procedure Text*. <http://digilib.unnes.ac.id> (Akses tanggal 4 Mei 2010 jam 00.12 WIB)
- Ariani, (2008). *Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*. <http://parentingislami.wordpress.com> (Akses tanggal 14 Desember 2009 jam 15.54 WIB)
- Arikunto, S. (2006). *Proses Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arikunto, S.(2007). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwarr, S. (2007). *Sikap manusia: teori dan pengukurannya*. Edisi 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.Hal 30-38
- Briawan, D. (2004). *Pengaruh Promosi Susu Formula Terhadap Pergeseran Penggunaan Air Susu Ibu (ASI)*. <http://www.rudyct.conpps> (Akses tanggal 9 April 2010 jam 14.41 WIB)
- Butte, N.dkk. (2002). *Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for The Term Infant During The First Six Months of Life*. <http://www.whqlibdoc.who.int/publications> (Akses tanggal 8 April 2010 jam 16.32 WIB)
- Dahlan, Sopiudin. (2006). *Statistika Untuk Kedokteran Kesehatan*. Jakarta: Airlangga



- Dinkes Nganjuk. (2005). *Jumlah Bayi yang Diberi ASI Eksklusif Kabupaten Nganjuk Tahun 2003*. [www.dinkesjatim.go.id...nganjuk200502151306-FORMON\\_SPM\\_03\\_NGANJUK.xls](http://www.dinkesjatim.go.id...nganjuk200502151306-FORMON_SPM_03_NGANJUK.xls). (Akses tanggal 13 Mei 2010 jam 21.41 WIB)
- Dinkes Nganjuk (2009). *Pencapaian Indikator SPM Kabupaten Nganjuk*. [http://www.dinkesjatim.go.id/spm-file/nganjuk/1243321444\\_nganjuk\\_th-2009\\_tbln-1.xls](http://www.dinkesjatim.go.id/spm-file/nganjuk/1243321444_nganjuk_th-2009_tbln-1.xls). (Akses tanggal 9 April 2010 jam 13.25 WIB)
- Dwi, W. (2006). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Manajemen Laktasi Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Pasca Salin Dalam Memberikan ASI Eksklusif*. Skripsi. Surabaya: Program Sarjana.
- Effendi, F dan Makhfudli, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika, halaman: 99 – 115
- Etika, R. (2007). Influence of LBW Formula Feeding on The Growth of Low Birth Weight Infant. *Folia Medica Indosiana*. Vol 43 no. 3 (hal. 170 - 179)
- Fomon, S. (2001). *Infant Feeding in The 20<sup>th</sup> Century: Formula and Beikost*. <http://jn.nutrition.org> (Akses tanggal 30 Maret 2010 jam 08.08 WIB)
- Gelula. (1997). *Small Group Teaching*. <http://www.uab.edu/uasomumecdmsmall> (Akses tanggal 21 April 2010 jam 00.18 WIB)
- Hardiani, L. (2008). *Mengapa Perkenalan Makanan Pendamping Asi Harus Dimulai Pada Usia 6 Bulan*. <http://www.keluargasehat.wordpress.com> (Akses tanggal 4 September 2009 jam 12.44 WIB)
- Health Canada. (2004). *Exclusive Breastfeeding Duration*. [http://www.hc-sc.gc.ca/cfn-annutritionchild-enfantinfant-nourissonexcl\\_bf\\_dur\\_dur\\_am\\_excl-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/cfn-annutritionchild-enfantinfant-nourissonexcl_bf_dur_dur_am_excl-eng.php). (akses Tanggal 1 April 2010 jam 12.08 WIB).
- Hidayat, A. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Salemba Medika: Jakarta.
- Hikmawati, S.dkk. *risk Factors of Failure to Give Breastfeeding During Two Months*. <http://www.eprints.undip.ac.id> (Akses tanggal 21 April 2010 jam 13.47 WIB)
- Jaques, D. (1989). *Small Group Teaching*. [www.brookes.ac.uk/services/ocsd](http://www.brookes.ac.uk/services/ocsd) (Akses tanggal 5 Mei 2010 jam 02.37 WIB)
- Keraf, S. & Dua, M. (2001). *Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis*. Jakarta: Kanisius



- Kirana, R. (2006). *Karakteristik Ibu yang Mempengaruhi Pemberian MPASI Dini pada Bayi UMUR 0-6 Bulan (Studi Kasus di Puskesmas Sembung kecamatan Kota Kabupaten Tulungagung)*. Surabaya: Program Sarjana Unair.
- Kramer, M. (2001). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*. <http://whqlibdoc.who.int> (Akses tanggal 1 April 2010 jam 12.15 WIB)
- Maulana. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC (halaman: 160-181)
- Menegpp. (2009). *86% bayi di Indonesia Tidak Diberi ASI Eksklusif*. <http://www.menegpp.go.id> (Akses tanggal 9 April 2010 jam 13.09 WIB).
- Muhtar, Z. (2006). *Beberapa Faktor yang Berkaitan Dengan Pola Pemberian ASI Eksklusif (Studi Kasus di Kelurahan Moru Kecamatan Moru Kabupaten Alor Propinsi NTT)*. Skripsi. Surabaya: Program Sarjana Unair.
- Nasution, S. (2004). *Meningkatkan Status Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan dan Penerapan Pola Hidup Sehat*. <http://library.usu.ac.id> (Akses tanggal 23 Desember 2009 jam 12.20 WIB)
- Nee, T. (2009). *Pengasuhan Anak Bayi Tahun Pertama*. Jakarta: Arcan (halaman: 125 – 149)
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, (2007). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Olang, B. dkk. (2009). *Breastfeeding in Iran: Prevalence, Duration and Current Recommendations*. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com> (Akses tanggal 1 April 2010 jam 14.16 WIB)
- Puslitbang. (2008). *Penelitian dan Pengembangan Media dan Strategi promosi ASI Eksklusif di perdesaan dan perkotaan*. <http://www.p3gizi.litbang.depkes.go.id> (Akses tanggal 11 April 2010 jam 18.14 WIB)
- Puslitbang. (2009). *Bayi Berhak ASI Ekklusif*. <http://www.p3gizi.litbang.depkes.go.id> (Akses tanggal 11 April 2010 jam 18.11 WIB)
- Ria, A. (2006). *The Teaching of Reading comprehension by Using a Small Group Discussion at The First Year Students of SMP 1 Wanadadi in The*



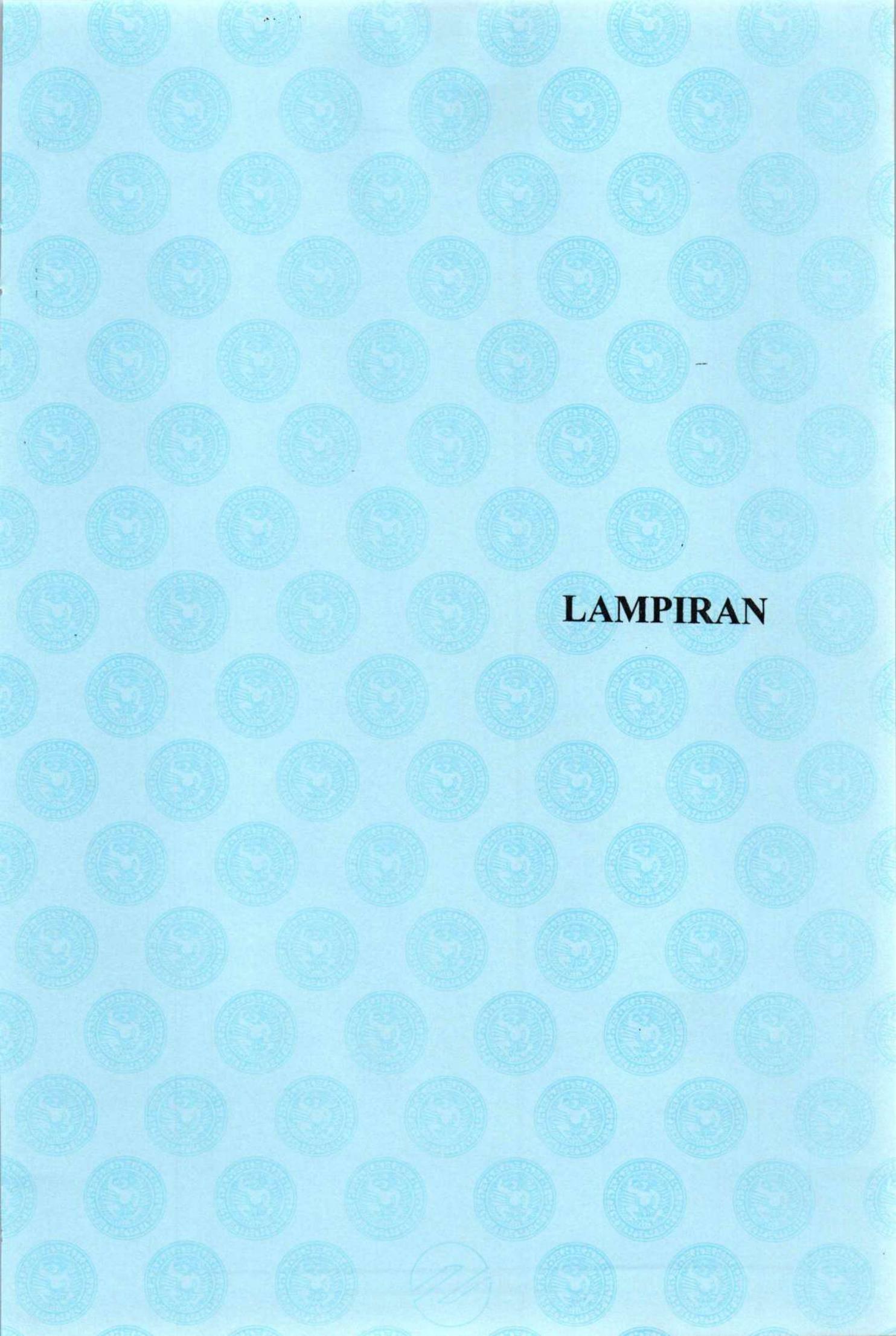
*Academic Year of 2006/2007.* <http://digilib.unnes.ac.id> (Akses tanggal 4 Mei 2010 jam 00.06 WIB)

- Riyanto, A. (2009). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Jazamedia.
- Roesli, U. (2005). *ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda
- Roesli, U. (2008). *Inisiasi Menyussi Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda
- Romadhona, A. (2008). *Skripsi Hubungan Antara Asi Eksklusif Dengan Pertumbuhan Bayi*. <http://etd.eprints.ums.ac.id> (Akses tanggal 1 April 2010 jam 12.14 WIB)
- Sari, dkk. (2007). Upaya Keluarga dalam Mencegah dan Melakukan Penanggulangan Dini Terjadinya Diare Pada Balita di Desa Cibiuk Kabupaten garut Jawa Barat. *Majalah Keperawatan UNPAD* vol. 9, no. 17 (hal 37 - 43)
- Sastroasmoro, S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Sastroasmoro, S. (2007). *Membina Tumbuh Kembang Bayi dab Balita Panduan untuk Orang Tua*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia (halaman: 60-125)
- Soetjiningsih. 1997. *ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Soraya, L. (2005). *Saat Tepat Memberi MPASI Pada Bayi*. <http://www.dhysware.site> (Akses tanggal 7 September 2009 jam 16.34WIB)
- Suliha, U. (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Surya. (2008). *Kumpulan Artikel Tentang ASI*. <http://www.suryaden.blogspot.com> (Akses tanggal 9 September 2009 jam 13.02 WIB)
- Triexs media. (2010). *1001 tentang kehamilan*. Jakarta: Trie xs medi inc (halaman 174-178)
- Vazirinejad, R. dkk. (2009). *The Effect Of Maternal Breast Varlations on Neonatal Weight Gain in The First Seven Days of Life*. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com> (Akses tanggal 1 April 2010 jam 14.17WIB)



- Westcott. (2003). *Makanan Sehat Untuk Bayi*. Jakarta: PT. Dian Rakyat (halaman: 12-15)
- WHO. (2007). Support for breastfeeding mothers. [http://apps.who.int/ihl/pregnancy\\_childbirthcare\\_after\\_childbirth/ihlcomen](http://apps.who.int/ihl/pregnancy_childbirthcare_after_childbirth/ihlcomen) (Akses tanggal 3 April 2010 jam 23.40 WIB).
- WHO. (2009). *Early Introduction of Solid Food – Why Early Introduction of your Baby*. <http://74.125.153.132/searchq=cacheINvTWkjsHhEJwww.gizi.net> (Akses tanggal 14 Desember 2009 jam 16.13 WIB)
- WHO. (2010). *Exclusive Breastfeeding*. [http://www.who.int/nutrition/topic/exclusive\\_breastfeeding/en](http://www.who.int/nutrition/topic/exclusive_breastfeeding/en) (Akses tanggal 1 April 2010 jam 12.01 WIB)
- WHO. *WHO Recommends*. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/> (Akses tanggal 14 Desember 2009 jam 16.31 WIB)
- Widyatuti, (2009). *Pendidikan Kesehatan*. <http://repository.ui.ac.id> (Akses tanggal 23 Desember 2009 jam 12.21 WIB)
- Wiknjosastro, H. (2002). *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wilujeng, S. (2006). *Usia Berapa Bayi Mulai Mengenal Makanan Pendamping ASI*. <http://ummuauliya.multiply.com/reviews/item11>. (Akses tanggal 23 Desember 2009 jam 11.12 WIB)
- Wismanto, B. *Pengaruh Sikap Terhadap Perilaku Kajian Meta Analisis Korelasi*. <http://www.unika.ac.id> (Akses tanggal 23 Desember 2009 jam 12.26 WIB)
- Xu, F.dkk. (2009). *Breastfeeding in China: a Review*. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com> (Akses tanggal 20 April 2010 jam 23.50 WIB).





**LAMPIRAN**





# 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](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 25 Maret 2010

Nomor : 915 /H3.1.12/PPd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan  
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Rejoso Nganjuk  
di –  
Tempat

Dengan hormat,

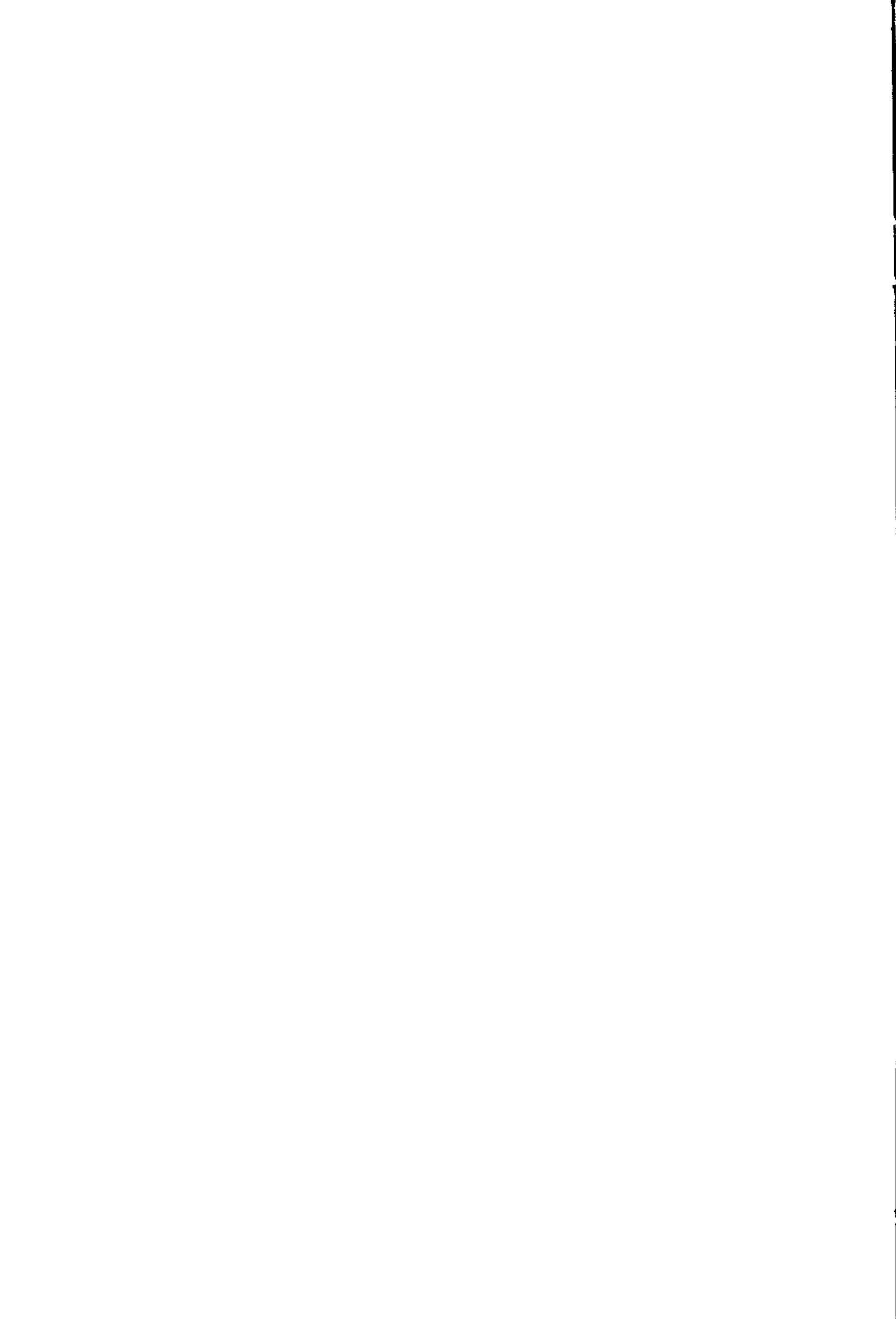
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Miche Dewi Anggraini  
NIM : 010610241B  
Judul Penelitian : Pengaruh Konseling Kesehatan terhadap Perubahan Perilaku Ib dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi Berusia Kurang dari 6 Bulan  
Tempat : Puskesmas Kecamatan Rejoso Nganjuk

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 196612251989031004





**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](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 1 Juni 2010

Nomor : 1328 /H3.1.12/ PPD/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
bagi Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Bakesbang, Pol & Linmas  
di –  
Tempat

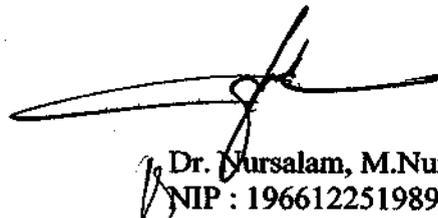
Dengan hormat,

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 : Miche Dwi Anggraini  
NIM : 010610241B  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Small Group Discussion terhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada Bayi Berumur Kurang dari 6 Bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk  
Tempat : Desa Ngadiboyo, Kecamatan Rejoso - Nganjuk

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

  
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 196612251989031004

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Kec. Rejoso
2. Kepala Desa Ngadiboyo





**PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK**  
**KANTOR KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN**  
**MASYARAKAT DAERAH**  
 Jl. Supriyadi No.5 Telp. (0358) 328079  
NGANJUK 64412

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 072 / 87 / 411.308 / 2010

Memperhatikan

- : 1. Surat dari Dekan Universitas Airlangga Surabaya, Tanggal 1 Juni 2010 Nomor: 1328/H3.1.12/PPd/2010
- : 2. Surat Camat Rejoso, tanggal 8 Juni 2010 Nomor : 072/282/411.517/2010 Perihal Permohonan bantuan fasilitas Penelitian bagi Mahasiswa PSIK-FKp UNAIR
- : 3. Surat Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso, tanggal 7 Juni 2010 Nomor: 072/62/411.517.2007/2010 perihal Bantuan Fasilitas Penelitian.

