

LAPORAN AKHIR PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN
PERGURUAN TINGGI



PENGARUH PENGEMBANGAN METODE EMO DEMO TERHADAP
PERILAKU PEMBERIAN MP ASI PADA IBU BADUTA DI KOTA
SURABAYA

Ani Intiyati, SKM.M.Kes.
NIP. 19691107 199303 2002

DR .Ir Juliana C, M.Kes
NIP. 19680701 198803 2002

POLTEKKES KEMENKES SURABAYA
TAHUN 2019

HALAMAN PENGESAHAN

Judul	PENGARUH PENGEMBANGAN METODE EMO DEMO TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN MP ASI PADA IBU BADUTA DI KOTA SURABAYA..
Peneliti Utama	
Nama	Ani Intiyati, SKM.,M.Kes.
NIP	19691107 199303 2 002
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
Program Studi	D III Gizi
No. HP	081235929193
Alamat e-mail	Intiyati.ani@gmail.com
Alamat Rumah	Bumi Suko Indah B1 No 29 Sidoarjo
Anggota 1	
Nama	DR. Ir. Juliana C,M.Kes
NIP	19680701 198803 2001
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
Program Studi	D III Gizi
No. HP	08155015868
Alamat e-mail	Juliana_analis@yahoo.co.id
Penanggungjawab	drg. Bambang Hadi Sugito, M.Kes
Tahun pelaksanaan	1 tahun
Biaya	Rp. 40.000.000,-

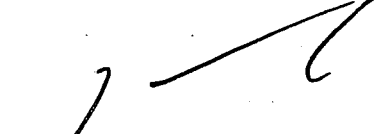
Surabaya, 1 September 2019

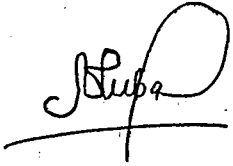
Pakar Peneliti

Dosen/Peneliti Utama

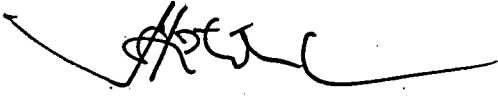

Prof. Dr Nursalam M.Nurs (HONS)
NIP. 196612251989031004

Mengesahkan
Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya


drg. Bambang Hadi Sugito, M.Kes
NIP. 196204291993031002


Ani Intiyati, SKM.,M.Kes.
NIP. 19691107 199303 2 002

Mengetahui
Ka. Unit PPM


Setiawan, SKM.,M.Psi
NIP. 196304211985031005

LAPORAN AKHIR PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN
PERGURUAN TINGGI



PENGARUH PENGEMBANGAN METODE EMO DEMO TERHADAP
PERILAKU PEMBERIAN MP ASI PADA IBU BADUTA DI KOTA
SURABAYA

Ani Intiyati, SKM.M.Kes.
NIP. 19691107 199303 2002

DR .Ir Juliana C, M.Kes
NIP. 19680701 198803 2002

POLTEKKES KEMENKES SURABAYA
TAHUN 2019

HALAMAN PENGESAHAN

Judul	PENGARUH PENGEMBANGAN METODE EMO DEMO TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN MP ASI PADA IBU BADUTA DI KOTA SURABAYA..
Peneliti Utama	
Nama	Ani Intiyati, SKM.,M.Kes.
NIP	19691107 199303 2 002
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
Program Studi	D III Gizi
No. HP	081235929193
Alamat e-mail	Intiyati.ani@gmail.com
Alamat Rumah	Bumi Suko Indah B1 No 29 Sidoarjo
Anggota 1	
Nama	DR. Ir. Juliana C,M.Kes
NIP	19680701 198803 2001
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
Program Studi	D III Gizi
No. HP	08155015868
Alamat e-mail	Juliana_analis@yahoo.co.id
Penanggungjawab	drg. Bambang Hadi Sugito, M.Kes
Tahun pelaksanaan	1 tahun
Biaya	Rp. 40.000.000,-

Surabaya, 1 September 2019

Pakar Penelitin

Dosen/Peneliti Utama

Prof. Dr Nursalam M.Nurs (HONS)
NIP. 196612251989031004

Mengesahkan
Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya

Ani Intiyati, SKM.,M.Kes.
NIP. 19691107 199303 2 002

Mengetahui
Ka. Unit PPM

drg. Bambang Hadi Sugito, M.Kes
NIP. 196204291993031002

Setiawan, SKM.,M.Psi
NIP. 196304211985031005

ABSTRAK

Salah satu pendekatan untuk meningkatkan pemberian MPASI pada bayi dan anak adalah intervensi perubahan perilaku yang difokuskan pada orang-orang yang merawat bayi dan anak secara langsung sebagai ibu dan anggota keluarga dekat lainnya yang mempengaruhi pola makan bayi dan anak. *Emotional Demonstration* (Emo Demo) adalah salah satu metode edukasi di masyarakat melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behavior Centered Design* (BCD) yang berprinsip bahwa perilaku hanya bisa berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan, atau menarik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pengembangan metode emo demo terhadap perilaku Ibu Baduta dalam pemberian MP-ASI di Kota Surabaya. Metode penelitian ini menggunakan rancangan desain penelitian penelitian eksperimental murni dengan Rancangan Eksperimen Ulang atau Pretest-Posttest Control Group Design, dengan populasi ibu Baduta di Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan sampel sebanyak 100 orang yang dibagi dalam 1 kelompok kontrol dan 3 kelompok perlakuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode yang paling berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah metode Emo Demo dengan hasil uji statistik Anova $P=0,021$. Sehingga, metode Emo Demo sangat efektif untuk memberi perubahan perilaku dalam praktek pemberian MP-ASI pada Ibu Baduta.

Kata Kunci: Emo Demo, Perilaku, MP-ASI

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 <i>Stunting</i>	7
2.2 Makanan pendamping ASI (MP ASI).....	18
2.3 Definisi Perilaku	23
2.4 Konsep Penyuluhan Kesehatan	33
2.5 Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap Kejadian Stunting.....	36
2.6 Kerangka Teori	37
2.7 Kerangka Konsep.....	39
BAB 3.....	41
METODE PENELITIAN	41
3.1 Rancangan Bangun Penelitian.....	41
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	41
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	43
3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian	44
3.6 Pengolahan dan Analisis Data	45
BAB 4.....	49
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN.....	49
4.1 Biaya Penelitian.	49
4.2 Jadwal Penelitian	49
BAB 5.....	50
HASIL PENELITIAN.....	50
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
5.2 PRA Penelitian	51

5.5	Perbedaan Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019	54
5.6	Pengaruh Perubahan Praktek Pemberian MP-ASI Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019	56
BAB 6.....		58
PEMBAHASAN.....		58
6.1	Kondisi Awal Subyek Penelitian.....	58
6.2	Prevalensi Karakteristik Perilaku Praktek Pemberian MP-ASI Ibu Baduta Sebelum diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019	59
6.3	Perbedaan Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019	60
6.2.1	Intervensi dengan Metode Ceramah.....	60
6.2.2	Intervensi dengan Metode Demonstrasi	61
6.2.3	Intervensi dengan Metode Emodemo	62
6.3	Pengaruh Perubahan Praktek Pemberian MP-ASI	63
BAB 7.....		65
PENUTUP.....		65
7.1	Kesimpulan	65
7.2	Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA		67
LAMPIRAN.....		71

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Gizi merupakan bagian penting dalam pertumbuhan dan perkembangan, karena terdapat keterkaitan dan berhubungan dengan kesehatan dan kecerdasan (Proverawati *et al*, 2010). Status gizi bayi dan balita merupakan salah satu indikator gizi masyarakat, dan telah dikembangkan menjadi salah satu indikator kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini dikarenakan kelompok bayi dan balita sangat rentan terhadap berbagai penyakit kekurangan gizi (Aries *et al*, 2012). *Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan linier yang disebabkan adanya *malnutrisi* asupan zat gizi kronis dan atau penyakit infeksi yang ditunjukkan dengan nilai z-score tinggi badan menurut usia (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar *World Health Organization* (WHO) (WHO, 2010).

Salah satu target pembangunan gizi masyarakat pada kesehatan dalam kerangka *Sustainable Development Goals* (SDGs), adalah pada tahun 2030 mengakhiri segala bentuk *malnutrisi*, termasuk mencapai target internasional 2025 untuk mengurangi *stunting*, *wasting* pada balita dan mengatasi kebutuhan gizi remaja perempuan, wanita hamil dan menyusui, serta lansia (Kemenkes, 2015). Prevalensi *stunting* secara nasional tahun 2018 adalah 30,8%, terjadi penurunan dibandingkan tahun 2013 (37,2%) dan 2010 (35,6%). Meskipun telah terjadi penurunan namun *stunting* masih menjadi masalah gizi di Indonesia.

Stunting dapat menghambat perkembangan anak, dengan dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya. Studi menunjukkan bahwa anak *stunting* sangat berhubungan dengan prestasi pendidikan yang buruk dan pendapatan yang rendah pada saat dewasa. Anak-anak pendek lebih berpotensi untuk tumbuh menjadi orang dewasa yang kurang berpendidikan, miskin, kurang sehat dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular (Aries & Tuhiman, 2012).

Meskipun *stunting* beresiko mengganggu tumbuh kembang bukan berarti tidak dapat dicegah. Ada beberapa hal yang dapat mencegah *stunting* yaitu pemenuhan gizi selama kehamilan, pemberian ASI Eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara bertahap dan terjadwal yang memenuhi syarat gizi seimbang, pemantauan pertumbuhan dan menjaga kebersihan lingkungan.

Ketidaktahuan tentang cara pemberian MP ASI pada bayi dan kebiasaan yang merugikan kesehatan secara langsung dan tidak langsung menjadi penyebab utama terjadinya masalah kurang gizi pada anak. Banyak ibu-ibu beranggapan bahwa jika anaknya kelaparan diberi makan akan tidur nyenyak, belum lagi anggapan masyarakat seperti orang tua dulu bahwa anak yang diberi makan pada umur 2 bulan sampai sekarang hidup sehat. Alasan lain gencarnya promosi makanan bayi belum mengindahkan ASI Eksklusif sampai 6 bulan karena memberikan perlindungan dari berbagai penyakit. Hal ini dikarenakan sistem imun pada bayi belum sempurna. Pemberian MP ASI dini sama saja dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman, belum lagi penyajian tidak higienis setelah usia 6 bulan lebih sistem pencernaan sudah relatif sempurna dan sudah siap menerima MPASI (Luluk 2005)

Resiko pemberian MP ASI dini akan mengakibatkan gangguan kesehatan antara lain : obesitas, alergi terhadap zat gizi dalam makanan tersebut, mendapat zat adiktif dan zat pewarna atau pengawet yang tidak diinginkan dan pencemaran dalam penyimpanannya. Jadi pemberian MP ASI yang terlalu dini akan menimbulkan berbagai resiko. Hasil penelitian terakhir bayi yang mendapat MP ASI sebelum 6 bulan akan terserang diare, sembelit, batuk pilek dan panas dibanding dengan yang diberi ASI Eksklusif. Pada beberapa kasus yang diketahui ada juga yang perlu bedah akibat MP ASI terlalu dini. (Arini, 2005).

Salah satu pendekatan untuk meningkatkan pemberian MPASI pada bayi dan anak adalah intervensi perubahan perilaku yang difokuskan pada orang-orang yang merawat bayi dan anak secara langsung sebagai ibu dan anggota keluarga dekat lainnya yang mempengaruhi pola makan bayi dan anak. Penelitian menunjukkan bahwa intervensi dalam bentuk informasi, pendidikan dan komunikasi sesuai dengan budaya setempat dapat meningkatkan praktik pemberian makan, asupan gizi dan pertumbuhan anak. (Kemen Desa, 2017).

Emotional Demonstration (Emo Demo) adalah salah satu metode edukasi di masyarakat melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behavior Centered Design* (BCD) yang berprinsip bahwa perilaku hanya bisa berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan, atau menarik. Metode Emo Demo ini menggunakan cara-cara yang bersifat imajinatif dan provokatif untuk mencapai perubahan perilaku dalam bidang kesehatan masyarakat. Penelitian Dahlian membuktikan bahwa Penyuluhan Cuci Tangan Pakai sabun (CTPS) dengan Metode Emo Demo berhasil meningkatkan pengetahuan dan praktik CTPS pada siswa siswi MI Al Badri. (Dahlia, 2017).

Berdasarkan hasil Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2016 Cakupan Asi Eksklusif Propinsi Jawa Timur sebesar 74% sedangkan di Kota Surabaya masih dibawah cakupan Jawa Timur yaitu 67% hal ini terjadi karena masih banyak ibu baduta yang memberikan MPASI sebelum bayi berusia 6 bulan. Pemberian MP ASI yang terlalu dini disebabkan kurangnya pengetahuan ibu tentang jadwal pemberian MP-ASI. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan. Seorang ibu yang memiliki pengetahuan dan sikap gizi yang kurang akan sangat berpengaruh terhadap status gizi anaknya dan akan sukar untuk memilih makanan yang bergizi untuk anak dan keluarganya (Olsa *et al* ,2017). Untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita tentang pemberian MP ASI di Kota Surabaya telah dilaksanakan penyuluhan kesehatan menggunakan metode emo demo di 17 kecamatan sedangkan 14 kecamatan belum diintervensi.

Hasil data dan uraian tersebut melatar belakangi peneliti untuk mengetahui bagaimana pengaruh penyuluhan metode emo demo terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam praktek pemberian MP-ASI pada ibu Baduta di Kota Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian masalah di atas maka dalam penelitian ini adalah ingin mengetahui bagaimana pengaruh pengembangan metode emo demo terhadap perilaku Ibu Baduta dalam pemberian MP-ASI.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pengembangan metode emo demo terhadap perilaku Ibu Baduta dalam pemberian MP-ASI di Kota Surabaya

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sebelum diberikan penyuluhan menggunakan metode ceramah tentang pemberian MP-ASI
2. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sebelum diberikan penyuluhan menggunakan metode demonstrasi tentang pemberian MP-ASI
3. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sebelum diberikan penyuluhan menggunakan metode emo demo tentang pemberian MP-ASI
4. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sesudah diberikan penyuluhan menggunakan metode ceramah tentang pemberian MP-ASI
5. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sesudah diberikan penyuluhan menggunakan metode demonstrasi tentang pemberian MP-ASI
6. Mengidentifikasi perilaku Ibu Baduta sesudah diberikan penyuluhan menggunakan metode ceramah tentang pemberian MP-ASI
7. Menganalisis pengaruh pengembangan metode emo demo pada Ibu Baduta terhadap perilaku pemberian MP-ASI.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan meningkatkan pemahaman tentang perilaku ibu baduta dalam pemberian MP ASI pada usia 6– 24 bulan

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan bisa memberikan tambahan informasi dan referensi bagi usaha pencegahan stunting.

1.4.3 Bagi Tempat Pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan dan digunakan meningkatkan pelayanan khususnya dalam menambah wawasan pengelola program gizi tentang metode emmo demo dan ibu baduta tentang MP ASI pada usia 6-24 bulan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Stunting*

2.1.1 Pengertian

Balita Pendek (*Stunting*) adalah status gizi yang didasarkan pada indeks PB/U atau TB/U dimana dalam standar antropometri penilaian status gizi anak, hasil pengukuran tersebut berada pada ambang batas (Z-Score) < -2 SD sampai dengan -3 SD (pendek/ *stunted*) dan < -3 SD (sangat pendek / *severely stunted*) (Kemenkes R.I, 2013). *Stunting* digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama sehingga kejadian ini menunjukkan bagaimana keadaan gizi sebelumnya (Kartikawati, 2011). Pada anak balita masalah *stunting* lebih banyak dibandingkan masalah kurang gizi lainnya.

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (kejar tumbuh) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan, masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kusharisupeni menyatakan bahwa *stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Kusharisupeni, 2011).

2.1.2 Faktor penyebab *stunting*

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya keadaan *stunting* pada anak. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari diri anak itu sendiri maupun dari luar diri anak tersebut. Faktor penyebab *stunting* ini dapat disebabkan oleh faktor langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung dari kejadian *stunting* adalah asupan gizi dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsungnya adalah pola asuh, pelayanan kesehatan,

ketersediaan pangan, faktor budaya, ekonomi dan masih banyak lagi faktor lainnya (Bappenas R.I, 2016).

a. Faktor Langsung

1) Asupan Gizi balita

Saat ini Indonesia menghadapi masalah gizi ganda, permasalahan gizi ganda tersebut adalah adanya masalah kurang gizi dilain pihak masalah kegemukan atau gizi lebih telah meningkat. Keadaan gizi dibagi menjadi 3 berdasarkan pemenuhan asupannya yaitu:

- a) Kelebihan gizi adalah suatu keadaan yang muncul akibat pemenuhan asupan zat gizi yang lebih banyak dari kebutuhan seperti gizi lebih, obesitas atau kegemukan
- b) Gizi baik adalah suatu keadaan yang muncul akibat pemenuhan asupan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan.
- c) Kurang gizi adalah suatu keadaan yang muncul akibat pemenuhan asupan zat gizi yang lebih sedikit dari kebutuhan seperti gizi kurang dan buruk, pendek, kurus dan sangat kurus.

Asupan gizi yang adekuat sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh balita. Masa kritis ini merupakan masa saat balita akan mengalami tumbuh kembang dan tumbuh kejar. Balita yang mengalami kekurangan gizi sebelumnya masih dapat diperbaiki dengan asupan yang baik sehingga dapat melakukan tumbuh kejar sesuai dengan perkembangannya. Namun apabila intervensinya terlambat balita tidak akan dapat mengejar keterlambatan pertumbuhannya yang disebut dengan gagal tumbuh. Begitu pula dengan balita yang normal kemungkinan terjadi gangguan pertumbuhan bila asupan yang diterima tidak mencukupi. Dalam penelitian yang menganalisis hasil Riskesdas menyatakan bahwa konsumsi energi balita berpengaruh terhadap kejadian balita pendek, selain itu pada level rumah tangga konsumsi energi rumah tangga di bawah rata-rata merupakan penyebab terjadinya anak balita pendek (Sihadi *et al*, 2015).

Dalam upaya penanganan masalah *stunting* ini, khusus untuk bayi dan anak telah dikembangkan standar emas makanan bayi dalam

pemenuhan kebutuhan gizinya yaitu 1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang harus dilakukan sesegera mungkin setelah melahirkan; 2) Memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan tanpa pemberian makanan dan minuman tambahan lainnya; 3) Pemberian makanan pendamping ASI yang berasal dari makanan keluarga, diberikan tepat waktu mulai bayi berusia 6 bulan; dan 4) Pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun (Bappenas R.I, 2016).

Asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhan akan membantu pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebaliknya asupan gizi yang kurang dapat menyebabkan kekurangan gizi salah satunya dapat menyebabkan *stunting*.

2) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penyebab langsung *stunting*, Kaitan antara penyakit infeksi dengan pemenuhan asupan gizi tidak dapat dipisahkan. Adanya penyakit infeksi akan memperburuk keadaan bila terjadi kekurangan asupan gizi. Anak balita dengan kurang gizi akan lebih mudah terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi akan ikut menambah kebutuhan akan zat gizi untuk membantu perlawanan terhadap penyakit ini sendiri. Pemenuhan zat gizi yang sudah sesuai dengan kebutuhan namun penyakit infeksi yang diderita tidak tertangani akan tidak dapat memperbaiki status kesehatan dan status gizi anak balita. Untuk itu penanganan terhadap penyakit infeksi yang diderita sedini mungkin akan membantu perbaikan gizi dengan diimbangi pemenuhan asupan yang sesuai dengan kebutuhan anak balita.

Penyakit infeksi yang sering diderita balita seperti cacingan, Infeksi saluran pernafasan Atas (ISPA), diare dan infeksi lainnya sangat erat hubungannya dengan status mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup dan perilaku sehat (Bappenas R.I, 2016). Ada beberapa penelitian yang meneliti tentang hubungan penyakit infeksi dengan *stunting* yang menyatakan bahwa diare merupakan salah satu faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia dibawah 5 tahun (Taguri et al, 2008; Paudel et al, 2012).

b. Faktor Tidak Langsung

1) Ketersediaan Pangan

Akses pangan pada rumah tangga menurut Bappenas adalah kondisi penguasaan sumberdaya (sosial, teknologi, finansial/keuangan, alam, dan manusia) yang cukup untuk memperoleh dan/atau ditukarkan untuk memenuhi kecukupan pangan, termasuk kecukupan pangan di rumah tangga. Masalah ketersediaan ini tidak hanya terkait masalah daya beli namun juga pada pendistribusian dan keberadaan pangan itu sendiri, sedangkan pola konsumsi pangan merupakan susunan makanan yang biasa dimakan mencakup jenis dan jumlah dan frekuensi dan jangka waktu tertentu. Aksesibilitas pangan yang rendah berakibat pada kurangnya pemenuhan konsumsi yang beragam, bergizi, seimbang dan nyaman di tingkat keluarga yang mempengaruhi pola konsumsi pangan dalam keluarga sehingga berdampak pada semakin beratnya masalah kurang gizi masyarakat (Bappenas R.I, 2016).

Ketersediaan pangan yang kurang dapat berakibat pada kurangnya pemenuhan asupan nutrisi dalam keluarga itu sendiri. Rata-rata asupan kalori dan protein anak balita di Indonesia masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dapat mengakibatkan anak balita perempuan dan anak balita laki-laki Indonesia mempunyai rata-rata tinggi badan masing-masing 6,7 cm dan 7,3 cm lebih pendek dari pada standar rujukan WHO 2005 (Bappenas R.I, 2016). Oleh karena itu penanganan masalah gizi ini tidak hanya melibatkan sektor kesehatan saja namun juga melibatkan lintas sektor lainnya.

Ketersediaan pangan merupakan faktor penyebab kejadian *stunting*, ketersediaan pangan di rumah tangga dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, pendapatan keluarga yang lebih rendah dan biaya yang digunakan untuk pengeluaran pangan yang lebih rendah merupakan beberapa ciri rumah tangga dengan anak pendek (Djaiman dan Sihadi, 2015). Penelitian di Semarang Timur juga menyatakan bahwa pendapatan perkapita yang rendah merupakan faktor risiko

kejadian *stunting* (Nasikhah, 2012). Selain itu penelitian yang dilakukan di Maluku Utara dan di Nepal menyatakan bahwa *stunting* dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya adalah faktor sosial ekonomi yaitu defisit pangan dalam keluarga.

2) Status Gizi Ibu saat Hamil

Status gizi ibu saat hamil dipengaruhi oleh banyak faktor, faktor tersebut dapat terjadi sebelum kehamilan maupun selama kehamilan. Beberapa indikator pengukuran seperti 1) kadar hemoglobin (Hb) yang menunjukkan gambaran kadar Hb dalam darah untuk menentukan anemia atau tidak; 2) Lingkar Lengan Atas (LILA) yaitu gambaran pemenuhan gizi masa lalu dari ibu untuk menentukan KEK atau tidak; 3) hasil pengukuran berat badan untuk menentukan kenaikan berat badan selama hamil yang dibandingkan dengan IMT ibu sebelum hamil

Pengukuran LILA dilakukan pada ibu hamil untuk mengetahui status KEK ibu tersebut. KEK merupakan suatu keadaan yang menunjukkan kekurangan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama (Kemenkes R.I, 2013). Faktor predisposisi yang menyebabkan KEK adalah asupan nutrisi yang kurang dan adanya faktor medis seperti terdapatnya penyakit kronis. KEK pada ibu hamil dapat berbahaya baik bagi ibu maupun bayi, risiko pada saat persalinan dan keadaan yang lemah dan cepat lelah saat hamil sering dialami oleh ibu yang mengalami KEK.

Pada wanita hamil dan WUS digunakan ambang batas LILA <23,5 cm dikategorikan risiko KEK (Kemenkes R.I, 2013). Pengukuran LILA ini dilakukan dengan mengukur lengan atas ibu hamil tangan yang jarang digunakan dengan menggunakan alat pengukur LILA.

Penelitian di Sulawesi Barat menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK adalah pengetahuan, pola makan, makanan pantangan dan status anemia (Rahmaniar *et al*, 2014). Kekurangan energi secara kronis menyebabkan cadangan zat gizi yang

dibutuhkan oleh janin dalam kandungan tidak adekuat sehingga dapat menyebabkan terjadinya gangguan baik pertumbuhan maupun perkembangannya. Status KEK ini dapat memprediksi hasil luaran nantinya, ibu yang mengalami KEK mengakibatkan masalah kekurangan gizi pada bayi saat masih dalam kandungan sehingga melahirkan bayi dengan panjang badan pendek. Selain itu, ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Panjang badan lahir rendah dan BBLR dapat menyebabkan *stunting* bila asupan gizi tidak adekuat. Hubungan antara *stunting* dan KEK telah diteliti di Yogyakarta dengan hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa ibu hamil dengan riwayat KEK saat hamil dapat meningkatkan risiko kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan (Sartono *et al*, 2012).

Pemeriksaan darah dilakukan pada ibu hamil untuk mengetahui kadar Hb ibu sehingga dapat diketahui status anemia yang dialami ibu saat hamil. Anemia pada saat kehamilan merupakan suatu kondisi terjadinya kekurangan sel darah merah atau hemoglobin (Hb) pada saat kehamilan. Ada banyak faktor predisposisi dari anemia tersebut yaitu diet rendah zat besi, vitamin B12, dan asam folat, adanya penyakit gastrointestinal, serta adanya penyakit kronis ataupun adanya riwayat dari keluarga sendiri.

Ibu hamil dengan anemia sering dijumpai karena pada saat kehamilan keperluan akan zat makanan bertambah dan terjadi perubahan-perubahan dalam darah dan sumsum tulang (Wiknjastro *et al*, 2005). Nilai *cut-off* anemia ibu hamil adalah bila hasil pemeriksaan Hb <11,0 g/dl (Kemenkes R.I, 2013). Penyebab anemia pada ibu hamil adalah karena gangguan penyerapan pada pencernaan, kurangnya asupan zat besi dan protein dari makanan, perdarahan akut maupun kronis, meningkatnya kebutuhan zat besi, kekurangan asam folat dan vitamin, menjalankan diet miskin zat besi dan pola makan yang kurang baik ataupun karena kelainan pada sumsum tulang belakang.

Akibat anemia bagi janin adalah hambatan pada pertumbuhan janin, bayi lahir prematur, bayi lahir dengan BBLR, serta lahir dengan cadangan zat besi kurang sedangkan akibat dari anemia bagi ibu hamil dapat menimbulkan komplikasi, gangguan pada saat persalinan dan dapat membahayakan kondisi ibu seperti pingsan, bahkan sampai pada kematian (Direktorat Bina Gizi dan KIA, 2013). Kadar hemoglobin saat ibu hamil berhubungan dengan panjang bayi yang nantinya akan dilahirkan, semakin tinggi kadar Hb semakin panjang ukuran bayi yang akan dilahirkan (Ruchayati, 2012). Prematuritas, dan BBLR juga merupakan faktor risiko kejadian stunting, sehingga secara tidak langsung anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan kejadian *stunting* pada balita.

Menurut Almatsier, Ibu hamil akan membutuhkan tambahan energi dari pada ibu yang tidak hamil, penambahan tersebut dibedakan berdasarkan umur kehamilannya yaitu: 1) Trimester I ibu hamil membutuhkan tambahan energi 150-200 kal/hari; 2) Trimester II ibu hamil membutuhkan tambahan energi 250-350 kal/hari; 3) Trimester III ibu hamil membutuhkan tambahan energi 400 kal/hari dan jumlah cairan yang dibutuhkan minimal 1500 ml/hari. Penambahan berat badan ibu hamil dihubungkan dengan IMT saat sebelum ibu belum hamil. Apabila IMT ibu sebelum hamil dalam status kurang gizi maka penambahan berat badan seharusnya lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang status gizinya normal atau status gizi lebih. Penambahan berat badan ibu selama kehamilan berbeda pada masing-masing trimester. Pada trimester pertama berat badan bertambah 1,5-2 Kg, trimester kedua 4-6 Kg dan trimester ketiga berat badan bertambah 6-8 Kg. Total kenaikan berat badan ibu selama hamil sekitar 9-12 Kg (Direktorat Bina Gizi dan KIA, 2013).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Suryati tahun 2014 menyatakan bahwa pertambahan berat badan saat hamil merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kelahiran bayi (BBLR) (Suryati, 2014). Penambahan berat badan saat hamil perlu dikontrol

karena apabila berlebih dapat menyebabkan obesitas pada bayi sebaliknya apabila kurang dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah, prematur yang merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak balita.

3) Berat Badan Lahir

Berat badan lahir sangat terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang anak balita, pada penelitian yang dilakukan oleh Anisa tahun 2012 menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara berat lahir dengan kejadian *stunting* pada balita di Kelurahan Kalibaru (Anisa, 2012). Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, bayi dengan berat badan lahir rendah akan mengalami hambatan pada pertumbuhan dan perkembangannya serta kemungkinan terjadi kemunduran fungsi intelektualnya selain itu bayi lebih rentan terkena infeksi dan terjadi hipotermi (Direktorat Bina Gizi dan KIA, 2013).

Banyak penelitian yang telah meneliti tentang hubungan antara BBLR dengan kejadian *stunting* diantaranya yaitu penelitian di Klungkung dan di Yogyakarta menyatakan hal yang sama bahwa ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* (Sartono, 2013). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Malawi juga menyatakan prediktor terkuat kejadian *stunting* adalah BBLR.

4) Panjang Badan Lahir

Asupan gizi ibu yang kurang adekuat sebelum masa kehamilan menyebabkan gangguan pertumbuhan pada janin sehingga dapat menyebabkan bayi lahir dengan panjang badan lahir pendek. Bayi yang dilahirkan memiliki panjang badan lahir normal bila panjang badan lahir bayi tersebut berada pada panjang 48-52 cm (Kemenkes R.I, 2013).

Penentuan asupan yang baik sangat penting untuk mengejar panjang badan yang seharusnya. Berat badan lahir, panjang badan

lahir, usia kehamilan dan pola asuh merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting*. Panjang badan lahir merupakan salah satu faktor risiko kejadian *stunting* pada balita (Anugraheni dan Kartasurya, 2012).

Menurut Riskesdas tahun 2013 kategori panjang badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu <48 cm, 48-52 cm, dan >52 cm, panjang badan lahir pendek adalah bayi yang lahir dengan panjang <48 cm (Kemenkes R.I, 2013). Panjang badan lahir pendek dipengaruhi oleh pemenuhan nutrisi bayi tersebut saat masih dalam kandungan.