Dengan ini menyatakan **TIDAK KEBERATAN** untuk memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : MICHE-DEWI ANGGRAINI.  
 Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.  
 Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya  
 Untuk Keperluan : Ijin Penelitian  
 Tema/Judul : " PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE SMALLGROUP DISCUSSION TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM MEMBERIKAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) PADA BAYI BERUMUR KURANG DARI 6 BULAN DI DESA NGADIBOYO KECAMATAN REJOSO KABUPATEN NGANJUK".  
 Lokasi Kegiatan : Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso Kabupaten Nganjuk.  
 Lama Kegiatan : 2 (dua) Bulan mulai Bulan Juni s/d Bulan Juli 2010  
 Pengikut dalam kegiatan :

**DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :**

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah Kabupaten Nganjuk;
2. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari dari perbuatan, pernyataan, baik lisan, tulisan, maupun lukisan yang dapat melukai dan menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara, maupun penduduk setempat ;
3. Kegiatan yang dilaksanakan harus sesuai dengan rencana/proposal yang telah diajukan;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan -kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
5. Setelah berakhirnya kegiatan, pemegang surat rekomendasi ini wajib melapor kepada Pejabat Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, wajib memberikan laporannya kepada Bupati Nganjuk tentang hasil kegiatan maupun temuan-temuan yang ada didalamnya, melalui Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kabupaten Nganjuk ;
7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas ;

Disampaikan Kepada Yth :

Kepala Desa Ngadiboyo.

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Bupati Nganjuk (sebagai laporan)
2. Kepala Bappeda Kabupaten Nganjuk
3. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
4. Camat Rejoso
5. Miche Dewi Anggraini

Nganjuk, 8 Juni 2010  
 An. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA,  
 POLITIK DAN PER LINDUNGAN MASYARAKAT  
 DAERAH KABUPATEN NGANJUK  
 Kasubbag Tata Usaha



**SUWANDI, S.IP**  
 Penata Tingkat I

NIP. 19670102 198911 1 003





**PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK  
KECAMATAN REJOSO  
DESA NGADIBOYO**  
Alamat : Jalan Pahlawan Nomor 178 Telp (0358) 611906

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

Nomor : 800/164/411.617.2007/2010

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : WANUJI, S.H  
2. Jabatan : Kepala Desa Ngadiboyo

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Nama : MICHE DEWI ANGGRAINI  
2. NIM : 010610241 B  
3. Pendidikan : Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga

Telah selesai melakukan penelitian dari tanggal 9 Juni 2010 sampai dengan 30 Juni 2010 dengan judul "PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SMALL GROUP DISCUSSION* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM MEMBERIKAN MAKANAN PENDAMPING ASI PADA BAYI BERUMUR KURANG DARI 6 BULAN DI DESA NGADIBOYO KECAMATAN REJOSO KABUPATEN NGANJUK",

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan seperlunya.

Ngadiboyo, 22 Juli 2010

Kepala Desa Ngadiboyo



**WANUJI, S.H**



**Lampiran 5****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Miche Dewi Anggraini

NIM : 010610241 B

Adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode *Small Group Discusion* Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) Pada Bayi Berumur Kurang Dari 6 Bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk”**

untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan perubahan perilaku ibu tentang pemberian makanan pendamping ASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan dengan metode ceramah dan konseling.
2. Kesiediaan ibu untuk menandatangani *informed consent*.
3. Identitas Ibu dan anak akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
4. Kerahasiaan informasi yang diberikan Ibu dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu-Ibu sekalian saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, 17 Desember 2009

Hormat saya,

Miche Dewi Anggrain



**Lampiran 6****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Miche Dewi Anggraini

NIM : 010610241 B

Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul :

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode *Small Group Discussion* Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) Pada Bayi Berumur Kurang Dari 6 Bulan di Desa Ngadiboyo Kecamatan Rejoso - Nganjuk”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

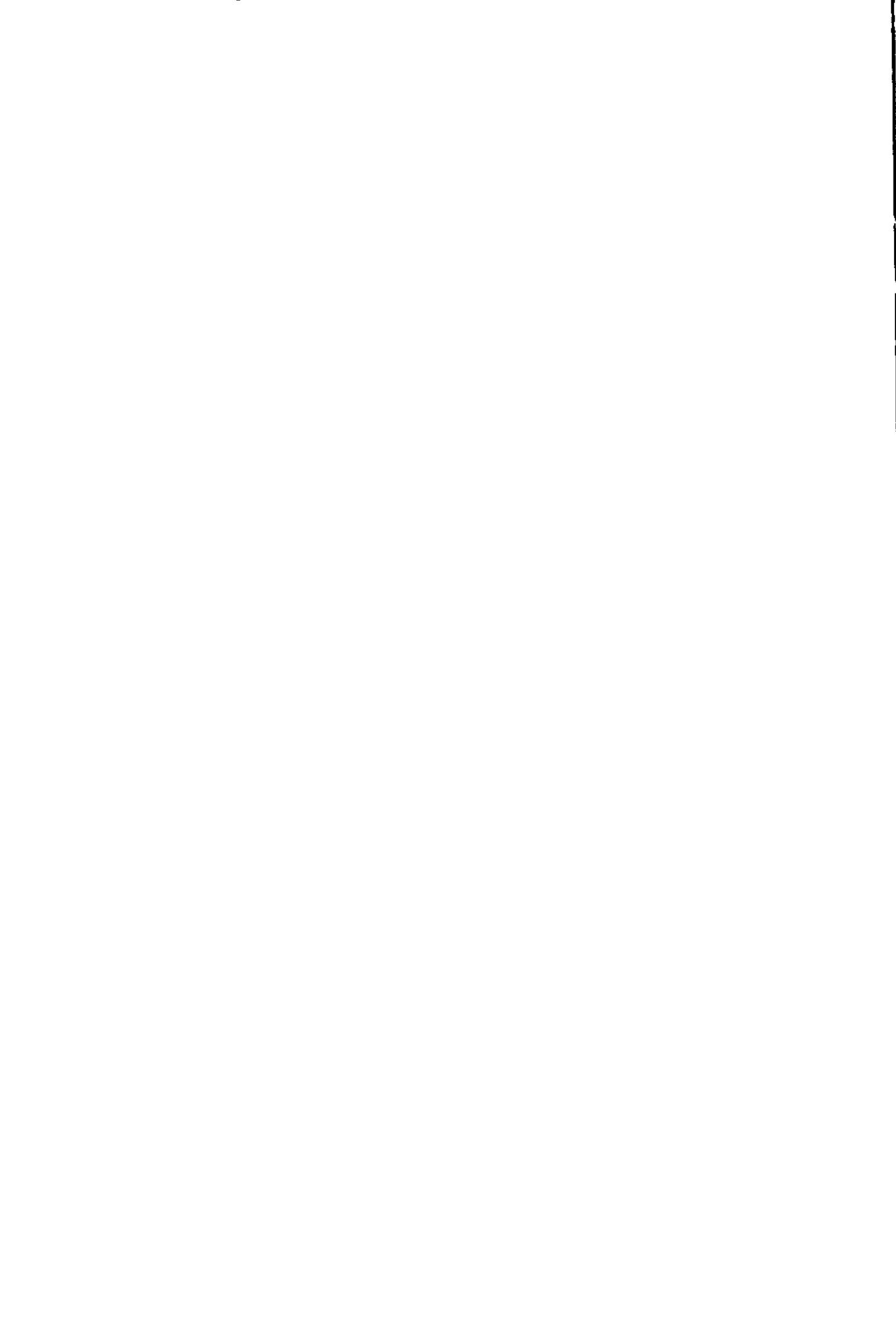
Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Nganjuk, Juni 2010

Yang menyetujui

Kode responden :

(.....)



**Lampiran 7****SATUAN ACARA KEGIATAN*****Small Group Discussion Pertama***

**TEMPAT** : Rumah Kepala Dusun Turi, Desa Ngadiboyo Kec. Rejoso -  
Nganjuk

**SASARAN** : Ibu yang mempunyai bayi berumur kurang dari 6 bulan

**WAKTU** : 60 menit

**TANGGAL** : 13 Juni 2010

---

**A. TUJUAN****1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti *small group discussion* selama 60 menit, peserta bertambah pengetahuannya tentang pengertian ASI eksklusif dan kelebihan ASI eksklusif dibanding susu formula.

**2. Tujuan Khusus**

Menggali pendapat peserta dan menjustifikasi tentang:

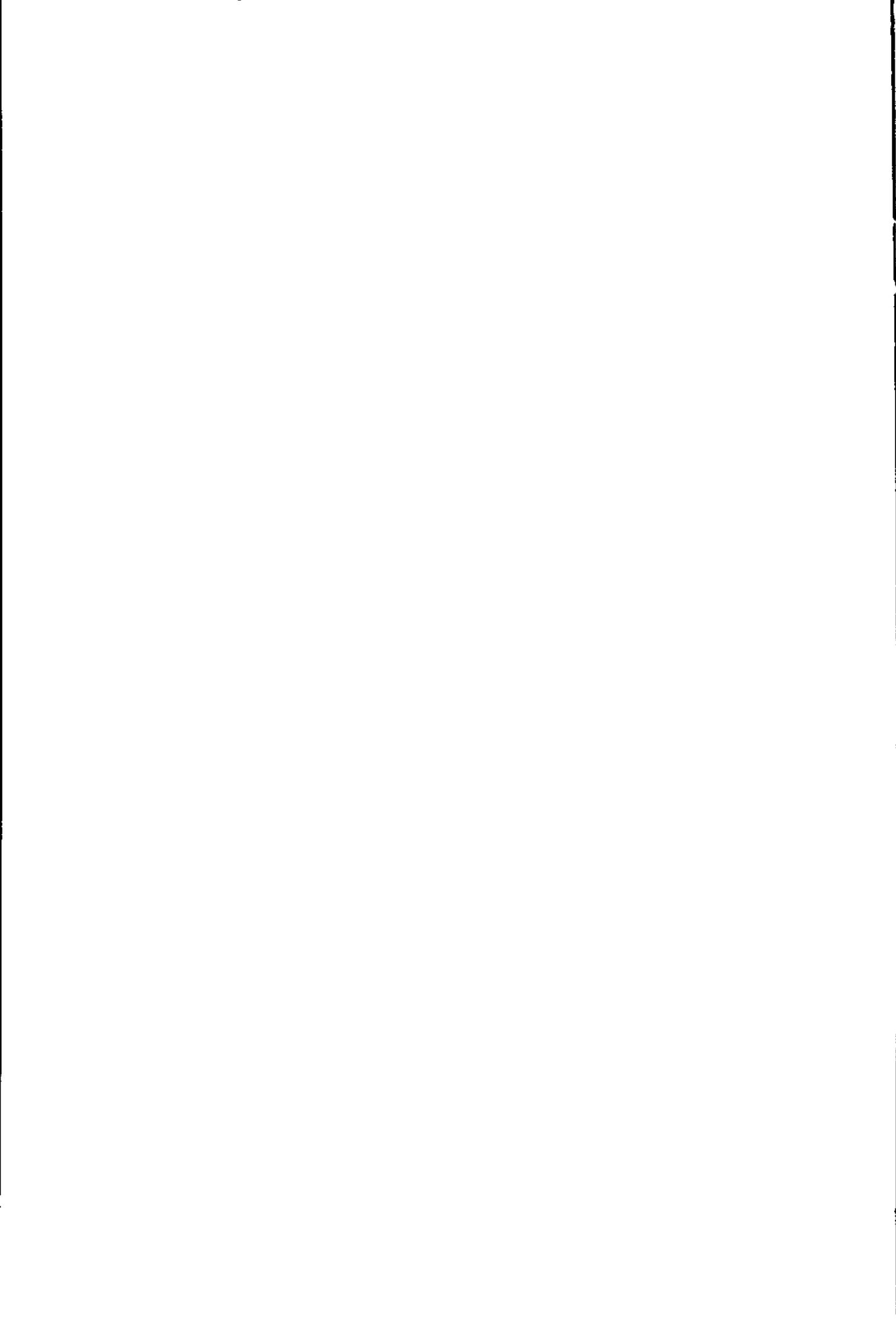
1. Pengertian ASI eksklusif
2. Kelebihan ASI dibanding susu formula

**B. MATERI**

1. Pengertian ASI eksklusif
2. Kelebihan ASI dibanding susu formula

**C. METODE**

*Small group discussion*



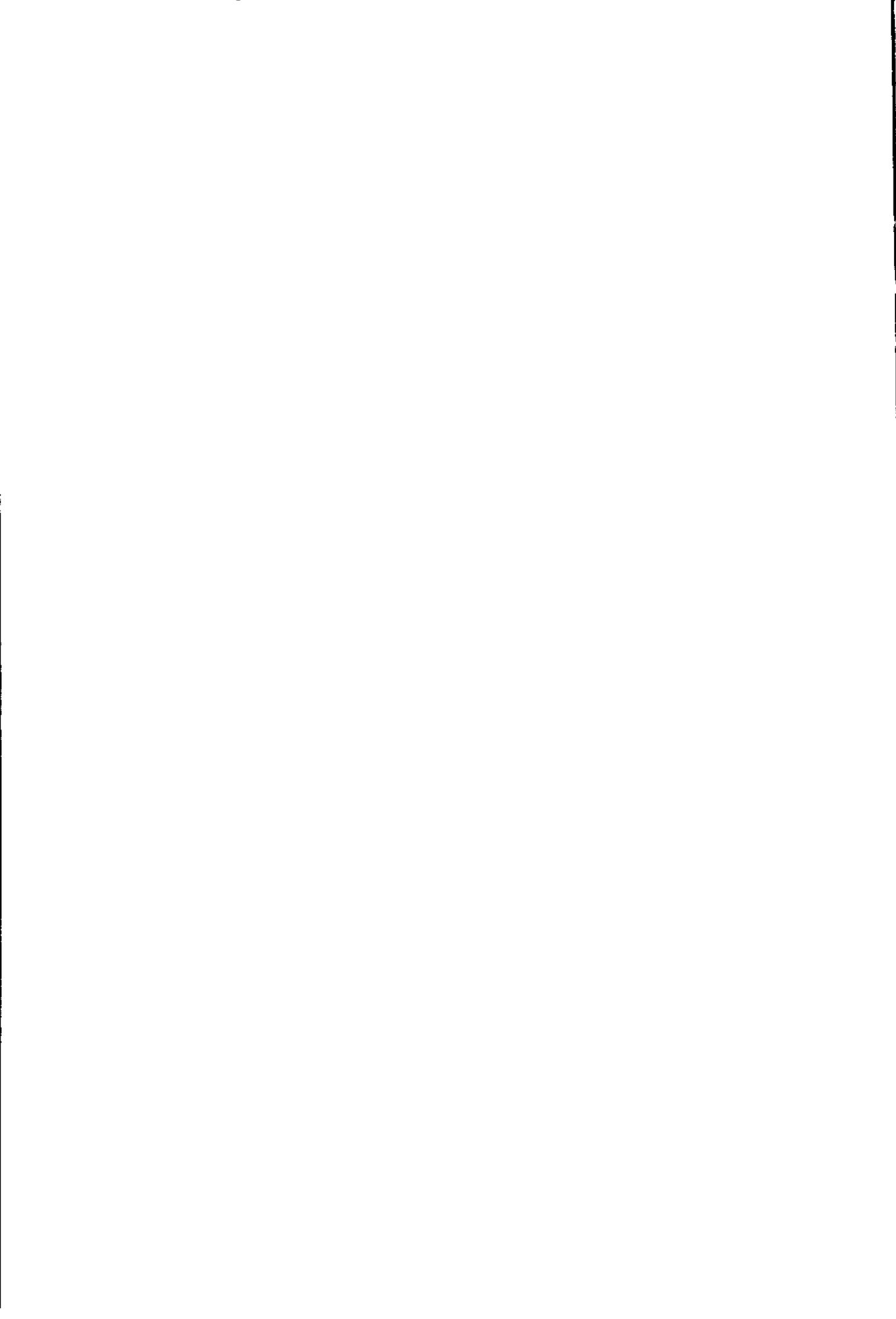
## D. MEDIA

Leaflet

Flip chart

## E. KEGIATAN

No	Tahap dan waktu	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta
1.	Pendahuluan 10 menit	Pembukaan 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatnkan kontrak kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan kali ini 4. Menyebutkan materi <i>small group discussion</i> pada hari ini	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan
2.	Kegiatan inti 30 menit	Pelaksanaan 1. Fasilitator membantu peserta untuk mengungkapkan pendapatnya tentang pengertian ASI eksklusif 2. Fasilitator membantu peserta mengungkapkan pendapatnya tentang kelebihan ASI dibanding susu formula	1. Memberikan pendapat 2. Memberikan pendapat
3.	Penutup 20 menit	Evaluasi : 1. Fasilitator mengevaluasi/ feed back hasil diskusi bersama peserta 2. Fasilitator memfasilitasi peserta bertanya jika ada yang belum jelas Terminasi : 1. Mengucapkan terima kasih 2. Merencanakan jadwal <i>small group discussion</i> selanjutnya 3. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	1. Menjawab secara lisan 2. Bertanya 1. Memperhatikan 2. Diskusi 3. Menjawab salam



## F. EVALUASI

### 1. Evaluasi Struktur

- a. Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- b. Pengorganisasian penyelenggaraan *small group discussion* dilakukan sebelum dan saat *small group discussion*. Peserta mengerti tentang pengertian ASI eksklusif dan kelebihan ASI dibanding susu formula

### 2. Evaluasi Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi *small group discussion*
- b. Peserta memberikan pendapat saat *small group discussion*

### 3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mengerti tentang pengertian ASI eksklusif
- b. Peserta mengetahui tentang kelebihan ASI dibanding susu formula

## G. PENGORGANISASIAN

1. Fasilitator : Miche Dewi Anggraini



**SATUAN ACARA KEGIATAN*****Small Group Discussion Kedua***

**TEMPAT** : Rumah Kepala Dusun Turi, Desa Ngadiboyo Kec. Rejoso -  
Nganjuk

**SASARAN** : Ibu yang mempunyai bayi berumur kurang dari 6 bulan

**WAKTU** : 60 menit

**TANGGAL** : 18 Juni 2010

---

**A. TUJUAN****1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti *small group discussion* selama 60 menit, peserta bertambah pengetahuannya tentang pengertian MPASI dan waktu yang tepat dalam memberikan MPASI

**2. Tujuan Khusus**

Menggali pendapat peserta dan menjustifikasi tentang:

1. Pengertian makanan pendamping ASI (MPASI)
2. Waktu yang tepat memberikan MPASI

**B. MATERI**

1. Pengertian makanan pendamping ASI (MPASI)
2. Waktu yang tepat memberikan MPASI

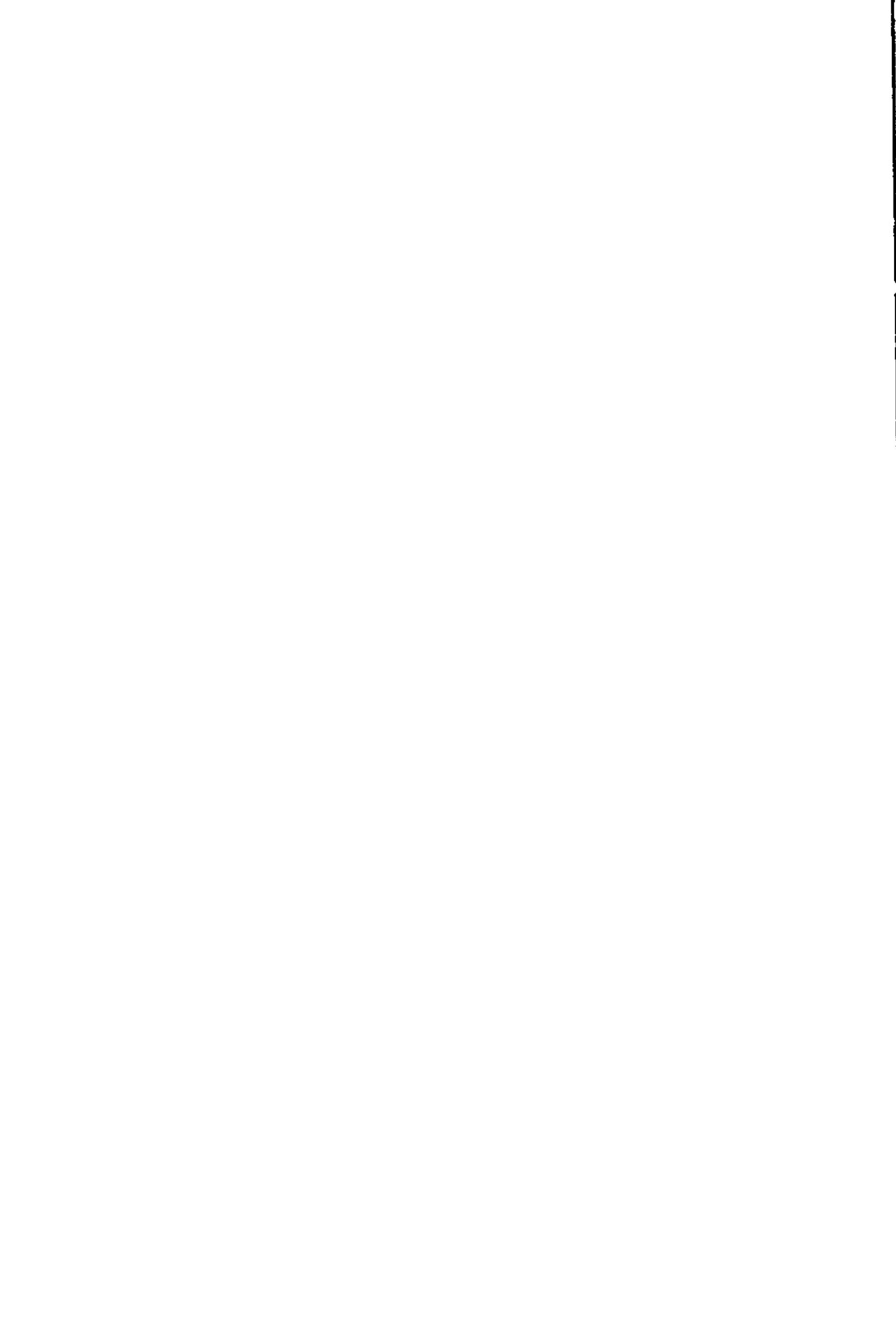
**C. METODE**

*Small group discussion*

**D. MEDIA**

Leaflet

Flip chart



## E. KEGIATAN

No	Tahap dan waktu	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta
1.	Pendahuluan 10 menit	<b>Pembukaan</b> 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatkan kontrak kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan kali ini 4. Menyebutkan materi <i>small group discussion</i> pada hari ini	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan
2.	Kegiatan inti 30 menit	<b>Pelaksanaan</b> 1. Fasilitator membantu peserta mengungkapkan pendapatnya tentang pengertian makanan pendamping ASI (MPASI) 2. Fasilitator membantu peserta mengungkapkan pendapatnya tentang waktu yang tepat memberikan MPASI	1. Memberikan pendapat 2. Memberikan pendapat
3.	Penutup 20 menit	<b>Evaluasi :</b> 1. Evaluasi/ feed back hasil diskusi bersama peserta 2. Fasilitator mempersilahkan peserta bertanya jika ada yang belum jelas <b>Terminasi :</b> 1. Mengucapkan terima kasih 2. Merencanakan jadwal <i>small group discussion</i> selanjutnya 3. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	1. Menjawab secara lisan 2. Bertanya  1. Memperhatikan 2. Diskusi  3. Menjawab salam



## F. EVALUASI

### 1. Evaluasi Struktur

- a. Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- b. Pengorganisasian penyelenggaraan *small group discussion* dilakukan sebelum dan saat *small group discussion*. Peserta mengerti tentang pengertian MPASI dan waktu yang tepat memberikan MPASI

### 2. Evaluasi Proses

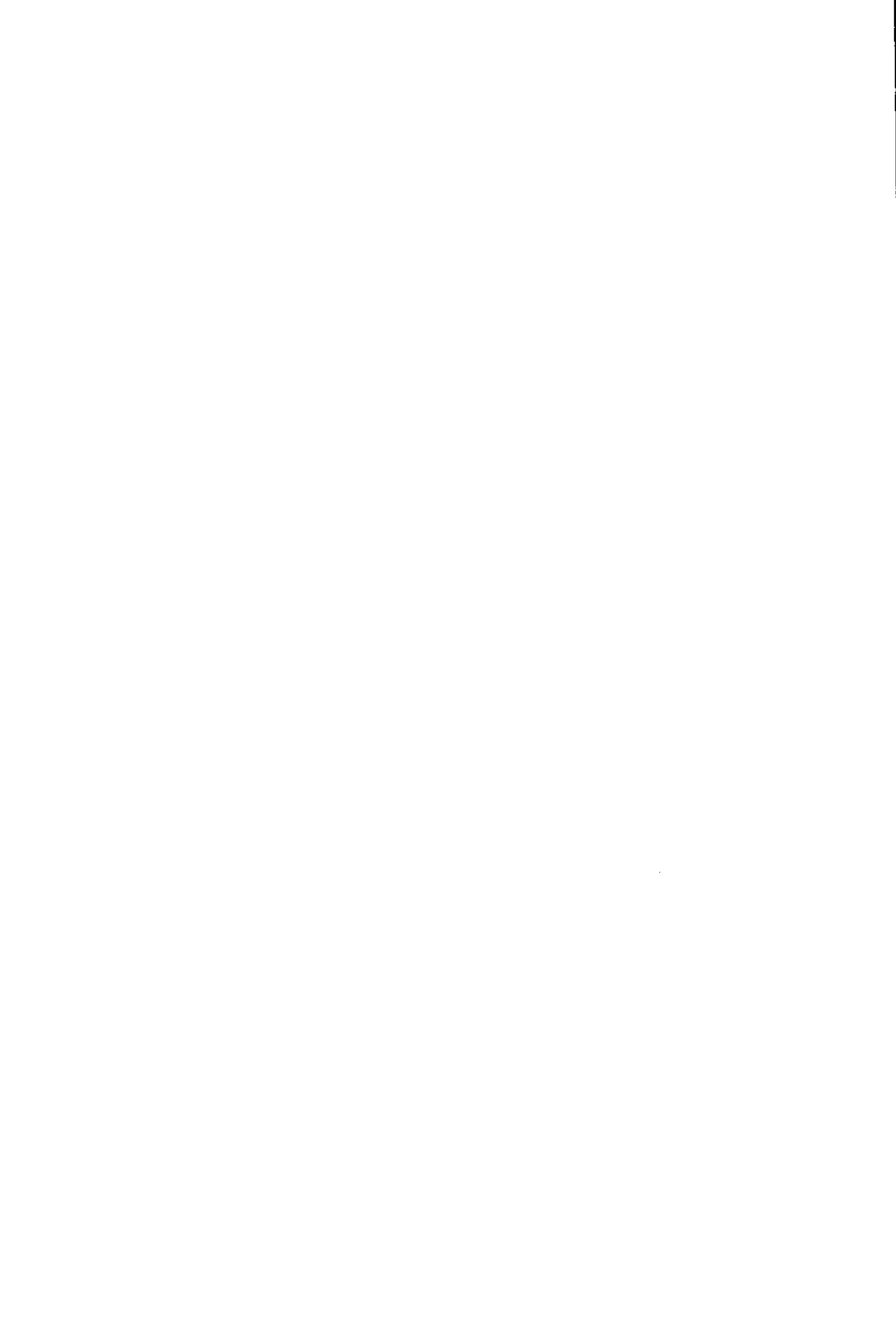
- a. Peserta antusias terhadap materi *small group discussion*
- b. Peserta memberikan pendapat saat *small group discussion*

### 3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mengerti tentang pengertian MPASI
- b. Peserta mengetahui waktu yang tepat memberikan MPASI

## G. PENGORGANISASIAN

1. Fasilitator : Miche Dewi Anggraini



**SATUAN ACARA KEGIATAN*****Small Group Discussion Ketiga***

**TEMPAT** Rumah Kepala Dusun Turi, Desa Ngadiboyo Kec. Rejoso -  
Nganjuk

**SASARAN** : Ibu yang mempunyai bayi berumur kurang dari 6 bulan

**WAKTU** : 60 menit

**TANGGAL** : 23 Juni 2010

---

**A. TUJUAN****1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti *small group discussion* selama 60 menit, peserta bertambah pengetahuannya tentang alasan mengapa MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan dan bahaya memberikan MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan.

**2. Tujuan Khusus**

Menggali pendapat peserta dan menjustifikasi tentang:

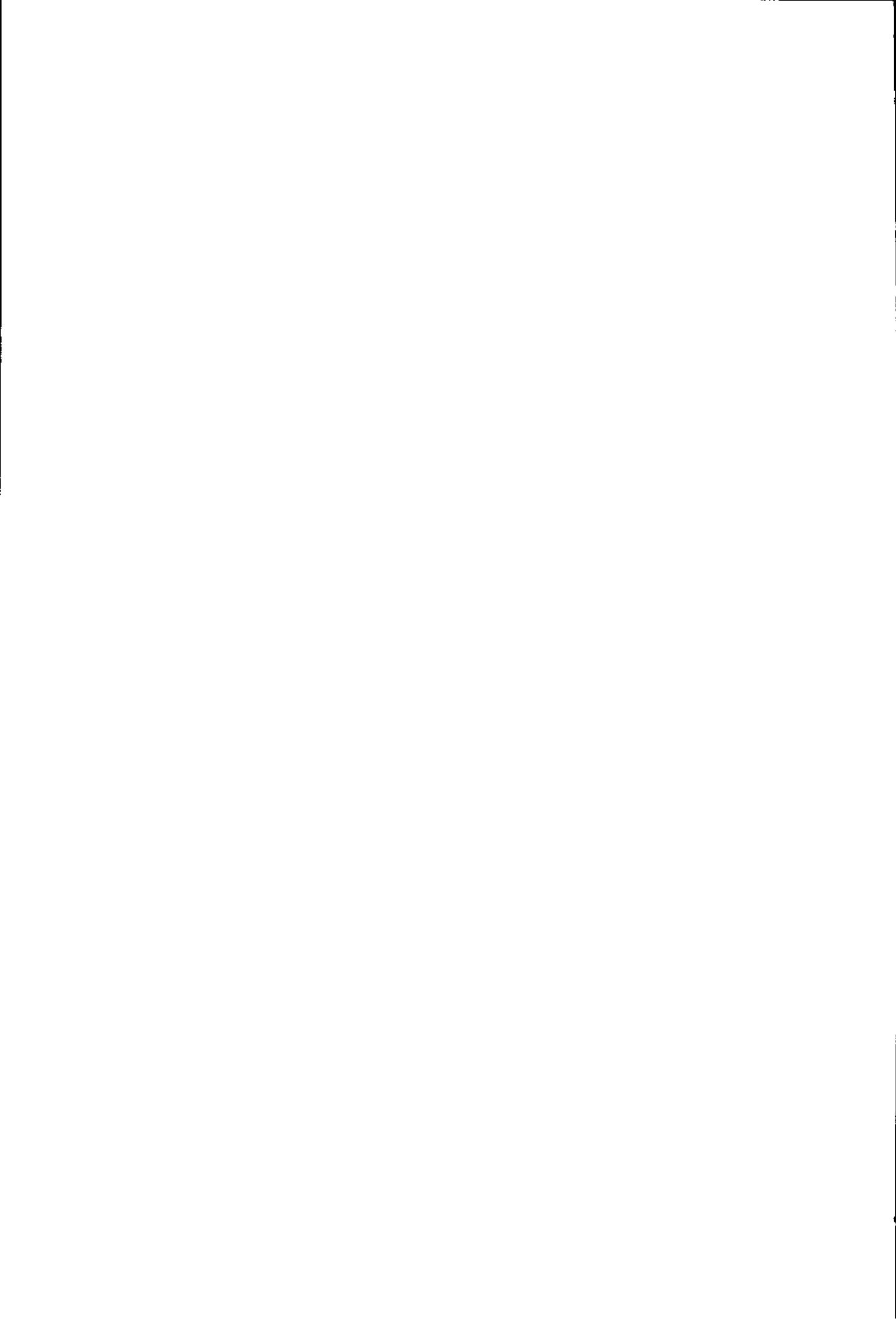
1. Alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan
2. Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

**B. MATERI**

1. Alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan
2. Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

**C. METODE**

*Small group discussion*



## D. MEDIA

Leaflet

Flip chart

## E. KEGIATAN

No	Tahap dan waktu	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta
1.	Pendahuluan 10 menit	Pembukaan 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatkan kontrak kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan kali ini 4. Menyebutkan materi <i>small group discussion</i> pada hari ini	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan  3. Mendengarkan  4. Mendengarkan
2.	Kegiatan inti 30 menit	Pelaksanaan 1. Fasilitator membantu peserta mengungkapkan pendapatnya tentang alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan 2. Fasilitator membantu peserta mengungkapkan pendapatnya tentang bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan	1. Memberikan pendapat  2. Memberikan pendapat
3.	Penutup 20 menit	Evaluasi : 1. Evaluasi/ feed back hasil diskusi bersama peserta 2. Mempersilahkan peserta bertanya jika ada yang belum jelas Terminasi : 1. Mengucapkan terima kasih 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	1. Menjawab secara lisan  2. Bertanya  1. Memperhatikan 2. Menjawab salam



## F. EVALUASI

### 1. Evaluasi Struktur

- a. Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- b. Pengorganisasian penyelenggaraan *small group discussion* dilakukan sebelum dan saat *small group discussion*. Peserta mengerti tentang alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan dan bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

### 2. Evaluasi Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi *small group discussion*
- b. Peserta memberikan pendapat saat *small group discussion*

### 3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mengerti tentang alasan MPASI mulai diberikan pada bayi berumur 6 bulan
- b. Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan

## G. PENGORGANISASIAN

1. Fasilitator : Miche Dewi Anggraini



## Lampiran 8

## LEMBAR PENGUMPULAN DATA RESPONDEN

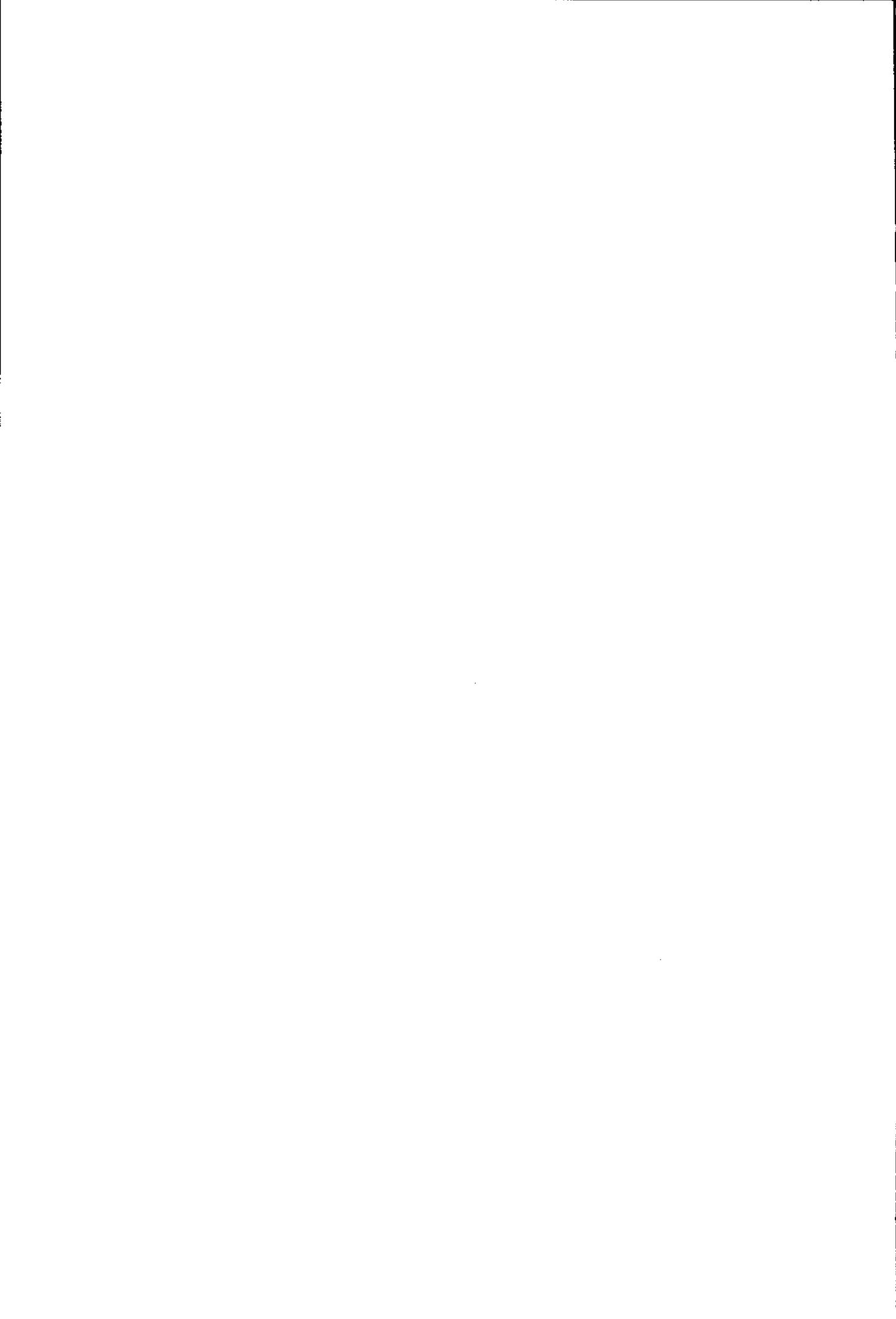
No. Responden :

Tanggal Pengisian :

## Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda silang pada jawaban yang dianggap benar
2. Jangan member tanda apapun pada kotak disebelah kanan

A. Data Demografi	Kode
Data bayi	
1. Umur :	
2. Anak ke :	
3. Jenis kelamin :	
a. Laki-laki	<input type="checkbox"/>
b. Perempuan	
Data Responden	
1. Umur responden :	
2. Pendidikan :	
a. SMP	<input type="checkbox"/>
b. SMA	
c. S1/ Sarjana	



## Lampiran 9

### LEMBAR KUESIONER

#### JUDUL "PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SMALL GROUP DISCUSSION* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM MEMBERIKAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI) PADA BAYI BERUMUR KURANG DARI 6 BULAN DI DESA NGADIBOYO KECAMATAN REJOSO - NGANJUK"

---

No Responden :

Petunjuk :

Jawablah pertanyaan berikut dengan memberi tanda (X) pada pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban yang saudara anggap benar.