5) ASI Eksklusif

ASI Eksklusif menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain yang diberikan kepada bayi sejak baru dilahirkan selama 6 bulan (Kemenkes R.I, 2013). Pemenuhan kebutuhan bayi 0-6 bulan telah dapat terpenuhi dengan pemberian ASI saja. Menyusui eksklusif juga penting karena pada usia ini, makanan selain ASI belum mampu dicerna oleh enzim-enzim yang ada di dalam usus selain itu pengeluaran sisa pembakaran makanan belum bisa dilakukan dengan baik karena ginjal belum sempurna (Kemenkes R.I, 2013).

Manfaat dari ASI Eksklusif ini sendiri sangat banyak mulai dari peningkatan kekebalan tubuh, pemenuhan kebutuhan gizi, murah, mudah, bersih, higienis serta dapat meningkatkan jalinan atau ikatan batin antara ibu dan anak. Penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh menyatakan bahwa kejadian *stunting* disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga, pemberian ASI yang tidak eksklusif, pemberian MP-ASI yang kurang baik, imunisasi yang tidak lengkap dengan faktor yang paling dominan pengaruhnya adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif (Al-Rahmat *et al*, 2013).

Hal serupa dinyatakan pula oleh Arifin pada tahun 2012 dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa kejadian *stunting* dipengaruhi oleh berat badan saat lahir, asupan gizi balita, pemberian ASI, riwayat penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu balita, pendapatan keluarga, jarak antar kelahiran namun faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI (Arifin *et al*, 2013). Berarti dengan pemberian ASI eksklusif kepada bayi dapat menurunkan kemungkinan kejadian *stunting* pada balita, hal ini juga tertuang pada gerakan 1000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah Republik Indonesia.

2.1.3 Klasifikasi Stunting

Berdasarkan baku rujukan WHO *child growth standard* 2006 dengan melihat skor Z maka anak dikatakan memiliki status gizi normal jika skor Z $TB/U \geq -2$ SD dan *stunting* < -2 SD. Kategori status gizi berdasarkan skor Z TB/U menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010 dikategorikan menjadi empat, yaitu sangat pendek < -3 SD, pendek -3 SD s/d -2 SD, normal -2 SD s/d $+2$ SD, dan tinggi $> +2$ SD²⁴. Tingkatan *stunting* berdasarkan referensi WHO adalah:

- a. *Stunting*, apabila didapatkan hasil skor Z $TB/U < -2$ SD
- b. *Severely stunting*, apabila didapatkan hasil skor Z $TB/U < -3$ SD

Kategori status gizi berdasarkan TB/U dengan skor Z merupakan suatu metode untuk mengukur deviasi hasil pengukuran antropometri terhadap nilai median baku rujukan. Sistem skor Z dapat mengidentifikasi lebih jauh batas-batas dari data rujukan yang sesungguhnya, lebih akurat dibandingkan persen median dan persentil, serta meskipun menggunakan indeks antropometri yang berbeda, batas yang digunakan untuk kategori status gizi tetap konsisten (Gibson, 2005)

2.1.4. Cara Mencegah Stunting

Meskipun *stunting* berisiko mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, bukan berarti hal ini tidak dapat dicegah, berikut beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah stunting:

1. Penuhi Kebutuhan Gizi Selama Masa Kehamilan

Pencegahan terhadap *stunting* perlu dilakukan sedini mungkin, yaitu dimulai saat Ibu tengah mengandung. Lembaga kesehatan Milenium Challenge Account (MCA)-Indonesia menyarankan Ibu hamil memastikan kebutuhan gizinya terpenuhi, terutama asupan zat besi. Untuk itu, sebaiknya di masa kehamilan Ibu mengonsumsi makanan bergizi. Bila perlu, Ibu juga dapat mengonsumsi suplemen zat besi sesuai anjuran dokter. Di trimester kehamilan Ibu membutuhkan sekitar 30-60 mg zat besi agar kesehatan Bumil dan janin senantiasa terjaga. Selain itu, Ibu disarankan melakukan cek kesehatan secara rutin ke bidan atau dokter untuk memastikan kondisi kesehatan kehamilan.

2. Beri ASI Eksklusif Hingga Si Kecil Berusia 6 Bulan

Ahli nutrisi dari University of Hohenheim, Jerman, Veronika Scherbaum, mengungkapkan bahwa ASI punya peran penting dalam mencegah *stunting*. Hal ini disebabkan karena ASI memiliki kandungan gizi makro dan mikro yang dapat mencukupi kebutuhan Si Kecil di bawah usia enam bulan. Disebutkan juga bahwa kandungan protein *whey* dan kolostrum di dalam ASI dapat membantu memperkuat daya tahan tubuh Si Kecil terhadap penyakit. Berdasarkan survei yang dilakukan di India dan Haiti, Ibu yang melakukan [Inisiasi Menyusu Dini \(IMD\)](#) di satu jam pertama setelah kelahiran memiliki risiko *stunting* lebih rendah. Ini menjadi salah satu dasar mengapa bidan atau tenaga kesehatan menyarankan para Ibu untuk mendukung proses IMD.

3. Pastikan Asupan Gizi Si Kecil 6 Bulan ke Atas Terpenuhi dengan MP-ASI

Setelah berusia enam bulan, kebutuhan gizi bayi tentunya makin bertambah. ASI saja belum cukup untuk memenuhi asupan gizi hariannya. Oleh sebab itu, Ibu perlu menyiapkan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang mengandung zat gizi makro dan mikro untuk membantu kurangi risiko *stunting*. WHO merekomendasikan fortifikasi (penambahan nutrisi ke dalam makanan) sebagai salah satu cara memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.

4. Pantau Pertumbuhan Bayi dan Anak

Anak yang mengalami *stunting*, secara fisik memiliki postur tubuh yang lebih pendek dari anak seusianya. Karena itu, penting bagi Ibu untuk memantau pertambahan tinggi dan berat badan bayi dan anak secara rutin di Posyandu atau klinik khusus anak. Tujuannya agar Ibu dapat mengetahui lebih awal apakah bayi dan anak mengalami gangguan pertumbuhan.

5. Menjaga Kebersihan Lingkungan

Ini juga jadi hal yang perlu diperhatikan untuk mendukung tumbuh kembang bayi dan anak. Kondisi kebersihan lingkungan yang tidak terjaga bisa menjadi tempat kuman penyebab penyakit untuk berkembang biak. Hal ini tentu dapat memperbesar risiko anak terinfeksi berbagai penyakit, seperti diare. Menurut hasil studi dari Harvard Chan School, diare merupakan faktor ke-tiga penyebab *stunting* pada anak.

2.2. Makanan pendamping ASI (MP ASI)

2.2.1 Pengertian MP ASI

Makanan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai anak berusia 24 bulan. MP ASI bukan untuk mengganti ASI, melainkan hanya untuk melengkapi ASI. Dalam hal ini makanan pendamping ASI berbeda dengan makanan sapihan, karena makanan sapihan diberikan ketika bayi tidak lagi mengkosumsi ASI(Krisnatuti,2000). Makanan pendamping ASI adalah makanan/minuman yang mengandung gizi yang diberikan pada usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya selain dari ASI (Depkes RI, 2006). Makanan pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi diberikan pada bayi dan anak usia 6-12 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Ali Khomsan, 2008).

2.2.2. Manfaat makanan pendamping ASI

Melengkapi zat gizi pada ASI, membantu mengembangkan kemampuan bayi dalam menerima bermacam – macam makanan, mengembangkan

kemampuan bayi dalam mengunyah dan menelan serta mencoba dan mengenalkan bayi agar bisa beradaptasi terhadap makanan – makanan yang mengandung kadar energi tinggi. ASI hanya mampu mencukupi kebutuhan bayi sampai usia 4-6 bulan. Tujuan pemberian makanan pendamping ASI adalah untuk menambah energi dan zat-zat yang diperlukan bayi, karena ASI tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus menerus. Pertumbuhan dan kondisi pertumbuhan berat badan anak. Selain sebagai pelengkap ASI melatih belajar mengenal makanan (Krisnatuti, 2000). Pada saat bayi tumbuh dan menjadi aktif, akan dicapai usia tertentu ASI saja tidak cukup untuk memenuhi nutrisi anak dengan demikian makanan tambahan diberikan untuk mengisi kesenjangan antara kebutuhan nutrisi total pada anak dengan jumlah yang didapatkan dari ASI

(Diah Rosida, 2004).

2.2.3. Anjuran pemberian makanan pendamping ASI berdasarkan umur bayi, jenis makanan dan frekuensi pemberian dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini.

Tabel 2.1 Anjuran pemberian makanan pada bayi dan anak sampai umur 24 bulan

No	Usia (bulan)	Anjuran Pemberian Makanan
1	6–9	1. Beri ASI setiap bayi menginginkan. 2. Mulai beri makanan pendamping ASI seperti bubur susu, pisang dan pepaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring. 3. Secara bertahap berikan bubur tim saring ditambah kuning telur ayam/ ikan/tempe/tahu/daging sapi/bayam/ wortel/ kacang hijau/santan/minyak. 4. Makanan pendamping ASI 2 kali sehari. 5. Jumlah pemberian 5.1 umur 6 bulan : 6 sendok makan 5.2 umur 7 bulan 7 sendok makan 5.3 umur 8 bulan : 8 sendok makan
2	9–12	1. teruskan pemberian ASI sampai umur 2 tahun.

		2. umur 9-12 bulan, beri makanan pendamping ASI, dimulai dari bubur nasi sampai nasi tim 3 kali sehari. Setiap kali makandiberikan sesuai umur : umur 9 bulan : 9 sendok makan umur 10 bulan : 10 sendok makan umur 11 bulan : 11 sendok makan 3. beri ASI terlebih dahulu kemudian baru makanan pendamping ASI. 4. pada makanan pendamping tambahkan telur ayam/ikan/tahu/tempe/daging sapi/wortel/santan/minyak pada bubur nasi. 5. bila menggunakan makanan pendamping ASI dari pabrik, baca cara memakainya, batas umur dan tanggal kadaluarsa. 6. beri makanan selingan 2 kali sehari diantara waktu makan, seperti bubur kacang hijau, pisang, biskuit, nagasari. 7. beri buah-buahan atau sari buah. 8. mulai mengajar bayi cara minum/makan sendiri menggunakan gelas/sendok.
3	12–24	1. Teruskan pemberian ASI sampai umur 24 bulan. 2. Beri nasi lembek 3 kali sehari. 3. Tambahkan telur/ayam/tempe/daging sapi/wortel/bayam/bubur kacang hijau/santan/minyak pada nasi lembek. 4. Beri makanan selingan 2 kali sehari diantara waktu makan seperti bubur kacang hijau, pisang , biskuit, nagasari, dsb. 5. Beri buah-buahan atau sari buah. 6. Bantu anak untuk makan sendiri.

(Depkes RI,2008)

2.2.4. Makanan Pendamping ASI yang Baik

Makanan tambahan bayi sebaiknya memiliki beberapa kriteria :

1. Kaya akan sumber energi sumber protein dan mikro nutrien (zat besi, zink, kalsium, vitamin c dan asam folat).
2. Memiliki nilai suplementasi yang baik serta mengandung vitamin dan mineral yang cocok.
3. Dapat diterima oleh pencernaan dengan baik.
4. Harga relatif murah dan terjangkau.
5. Sebaiknya dapat diproduksi dari bahan yang tersedia atau lokal.
6. Bersifat padat gizi.
7. Kandungan serat kasar atau bahan lain yang sukar dicerna dalam jumlah sedikit. Kandungan serat kasar yang terlalu banyak justru akan mengganggu pencernaan bayi (Krisnatuti, 2000).
8. Bersih dan aman.
9. Tidak ada patogen, bahan kimia yang beracun misalnya tidak ada bakteri penyebab penyakit atau organisme berbahaya lainnya.
10. Tidak ada potongan tulang atau bagian yang keras yang membuat anak tersedak.
11. Tidak terlalu panas, pedas, atau asin.
12. Mudah dimakan oleh anak dan disukai anak.
13. Tersedia di daerah anda dan harganya terjangkau dan mudah disiapkan (Diah Rosida, 2004).

2.4.4.2 Makanan tambahan yang baik adalah

1. Kaya akan sumber energi, sumber protein dan mikro nutrien (zat besi, zink, kalsium, vitamin c dan asam folat) .
2. Bersih dan aman.
3. Tidak ada patogen, misalnya tidak ada bakteri penyebab penyakit atau organisme berbahaya lainnya.
4. Tidak ada bahan kimia berbahaya atau toksin.
5. Tidak ada potongan tulang atau bagian yang keras yang membuat anak tersedak.
6. Tidak terlalu panas.

7. Tidak terlalu pedas atau asin.
8. Mudah dimakan oleh anak.
9. Disukai anak.
10. Tersedia di daerah anda dan harganya terjangkau.
11. Mudah disiapkan.

(Diah Rosida, 2004)

2.2.5. Beberapa permasalahan yang terjadi dalam pemberian makanan pada bayi

, dan anak umur 0 -24 bulan adalah :

1. Pemberian makanan yang pralaktal (Makanan sebelum ASI keluar).
Pemberian makanan pralaktal adalah jenis makanan seperti air kelapa, air teh, air tajin, madu, pisang, yang diberikan pada bayi yang baru lahir sebelum ASI keluar. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi mengganggu keberhasilan menyusui.
2. Kolostrum dibuang
Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan Berwarna kekuning - kuningan. Masih banyak ibu – ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Kolostrum mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi tinggi. Oleh karena itu kolostrum jangan dibuang.
3. Pemberian MP ASI terlalu dini atau terlambat
Pemberian MP ASI yang masih terlalu dini (sebelum usia 4 bulan) Menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan. Bila pemberian ASI terlambat (setelah usia 6 bulan) menyebabkan hambatan tumbuh kembang anak.
4. MP ASI yang diberikan tidak cukup
Pemberian MP ASI pada periode 6 – 24 bulan sering tidak tepat dan Tidak cukup baik kualitas dan kuantitasnya. Masih adanya kepercayaan bahwa anak tidak boleh makan dan kebiasaan tidak mengkonsumsi santan / minyak pada makanan anak, dapat menyebabkan kondisi anak kurang gizi terutama energi dan protein serta berapa vitamin

penting yang larut dalam lemak.

5. Pemberian MP ASI sebelum ASI

Pada usia 4-6 bulan pemberian nasi yang dilakukan sesudah MP ASI dapat menyebabkan ASI kurang konsumsi. Pada periode ini zat - zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Dengan memberikan MP ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengonsumsi ASI kurang, yang berakibat menurunnya produksi ASI. Hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi seharusnya ASI diberikan dahulu baru MP ASI.

6. Frekwensi pemberian MP ASI kurang

Frekwensi pemberian MP ASI dalam sehari kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi.

7. Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja.

Di daerah kota dan semi perkotaan ada kecenderungan rendahnya Frekwensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja karena ibu sibuk. Hal ini menyebabkan konsumsi zat gizi rendah apalagi bila pemberian MP ASI pada anak kurang diperhatikan.

8. Kebersihan kurang

Pada umumnya ibu kurang menjaga kebersihan makanan terutama pada saat menyediakan dan memberi makanan dengan tangan, menyimpan makanan tanpa tutup atau tudung saji dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya. Hal ini memungkinkan timbulnya penyakit infeksi seperti diare atau mencret dll. Prioritas gizi yang salah pada keluarga banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar seperti ayah atau kakak tertua dibandingkan untuk anak baduta (bawah dua tahun) dan bila makan bersama anak baduta selalu kalah (Depkes RI, 2000).

2.3. Definisi Perilaku

2.3.1. Batasan dan Pengertian Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Perilaku manusia pada hakikatnya tindakan manusia itu sendiri yang bentangnya sangat luas dari mulai berjalan, bicara, menangis, tertawa, bekerja, dan sebagainya.

Seorang ahli psikologi Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Skinner juga mengungkapkan teori SOR (Stimulus – Organisme – Respon) dimana stimulus terhadap organisme kemudian organisme merespon. Skinner membedakan 2 (dua) respon, yakni :

1. Respondent Respon atau Reflexive

Adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu atau disebut dengan *eliciting stimulation* atau stimulasi yang menimbulkan respon tetap, seperti makanan lezat dapat merangsang seseorang untuk makan

2. Operant Respons atau Instrumental Respon

Adalah respon yang timbul dan berkembang oleh stimulus tertentu. Perangsang ini disebut dengan *reinforce* yang artinya penguat.

Apabila kita melihat dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi 2 (dua), yaitu :

1. Perilaku Tertutup (*Over Behavior*)

Merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi ini masih dalam batas perhatian, persepsi, pengetahuan (kesadaran) atau sikap yang terjadi pada seseorang yang mendapat rangsangan.

2. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Merupakan respon yang terjadi pada seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Responnya dalam bentuk tindakan yang dapat diamati oleh orang lain.

Prosedur pembentukan perilaku dalam *Operant Conditioning* (respon perilaku yang diciptakan karena adanya kondisi tertentu) menurut Skinner adalah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi terhadap hal hal yang merupakan penguat berupa *reward* atau hadiah bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki.
3. Menggunakan secara urut komponen sebagai satu tujuan sementara.
4. Melakukan pembentukan perilaku dengan urutan komponen tersebut.

2.3.2. Pembentukan Perilaku

Dalam tahapan ini perilaku manusia terbesar adalah perilaku yang dibentuk, dengan perilaku yang dipelajari. Maka bagaimana cara untuk membentuk perilaku yang sesuai dengan harapan.

1. Pembentukan Perilaku dengan Kebiasaan (*conditioning*)

Menurut Notoatmodjo (2003) dalam Sinta (2011) dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai dengan harapan maka akan terbentuklah suatu perilaku tersebut. Contohnya membiasakan sarapan pagi sebelum jam 9 (Sembilan). Teori belajar *conditioning* dikemukakan oleh Pavlov, Thondike, serta Skinner.

2. Pembentukan Perilaku dengan Pengertian (*insight*)

Dalam teori ini belajar secara kognitif disertai dengan adanya pengertian atau *insight* menurut Kohler, sedangkan menurut Thoendike dalam belajar yang dipentingkan adalah latihan.

3. Pembentukan Perilaku dengan Menggunakan Model

Disamping dengan cara yang diatas, pembentukan perilaku juga dapat ditempuh dengan cara menggunakan model atau contoh. Missal ucapan dan perilaku orang tua sebagai contoh anak anaknya, hal tersebut menunjukkan perilaku dengan menggunakan contoh atau model. Cara ini berdasarkan pada teori belajar sosial atau *observational learning theory* yang dikemukakan oleh Bandura (1977).

2.3.3. Perilaku Pada Umumnya Hubungannya dengan Perilaku Sehat

Greend (1991) yang dikutip oleh Sinta (2011) bahwa perilaku adalah kegiatan manusia atau makhluk hidup yang dapat dilihat secara langsung pada waktu tertentu di suatu tempat tertentu sedangkan perilaku sehat adalah perilaku yang didasarkan pada prinsip-prinsip kesehatan.

Teori timbulnya perilaku menurut Maslow, yaitu :

- 2.3.3.1. Kebutuhan pokok paali psikologi (*pbyialogoscial needs*), kebutuhan masa hidup manusia, makan, minum, istirahat, dan sexual.
- 2.3.3.2. Kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*), merasa jauh dari ancaman dan bahaya, termasuk bahaya ekonomi dan sosial.
- 2.3.3.3. Kebutuhan cinta dan kasih sayang dalam kehidupan sosial.
- 2.3.3.4. Kebutuhan untuk dihargai dan dihormati (*the esteem needs*).
- 2.3.3.5. Kebutuhan akan penampilan diri (*self actualization needs*).

Menurut skinner (1938) dalam kutipan Sinta (2011), perilaku kesehatan adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Klasifikasi dari perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 (tiga) bagian, yaitu :

- 2.3.3.5.1.1.1. Perilaku pemeliharaan kesehatan, adalah perilaku atau usaha seseorang untuk menjaga kesehatannya agar tidak sakit dan usaha penyembuhan bila mana sakit. Pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 (tiga) aspek, yaitu :
 - a. Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan bila mana sembuh dari penyakit.
 - b. Perilaku peningkatan kesehatan apabila seseorang dalam keadaan sehat, karena harus mencapai kesehatan yang optimal.
 - c. Perilaku gizi, karena makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang. Tetapi sebaliknya

makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2.3.3.5.1.1.2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan, merupakan perilaku yang menyangkut pada saat seseorang menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan perilaku dimulai dengan cara mengobati diri sendiri sampai harus mencari pengobatan ke luar negeri.

2.3.3.5.1.1.3. Perilaku kesehatan lingkungan, yaitu bila mana seseorang merespon lingkungannya, baik itu fisik, social dan budaya, sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatannya, keluarga atau masyarakat.

2.3.4. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Determinan perilaku ini dibagi menjadi dua, yakni :

1. Determinan faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, social, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) seorang ahli psikolog pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain ranah atau kawasan, yakni:

1. Pengetahuan (Kognitif)
 - a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera pengelihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*).

b. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- Awareness (kesadaran), yakni dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi objek.
- Interest (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.
- Evaluation (menimbang-nimbang), individu akan mempertimbang kan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- Trial, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- Adaption dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, keasadaran dan sikapnya

c. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan, yakni :

- Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- Memahami (*comprehension*), memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek

yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

- Aplikasi (*application*), aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
- Analisa (*analysis*), merupakan kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- Sintesis (*synthesis*), menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu.

d. Kategori pengetahuan Menurut Notoatmodjo

Pengukuran pengetahuan menggunakan pengkategorian menurut Machfoedz (2009) dalam Notoatmodjo (2010) yaitu:

- Baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76-100% dari seluruh pernyataan.
- Cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56-74% dari seluruh pernyataan.
- Kurang, bila subjek mampu menjawab dengan benar <55% dari seluruh pernyataan.

2. Sikap (Afektif)

a. Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial, menyatakan bahwa sikap itu

merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

b. Komponen Pokok Sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

c. Berbagai Tingkatan Sikap

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

- Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.
- Merespon (*responding*), adalah memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu tindakan dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
- Menghargai (*valuing*), adalah kegiatan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

- Bertanggungjawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

d. Skala Sikap

Metode pengungkapan sikap dalam bentuk self-report yang hingga kini dianggap sebagai yang paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pernyataan-pernyataan yang harus dijawab oleh individu yang disebut sebagai skala sikap. Skala sikap berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek sikap. Dari respons subjek pada setiap pernyataan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang.

3. Tindakan (psikomotor)

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

- a. Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.
- b. Respon terpimpin (*guided response*), dapat mengenal sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.
- c. Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.
- d. Adopsi (*adoption*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan nya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.3.5. Perubahan (adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 (tiga) tahap.

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya dan keluarganya. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit, meliputi penyebab penyakit, gejala atau tanda-tanda penyakit, bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan, bagaimana cara penularannya, dan bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi.
- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi jenis-jenis makanan bergizi, manfaat makanan bergizi bagi kesehatannya, pentingnya olah raga bagi kesehatannya, penyakit-penyakit (bahaya merokok, minuman keras, narkoba, dan sebagainya), pentingnya istirahat cukup (relaksasi, rekreasi), dan sebagainya bagi kesehatan.
- c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, meliputi manfaat air bersih, cara-cara pembuangan limbah dan kotoran yang sehat, manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat, serta dampak dari polusi (air, udara, tanah) bagi kesehatan.

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas, yakni :

- a. Sikap terhadap sakit dan penyakit
 - b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat, adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara (berperilaku) hidup sehat.
 - c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan, adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan.
3. Tindakan atau praktek

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Indikator praktek kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut diatas, yakni :

- a. Tindakan sehubungan dengan penyakit, mencakup pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit.
- b. Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, mencakup mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, dan sebagainya.
- c. Tindakan kesehatan lingkungan, mencakup membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, mencuci, memasak, dan sebagainya.

2.4. Konsep Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, bagi individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan agar hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa

dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan (Hendra, 2010).

2.4.1. Metode Ceramah

Metode ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.

2.4.2. Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode mengajar dengan cara memperagakan barang, kejadian, aturan, dan urutan melakukan suatu kegiatan, baik secara langsung maupun melalui penggunaan media pengajaran yang relevan dengan pokok bahasan atau materi yang sedang disajikan (Martiningsih, 2007).

Tujuan penggunaan metode demonstrasi menurut Martiningsih (2007) yaitu mengajarkan suatu proses atau prosedur yang harus dimiliki peserta didik atau dikuasai peserta didik, mengkongkritkan informasi atau penjelasan kepada peserta didik, mengembangkan kemampuan pengamatan pandangan dan penglihatan para peserta didik secara bersama-sama. Digunakan untuk memperlihatkan sesuatu proses atau cara kerja suatu benda yang berkenaan dengan bahan pelajaran.

Berdasarkan pernyataan di atas, tujuan digunakannya metode demonstrasi dalam suatu pembelajaran adalah mengajarkan proses atau prosedur, mengkongkritkan informasi, pengamatan. pengembangan kemampuan melihat melalui pengamatan.

Penelitian di Delhi Selatan menunjukkan bahwa konseling gizi meningkatkan

asupan energi secara bermakna Bhandari et al. (2001) dan dalam penelitian Bhandari et al. (2004) di Haryana India menunjukkan intervensi pendidikan gizi dapat meningkatkan panjang badan meskipun kecil tetapi bermakna pada kelompok perlakuan (rerata perbedaan 0,32 cm), sedangkan berat badan tidak terpengaruh. Menurut penelitian Gulden, et al. (2000) di Cina seperti dikutip Aswita (2008)

menunjukkan bahwa ibu yang mendapat intervensi pendidikan gizi selama 1 tahun mempunyai pengetahuan dan praktik pemberian makan dan pertumbuhan bayi yang lebih baik. Berdasarkan penelitian Brown (1992) di Bangladesh menunjukkan pendidikan

gizi melalui demonstrasi oleh pekerja desa dapat meningkatkan masukan energi pada anak kelompok perlakuan setelah 5 bulan intervensi.

2.4.3. Metode Emo Demo

Emo demo merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan penggabungan *Behaviour Communication Change* (BCC) yaitu proses interaktif antara individu, kelompok atau masyarakat dalam mengembangkan strategi komunikasi untuk mencapai perubahan perilaku secara positif, dan *Behaviour Communication Definition* (BCD) yaitu proses komunikasi yang memanfaatkan secara langsung konstruksi psikologis individu dengan melibatkan perasaan, kebutuhan, dan pemikiran.

Metode emo demo berasal dari Negara Belanda, yang ditujukan kepada kemenkes untuk meningkatkan partisipasi masyarakatnya dalam berbagai kegiatan posyandu. Bermula dari ide seseorang yang ingin mengubah *mindset* seseorang agar lebih semangat berpartisipasi pada kegiatan posyandu, mulai dari penimbangan dan pemberian kapsul vitamin A secara rutin dengan memberikan mereka beraneka ragam permainan yang dapat dengan mudah mereka praktekkan dan mereka ingat makna kesehatan dibalik permainan tersebut.

Penelitian Dahlia, 2017 menunjukkan ada perbedaan yang signifikan pada pengetahuan responden setelah diberikan intervensi $p\text{ value} = 0,000$ dengan $\alpha = 0,05$. Artinya penyuluhan kesehatan dengan metode Emo Demo berhasil meningkatkan pengetahuan siswa -siswi MI Al Badri secara signifikan. Begitu pula pada praktik responden yang menunjukkan adanya perbedaan setelah diberikan intervensi ($p\text{ value} = 0,000$). Hasil penelitian ini membuktikan bahwa penyuluhan CTPS dengan metode Emo Demo berhasil meningkatkan pengetahuan dan praktik CTPS pada siswa -siswi MI Al Badri. Demikian juga hasil

penelitian Viranita, 2018 berdasarkan uji statistic *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < \alpha 0,05$), hal ini berarti “Ada pengaruh terhadap tingkat pengetahuan siswa tentang pemilihan jajanan sehat sebelum dan sesudah penyuluhan emo demo dengan menggunakan media ular tangga”.

2.4.4. Metode dan Tujuan Penggunaannya

Berikut ini merupakan contoh menentukan metode promosi kesehatan yang digunakan sesuai dengan tujuan pelaksanaan promosi kesehatannya:

1. Untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan: ceramah, kerja kelompok, seminar, kampanye.
2. Menambah pengetahuan. Menyediakan informasi: *One-to-one teaching* (mengajar per-seorangan/privat), seminar, media massa, kampanye, group teaching.
3. *Self-empowering*. Meningkatkan kemampuan diri, mengambil keputusan Kerja kelompok, latihan (*training*), simulasi, metode pemecahan masalah, *peer teaching method*.
4. Mengubah kebiasaan: Mengubah gaya hidup individu, Kerja kelompok, latihan keterampilan, *training*, metode debat.
5. Mengubah lingkungan, Bekerja sama dengan pemerintah untuk