#### I. Pengetahuan

##### Bagian 1

1. ASI Eksklusif adalah ?
  - a. Pemberian ASI dan juga susu formula
  - b. Pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain selama 6 bulan pertama
  - c. Pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain selama 4 bulan pertama
2. Apakah yang sebaiknya diberikan kepada bayi sampai berumur 6 bulan?
  - a. ASI saja
  - b. ASI - susu formula
  - c. ASI + makanan/minuman lain yang bergizi
3. ASI eksklusif diberikan selama?
  - a. 4 bulan pertama
  - b. 5 bulan pertama
  - c. 6 bulan pertama
4. Apa manfaat memberi ASI eksklusif?
  - a. Meningkatkan daya tahan tubuh bayi
  - b. Bayi cepat tumbuh besar/ berat badan bayi naik secara drastis
  - c. Bayi tidak rewel
5. Apakah keunggulan ASI dibanding susu formula? (kecuali)
  - a. ASI mengandung semua yang diperlukan bayi
  - b. Zat gizi dalam ASI mudah dicerna bayi
  - c. ASI lebih sering menyebabkan diare daripada susu formula
6. Penyakit yang semakin meningkat prosentasinya jika bayi diberi susu formula adalah?(kecuali)
  - a. Penyakit saluran pernapasan (ISPA)
  - b. Darah tinggi (hipertensi)
  - c. Kanker pada anak



7. Apakah yang terjadi jika bayi sebelum 6 bulan diberikan susu formula?
  - a. Bayi cepat tumbuh besar
  - b. Meningkatkan resiko alergi
  - c. Bayi semakin lincah karena susu formula lebih banyak nilai gizinya dibanding ASI
8. Makanan pendamping ASI adalah ?
  - a. Makanan yang mengandung gizi diberikan pada bayi untuk memenuhi kebutuhan gizinya
  - b. Makanan yang diberikan kepada bayi untuk meningkatkan berat badan bayi
  - c. Makanan yang mengandung kadar serat tinggi
9. Kapan makanan pendamping ASI diberikan kepada bayi ?
  - a. Umur lebih dari 6 bulan
  - b. Umur lebih dari 40 hari
  - c. Umur lebih dari 2 bulan
10. Alasan kenapa makanan pendamping ASI harus diberikan pada waktu yang tepat ? (kecuali)
  - a. Sistem pencernaan bayi relatif sempurna
  - b. Supaya bayi tahan lapar
  - c. Mengurangi resiko terkena alergi
11. Kenapa pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini bisa menyebabkan bayi sering sakit?
  - a. Bayi kurang nutrisi
  - b. Sistem imun bayi belum sempurna
  - c. Bayi kekurangan cairan karena tidak mau minum ASI
12. Apa dampak jika kita memberikan makanan pendamping ASI pada bayi terlalu dini ?
  - a. Bayi sering tertidur sehingga tidak rewel
  - b. Bayi banyak kencing
  - c. Bayi batuk terus menerus



## II. Sikap

### Petunjuk

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

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No.		SS	S	TS	STS
1	Berikan air susu yang pertama kali keluar pada bayi yang baru lahir				
2	Berikan susu formula sebagai minuman pendamping ASI karena gizinya banyak				
3	Berikan hanya ASI saja pada bayi sampai berumur 6 bulan				
4	Pada hari pertama dan kedua berikan tambahan susu formula pada bayi yang baru lahir karena ASI hanya keluar sedikit				
5	Saat payudara ibu terjadi infeksi maka jangan berikan ASI pada bayi karena ASI mengandung kuman penyebab infeksi tersebut				
6	Jika MPASI diberikan terlalu dini maka bayi bisa alergi terhadap makanan tersebut				
7	Berikan MPASI saat bayi berumur 4 bulan				
8	Pemberian MPASI pada bayi berumur 4 bulan bisa menyebabkan bayi gemuk dan sehat				
9	Pemberian MPASI terlalu dini bisa menyebabkan infeksi saluran pernapasan (batuk, pilek)				
10	Saat bayi berumur 6 bulan sistem pencernaannya sudah relatif sempurna, sehingga siap diberi MPASI				



**III. Tindakan****Petunjuk**

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

No	Pertanyaan	Tidak memberi sama sekali	Memberi frekuensi menurun (kadang-kadang)	Sering memberi
1	Apakah ibu masih memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan saat pagi hari			
2	Apakah ibu masih memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan saat siang hari			
3.	Apakah ibu masih memberikan MPASI pada bayi berusia kurang dari 6 bulan saat sore hari			



## KONSEP MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI)

### Pengertian Makanan Pendamping ASI

1. Makanan Pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi diberikan kepada bayi untuk memenuhi kebutuhan gizinya.



2. MP-ASI merupakan proses transisi dari asupan yang semata berbasis susu menuju ke makanan yang semi padat. Untuk proses ini juga dibutuhkan ketrampilan motorik oral. Ketrampilan motorik oral berkembang dari

refleks mengisap menjadi menelan. Sedangkan menurut Depkes RI tahun 2006 MPASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI

3. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bertuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi.
4. Pemberian MP-ASI yang cukup dalam hal kualitas dan kuantitas penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak yang bertambah pesat pada periode ini



### Waktu yang Tepat Memberikan MPASI

Bertambah umur bayi bertambah pula kebutuhan gizinya. Ketika bayi memasuki usia 6 bulan ke atas, beberapa elemen nutrisi seperti

karbohidrat, protein dan beberapa vitamin dan mineral yang terkandung dalam ASI atau susu formula ti-

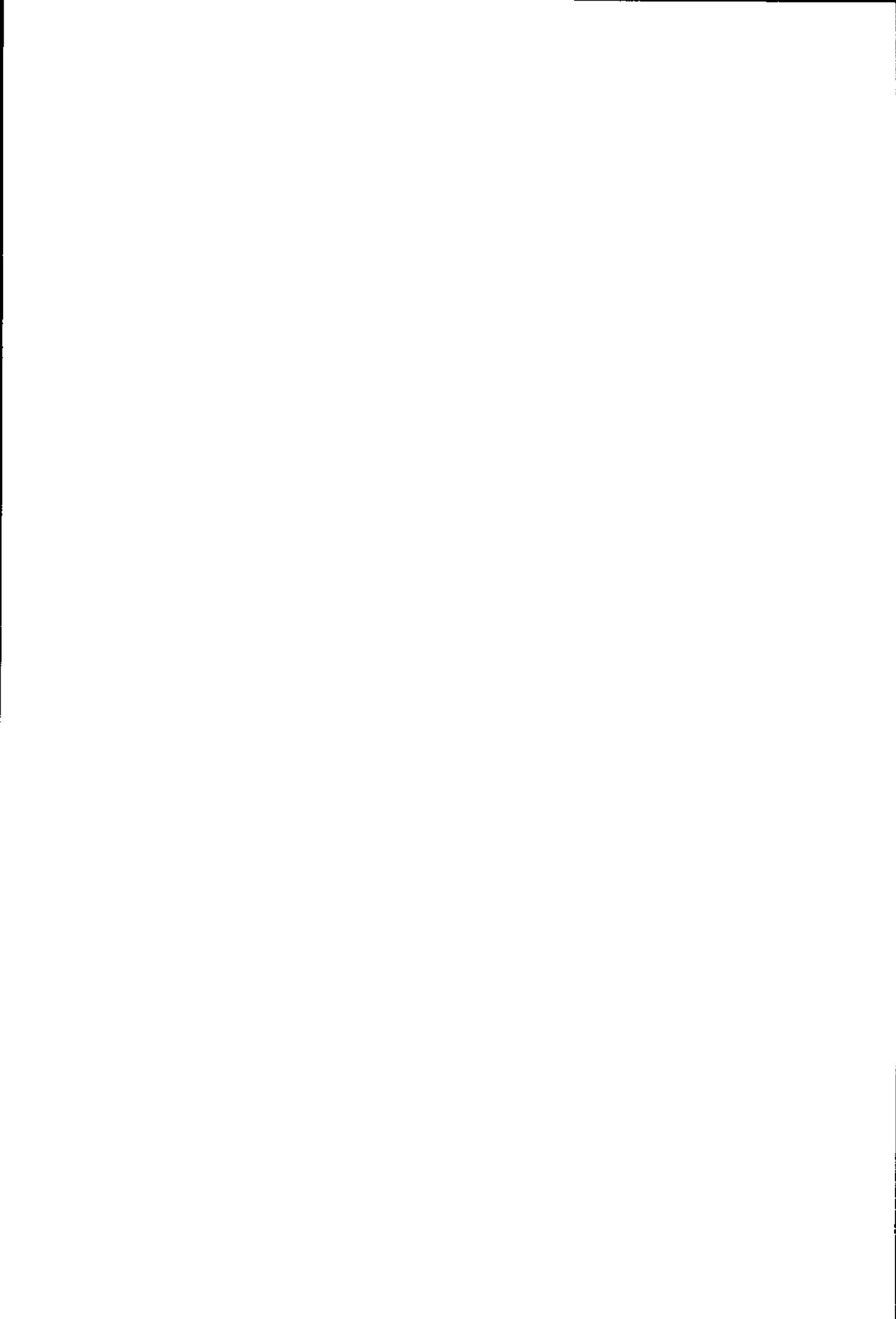
dak lagi mencukupi. Sebab itu sejak usia 6 bulan, kepada bayi selain ASI mulai diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) Agar kebutuhan gizi bayi terpenuhi. Dalam pemberian

MPASI perlu diperhatikan waktu pemberian pemberian makanan pada waktu anak sakit MP-ASI, frekuensi, pemilihan bahan makanan, cara pembuatan dan cara pemberiannya. Disamping itu perlu pula diperhatikan dan bila ibu bekerja di luar rumah. Pemberian MP-ASI yang tepat diharapkan tidak hanya dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi, namun juga merangsang keterampilan makan dan merangsang rasa percaya diri (Ariani, 2008).

### MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI)



Oleh :  
Miche Dewi Anggraini  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Surabaya



Penyakit yang prosentasenya meningkat jika bayi tidak Diberi ASI Eksklusif

1. Muntah dan diare
2. Penyakit saluran pemapasan
3. Kanker pada anak
4. Sepsis dan meningitis

#### Komposisi ASI

1. ASI mempunyai kadar protein yang paling rendah diantara air susu mamalia. Walaupun demikian, protein yang terkandung di dalam ASI merupakan zat nutrisi yang dibutuhkan oleh otot dan tulang bayi manusia, agar dapat berkembang baik dan berfungsi optimal
2. Karbohidrat utama ASI adalah laktosa yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi
3. Taurin adalah sejenis asam amino kedua yang terbanyak dalam ASI yang berfungsi sebagai neuro-transmitter dan berperan penting untuk proses maturasi sel otak.
4. *Docosahexanoic Acid* (DHA) dan *arachidonic Acid* (AA) adalah asam lemak tak jenuh rantai panjang (*polyunsaturated fatty acids*) yang diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal
5. Vitamin, mineral dan zat besi ASI sebagian besar diserap usus, masuk peredaran darah dan dimanfaatkan oleh tubuh bayi

#### Bahaya susu formula

Berikut ini deretan penyakit yang mengintai bayi yang diberi susu formula:

1. Infeksi saluran pencernaan (muntah, diare)
2. Infeksi saluran pemapasan
3. Meningkatkan resiko alergi
4. Meningkatkan resiko serangan asma
5. Menurunkan perkembangan kecerdasan kognitif
6. Meningkatkan resiko kegemukan
7. Meningkatkan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah
8. Meningkatkan resiko diabetes
9. Meningkatkan resiko kanker pada anak
10. Meningkatkan resiko penyakit menahun
11. Meningkatkan resiko infeksi saluran telinga tengah
12. Meningkatkan resiko infeksi yang berasal dari susu formula yang tercemar
13. Meningkatkan resiko efek samping zat pencemar lingkungan
14. Meningkatkan kurang gizi
15. Meningkatkan resiko kematian

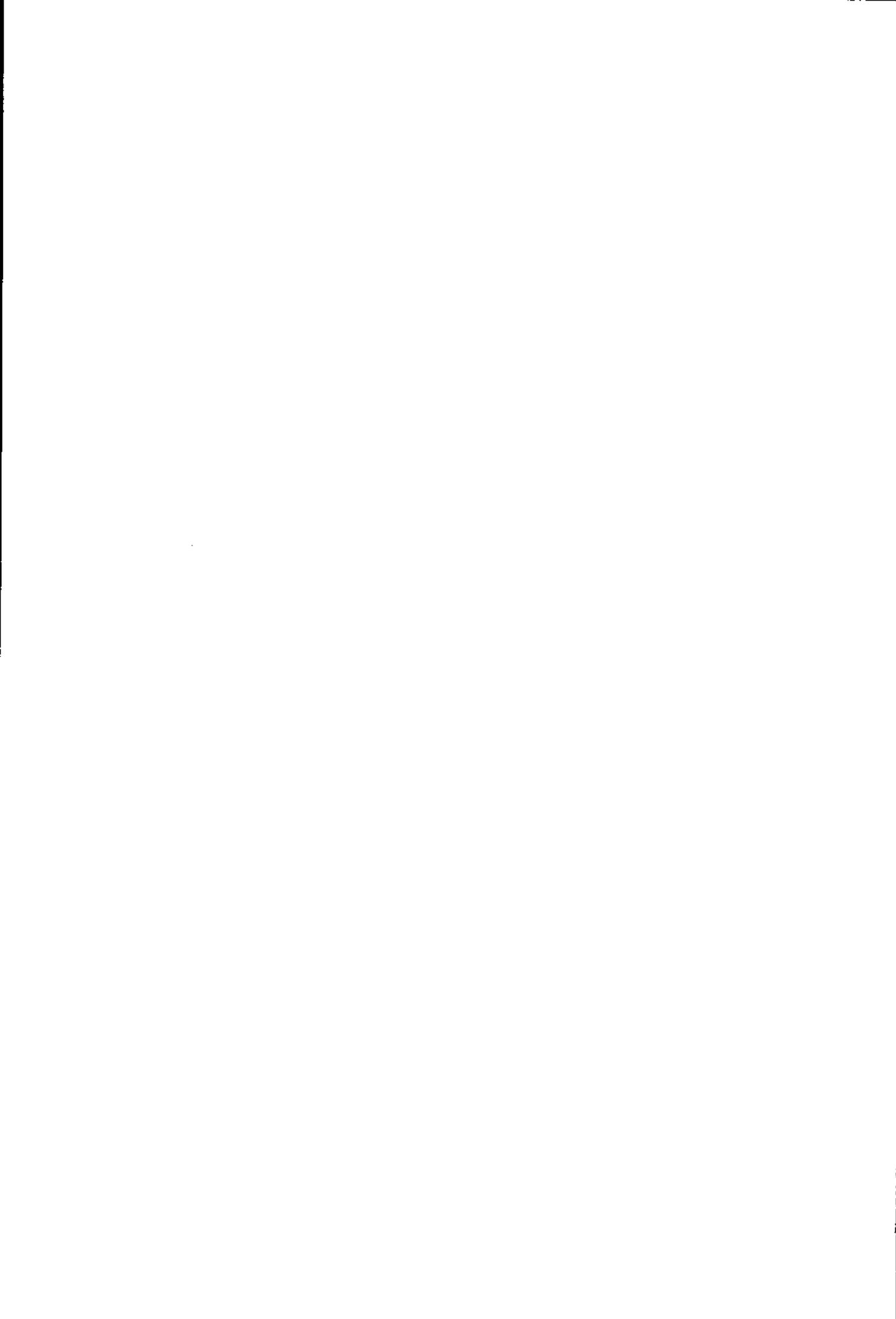
# ASI EKSKLUSIF



Oleh :

Miche Dewi Anggraini  
010610241 B

Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Surabaya



### Pengertian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini (Depkes RI, 2004).

### Keunggulan ASI

1. ASI mengandung semua yang diperlukan bayi
2. Zat gizi dalam ASI mudah dicerna bayi
3. Produksi ASI sesuai dengan kebutuhan bayi
4. ASI mengandung berbagai zat penangkal (anti-body)
5. ASI steril
6. ASI segar, tidak pernah basi
7. ASI mempererat hubungan batin antara ibu dan bayi
8. ASI dapat memunjang keluarga berencana

### Manfaat Menyusui

#### 1. Bagi Bayi

- Bayi yang diberi ASI memiliki sistem imun yang lebih baik dari pada bayi yang tidak diberi ASI.
- Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI ketika sudah besar akan memiliki IQ lebih tinggi sekitar 7 poin
- ASI juga mengandung protein khusus yang dapat melindungi bayi dari resiko alergi.
- ASI memiliki daya penyesuaian alamiah dalam komposisinya
- ASI lebih aman, karena cenderung bebas bakteri sehingga bayi pun tidak akan menderita masalah pencernaan
- Kadar selenium dalam ASI cukup tinggi, sehingga membantu melindungi gigi.
- meringkatkan kewaspadaan alami bayi, merupuk ikatan antara ibu dan bayinya, serta membantu menstabilkan suhu, pernafasan, dan tingkat gula darah bayi
- Gerakan mengisap yang dilakukan saat menyusui dari ibu lebih kuat, sehingga membantu menguatkan otot pipi, di mana ini dapat membantu supaya bayi cepat bertumbuh.
- ASI selalu tersedia dalam suhu yang tepat dan dalam keadaan segar, sehingga selalu siap jika diperlukan kapan saja

#### 2. Bagi Ibu

- Menyusui bayi segera setelah bayi lahir dapat mendorong terjadinya kontraksi rahim dan mencegah terjadinya perdarahan
- Menyusui juga dapat membantu ibu mengurangi berat badan
- Menyusui dapat mengurangi resiko terkena kanker payudara.
- Menyusui juga merupakan bantuk dukungan kasih sayang yang nyata dari ibu kepada bayinya
- Selain komposisinya yang sempurna, ASI juga sangat praktis dan ekonomis
- Rangsangan pengisapan juga memberi reflex pengeluaran oksitosin.





Kerugian bila MPASI diberikan terlalu dini menurut Soetjiningsih (1997) :

1. Pencernaan makanan buatan, makanan buatan sering tercemar bakteri terlebih jika ibu menggunakan botol dan tidak merebusnya setiap selesai memberikan makan.
2. Infeksi, susu sapi tidak mengandung sel darah putih, hidup dan antibodi, untuk melindungi tubuh terhadap infeksi. Bayi yang diberi makanan buatan lebih sering sakit diare dan infeksi saluran pernafasan.
3. Pemborosan, ibu dari keluarga ekonomi lemah mungkin tidak mampu membeli cukup susu untuk bayinya. Mereka mungkin memberikan dalam jumlah lebih sedikit dan mungkin menaruh sedikit susu atau bubuk susu ke dalam botol. Sebagai akibatnya, bayi yang diberi susu botol sering kelaparan.
4. Kekurangan vitamin, susu sapi tidak mengandung vitamin yang cukup untuk bayi.