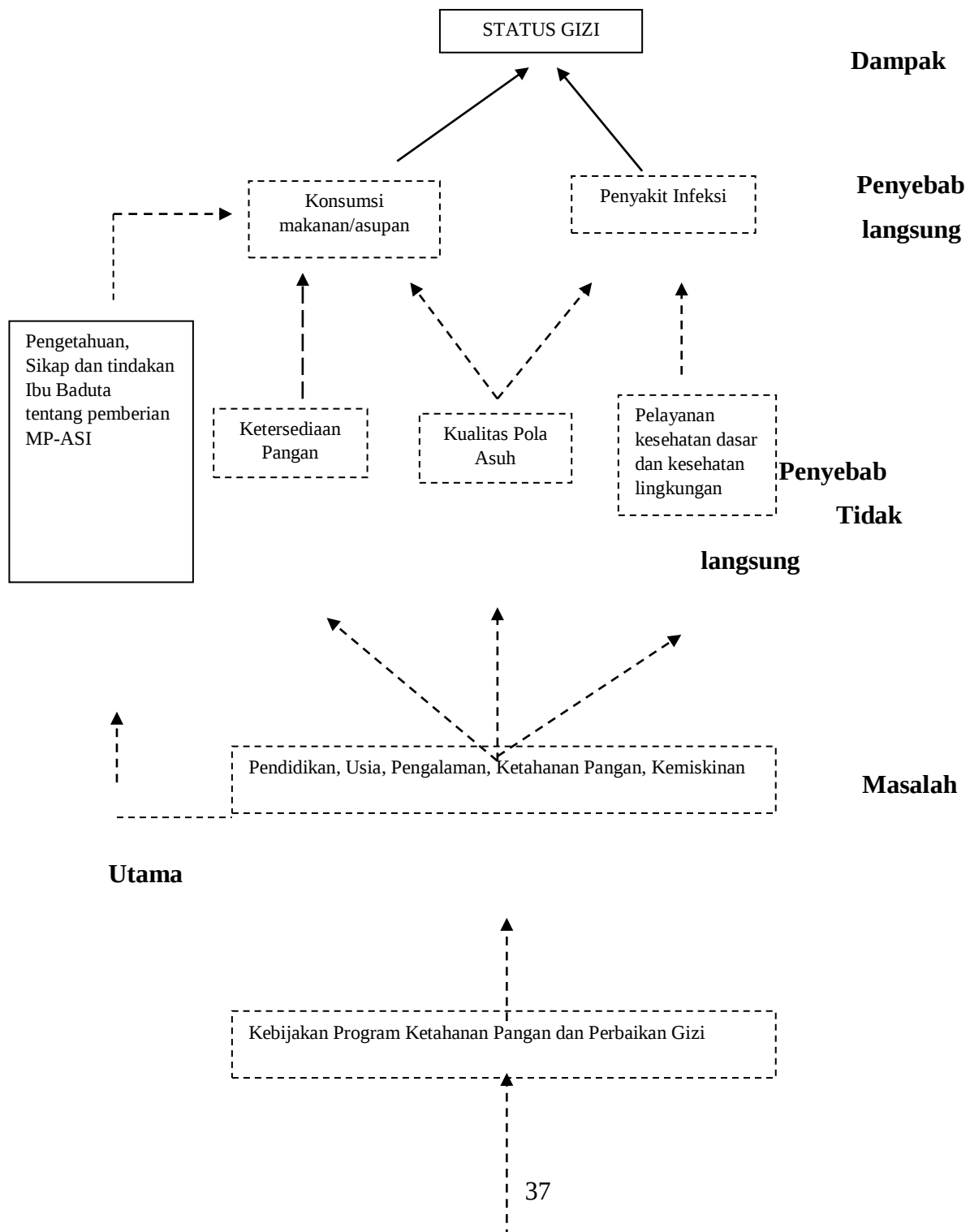
2.5. Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap Kejadian Stunting

Penelitian Pormes dkk (2016) menggunakan analisis uji statistik chi square dengan batas kemaknaan $\alpha \leq 0,05$, hasil uji statistik didapat nilai $p = 0,000 < \alpha \leq 0,05$, yang berarti H_0 ditolak sehingga ada hubungan antara pengetahuan orang tua tentang gizi dengan stunting pada anak usia 4-5 tahun di TK Malaekat Pelindung Manado.

Sejalan dengan penelitian Olsa,dkk (2017) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara sikap ($p=0,000$) dan pengetahuan ibu ($p=0,000$) dengan kejadian stunting pada anak baru masuk sekolah dasar di Kecamatan NanggaloPadang.

Belajar dari penelitian yang sudah dilakukan diatas,kali ini peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang secara khusus ingin mengetahui pengaruh metode emo demo terhadap pengetahuan , sikap dan tindakan ibu baduta dalam praktek pemberian MP ASI untuk pencegahan stunting.

2.6. Kerangka Teori



Kurangnya pemberdayaan wanita dan keluarga dan
Kurangnya pemanfaatan sumber dayamasyarakat.



Gambar 2.1 Modifikasi Kerangka Konsep Pengetahuan Ibu Baduta tenpang MP ASI pasa usia 6-24 bulan dan Penyebab masalah Status gizi menurut UNICEF tahun 1998

Ket :

_____ : diteliti
- - - - - : tidak diteliti

Keterangan :

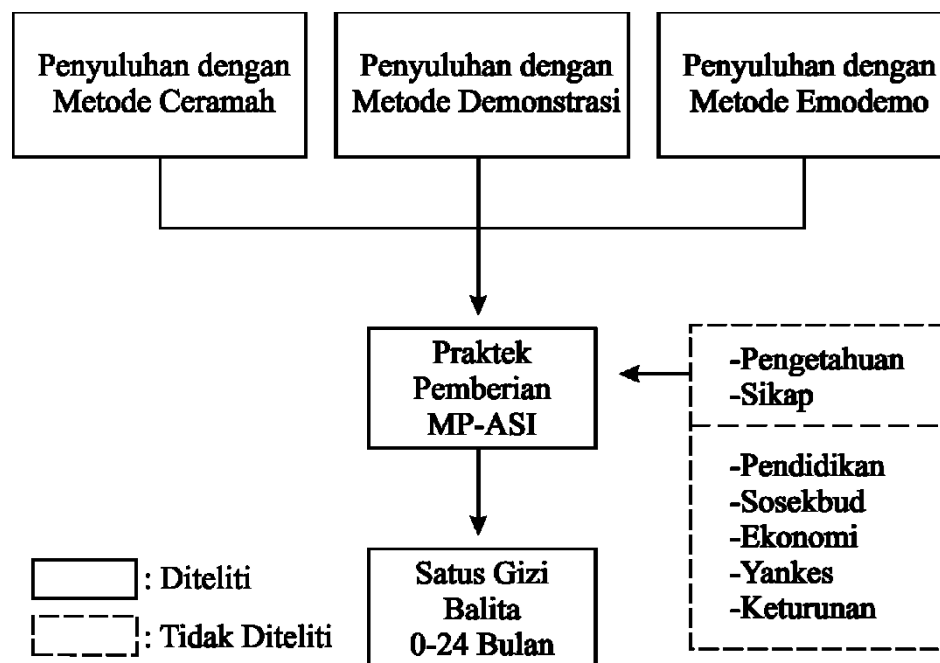
Menurut Gambar 2.1 Kerangka konseptual gambar diatas menunjukkan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Baduta dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan, usia, pengalaman dan lain – lain. Penyebab timbulnya masalah status gizi pada balita usia 6 – 24 bulan tersebut sesuai gambar terdiri dari beberapa tahapan, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Akar masalah dan pokok masalah. Ada dua penyebab langsung terjadinya kasus gizi buruk. Yaitu kurangnya asupan gizi dari makanan dan akibat terjadinya penyakit infeksi yang menyebabkan infeksi. Kedua penyebab tersebut saling berpengaruh. Kurangnya asupan gizi bisa disebabkan oleh terbatasnya jumlah makanan yang dikonsumsi atau makanannya memenuhi unsur gizi yang dibutuhkan. Sedangkan kurang gizi yang terjadi akibat penyakit disebabkan oleh rusaknya beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat – zat makanan secara baik.

Faktor penyebab langsung yang kedua adalah infeksi yang disebabkan dengan tingginya prevalensi dan kejadian penyakit infeksi terutama diare, ISPA,

TBC, Malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Infeksi ini dapat mengganggu penyerapan asupan gizi sehingga mendorong terjadinya gizi kurang dan gizi buruk. Sebaliknya, gizi kurang melemahkan daya tahan anak sehingga mudah sakit.

Ketiga faktor penyebab langsung tersebut dapat ditimbulkan oleh tiga faktor penyebab tidak langsung, yaitu: (i) ketersediaan pangan dan pola konsumsi pangan dalam keluarga, (ii) pola pengasuhan anak yaitu seperti pemberian MP ASI terlalu dini, tidak memberikan ASI Eksklusif, pengetahuan ibu tentang pemberian MP ASI kurang, dan (iii) jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat. Ketiganya dapat berpengaruh pada kualitas konsumsi makanan anak dan frekuensi penyakit infeksi. Apabila kondisi ketiganya kurang baik menyebabkan gizi kurang.

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Hipotesis dalam proposal penelitian ini adalah

1. Ada perbedaan praktek pemberian MP ASI kepada balita 0-24 bulan antara kelompok perlakuan yang mendapat penyuluhan Pemberian MP ASI Metode Emo Demo dengan kelompok kontrol penyuluhan dengan metode selain emo demo.

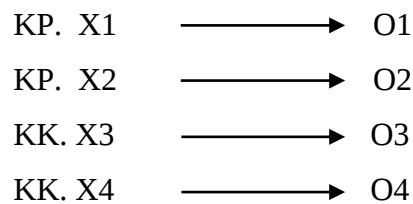
BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Bangun Penelitian

Jenis penelitian adalah penelitian eksperimental murni dengan Rancangan Eksperimen Ulang atau Pretest-Posttest Control Group Design.

Rancangan penelitian sebagai berikut :



Keterangan :

KP.X1 : Kelompok perlakuan dengan penyuluhan menggunakan metode Ceramah

KP.X2 : Kelompok perlakuan dengan penyuluhan menggunakan metode Demonstrasi

KP.X3 : Kelompok perlakuan dengan penyuluhan menggunakan metode Emodemo

KK.X4: Kelompok control tanpa perlakuan

X1 : Perlakuan penyuluhan menggunakan metode Ceramah

X2 : Perlakuan penyuluhan menggunakan metode Demonstrasi

X3 : Perlakuan penyuluhan menggunakan metode Emodemo

X4 : Kontrol tanpa perlakuan

O1 : Pengukuran perilaku praktek ibu dalam pemberian MP ASI

O2 : Pengukuran perilaku praktek ibu dalam pemberian MP ASI

O3 : Pengukuran perilaku praktek ibu dalam pemberian MP ASI

O4 : Pengukuran perilaku praktek ibu dalam pemberian MP ASI

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari s/d Oktober 2019.

2. Tempat

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas terpilih yang dijadikan sebagai lokasi kelompok Perlakuan dan kelompok Kontrol di Kota Surabaya.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua Baduta di Kota Surabaya yang mendapat intervensi penyuluhan metode emo demo dan tidak mendapatkan intervensi penyuluhan metode emo demo.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini Ibu Baduta di wilayah kerja Puskesmas yang memenuhi kriteria bersedia menjadi sampel dan mengikuti penyuluhan metode emo demo.

3. Besar Sampel

Untuk Perhitungan sampel termasuk kategori tidak berpasangan digunakan rumus besar sampel (Lemeshow *et al.*, 1997).

$$n = \frac{2(\sigma)^2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

n : jumlah sampel per kelompok

α : standard deviasi dari penelitian sejenis

$Z_{(1-\alpha)}$: nilai pada distribusi normal standard yang sama dengan tingkat kepercayaan

95% ($\alpha = 5\%$ adalah 1.96)

$Z_{(1-\beta)}$: nilai pada distribusi normal standard yang sama dengan power

90% ($\beta = 10\%$

adalah 1.28)

$(\mu_1 - \mu_2)$: perbedaan rata-rata kenaikan skor perilaku

Menggunakan rumus di atas, *outcome* yang diamati adalah selisih skor perilaku ibu dalam pemberian ASI antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol adalah $\mu_1 - \mu_2 = 1$ dan standard deviasi adalah $= 2.68$ yang mengacu pada penelitian Taufiqurrahman *et al.* (2012) maka jumlah sampel minimal yang diperlukan adalah $n = 2 (2.68)^2 (1.96 + 1.28)^2 / (1)^2 = 24.86$ dibulatkan menjadi 25 ibu Baduta untuk masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

3.4. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah :

a. Variabel bebas :

- Penyuluhan menggunakan metode Ceramah
- Penyuluhan menggunakan metode Demonstrasi
- Penyuluhan menggunakan metode Emodemo

b. Variabel terikat:

- Praktek pemberian MP ASI

2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala Data
1.	Penyuluhan Metode Ceramah	Metode ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan	1. Penyuluhan Metode Ceramah 2. Tanpa penyuluhan metode Ceramah	Nominal
2.	Penyuluhan Metode Demonstrasi	Metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana	1. Penyuluhan Metode Demonstrasi 2. Tanpa penyuluhan metode Demonstrasi	Nominal

		cara melaksanakan suatu tindakan , adegan menggunakan alat peraga.		
3.	Penyuluhan Metode Emo Demo	Emo demo merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan penggabungan <i>Behaviour Communication Change</i> (BCC) yaitu proses interaktif antara individu, kelompok atau masyarakat dalam mengembangkan strategi komunikasi untuk mencapai perubahan perilaku secara positif, dan <i>Behaviour Communication Definition</i> (BCD) yaitu proses komunikasi yang memanfaatkan secara langsung konstruksi psikologis individu dengan melibatkan perasaan, kebutuhan, dan pemikiran. -	1. Penyuluhan Metode Emo Demo 2. Tanpa penyuluhan metode Emo Demo	Nominal
4.	Praktek Pemberian MP 0-24 bulan	Praktek Pemberian Makanan pendamping ASI yaitu makanan yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sampai anak berusia 24 bulan. MP ASI bukan untuk mengganti ASI, melainkan hanya untuk melengkapi ASI yang sesuai secara bertahap.	1. MPASI sesuai usia 2. MP ASI tidak sesuai usia	Nominal

3.5. Teknik Pengumpulan Data Penelitian

1. Data yang dikumpulkan

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi : karakteristik ibu hamil, pengetahuan, sikap dan praktek ibu dalam pemberian MP - ASI,

Cara pengumpulan data karakteristik ibu hamil, pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dikumpulkan dengan wawancara menggunakan alat bantu kuesioner

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Formulir data identitas ibu hamil untuk mendapatkan karakteristik responden kelompok perlakuan dan kontrol.
- b. Formulir penelitian (*Quesioner Post Test*) dan alat tulis menulis. Kuesioner sebelum dipergunakan, dilakukan uji coba kuesioner di lapangan dengan karakteristik yang hampir sama dengan lokasi penelitian. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas dan validitas kuesioner untuk mengetahui butir-butir pertanyaan secara tepat dapat dipergunakan dalam penelitian ini.
- c. Formulir IC (*Informed Consent*) atau tanda persetujuan responden untuk mengikuti kegiatan penelitian.
- d. Alur dan materi penyuluhan metode Emo Demo
 1. Ibu Baduta yang menjadi responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dikunjungi untuk dilakukan wawancara dan diamati praktek pemberian MP ASI nya.
 2. Ibu Baduta pada kelompok perlakuan diberikan penyuluhan metode Emo Demo dengan materi MP-ASI
 3. Setelah dilakukan perlakuan Ibu Baduta yang menjadi responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dikunjungi untuk kedua kalinya dilakukan wawancara dan diamati praktek pemberian MP ASI nya.

3.6. Pengolahan dan Analisis Data

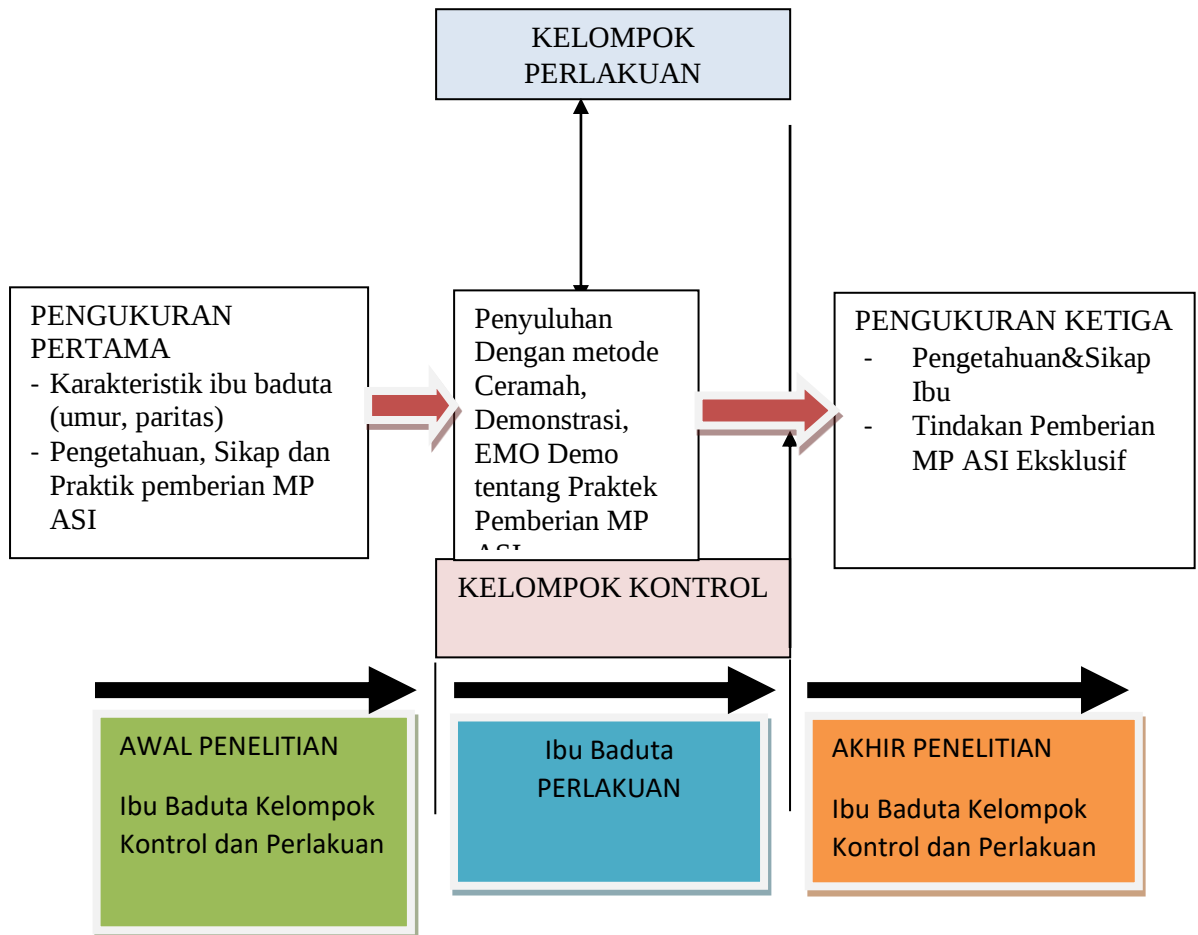
Pengolahan data untuk mengetahui distribusi frekuensi dan tabulasi dari variabel bebas dengan variabel terikat. Pengaruh dari variabel bebas terhadap variabel terikat diuji dengan analisis statistic *independent t- test*.

Syarat dari uji *independent t-test* adalah harus terdistribusi normal,

oleh karena itu sebelum uji-t dilakukan terlebih dahulu dengan uji normalitas (*Normality test*). Pengolahan data dan Analisis data menggunakan program SPSS dengan tingkat kepercayaan 95 % ($\alpha = 0,05$).

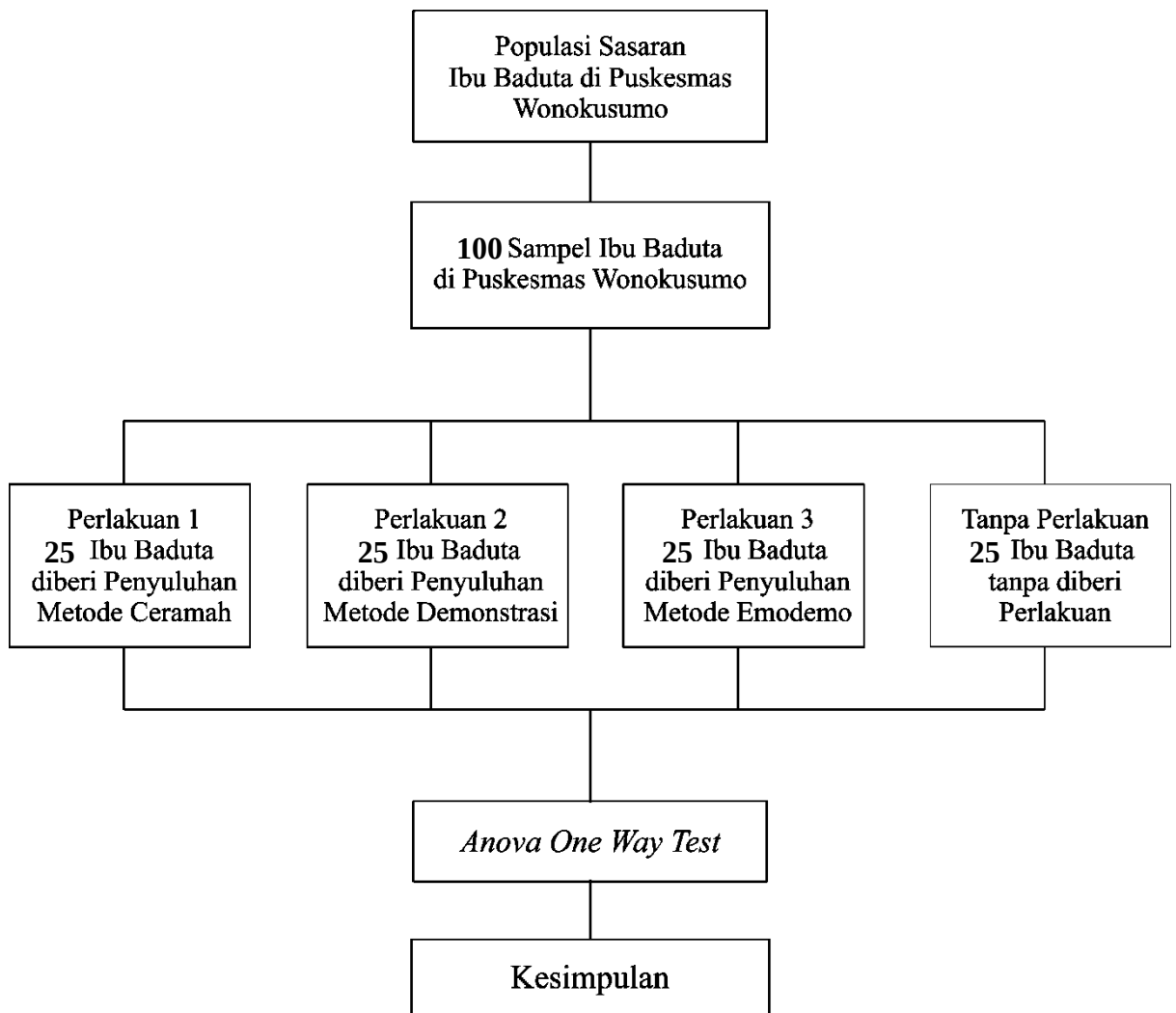
Analisis bivariat yang digunakan adalah *paired t-test* (*berpasangan*) untuk untuk menganalisis perbedaan karakteristik responden, skor pengetahuan, sikap dan praktek pemberian antara kelompok perlakuan dan kontrol.

A. Alur Penelitian



Gambar 3. Rancangan Alur Penelitian

B. Kerangka Pengambilan Sampel



Gambar 4. Kerangka Pengambilan Sampel

BAB 4

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1. Biaya Penelitian.

No.	U r a i a n	J u m l a h (Rp)
1.	Honorarium	5.000.000,-
2.	Biaya Penunjang	25.450.000,-
3.	Biaya Perjalanan	7.550.000,-
4	Lain-lain (Administrasi,publikasi,	2.000.000,-
	JUMLAH	40.000.000,- (Empat Puluh Juta Rupiah)

4.2 Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1.	Pendahuluan						
	Penyusunan Proposal	X					
	Penyusunan Protokol		X				
2.	Persiapan Penelitian						
	Pengurusan Ijin Penelitian			X			
	Screening Sampel			X			
3.	Pelaksanaan Penelitian						
	Pengumpulan Data			X	X	X	
	Clearence/Collecting/Coding Data				X	X	
	Penyusunan Laporan					X	X
4.	Penutup						
	Publikasi						X

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Wonokusumo adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Wilayah Puskesmas Wonokusumo membawahi satu kelurahan dengan 16 RW. Puskesmas berfungsi sebagai 1. Pusat Penggerak Pembangunan berwawasan Kesehatan; 2. Pusat Pemberdayaan Keluarga dan Masyarakat; 3. Pusat Pelayanan kesehatan Strata Pertama.

Visi, Misi, Moto dan Janji Pelayanan

1. Nama Puskesmas : UPTD Puskesmas Wonokusumo
2. No. Kode Puskesmas : 133007000113
3. Alamat : Jl. Wonokusumo Tengah 55 Surabaya 60154
4. Telp : (031) 3717597
5. Tahun Berdiri : 1979
6. Tipe Puskesmas : Rawat Jalan
7. Visi, Misi, Tujuan, Motto, Kebijakan Mutu dan Tata Nilai Puskesmas

a) Visi :

Penggerak dan Pembangun Kesehatan dalam Mewujudkan
Wonokusumo Sehat

b) Misi:

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- 2) Meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan lingkungan

- 3) Mendorong kemandirian dan memberdayakan masyarakat berperilaku sehat

c) Tujuan :

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional
- 2) Memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan
- 3) Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan serta peran aktif masyarakat untuk hidup bersih dan sehat

d) Motto :

Menyehatkan Masyarakat dan Memasyarakatkan Kesehatan

e) Kebijakan Mutu :

Puskesmas bertekad meningkatkan pelayanan yang berkualitas untuk kepuasan masyarakat.

5.2 PRA Penelitian

5.3 PRA Penelitian

5.3.1 Penyusunan Modul Pelatihan

Modul pelatihan disusun oleh peneliti dan tim yang terdiri dari dokter , petugas gizi , petugas promosi kesehatan Wonokusumo , MOT Emodemo dan alumni D3 Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Surabaya. Modul pelatihan ini disusun sebagai salah satu produk penelitian yang akan dipakai sebagai pedoman dalam memberikan pelatihan kepada fasilitator yang terdiri dari para kader kesehatan.

Langkah-langkah penyusunan modul meliputi:

1. Studi Literatur

Peneliti melakukan studi literatur untuk mengevaluasi materi pelatihan dengan topic praktek pemberian MP-ASI pada Baduta. Isi modul meliputi materi pelatihan, metode pelatihan, waktu pelatihan dan evaluasi pelatihan.

2. Metode pelatihan dilakukan dengan kombinasi antara ceramah dan demonstrasi

3. Waktu pelatihan dilaksanakan seharusnya dilaksanakan selama satu hari dan dilaksanakan pada hari libur pada hari sabtu atau minggu.

4. Evaluasi dalam penelitian ini adlaah penambahan kuisisioner dengan menggunakan pertanyaan tertutup.

5.2.8 Fokus Grup Diskusi (FGD)

Setelah modul disusun selanjutnya dilakukan FGD (Focus Group Discussion) yang dihadiri oleh :

- Kepala Puskesmas Wonokusumo
- Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas Wonokusumo
- Bikor (Bidan Koordinator) Puskesmas Wonokusumo
- Calon Fasilitator
- Petugas Promkes Puskesmas Wonokusumo
- Dosen Jurusan Gzi Poltekkes Kemenkes Surabaya
- Petugas Promkes Dinas Kesehatan Kota Surabaya
- Narasumber Emodemo GAIN

- MOT Emodsemo Stikes Surabaya

Kegiatan Focus Group Discussion dilaksanakan pada bulan 24 Juli 2019 di Puskesmas Wonokusumo. Hasil yang didapatkan antara lain :

1. beberapa koreksi pada modul pelatihan untuk materi pelatihan perlu ditambahkan gambar dan video cara pembuatan MP-ASI.
2. Bahasa yang digunakan dalam modul disederhanakan.

5.4 Karakteristik Responden

Tabel 5.4

Hasil Uji Homogenitas Pada Karakteristik Responden Sebelum Diberi Intervensi Pada Ibu Baduta Di Wilayah Puskesmas Wonokusumo

Variabel	Nilai P Homogenitas	Kesimpulan
Umur	0,586	Data Homogen
Pendidikan	0,651	Data Homogen
Pengetahuan	0,136	Data Homogen
Sikap	0,364	Data Homogen
Perilaku	0,490	Data Homogen

Berdasarkan hasil uji statistik Kruskal - Wallis terhadap umur responden didapatkan $p = 0,586$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada usia responden antara masing-masing kelompok perlakuan.

Berdasarkan hasil uji statistik Kruskal - Wallis terhadap pendidikan terakhir responden didapatkan $p = 0,651$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada pendidikan terakhir responden antara masing-masing kelompok perlakuan.

Berdasarkan hasil uji statistik Kruskal - Wallis terhadap tingkat pengetahuan responden didapatkan $p = 0,136$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada

perbedaan yang bermakna pada usia responden antara masing-masing kelompok perlakuan.

Berdasarkan hasil uji statistik Kruskal - Wallis terhadap sikap responden didapatkan $p = 0,364$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada usia responden antara masing-masing kelompok perlakuan.

Berdasarkan hasil uji statistik Kruskal - Wallis terhadap perilaku responden didapatkan $p = 0,490$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada usia responden antara masing-masing kelompok perlakuan.

5.5 Perbedaan Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019

Setelah diketahui bahwa data bersifat homogen maka dilakukan uji lanjutan menggunakan Uji Non Parametrik *Willcoxon* untuk melihat ada tidaknya perbedaan terhadap pengetahuan ibu terhadap perilaku pemberian MP-ASI sebelum dan sesudah diberi Intervensi. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Hasil Uji Beda *Willcoxon* terhadap Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi kelompok Tanpa Intervensi

No.	Kategori	Nilai Uji <i>Willcoxon</i>
1.	Pengetahuan	1,000
2.	Sikap	0,083
3.	Perilaku	0,102

Sumber: *Hasil Penelitian Tahun 2019*

Berdasarkan table 5.4 dapat diketahui bahwa kelompok tanpa intervensi tidak terdapat perbedaan yang nyata dari aspek pengetahuan, sikap dan perilaku yaitu $P > 0,05$.

Tabel 5.5
Hasil Uji Beda *Willcoxon* terhadap Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi kelompok Metode Ceramah

No.	Kategori	Nilai Uji <i>Willcoxon</i>
1.	Pengetahuan	0,001
2.	Sikap	0,132
3.	Perilaku	0,008

Sumber: *Hasil Penelitian Tahun 2019*

Berdasarkan table 5.5 dapat diketahui bahwa intervensi dengan metode ceramah dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata setelah diberi intervensi dengan metode ceramah yaitu $P > 0,05$.

Tabel 5.6
Hasil Uji Beda *Willcoxon* terhadap Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi kelompok Metode Demonstrasi

No.	Kategori	Nilai Uji <i>Willcoxon</i>
1.	Pengetahuan	0,005
2.	Sikap	0,014
3.	Perilaku	0,000

Sumber: *Hasil Penelitian Tahun 2019*

Berdasarkan table 5.5 dapat diketahui bahwa intervensi dengan metode demonstrasi dari aspek pengetahuan, sikap dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$.

Tabel 5.6
Hasil Uji Beda *Willcoxon* terhadap Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi kelompok Metode Emodemo

No.	Kategori	Nilai Uji <i>Willcoxon</i>
1.	Pengetahuan	0,002
2.	Sikap	0,527
3.	Perilaku	0,008

Sumber: *Hasil Penelitian Tahun 2019*

Berdasarkan table 5.6 dapat diketahui bahwa intervensi dengan metode Emodemo dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata setelah diberi intervensi dengan metode Emodemo yaitu $P > 0,05$.