5. Kekurangan zat besi, zat besi dari susu sapi tidak diserap sempurna seperti zat besi dari ASI. Bayi yang diberi makanan buatan bisa terkena anemia karena kekurangan zat besi.

6. Terlalu banyak garam, susu sapi mengandung garam terlalu banyak yang kadang-kadang menyebabkan hipernatremia (terlalu banyak garam dalam tubuh) dan kejang, terutama bila anak terkena diare.

7. Terlalu banyak kalsium dan fosfat, hal ini menyebabkan tetani yaitu kedutan dan kaku otot (kejang-kejang).

8. Lemak yang tidak cocok, susu sapi mengandung lebih banyak asam lemak jenuh dibanding ASI, untuk pertumbuhan bayi yang sehat, diperlukan asam lemak tidak jenuh yang lebih banyak.

9. Protein yang tidak cocok, susu sapi mengandung terlalu banyak protein kasein

10. Petugas kesehatan kadang-kadang mengajarkan ibu untuk mengencurkan susu sapi dengan air untuk mengurangi protein total

11. Tidak bisa dicerna, susu sapi lebih sulit dicerna karena tidak mengandung enzim lipase untuk mencerna lemak.

12. Alergi, bayi yang diberi susu sapi terlalu dini mungkin menderita lebih banyak masalah alergi, misalnya asma dan eksim

## MAKANAN PENDAMPING ASI (MPASI)



OLEH :

MICHE DEWI ANGGRAINI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA



### Alasan MPASI Mulas Diberikan pada Bayi Berumur 6 Bulan.

1. Pemberian makan setelah bayi berumur 6 bulan memberikan perlindungan besar dari berbagai penyakit. Hal ini disebabkan sistem imun bayi belum kurang dari enam bulan belum sempurna.

2. Saat bayi berumur lebih dari enam bulan, sistem pencernaannya sudah relatif sempurna dan siap menerima MPASI.

3. Mengurangi resiko terkena alergi akibat pada makanan Saat bayi berumur kurang dari enam bulan, sel-sel di sekitar usus belum siap untuk kandungan dari makanan. Sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi.

### 4. Menunda pemberian MPASI

hingga enam bulan melindungi bayi dari obesitas di kemudian hari.

Proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna.

Pada beberapa kasus yang ekstrem ada juga yang perlu tindakan bedah akibat pemberian MPASI terlalu dini. Dan banyak sekali alasan lainnya mengapa MPASI baru boleh diperkenalkan pada anak setelah berumur enam bulan.

**Bahaya pemberian MPASI pada bayi berumur kurang dari 6 bulan**

Bila bayi diberikan makanan pada saat usianya dibawah enam bulan, system pencernaannya belum memiliki enzim untuk menghaluskan makanan tersebut. Ususnya belum dapat menyaring molekul protein yang besar, sehingga menimbulkan berbagai reaksi

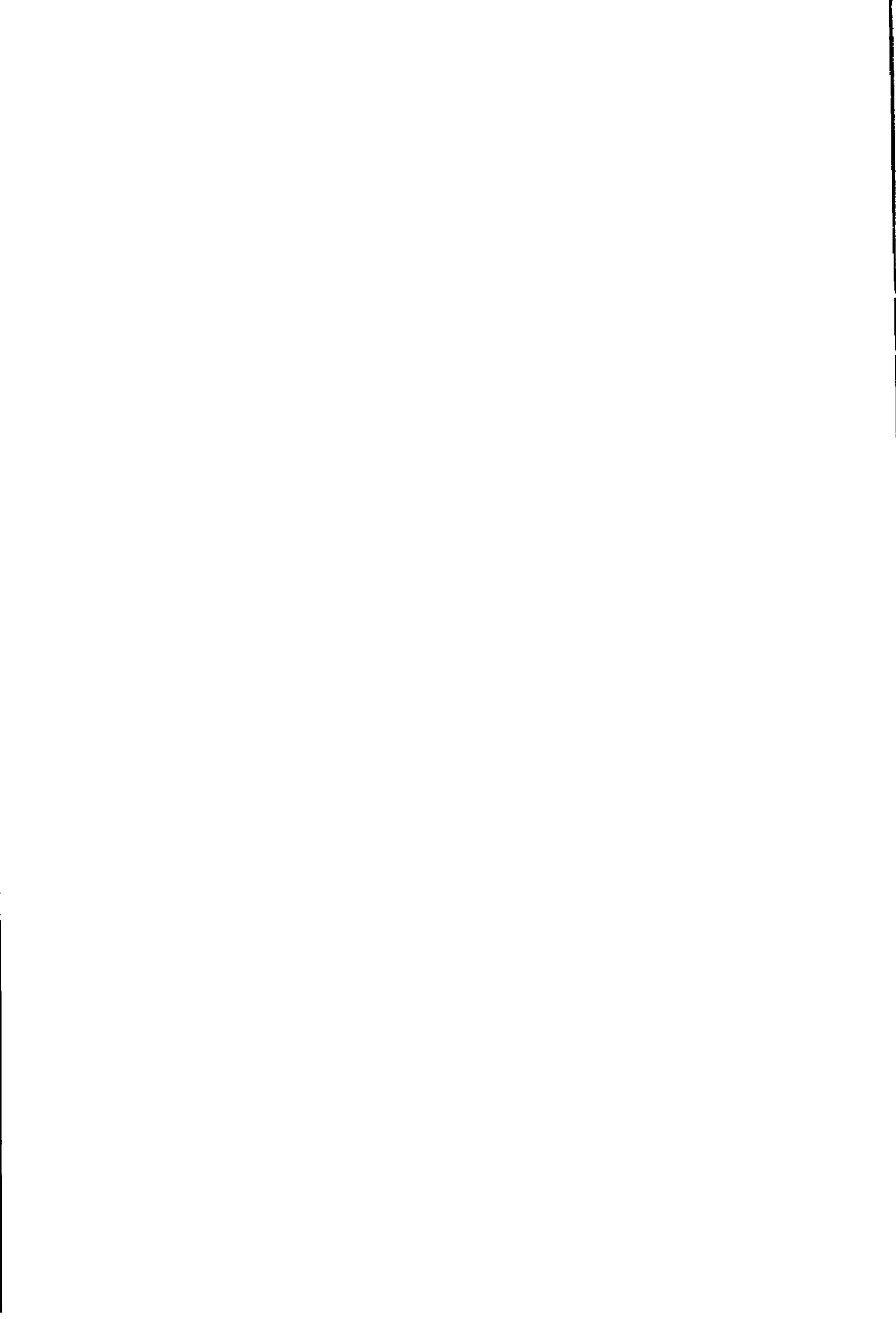
1. Bayi menderita batuk bila makan makanan padat di usia 2 bulan

2. Bayi sering diare yang disebabkan oleh adanya penolakan terhadap gluten, sejenis protein pada makanan dari gandum

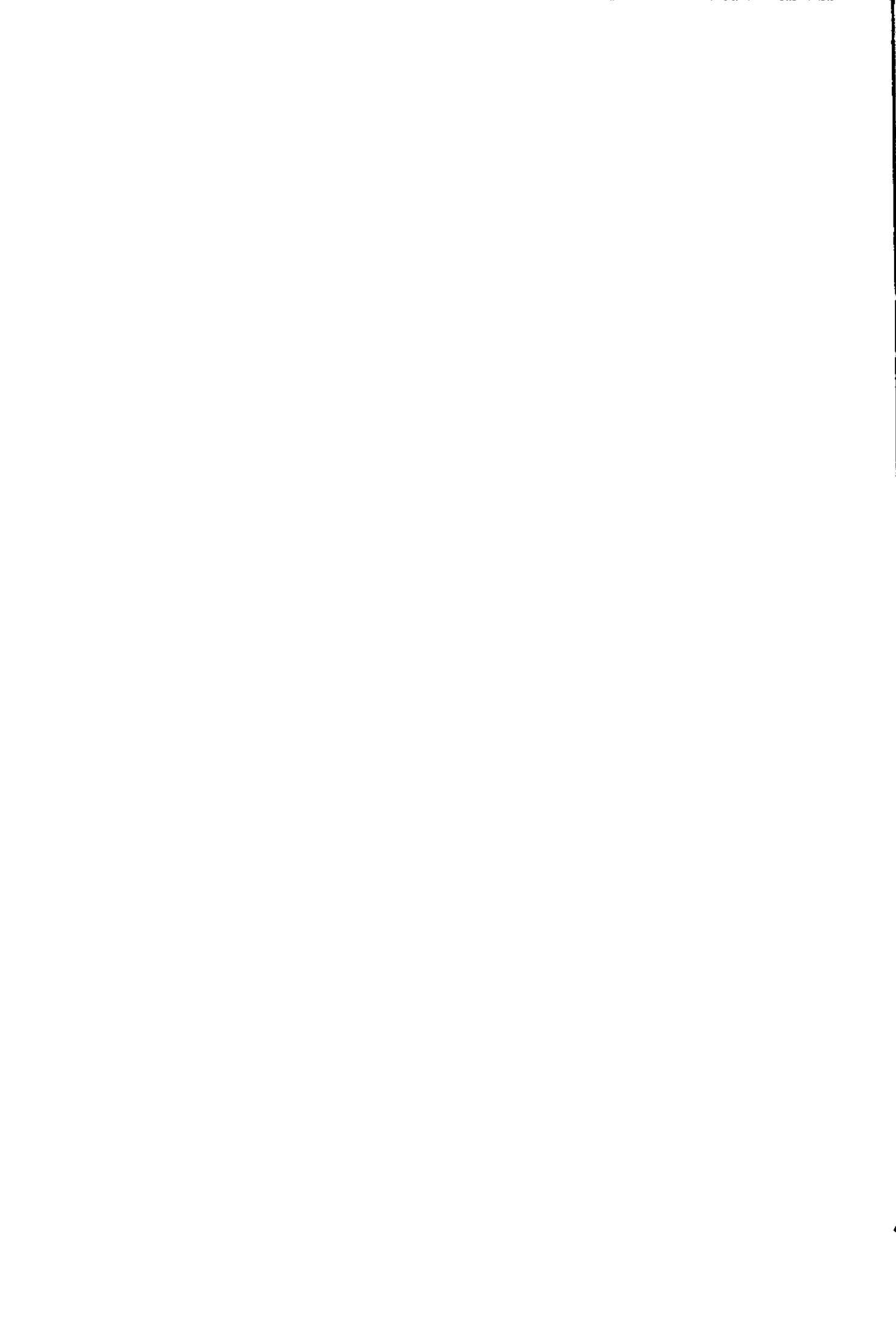
3. Mempeberat kerja ginjal bayi dan meningkatkan resiko dehidrasi

4. Bayi cenderung gemuk. Ini membahayakan kesehatannya, ia akan tumbuh dewasa dengan tubuh kegemukan dan resiko terkena diabetes, sakit jantung dan masalah kesehatan serius lainnya



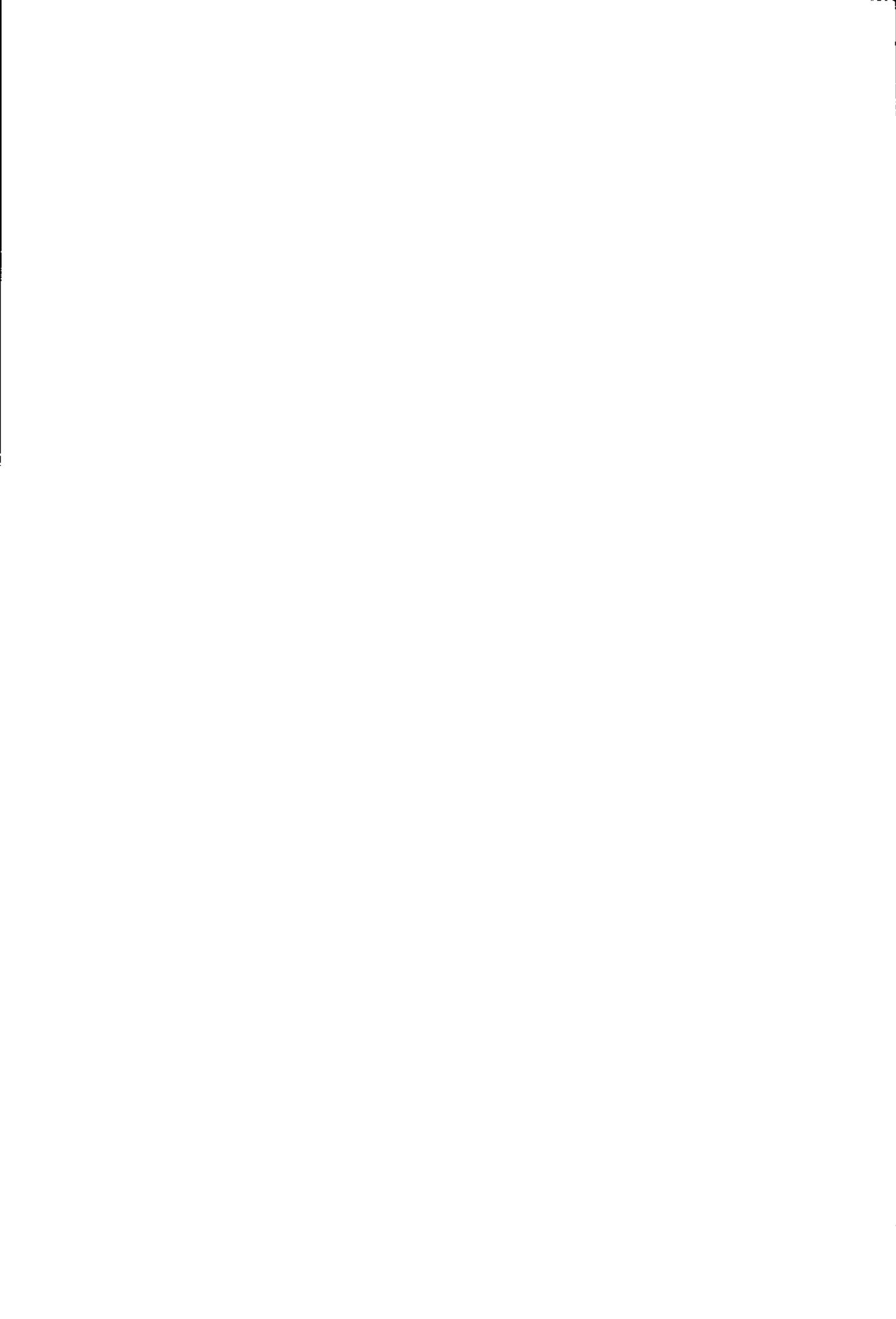






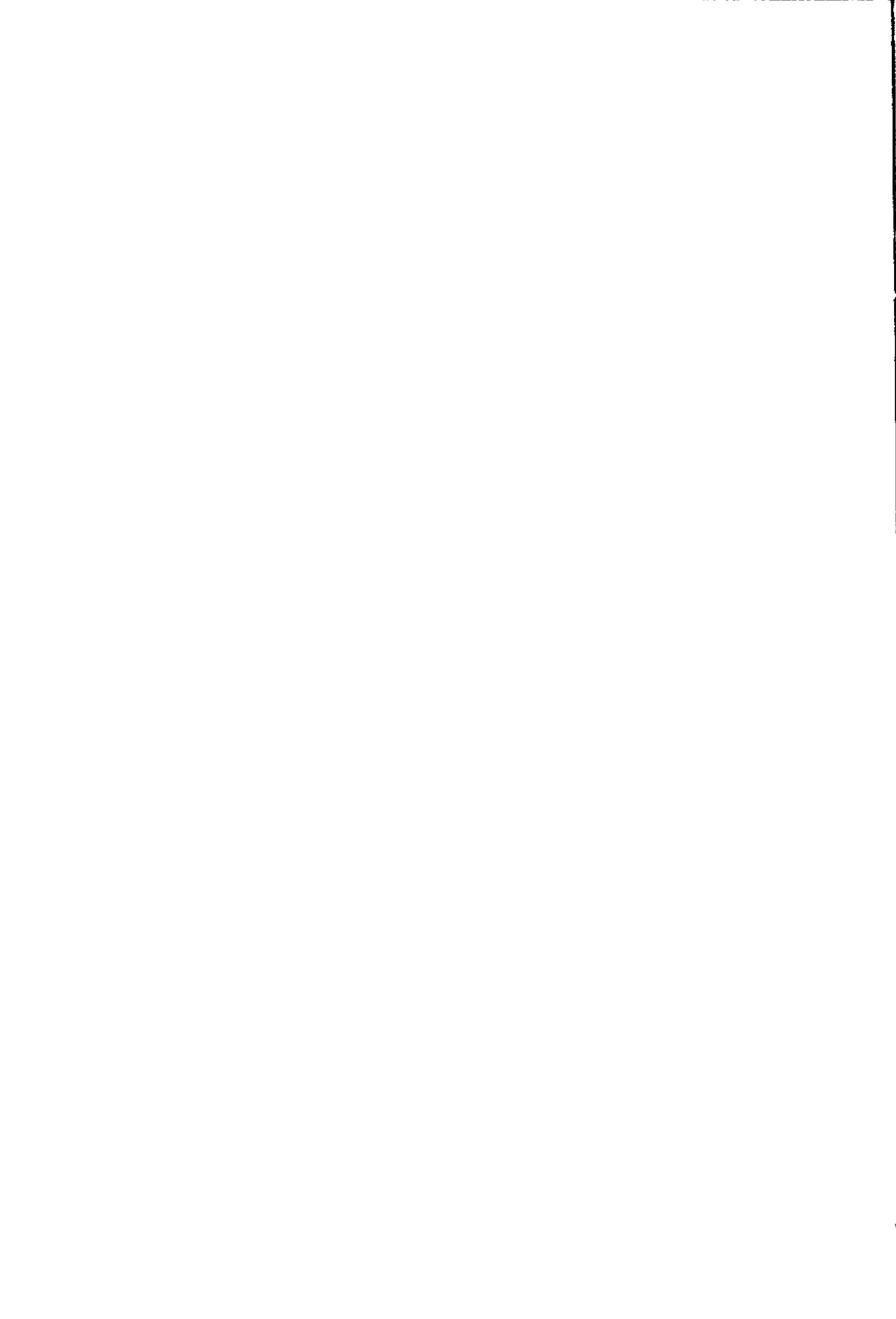
TABULASI NILAI PENGETAHUAN RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PADA PENGUKURAN PERTAMA DAN KEDUA

NO RESPONDEN	PENGUKURAN KE	NO KUESIONER												JUMLAH	JUMLAH (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	8	67.0
2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	8	67.0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	83.0
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	92.0
5	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	5	42.0
6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.0
7	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4	33.0
8	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	7	58.0
9	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	6	50.0
10	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	25.0
11	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	5	42.0
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	83.0
2	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	7	58.0
3	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	8	67.0
4	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	92.0
5	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	42.0
6	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	25.0
7	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	9	75.0
8	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	7	58.0
9	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	17.0
10	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	6	50.0
11	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	10	83.0