5.6 Pengaruh Perubahan Praktek Pemberian MP-ASI Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019

Untuk menentukan pengaruh perlakuan terhadap perubahan praktek pemberian MP-ASI maka dilakukan analisis dengan uji Anova terhadap delta pengetahuan, sikap dan perilaku (selisih Pre dan Post) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil yang diperoleh dari uji Anova adalah seluruh kelompok berbeda secara signifikan ($P < 0,05$). Selanjutnya untuk menentukan kelompok mana yang berbeda maka dianalisis dengan Anova lanjutan yaitu Uji LSD.

Tabel 5.6

Hasil Uji LSD terhadap Praktek Pemberian MP-ASI terhadap selisih hasil Sebelum dan Setelah Intervensi antara kelompok kontrol dan tiga kelompok intervensi

Kategori	Kelompok Kontrol	Intervensi	Nilai Uji LSD
Pengetahuan	Kontrol	Ceramah	0,794
		Demonstrasi	0,193
		Emo Demo	0,010
Sikap	Kontrol	Ceramah	0,325
		Demonstrasi	0,086
		Emo Demo	0,028
Perilaku	Kontrol	Ceramah	0,670

Demonstrasi	0,001
Emo Demo	0,021

Sumber: *Hasil Penelitian Tahun 2019*

Dari ketiga kelompok perlakuan, intervensi yang paling berpengaruh terhadap kelompok control adalah Metode Emodemo dikarenakan memiliki nilai $P < 0,05$ dari ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, sikap dan perilaku. Sedangkan dari ketiga kelompok perlakuan, intervensi yang paling tidak berpengaruh terhadap kelompok control adalah Metode Ceramah dikarenakan memiliki nilai $P > 0,05$ dari ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, sikap dan perilaku.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Kondisi Awal Subyek Penelitian

Hasil analisis pengukuran variabel karakteristik responden dari empat kelompok perlakuan yang terdiri dari Usia ($p = 0,586$) dan pendidikan terakhir ($p = 0,651$) pada kondisi awal penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna karena $p > 0,05$. Namun pada variabel karakteristik pekerjaan responden didapatkan $p = 0,000$ ($p > 0,05$) menunjukkan ada perbedaan yang bermakna pada pekerjaan responden, hal ini dikarenakan pada kelompok intervensi Metode Ceramah terdapat 12% ibu yang bekerja sedangkan pada tiga kelompok lain 100% ibu tidak bekerja.

Demikian pula dengan tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku responden. Hasil analisis menunjukkan bahwa keempat kelompok perlakuan merupakan data yang homogen dari aspek pengetahuan ($P = 0,136$), aspek sikap ($P=0,364$) dan aspek perilaku ($P=0,490$) yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ($P > 0,05$) sebelum diberi intervensi dalam bentuk metode ceramah, demonstrasi dan Emodemo. Subyek perlakuan yang homogen adalah syarat wajib untuk menghasilkan estimasi yang akurat dalam perlakuan uji perbedaan.

6.2 Prevalensi Karakteristik Perilaku Praktek Pemberian MP-ASI Ibu Baduta Sebelum diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan responden pada kategori menengah kebawah, dimana pada kelompok intervensi metode ceramah sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 60% atau sebanyak 15 orang, pada kelompok intervensi metode demonstrasi sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 44% atau sebanyak 11 orang dan pada kelompok intervensi metode emodemo sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 48% atau sebanyak 12 orang. Sedangkan pada kelompok tanpa intervensi sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 40% atau sebanyak 10 orang.

Hasil Analisis menunjukkan bahwa sebagian besar sikap responden pada kategori menengah keatas, dimana pada kelompok intervensi metode ceramah dan emo demo sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori baik sebesar 56% atau sebanyak 14 orang. Sedangkan pada kelompok tanpa intervensi dan kelompok intervensi dengan motode demonstrasi sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori cukup.

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan responden pada kategori menengah kebawah, dimana pada keempat kelompok sebagian besar memiliki perilaku dengan kategori cukup pada kelompok tanpa intervensi sebesar 60% sebanyak 15 orang, pada kelompok metode ceramah sebesar 52% sebesar 13 orang, pada kelompok metode demonstrasi sebesar 68% atau sebanyak 17 orang dan pada kelompok emodemo sebesar 56% atau sebanyak 14 orang.

6.3 Perbedaan Praktek Pemberian MP-ASI Sebelum dan Sesudah diberi Intervensi di Kelurahan Wonokusumo tahun 2019

6.2.1 Intervensi dengan Metode Ceramah

Hasil penelitian menunjukkan intervensi dengan metode ceramah dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata setelah diberi intervensi dengan metode ceramah yaitu $P > 0,05$.

Ceramah merupakan suatu metode penyuluhan yang paling sering digunakan dalam penyuluhan-penyuluhan kesehatan, karena dalam penerapannya ceramah memiliki beberapa kelebihan yaitu, selain mudah dalam hal mempersiapkan dan melaksanakannya ceramah juga efektif untuk keperluan penyampaian informasi dan pengertian. Akan tetapi selain memiliki beberapa kelebihan, salah satu kelemahan metode ceramah adalah audiens akan cenderung pasif dalam proses belajar (Ardila,2014).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka peneliti berpendapat bahwa metode ceramah cukup efektif untuk memberi perubahan dalam aspek pengetahuan dan perilaku pemberian MP-ASI. Menurut.. Pengetahuan tentang suatu objek tertentu sangat penting bagi terjadinya perubahan perilaku yang merupakan proses yang sangat kompleks. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. WHO juga mengungkapkan bahwa seseorang berperilaku tertentu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuandan penilaian-penilaian seseorang terhadap

objek. Dalam hal ini, dengan pemberian penyuluhan kesehatan maka pengetahuan akan bertambah sehingga praktik juga akan lebih baik.

Namun metode ceramah tidak cukup efektif untuk meningkatkan perubahan pada aspek sikap, dikarenakan sebagian besar sikap pada kelompok intervensi metode ceramah pada kategori baik dengan presentase 56%, selain itu hal ini didukung dengan teori menurut notoadmodjo 2010, untuk mewujudkan sikap agar menjadi suatu perbuatan atau tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang mendukung, antara lain : fasilitas, sarana dan prasarana, dan dukungan dari pihak lain. Sehingga tidak cukup jika hanya diberi intervensi dengan metode Ceramah, dimana metode ceramah memiliki waktu yang singkat dan media yang sangat terbatas.

6.2.2 Intervensi dengan Metode Demonstrasi

Hasil penelitian menunjukkan intervensi dengan metode demonstrasi dari aspek pengetahuan, sikap dan perilaku terdapat perbedaan yang signifikan yaitu $P < 0,05$.

Pengetahuan berasal dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2007). Demonstrasi merupakan cara penyajian pelajaran dengan memperagakan atau mempertunjukkan suatu proses, situasi atau benda tertentu yang sedang dipelajari, baik sebenarnya ataupun tiruan yang sering disertai dengan penjelasan lisan (Djamarah & Zain, 2006). Keunggulan dari metode ini adalah pengajaran menjadi lebih jelas dan konkret sehingga dapat lebih mudah

memahami apa yang dipelajari (Djamarah & Zain, 2006). Selain itu perhatian responden lebih mudah dipusatkan kepada proses belajar mengajar dan tidak kepada yang lainnya sehingga dapat mengurangi kesalahan bila dibandingkan dengan hanya membaca atau mendengarkan (Sagala, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka peneliti berpendapat bahwa metode Demonstrasi cukup efektif untuk memberi perubahan dalam aspek pengetahuan sikap dan perilaku pemberian MP-ASI, dikarenakan hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan teori tersebut dimana setelah diberi Intervensi nilai pengetahuan, sikap dan perilaku pemberian MP-ASI meningkat.

6.2.3 Intervensi dengan Metode Emodemo

Hasil penelitian menunjukkan intervensi dengan metode Emodemo dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata setelah diberi intervensi dengan metode Emodemo yaitu $P > 0,05$.

Emo demo merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan penggabungan *Behaviour Communication Change* (BCC) yaitu proses interaktif antara individu, kelompok atau masyarakat dalam mengembangkan strategi komunikasi untuk mencapai perubahan perilaku secara positif, dan *Behaviour Communication Definition* (BCD) yaitu proses komunikasi yang memanfaatkan secara langsung konstruksi psikologis individu dengan melibatkan perasaan, kebutuhan, dan pemikiran. Teori BCD menyatakan bahwa sebuah intervensi harus mengubah sesuatu di lingkungan. Langkah kunci yang dilakukan untuk proses perubahan perilaku ada pada tahapan Deliver, yaitu

peneliti mengimplementasikan satu paket aktivitas-aktivitas terencana yang melibatkan kontak langsung melalui berbagai saluran.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka peneliti berpendapat bahwa metode Emo Demo sangat efektif untuk memberi perubahan dalam aspek pengetahuan sikap dan perilaku pemberian MP-ASI, dikarenakan hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan teori tersebut dimana setelah diberi Intervensi nilai pengetahuan, sikap dan perilaku pemberian MP-ASI meningkat. Tujuan dari metode ini adalah untuk mengguah sikap dan menambah pengetahuan dimana jika pengetahuan bertambah dan sikap perlahan berubah maka juga akan diikuti perubahan perilaku.

6.3 Pengaruh Perubahan Praktek Pemberian MP-ASI

Dari ketiga kelompok perlakuan, intervensi yang paling berpengaruh terhadap kelompok control adalah Meotde Emodemo dikarenakan memiliki nilai $P < 0,05$ dari ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, sikap dan perilaku. Sedangkan dari ketiga kelompok perlakuan, intervensi yang paling tidak berpengaruh terhadap kelompok control adalah Meotde Ceramah dikarenakan memiliki nilai $P > 0,05$ dari ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, sikap dan perilaku.

Emo demo merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan penggabungan *Behaviour Communication Change* (BCC) yaitu proses interaktif antara individu, kelompok atau masyarakat dalam mengembangkan strategi komunikasi untuk mencapai perubahan perilaku secara positif, dan *Behaviour Communication Definition* (BCD) yaitu proses komunikasi

yang memanfaatkan secara langsung konstruksi psikologis individu dengan melibatkan perasaan, kebutuhan, dan pemikiran. Teori BCD menyatakan bahwa sebuah intervensi harus mengubah sesuatu di lingkungan. Langkah kunci yang dilakukan untuk proses perubahan perilaku ada pada tahapan Deliver, yaitu peneliti mengimplementasikan satu paket aktivitas-aktivitas terencana yang melibatkan kontak langsung melalui berbagai saluran.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka peneliti berpendapat bahwa metode Emo Demo sangat efektif untuk memberi perubahan dalam aspek pengetahuan sikap dan perilaku pemberian MP-ASI, dikarenakan hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan teori tersebut dimana setelah diberi Intervensi nilai pengetahuan, sikap dan perilaku pemberian MP-ASI meningkat. Tujuan dari metode ini adalah untuk mengguah sikap dan menambah pengetahuan dimana jika pengetahuan bertambah dan sikap perlahan berubah maka juga akan diikuti perubahan perilaku.

BAB 7

PENUTUP

5.7 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Praktek pemberian MP-ASI ibu balita di Kelurahan Wonokusumo meliputi tiga aspek yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum diberi intervensi dengan metode ceramah
2. Intervensi dengan metode ceramah dari aspek pengetahuan sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 60%, dari sikap sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori baik sebesar 56% dan dari aspek perilaku sebagian besar responden memiliki perilaku dengan kategori cukup sebesar 52%.
3. Intervensi dengan metode demonstrasi dari aspek pengetahuan sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 44%, dari sikap sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori cukup sebesar 56% dan dari aspek perilaku sebagian besar responden memiliki perilaku dengan kategori cukup sebesar 48%.
4. Intervensi dengan metode emodemo dari aspek pengetahuan sebagian besar berpengetahuan kurang sebesar 40%, dari sikap sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori baik sebesar 56% dan dari aspek perilaku sebagian besar responden memiliki perilaku dengan kategori cukup sebesar 56%.

5. Intervensi dengan metode ceramah dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P > 0,05$.
6. Intervensi dengan metode demonstrasi dari aspek pengetahuan, sikap dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$.
7. Intervensi dengan metode Emodemo dari aspek pengetahuan dan perilaku terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P < 0,05$. Sedangkan dari aspek sikap tidak terdapat perbedaan yang nyata yaitu $P > 0,05$.
8. Dari ketiga kelompok perlakuan, intervensi yang paling berpengaruh terhadap kelompok control adalah Metode Emodemo dengan $P < 0,05$ dari ketiga aspek penilaian dan intervensi yang paling tidak berpengaruh terhadap kelompok control adalah Metode Ceramah dengan $P > 0,05$ dari ketiga aspek penilaian.

5.8 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka saran yang bias disampaikan sebagai berikut :

1. Metode yang paling efektif digunakan saat mengadakan penyuluhan ke masyarakat yaitu metode emodemo, karena metode emodemo responden lebih memahami materi yang disampaikan dengan turut aktif memainkan permainan dalam emodemo
2. Saat mengadakan penyuluhan dengan metode emodemo, diharapkan materi emodemo sesuai dengan materi penyuluhan dan sasaran saat mengadakan penyuluhan

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Djaeni Sediaoetama. 2000. *Ilmu Gizi*. Untuk Mahasiswa dan Profesi. Jakarta Timur : Dian Rakyat.
- Adele Pilliteri. 2002. Perawatan kesehatan Ibu dan anak. Jakarta : EGC
- Al Rahmat,Irfandi R. 2014. Determinan Gizi Kurang dan Stunting Anak Umur 0 – 36 Bulan Berdasarkan Data Program Keluarga Harapan (PKH) 2007. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 7(1), 19-26
- Ali Khomsan. 2008. Enam Puluh (60) Variasi Makanan Tim Sehat. Jakarta : Almatier S. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Almatier,S (2002) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia .Jakarta
- Almatier. 2005. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan. Jakarta :
- Anisa, P. 2012. Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita usia 25 – 60 bulan di Kelurahan Kalibaru Depok. Skripsi. Depok : Universitas Indonesia.
- Anugraheni HS, Kartasurya MI. 2012. Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-36 bulan di Kecamatan Pati, Kabupaten Pati. Eprints Undip.
- Apriadi. (1986).*Gizi Keluarga*. Jakarta. PT Penebar Swadana
- Ariani. 2005. *Prinsip – prinsip Pemberian MP ASI. Parenting Islam*
- Aries, M., & Tuhiman, H. (2012). Determinan Gizi Kurang Dan Stunting Anak Umur 0–36 Bulan Berdasarkan Data Program Keluarga Harapan (PKH) 2007. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 7(1), 27.
- Arifin. 2013. Faktor determinan *stunting* pada anak usia 24—59 di Indonesia. *Info Pangan dan Giz*, 19(2), 42—43.
- Arikunto. 2006. Prosedur Penelitian. Jakarta : Rineka Cipta
- Arisman (2007) *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Buku Ajar Ilmu Gizi. EGC, Jakarta.
- Armento(1999) *Efek Pemberian Pil Besi Dengan Vitamin C Terhadap Peningkatan Kadar Hb dan Kesegaran Jasmani Pada Wanita Remaja di Kotamadya Bengkulu*. Tesis. Universitas Airlangga Surabaya.
- ASI. www.mitrariset.com/2009/03 (diakses 4 agustus 2009)
- Atmarita Lucia V, 1992. *Penggunaan Index Massa Tubuh Sebagai Indikator Status Gizi Orang Dewasa*. Gizi Indonesia. Persatuan Ahli Gizi Indonesia. Jakarta.
- Baharuddin.2001. *Pengaruh Pemberian Pil Besi dan Vitamin C Terhadap Peningkatan Hemoglobin (Hb) dan Kebugaran Fisik Pada Mahasiswa PGSD-DII FKIP Unsyiah Darussalam Banda Aceh*. Tesis. Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Bakta IM, 1993. *Infeksi Cacing Tambang Pada Orang Dewasa dan Peranannya Sebagai Salah Satu Penyebab Anemia Defisiensi Besi. Studi Immunoepidemiologik di Desa Jagapati Bali (Desertasi)* Universitas Airlangga Surabaya.
- Baliwati. 2004. Makanan Tepat Untuk Balita. Jakarta : Dian Rakyat