TABULASI NILAI SIKAP RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI PRE DAN POST SMALL GROUP DISCUSSION

NO RESPONDEN	KETERANGAN	NO KUESIONER										JUMLAH	NILAI T			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	PRE	4	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	25	48.99
2	PRE	2	3	2	3	4	2	2	3	2	2	3	2	2	22	37.84
3	PRE	4	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	25	48.99
4	PRE	3	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	23	41.56
5	PRE	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	37.84
6	PRE	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	25	48.99
7	PRE	4	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	25	48.99
8	PRE	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	30	67.58
9	PRE	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	26	52.71
10	PRE	4	3	4	2	2	2	2	4	2	2	2	3	4	30	67.58
11	PRE	4	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	25	48.99
1	POST	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	31	50.32
2	POST	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	27	35.88
3	POST	4	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	31	50.32
4	POST	4	3	4	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	29	43.10
5	POST	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	27	35.88
6	POST	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	31	50.32
7	POST	4	3	4	2	2	2	3	4	2	3	2	3	4	31	50.32
8	POST	4	4	4	2	3	2	4	4	3	4	3	4	4	35	64.77
9	POST	4	3	4	2	1	2	4	1	4	4	2	4	4	31	50.32
10	POST	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	3	4	4	36	68.38
11	POST	4	3	4	2	1	2	4	1	4	4	3	4	4	31	50.32



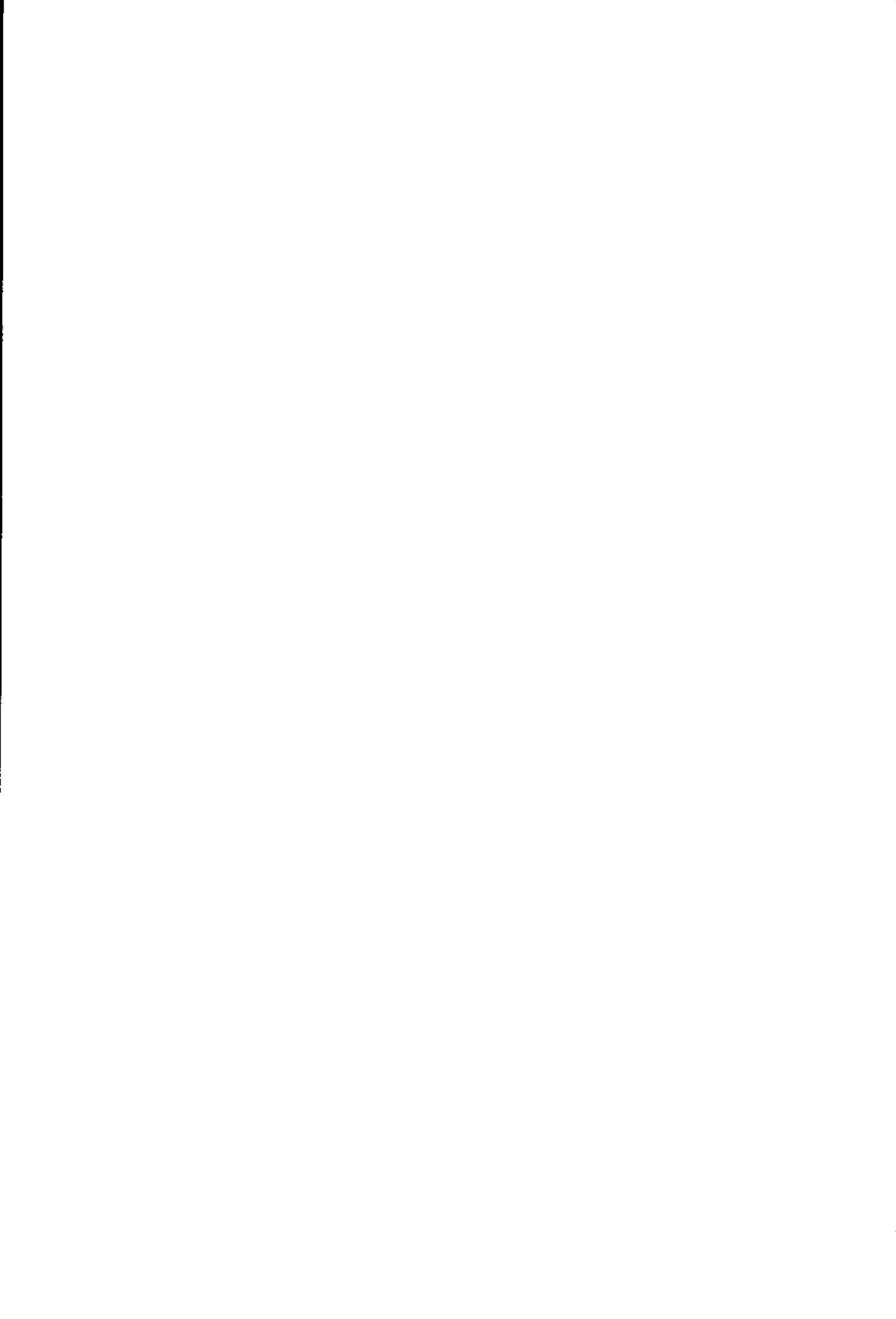
TABULASI NILAI SIKAP RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PADA PENGUKURAN PERTAMA DAN KEDUA

NO RESPONDEN	PENGUKURAN KE	NO KUESIONER										JUMLAH	NILAI T
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	1	4	3	4	2	2	3	3	1	3	4	29	58.57
2	1	4	2	4	1	1	2	3	3	2	4	26	47.72
3	1	4	2	4	2	2	3	3	2	2	3	26	47.72
4	1	4	3	4	3	3	3	4	3	1	4	32	69.41
5	1	4	3	3	2	2	3	3	2	3	4	26	47.72
6	1	3	2	3	2	1	4	2	2	2	3	24	40.49
7	1	4	2	3	2	3	2	2	2	2	3	25	44.11
8	1	3	3	3	3	3	2	3	4	3	2	29	58.57
9	1	4	2	4	3	3	3	1	2	3	4	29	58.57
10	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	23	36.88
11	1	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	24	40.49
1	2	4	3	4	2	3	3	4	3	3	4	33	64.69
2	2	4	2	4	1	1	2	3	2	2	4	25	44.18
3	2	4	3	3	3	2	2	3	2	2	3	27	49.31
4	2	4	4	4	3	3	1	3	3	4	4	33	64.69
5	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	25	44.18
6	2	3	1	3	2	3	2	2	2	2	3	23	39.05
7	2	4	4	4	4	3	2	3	3	2	4	33	64.69
8	2	4	2	4	2	2	3	2	2	3	3	27	49.31
9	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	23	39.05	
10	2	4	2	2	2	3	3	2	1	3	26	46.74	
11	2	3	2	2	2	3	3	1	2	4	25	44.18	



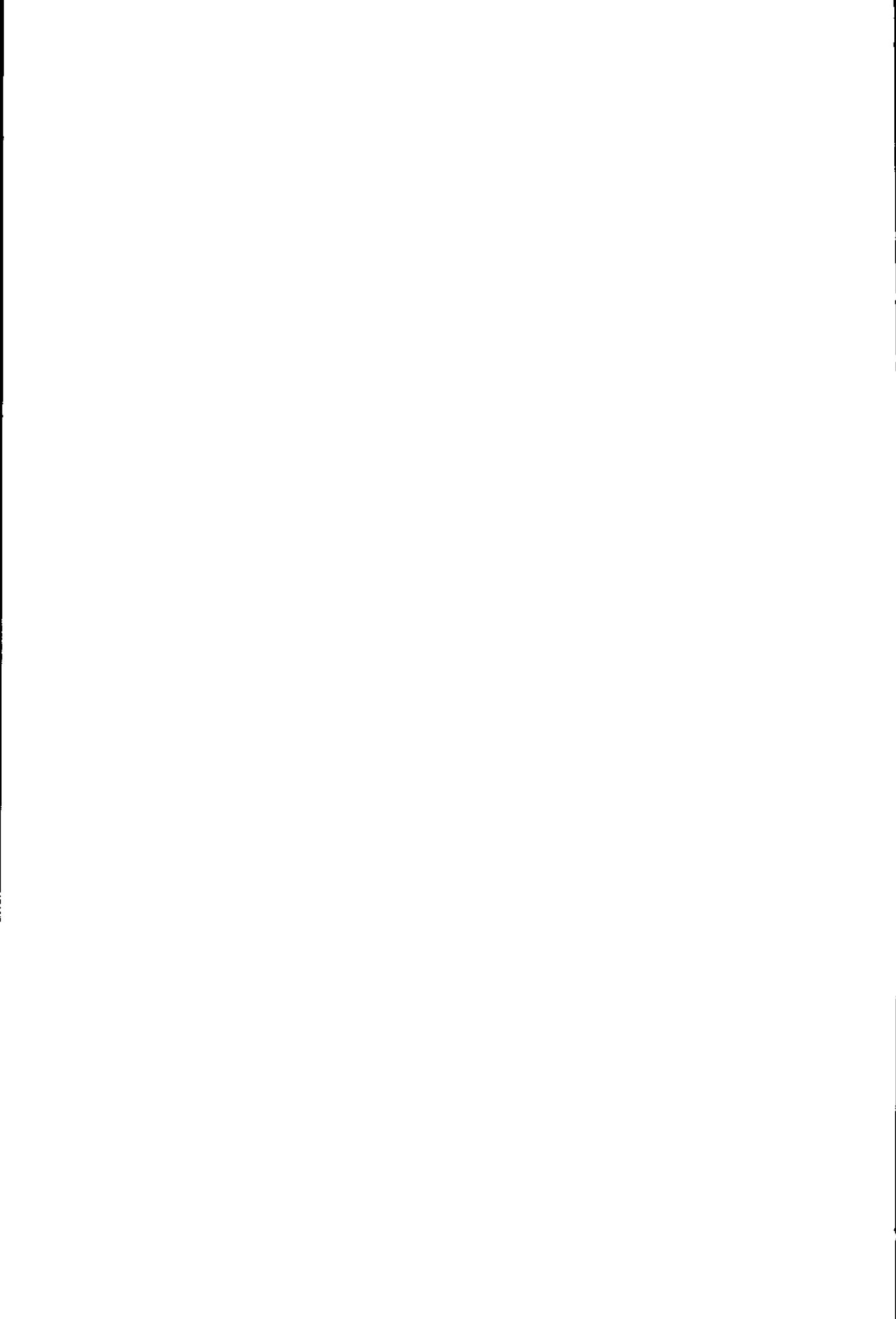
TABULASI NILAI TINDAKAN RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI PRE DAN POST SMALL GROUP DISCUSSION

NO RESPONDEN	KETERANGAN	NO KUESIONER			JUMLAH	JUMLAH (%)
		1	2	3		
1	PRE	0	1	0	1	17.0
2	PRE	0	0	1	1	17.0
3	PRE	0	1	0	1	17.0
4	PRE	1	1	0	2	33.0
5	PRE	0	2	0	2	33.0
6	PRE	0	2	1	3	50.0
7	PRE	0	0	1	1	17.0
8	PRE	1	2	2	5	83.0
9	PRE	2	1	0	3	50.0
10	PRE	2	0	2	4	67.0
11	PRE	2	1	1	4	67.0
1	POST	1	1	1	3	50.0
2	POST	1	1	2	4	67.0
3	POST	1	2	2	5	83.0
4	POST	2	1	2	5	83.0
5	POST	1	2	2	5	83.0
6	POST	1	2	1	4	67.0
7	POST	1	1	2	4	83.0
8	POST	2	2	2	6	100.0
9	POST	1	2	2	5	83.0
10	POST	2	1	2	5	67.0
11	POST	1	2	2	5	83.0



TABULASI NILAI TINDAKAN RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PADA PENGUKURAN PERTAMA DAN KEDUA

NO RESPONDEN	PENGUKURAN KE	NO KUESIONER			JUMLAH	JUMLAH (%)
		1	2	3		
1	1	1	2	1	4	67.0
2	1	0	1	0	1	17.0
3	1	0	1	2	3	50.0
4	1	2	1	2	5	83.0
5	1	0	2	0	2	33.0
6	1	0	1	0	1	17.0
7	1	0	0	1	1	17.0
8	1	0	1	1	2	33.0
9	1	0	1	2	3	50.0
10	1	0	2	0	2	33.0
11	1	0	1	2	3	50.0
1	2	1	2	1	4	67.0
2	2	0	1	1	2	33.0
3	2	0	2	1	3	50.0
4	2	1	2	2	5	83.0
5	2	0	1	1	2	33.0
6	2	0	1	0	1	17.0
7	2	0	1	1	2	33.0
8	2	0	2	1	3	50.0
9	2	1	2	1	4	67.0
10	2	0	2	0	2	33.0
11	2	0	2	1	3	50.00



TABULASI PENGKODEAN DATA DEMOGRAFI DAN NILAI RESPONDEN

No Responden	Kelompok	Usia Responden	Pendidikan Responden	Usia Bayi	Status Dalam Keluarga	Perilaku					
						Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
						Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	1	1	1	4	2	2	1	2	1	1	
2	1	1	1	3	2	3	1	1	1	2	
3	1	1	1	3	2	3	1	2	1	3	
4	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	
5	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	
6	1	2	1	3	4	2	1	2	1	2	
7	1	2	2	4	2	2	1	2	1	3	
8	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	
9	1	1	1	2	1	2	2	2	1	3	
10	1	2	1	2	4	1	3	2	2	2	
11	1	1	1	5	2	2	1	2	2	3	
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
2	2	2	1	2	4	2	1	1	1	1	
3	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	
4	2	1	3	2	2	3	2	2	3	3	
5	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
6	2	2	1	2	3	1	1	1	1	1	
7	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	
8	2	1	1	4	3	2	2	1	1	1	
9	2	1	1	2	3	1	2	1	1	2	
10	2	2	1	3	4	1	1	1	1	1	
11	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	



**Keterangan**

**Kelompok**  
1 = kelompok intervensi  
2 = Kelompok control

**Usia responden**  
1 = 20 - 30 tahun  
2 = 31 - 40 tahun

**Tingkat pendidikan responden**  
1 = SMP  
2 = SMA  
3 = S1

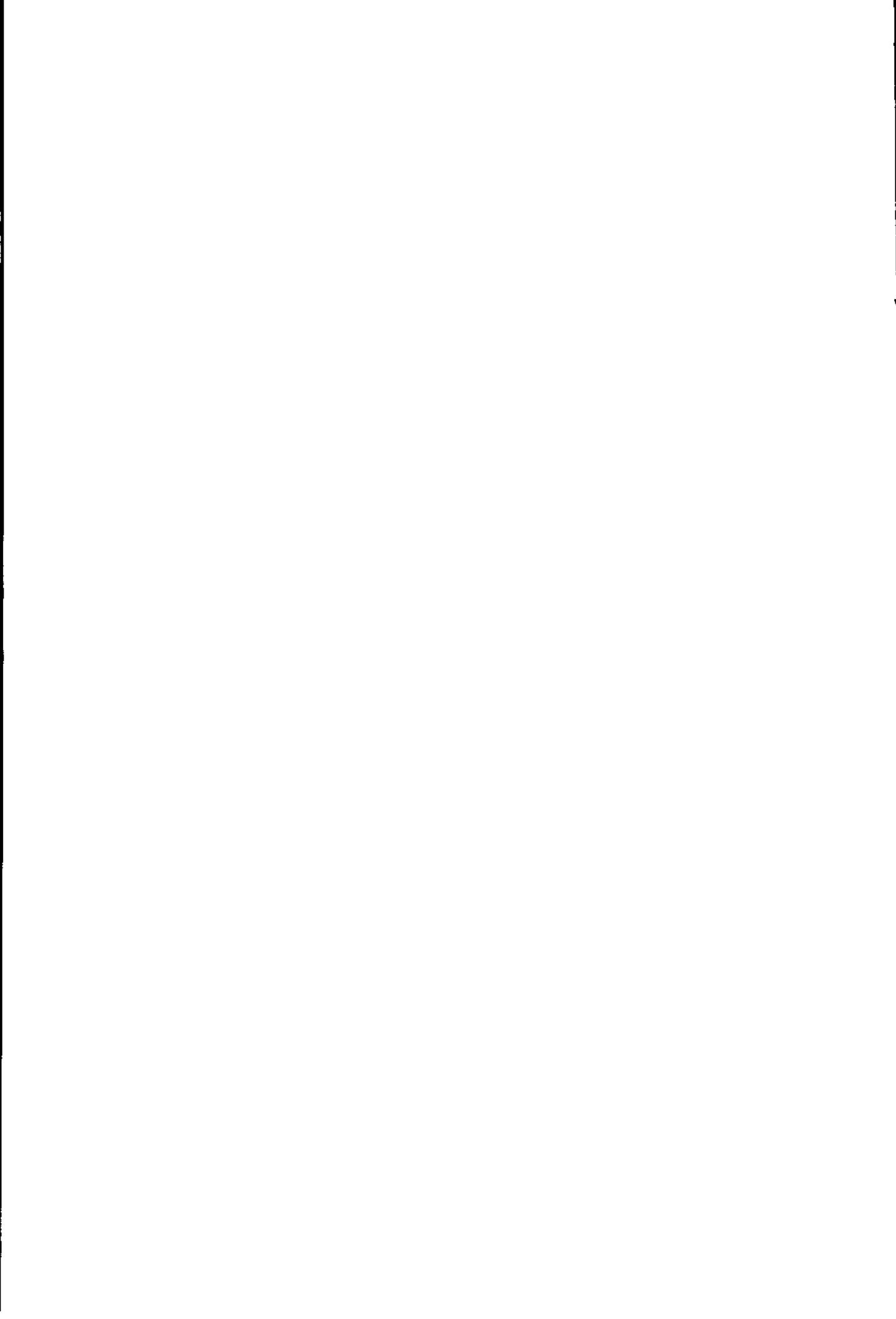
**Usia Bayi**  
1 = 2 - 2.9 bulan  
2 = 3-3.9 bulan  
3 = 4 - 4.9 bulan  
4 = 5-5.9 bulan

**Urutan anak dalam keluarga**  
1 = anak pertama  
2 = anak kedua  
3 = anak ketiga  
4 = anak keempat

**Tingkat pengetahuan**  
1 = 0-55  
2 = 56-75  
3 = 75-100

**Sikap responden**  
1 = sikap negative ( $T < T \text{ mean}$ )  
2 = sikap positif ( $T \geq T \text{ mean}$ )

**Tindakan responden**  
1 = 0-56  
2 = 56-75  
3 = 76 - 100



No	Kode Kelompok	Perilaku Kelompok																	
		Pengetahuan						Sikap						Tindakan					
		Sebelum			Sesudah			Sebelum			Sesudah			Sebelum		Sesudah			
		To tal	Skor (%)	Kode	To tal	Skor (%)	Kode	Tot al	Skor T	kode	To tal	Skor T	Kode	To tal	Skor (%)	kode	Tot al	Skor (%)	kode
1	1	9	75.0	2	9	75.0	2	25	48.99	1	31	50.32	2	1	17.0	1	3	50.0	1
2	1	4	33.0	1	11	92.0	3	22	37.84	1	27	35.88	1	1	17.0	1	4	67.0	2
3	1	6	50.0	1	12	100.0	3	25	48.99	1	31	50.32	2	1	17.0	1	5	83.0	3
4	1	1	8.0	1	7	58.0	2	23	41.56	1	29	43.10	1	2	33.0	1	5	83.0	3
5	1	4	33.0	1	8	67.0	2	22	37.84	1	27	35.88	1	2	33.0	1	5	83.0	3
6	1	7	58.0	2	9	75.0	2	25	48.99	2	31	50.32	2	3	50.0	1	4	67.0	2
7	1	8	67.0	2	11	92.0	3	25	48.99	1	31	50.32	2	1	17.0	1	4	83.0	2
8	1	9	75.0	2	12	100.0	3	30	67.58	2	35	64.77	2	5	83.0	3	6	100.0	3
9	1	9	75.0	2	12	100.0	3	26	52.71	1	31	50.32	2	3	50.0	1	5	83.0	3
10	1	4	33.0	1	11	92.0	3	30	67.58	2	36	68.38	2	4	67.0	2	5	67.0	3
11	1	9	75.0	2	12	100.0	3	25	48.99	1	31	50.32	2	4	67.0	2	5	83.0	3
12	2	8	67.0	2	10	83.0	3	29	58.57	2	33	64.69	2	4	67.0	2	4	67.0	2
13	2	8	67.0	2	7	58.0	2	26	47.72	1	25	44.18	1	1	17.0	1	2	33.0	1
14	2	10	83.0	3	8	67.0	2	26	47.72	1	27	49.31	1	3	50.0	1	3	50.0	1
15	2	11	92.0	3	11	92.0	3	32	69.41	2	33	64.69	2	5	83.0	3	5	83.0	3
16	2	5	42.0	1	5	42.0	1	26	47.72	1	25	44.18	1	2	33.0	1	2	33.0	1
17	2	1	8.0	1	3	25.0	1	24	40.49	1	23	39.05	1	1	17.0	1	1	17.0	1
18	2	4	33.0	1	9	75.0	2	25	44.11	1	33	64.69	2	1	17.0	1	2	33.0	1
19	2	7	58.0	2	7	58.0	2	29	58.57	2	27	49.31	1	2	33.0	1	3	50.0	1
20	2	6	50.0	1	2	17.0	1	29	58.57	2	23	39.05	1	3	50.0	1	4	67.0	2
21	2	3	25.0	1	6	50.0	1	23	36.88	1	26	46.74	1	2	33.0	1	2	33.0	1
22	2	5	42.0	1	10	83.0	3	24	40.49	1	25	44.18	1	3	50.0	1	3	50.00	1



## Lampiran 12

**HASIL ANALISA DATA DENGAN SISTEM KOMPUTERISASI****DATA DEMOGRAFI****RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI****Statistik**

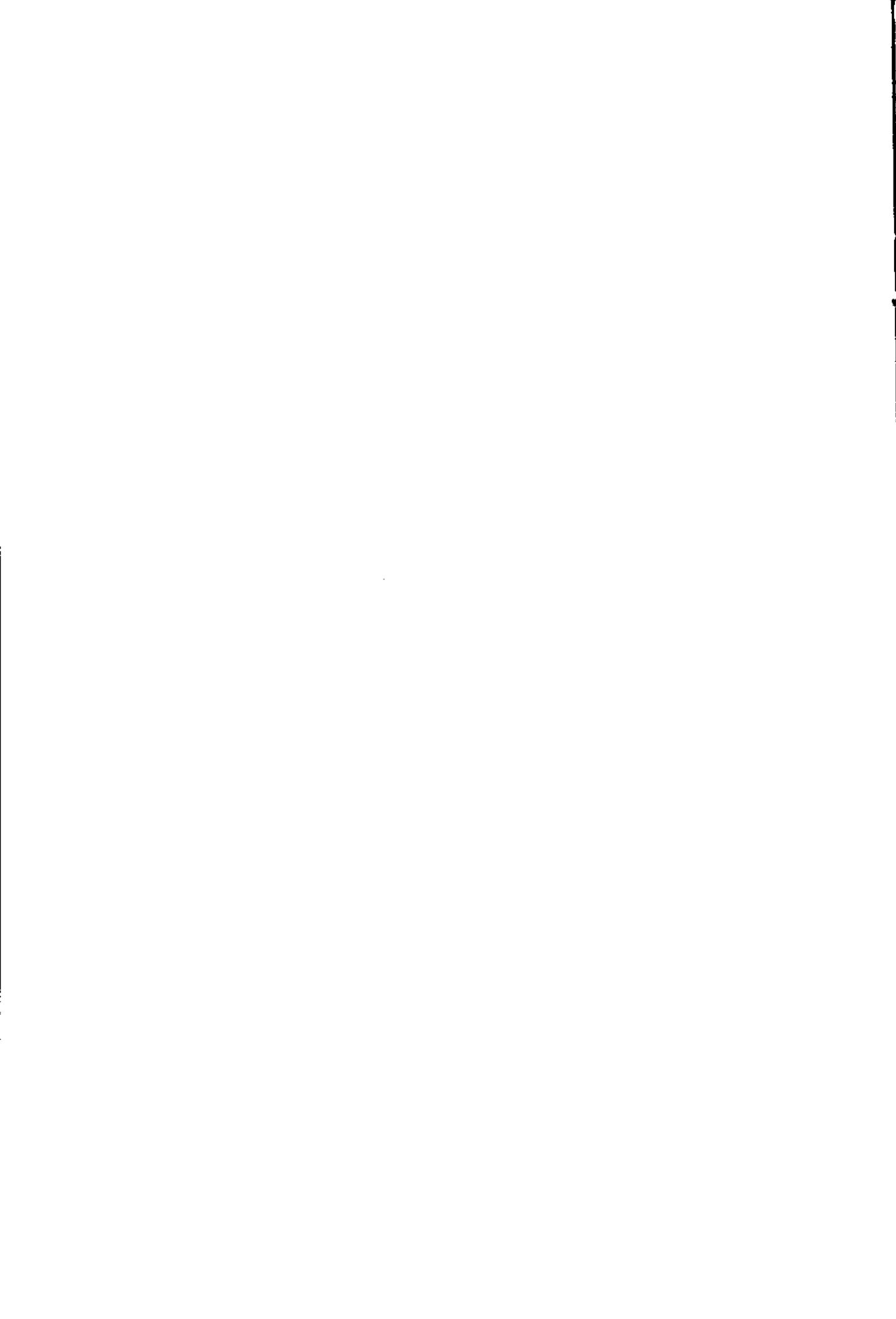
		Usia responden kelompok intervensi	Pendidikan responden kelompok intervensi	Usia bayi kelompok intervensi	Status dalam keluarga kelompok intervensi
N	Valid	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0

**Frequency Table****Usia responden kelompok intervensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-25 tahun	4	36.4	36.4	36.4
26-30 tahun	4	36.4	36.4	72.7
>35 tahun	3	27.3	27.3	100.0
Total	11	100.0	100.0	

**Pendidikan responden kelompok intervensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid smp	9	81.8	81.8	81.8
sma	2	18.2	18.2	100.0
Total	11	100.0	100.0	



## Usia bayi kelompok intervensi

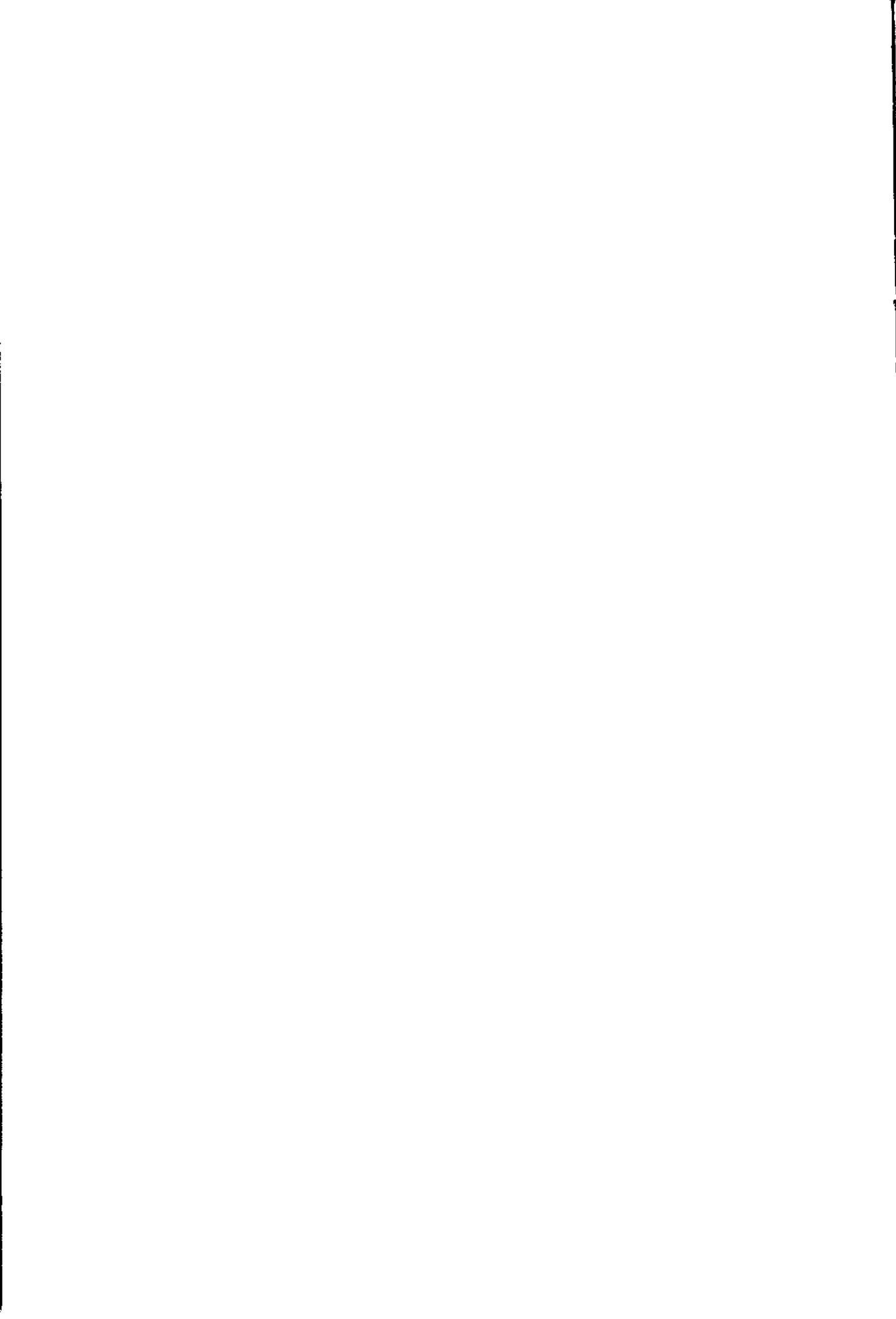
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-3.9 tahun	3	27.3	27.3	27.3
4-4.9 tahun	5	45.5	45.5	72.7
5-5.9 tahun	3	27.3	27.3	100.0
Total	11	100.0	100.0	

## status dalam keluarga kelompok intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid anak pertama	3	27.3	27.3	27.3
anak kedua	5	45.5	45.5	72.7
anak ketiga	1	9.1	9.1	81.8
anak keempat	2	18.2	18.2	100.0
Total	11	100.0	100.0	

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
usia responden kelompok intervensi	11	1.00	4.00	2.1818	1.25045
pendidikan responden kelompok intervensi	11	1.00	2.00	1.1818	.40452
usia bayi kelompok intervensi	11	2.00	5.00	3.0909	.94388
urutan dalam keluarga kelompok intervensi	11	1.00	4.00	2.1818	1.07872
jenis kelamin bayi kelompok intervensi	11	1.00	2.00	1.6364	.50452
Valid N (listwise)	11				



**KELOMPOK KONTROL****Statistics**

		usia responden kelompok kontrol	pendidikan responden kelompok kontrol	usia bayi kelompok kontrol	status dalam keluarga kelompok kontrol
N	Valid	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0

**Frequency Table****Usia responden kelompok kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25 tahun	4	36.4	36.4	36.4
	26-30 tahun	4	36.4	36.4	72.7
	31-35 tahun	1	9.1	9.1	81.8
	>35 tahun	2	18.2	18.2	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

**Pendidikan responden kelompok kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Smp	8	72.7	72.7	72.7
	Sma	2	18.2	18.2	90.9
	s1	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

**Usia bayi kelompok kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-3.9 tahun	8	72.7	72.7	72.7
	4-4.9 tahun	2	18.2	18.2	90.9
	5-5.9 tahun	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	



## Usia responden kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20-25 tahun	4	36.4	36.4	36.4
26-30 tahun	4	36.4	36.4	72.7
31-35 tahun	1	9.1	9.1	81.8
>35 tahun	2	18.2	18.2	100.0

## Status dalam keluarga kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid anak pertama	3	27.3	27.3	27.3
anak kedua	3	27.3	27.3	54.5
anak ketiga	3	27.3	27.3	81.8
anak keempat	2	18.2	18.2	100.0
Total	11	100.0	100.0	

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
usia responden kelompok kontrol	11	1.00	4.00	2.0909	1.13618
pendidikan responden kelompok kontrol	11	1.00	3.00	1.3636	.67420
usia bayi kelompok kontrol	11	2.00	4.00	2.3636	.67420
status dalam keluarga kelompok kontrol	11	1.00	4.00	2.3636	1.12006
jenis kelamin bayi kelompok kontrol	11	1.00	2.00	1.4545	.52223
Valid N (listwise)	11				



### Wilcoxon Pengetahuan Kelompok Intervensi

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre pengetahuan kelompok intervensi	11	52.9091	23.21833	8.00	75.00
Post pengetahuan kelompok intervensi	11	86.4545	15.08883	58.00	100.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post pengetahuan kelompok intervensi	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
Pre pengetahuan kelompok intervensi	Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	5.50	55.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. post pengetahuan kelompok intervensi < pre pengetahuan kelompok intervensi

b. post pengetahuan kelompok intervensi > pre pengetahuan kelompok intervensi

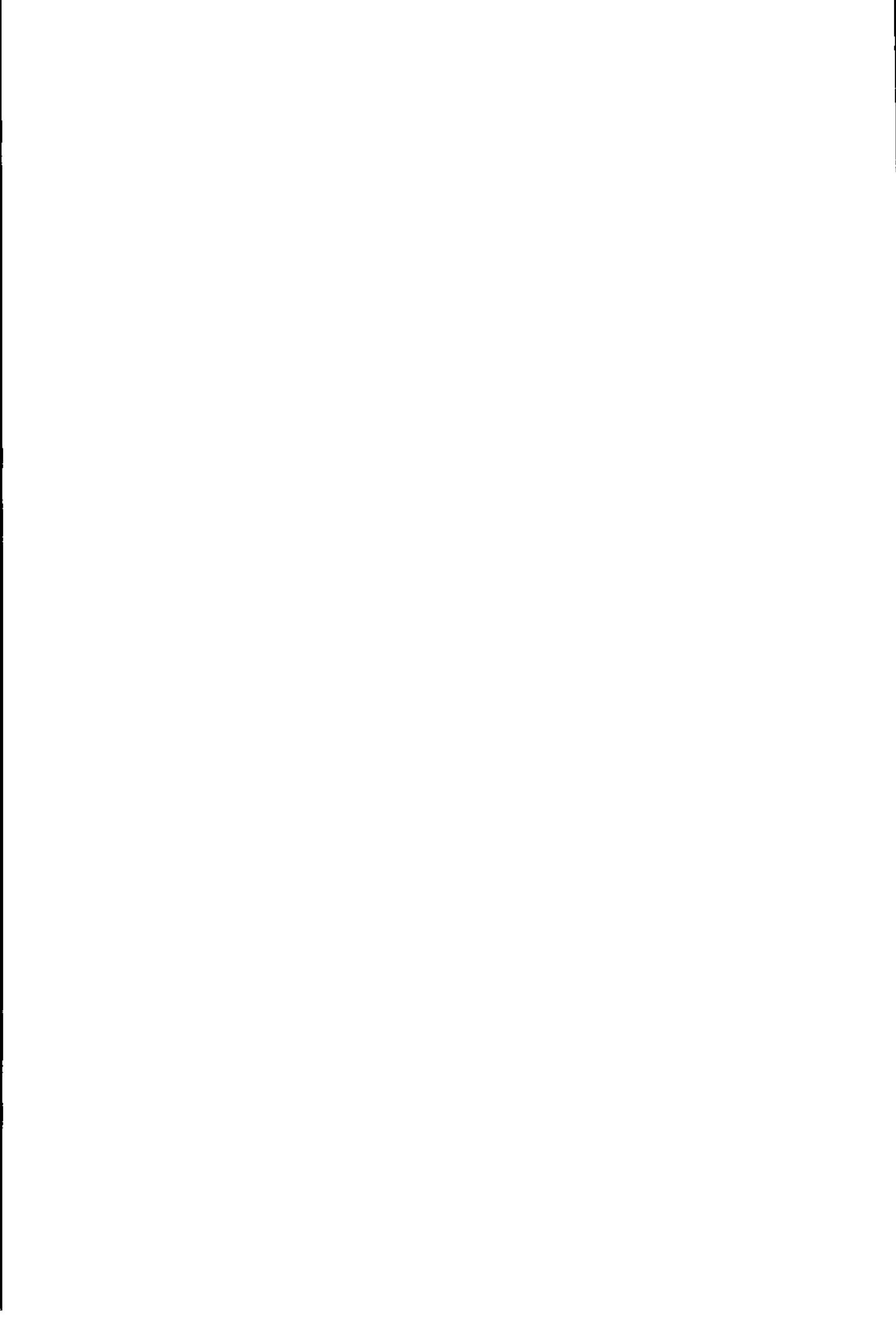
c. post pengetahuan kelompok intervensi = pre pengetahuan kelompok intervensi

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	Post pengetahuan kelompok intervensi – pre pengetahuan kelompok intervensi
Z	-2.825 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Wilcoxon Pengetahuan Kelompok Kontrol

#### NPar Tests

##### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre pengetahuan kelompok control	11	51.5455	25.04941	8.00	92.00
Post pengetahuan kelompok control	11	59.0909	24.19279	17.00	92.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

##### Ranks

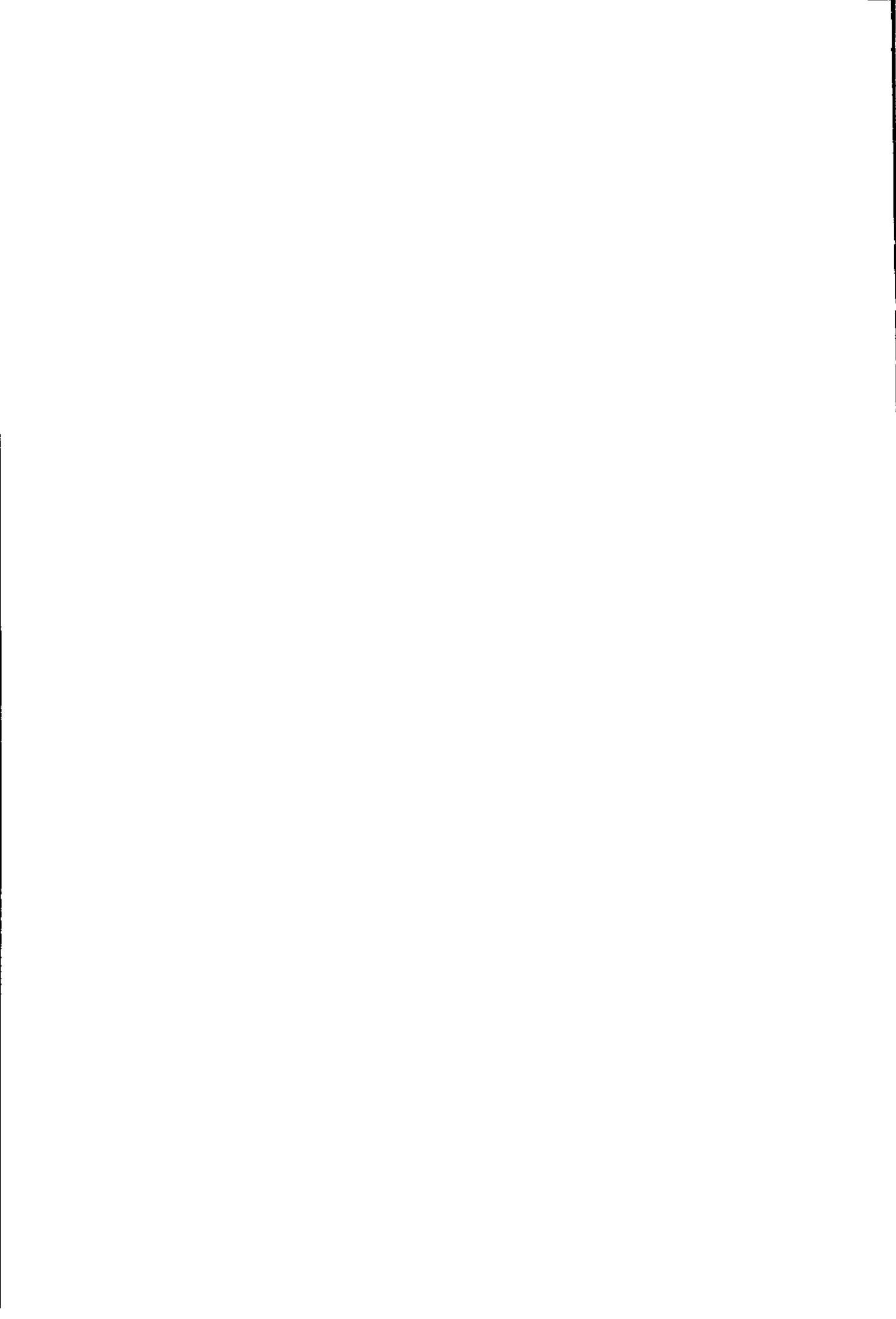
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post pengetahuan kelompok kontrol Negative Ranks	3 <sup>a</sup>	3.17	9.50
pre pengetahuan kelompok kontrol Positive Ranks	5 <sup>b</sup>	5.30	26.50
Ties	3 <sup>c</sup>		
Total	11		

- a. post pengetahuan kelompok kontrol < pre pengetahuan kelompok kontrol
- b. post pengetahuan kelompok kontrol > pre pengetahuan kelompok kontrol
- c. post pengetahuan kelompok kontrol = pre pengetahuan kelompok kontrol

##### Test Statistics<sup>b</sup>

	Post pengetahuan kelompok kontrol – pre pengetahuan kelompok kontrol
Z	-1.192 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.233

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Wilcoxon Sikap Kelompok Intervensi

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre sikap kelompok intervensi	11	1.2727	.46710	1.00	2.00
post sikap kelompok intervensi	11	1.7273	.46710	1.00	2.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post sikap kelompok intervensi	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	5 <sup>b</sup>	3.00	15.00
pre sikap kelompok intervensi	Ties	6 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. post sikap kelompok intervensi < pre sikap kelompok intervensi

b. post sikap kelompok intervensi > pre sikap kelompok intervensi

c. post sikap kelompok intervensi = pre sikap kelompok intervensi

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	post sikap kelompok intervensi - pre sikap kelompok intervensi
Z	-2.236 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Wilcoxon Sikap Kelompok Kontrol

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre sikap kelompok kontrol	11	1.3636	.50452	1.00	2.00
post sikap kelompok kontrol	11	1.2727	.46710	1.00	2.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post sikap kelompok kontrol - pre sikap kelompok kontrol	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	2.00	2.00
	Ties	8 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. post sikap kelompok kontrol < pre sikap kelompok kontrol

b. post sikap kelompok kontrol > pre sikap kelompok kontrol

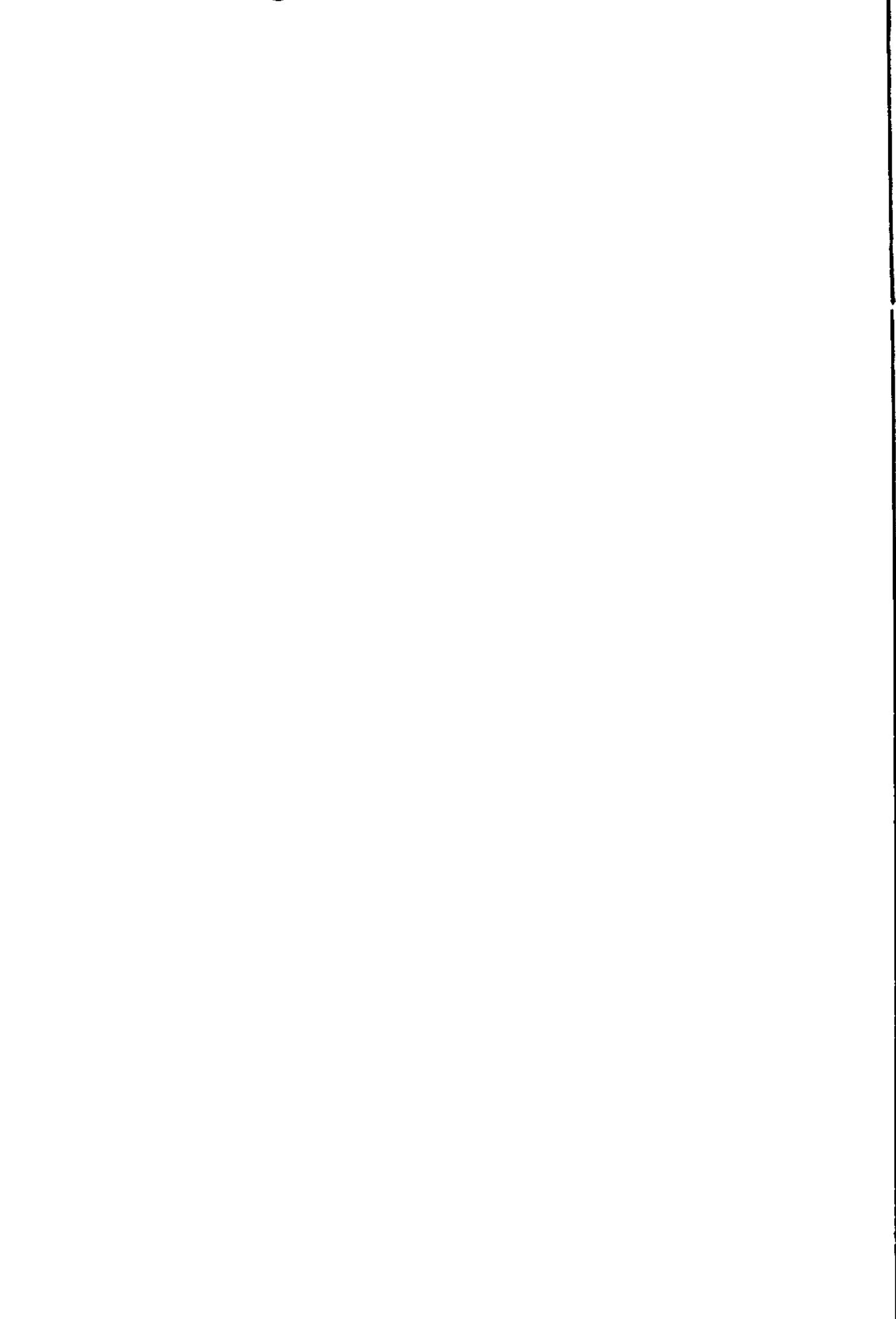
c. post sikap kelompok kontrol = pre sikap kelompok kontrol

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	post sikap kelompok kontrol - pre sikap kelompok kontrol
Z	-.577 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.564

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Wilcoxon Tindakan Kelompok Intervensi

#### NPar Tests

##### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre tindakan kelompok intervensi	11	41.0000	23.89561	17.00	83.00
post tindakan kelompok intervensi	11	77.1818	13.31779	50.00	100.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

##### Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post tindakan kelompok intervensi - pre tindakan kelompok intervensi	0 <sup>a</sup>	.00	.00
Negative Ranks	11 <sup>b</sup>	6.00	66.00
Positive Ranks	0 <sup>c</sup>		
Ties	11		
Total			

a. post tindakan kelompok intervensi < pre tindakan kelompok intervensi

b. post tindakan kelompok intervensi > pre tindakan kelompok intervensi

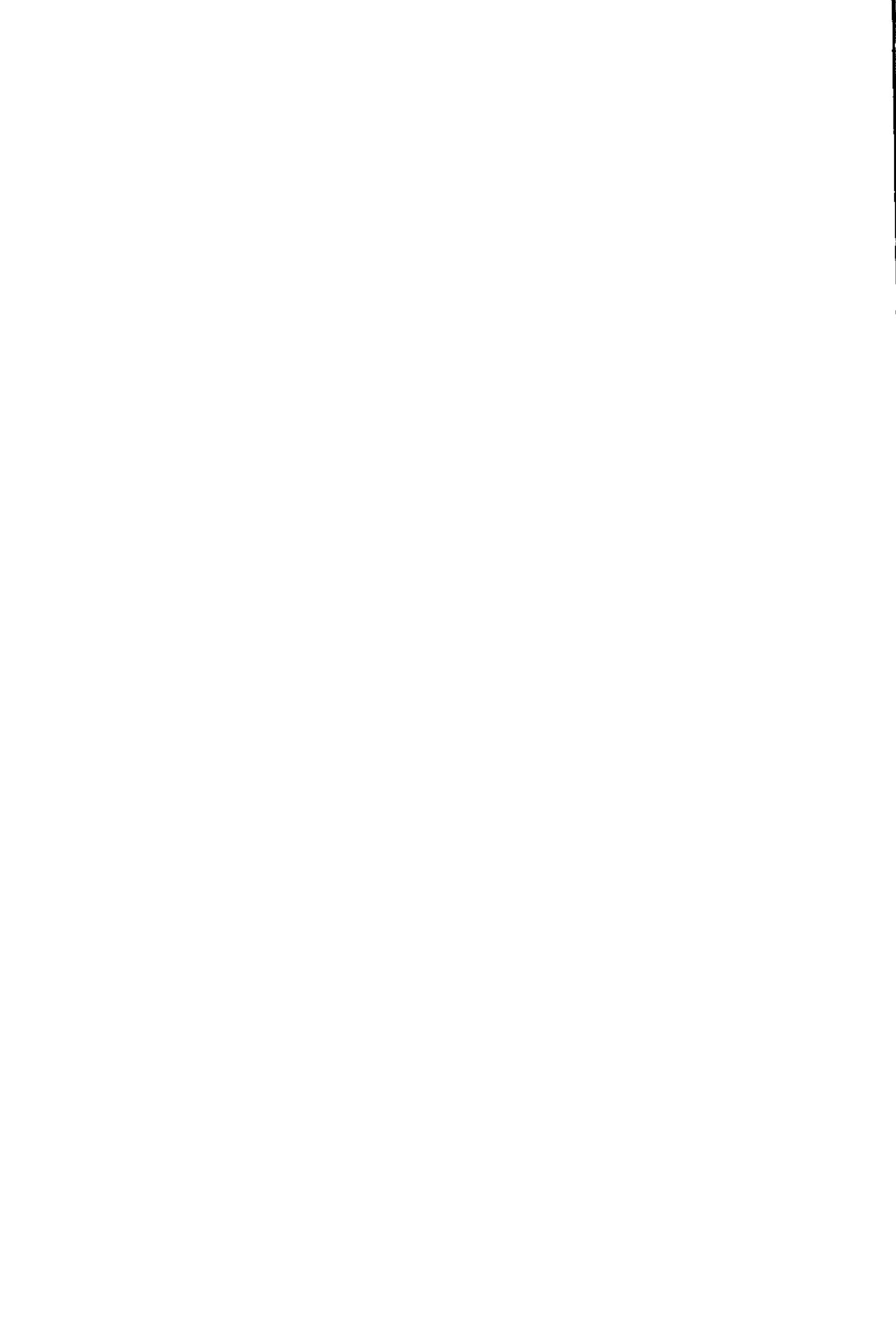
c. post tindakan kelompok intervensi = pre tindakan kelompok intervensi

##### Test Statistics<sup>b</sup>

	post tindakan kelompok intervensi - pre tindakan kelompok intervensi
Z	-2.953 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Wilcoxon Tindakan Kelompok Kontrol

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre tindakan kelompok kontrol	11	40.9091	21.45439	17.00	83.00
Post tindakan kelompok kontrol	11	46.9091	19.51130	17.00	83.00

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post tindakan kelompok kontrol - pre tindakan kelompok kontrol	0 <sup>a</sup>	.00	.00
Negative Ranks	4 <sup>b</sup>	2.50	10.00
Positive Ranks	7 <sup>c</sup>		
Ties			
Total	11		

a. post tindakan kelompok kontrol < pre tindakan kelompok kontrol

b. post tindakan kelompok kontrol > pre tindakan kelompok kontrol

c. post tindakan kelompok kontrol = pre tindakan kelompok kontrol

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	post tindakan kelompok kontrol - pre tindakan kelompok kontrol
Z	-1.857 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.063

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



### Uji Mann Whitney Pengetahuan

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
nilai post pengetahuan	22	72.7727	24.15019	17.00	100.00
NamaKelompok	22	1.5000	.51177	1.00	2.00

#### Mann-Whitney Test

#### Ranks

	NamaKelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai post pengetahuan	intervensi	11	15.27	168.00
	kontrol	11	7.73	85.00
	Total	22		

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	nilai post pengetahuan
Mann-Whitney U	19.000
Wilcoxon W	85.000
Z	-2.748
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.005 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: NamaKelompok



### Uji Mann Whitney Sikap

#### NPar Tests

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
nilai post sikap	22	1.5000	.51177	1.00	2.00
NamaKelompok	22	1.5000	.51177	1.00	2.00

#### Mann-Whitney Test

#### Ranks

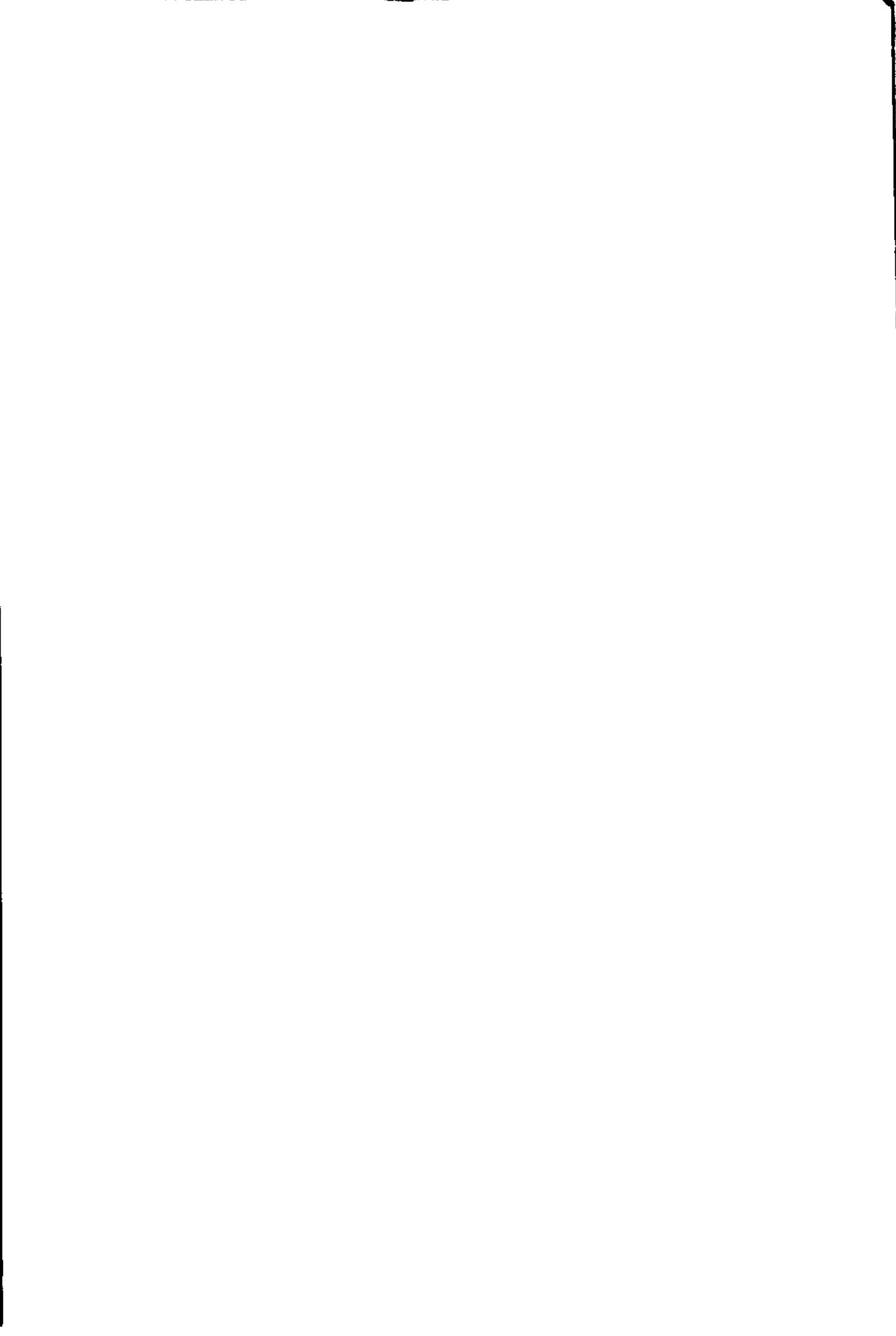
	NamaKelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai post sikap	Intervensi	11	14.00	154.00
	Control	11	9.00	99.00
	Total	22		

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	nilai post sikap
Mann-Whitney U	33.000
Wilcoxon W	99.000
Z	-2.083
Asymp. Sig. (2-tailed)	.037
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.076 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: NamaKelompok



### Uji Mann Whitney Tindakan

#### NPar Tests

##### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
nilai post tindakan	22	62.0455	22.48910	17.00	100.00
NamaKelompok	22	1.5000	.51177	1.00	2.00

#### Mann-Whitney Test

##### Ranks

	NamaKelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai post tindakan	Intervensi	11	15.77	173.50
	Control	11	7.23	79.50
	Total	22		

##### Test Statistics<sup>b</sup>

	nilai post tindakan
Mann-Whitney U	13.500
Wilcoxon W	79.500
Z	-3.173
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: NamaKelompok