- Baliwati. 2004. Pengantar Pangan dan Gizi. Jakarta : Penebar Swadaya
- Bambang Wirjatmadi. 1998. *Prinsip-Prinsip Dasar Metode Penelitian Gizi Masyarakat*. Surabaya. Minat Gizi Masyarakat Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga Surabaya.
- Basta S.S and Churchill (1974) *Iron Deficiency Anemia and Produktivity of Adult Male In Indonesia*. April
- Berg, Alan (1986). *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta. CV Rajawali.
- Berg,Alan; Muscat, Robert. J (1987). *Faktor Gizi*. Alih Bahasa : Dr Achmad Djaeni Sediaoetama, M.Sc. Jakarta : Bhatara Karya Aksara.
- Bodwel CE, John W, Erdman Jr. 1988 *Nutrient Interactions*. Marcel Dekker Inc New York and Basic.
- Brown KH and Sara EW.2000. *Zinc and Human Health Result of Recent Trial and Implications for Program Intervention and Research*. International Development Research Center. Ottawa. Canada.
- Budaya Indonesia
Dalam Pendidikan. Jakarta : EGC
- Darwin Karyadi dan Muhilal (19996). *Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan*. PT Gramedia. Jakarta.
- De Maeyer, E.M.1989. *Preventing and Controlling Iron Adminis and Programme Manager*, WHO
- De Maeyer,1997. *Pencegahan dan Pengawasan Anemia Defisiensi Besi*. Alih Bahasa Arisman MB. Wdya Medika. Jakarta
- Dep.Kes. RI. 1995. *Survei Kesehatan Rumah Tangga*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta. Indonesia.
- Dep.Kes.RI. 1995. *Pedoman Pemberian Besi Bagi Petugas*. Dep.Kes.RI. Dirjen Binkesmas. Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Pengembangan Media Promosi Kesehatan*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan, Dalam Pencapaian PHBS*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta.
- Depkes . 2005. *Pedoman pemberian Makanan Pendamping*. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes. 2006. *Pedoman Umum pemberian MP ASI Lokal*. Jakarta : Depkes RI
- Depkes. 2000. *Pedoman Upaya Kesehatan Gizi Masyarakat*. Jakarta : Depkes RI
- Depkes. 2005. *Makanan Pendamping ASI (MP ASI). Parenting Islami, PAUD*
- Depkes. 2005. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini*
- Depnaker. 1996. *Petunjuk Teknis Operasional Program Penanggulangan Anemia Gizi Bagi Wanita* .Direktorat Jendral Pembinaan Hubungan Industrial dan Pengawasan Tenaga Kerja. Depnaker. Jakarta.
- Depnaker.1994. *Konsepsi dan Strategi Pemasyarakatan Produktivitas* Direktorat Bina Produktivitas Tenaga Kerja.

- Dhisware.Site90Net/1-7-news.html (diakses 25 Juli 2009)
- Diah Rosidah. 2004. *Pemberian Makanan Tambahan*. Jakarta : EGC.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat. 1989. *Kecukupan Gizi Tenaga Kerja*. Materi Pada Temu Kerja Petugas Tenaga gizi Perusahaan se Jawa Timur. Dep.Kes.RI.Jakarta.
- Djelita Rickum.1995. *Peranan Suplementasi Fe Terhadap Productivitas Kerja Tenaga kerja Unit Pengelasan Listrik PT. Barata Indonesia Surabaya*. Tesis Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya
- Edwarsyah.2001. *Pengaruh Suplementasi Fe + Asam Folat + Vitamin A + Vitamin C Terhadap Peningkatan Kadar Hb dan Prestasi Belajar Anak Sekolah Dasar Yang Mengalami Anemia Gizi Sedang*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya.
- Emma S Wirakusumah,1999. *Perencanaan Menu Anemia Gizi Besi*. Trubus Agri Widya. Jakarta.
- Erlina Rosita Salmun. 2003. *Pengaruh Pemberian Zat besi (Fe) dan Seng (Zn) Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin (Hb) dan Status Gizi Anak sekolah Dasar di Daerah Endemis Malaria*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Faisol Ama,1987. *Pengaruh Anemia Gizi Terhadap Konsentrasi dan Prestasi Belajar Anak sekolah serta Cara Penaggulangannya*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. Tahun XVII no 3.
- Fitriani, Sinta, 2011, *Promosi Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Garrow WPT James, 1993. *Human Nutrition and Dietetics*, Edisi IV Livingstone.

Gizi dan Kesehatan Anak, Pendidikan dan perkembangan Anak
<http://parenting islami.wordpress.com> (diakses 25 Februari 2018)

- Ikeu Ekayanti, 2005. *Efek Pemberian Gizi Mikro terhadap Keberhasilan Suplementasi Besi Pada Wanita Anemia*. Desertasi program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya.
- Karyadi D,Elvina K.1997. *The Safety and Health Risks to Informal Sector Workers Resulting From Nutritional Inadequacies*. Makalah Disampaikan Pada Programme ICO HIS. Bali 21-24 Oktober 1997.
- Kellymom. 2009. *Daftar Manfaat ASI bagi bayi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Krisnatuti. 2000. *Menyiapkan Makanan pendamping ASI*. Jakarta : Puspa Suara.
- Linder MC. 1992. *Biokimia Nutrisi dan Metabolisme Dengan Pemakaian Secara Klinis*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta.
- Lonerdal B. 1998. *Copper Nutrition During Infancy and Childhood*. Am.J.Clin.Nutr.

- Luluk. 2009. *Akibat Pemberian MP ASI Dini*. News Dhysware - VB
- Everyday Mardiyani. 2003. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Ibu dalam Pemberian MP*
- Maulana, Heri D.J., 2009, *Promosi Kesehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Mubarak. 2007. *Promosi Kesehatan : Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar*
- Muhtar Bukhori. 2001. *Jurnal Budaya dan Filsafat*. Jakarta : Yayasan Mitra

- Mundiastuti,Luki.2002. *Perbedaan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat Suplemen Zinc di Kelurahan Jagir Kecamatan Wonokromo dan Kelurahan Bendul Merisi Kecamatan Wonocolo Kotamadya Surabaya*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Murray,RK, Darly K,Granner D.F, Mayes PA,Rodwell VW,1999. *Biokimia Harper*. Penerbit Kedokteran EGC. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2012, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.PT.Gramedia Pustaka Utama Puspa Bunda
- Putra, Andhika Eka, 2009, *Gambaran Kebiasaan Jajan Siswa di Sekolah*, Skripsi, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), 2018, *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.
- Ristrini.1991. *Anemia Akibat Kurang Zat Besi, Keadaan Masalah dan Program Penanggulangannya*. Medika No. II.
- Sanndstrom.1993. *Human Nutrition and Dietetics*. Churchil Livingstone Medicine Division of Longman Group U.K-London.
- Suhardjo clara M Kusharto.1992. *Prinsip-Prinsip Ilmu Gizi*. Kanisius. Yogyakarta.
- Sunstead H.1997.*Zinc and Deficiency*. A Public Health Problem.Department of Preventive Medicine and Community Health. Galveston. University of Texas Medicine Branch.
- Supariasa I Dewa Nyoman,Bachyar Bakri, Ibnu Fajar.2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta.
- Sutomo AH.1996. *Peranan Gizi Kerja Dan Keselamatan Kerja di Sektor Pertanian di Jawa Timur dan di Jawa Tengah*. Sebuah Kajian Dekriptif. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. Tahun XXIV Nomor 6, 1996. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : Depkes RI.
- Unicef/UNU/WHO Mi Technical Workshop.1998. *Preventing Iron Deficiency in Woman and Children*. International Nutrition Foundation New York.
- Watts DL.1997. *Trace Elements and Other Essential Nutrients*. Dallas Writers.
- Winarno,FG.1991. *Kimia Pangan dan Gizi*. Gramedia Pustaka Utama.Jakarta.
- Yarmani.2000. *Efek Pemberian Suplementasi Fe dan Vitamin C Terhadap Peningkatan Kadar Hb dan Produktivitas Tenaga Kerja Wanita di PT Sarana Mandiri Kepahiyang Bengkulu*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Justifikasi Anggaran Penelitian

1. Honor

Hororarium	Waktu Jam/Minggu	Minggu	Honor
Honor Tenaga Ahli 2 org x 1 bulan x Rp. 625.000	2 jam	36 minggu	Rp 1.250.000
Honor Fasilitator 4 orang x 1 bulan x Rp. 500.000	2 Jam	36 minggu	Rp 2.000.000
Honor Pengumpul Data 2 orang x 60 responden x Rp. 40.000	2 jam	36 minggu	Rp 4.800.000
Honor Pengolah Data 1 orang x 2 bulan x RP 500.000	2 jam	36 minggu	Rp 1.000.000
Honor Analisis Data 1 orang x 2 bulan x Rp.500.000	2 jam	36 minggu	Rp 1.000.000
Jumlah			Rp10.050.000

2. Peralatan Penunjang

Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan	Harga Peralatan Penunjang
Bahan Kontak	Bahan Kontak Responden	60 orang	Rp75.000	Rp 4.500.000
Belanja Peralatan Praktek	Alat Praktek Emo Demo	6 Paket	Rp 500.000	Rp 3.000.000
Belanja ATK	Block Note Tas survey Flash Disk	1 Paket	Rp 100.000 Rp 750.000 Rp 900.000	Rp 1.750.000
Konsumsi	Konsumsi Peserta			

Rapat Pembuatan Modul 5 orang x 5 kali x Rp 50.000	Rapat	25 Paket	Rp 50.000	Rp 1.250.000
Konsumsi Pelatihan Fasilitator 10 orang x 4 hari x Rp 50.000	Konsumsi Peserta Pelatihan	40 Paket	Rp 50.000	Rp 2.000.000
Konsumsi Pelaksanaan Emo Demo 40 orang x 2 kali x Rp 50.000	Konsumsi Peserta Emo Demo	80 Paket	Rp 50.000	Rp 4.000.000
Biaya Cetak dan Penggandaan	Cetak Modul, Kuesioner dan laporan	1 paket		Rp 6.000.000
Biaya Publikasi				Rp 500.000
Biaya Dokumentasi				Rp 950.000
Biaya <i>Ethical Clearence</i>				Rp 500.000
Jumlah				Rp 25.450.000

3. Biaya Perjalanan dan Pengumpulan Data

Hororarium	Justifikasi Pemakaian	Waktu Jam/Minggu	Minggu	Honor
Transport Perijinan dan Uji Coba	3 orang x 10 kali x Rp. 150.000	2 jam	36 minggu	Rp 4.500.000
Transport Supervisi	3 orang x 10 kali x Rp. 150.000	2 Jam	36 minggu	Rp 4.500.000
Transport Enumerator	2 orang x 5 kali x Rp. 150.000	2 Jam	36 minggu	Rp 1.500.000
Jumlah				Rp. 10.500.000

4. Biaya Sewa Peralatan

Kegiatan	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan	Honor
Sewa Gedung Untuk Pelaksanaan Emo Demo	2 kali x 2 hari	4 Paket	Rp 500.000	Rp 2.000.000
Sewa tempat Palatihan	1 kali x 4 hari	4 Paket	Rp 500.000	Rp 2.000.000
Jumlah				Rp 4.000.000

Lampiran 2

Dukungan Sarana Dan Prasarana Penelitian

1. SK Penelitian
2. Anggaran Penelitian
3. Pengesahan Proposal
4. Surat Tugas Penelitian
5. Buku Referensi

Lampiran 3

Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas

No	Nama Lengkap Gelar NIP	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu	Pembagian Tugas
1	Ani Intiyati, SKM,M.Kes NIP. 196911071993032002	Poltekkes Kemenkes Surabaya	Gizi Masyarakat	2 Jam/Minggu	Ketua
2	Dr. Juliana Christyaningsih, Ir., M.Kes NIP. 196807011988032001	Poltekkes Kemenkes Surabaya	Gizi Biomedis	2 Jam/Minggu	Anggota

Biodata Ketua dan Anggota Peneliti

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Ani Intiyati, SKM,M.Kes
2.	Jenis Kelamin	Perempuan
3.	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
4.	NIP	196911071993032002
5.	NIDN	4007116901
6.	Tempat dan tanggal lahir	Wonosobo. 7 Nopember 1969
7.	E-mail	ani.intiyati@yahoo.co.id
8.	Nomor Telepon/HP	081332185448
9.	Alamat Kantor	Jalan Pucang Jajar Tengah No. 56 Surabaya
10	Nomor telepon/Faks	0315033028
11.	Mata Kuliah yang diampu	1. Ilmu Gizi Dasar 2. Gizi Kulinari Dasar 3. Gizi Kulinari Lanjut 4. Manajemen Sistem Penyelenggaraan Institusi 5. Program Intervensi Gizi Masyarakat

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Airlangga	Universitas Airlangga	
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Gizi Masyarakat	
Tahun Masuk - Lulus	1988-1992	2007-2009	

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1.	2013	Pengaruh Pemberian Ekstrak Ikan Kutuk Terhadap Peningkatan Kadar Albumin Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Dengan Ganggrene di RS Haji Surabaya	DIPA Poltekkes kemenkes Surabaya	Rp. 15.000.000
2.	2014	Hubungan Manajemen Sistem Penyelenggaraan Makanan Terhadap Kejadian anemia di Asrama Kebidanan Soetomo Surabaya	DIPA Poltekkes kemenkes Surabaya	Rp. 9.000.000
3.	2016	Perubahan Perilaku Sarapan dan Status anemia setelah pemberian pendampingan pada siswa SD di Kecamatan Kenjeran Surabaya	DIPA Poltekkes kemenkes Surabaya	Rp.20.000.000
4.	2017	Daya Terima dan Kandungan gizi Makanan Tambahan Ibu Hamil dengan KEK di Kecamatan sambikereb Surabaya	DIPA Poltekkes kemenkes Surabaya	Rp. 5.000.000
5.	2018	Pengaruh Pengembangan Metode Emo Demo Terhadap Perilaku Pemberian MP ASI Pada ibu Baduta Di Kota Surabaya	DIPA Poltekkes kemenkes Surabaya	Rp. 40.000.000

D. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam 5 tahun Terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1.	Pengaruh Suplementasi Fe +VitaminC +Zinc Terhadap Peneingkatan Kadar Hb dan Produktifitas Tenaga Kerja Wanita di PT Mayangsari Jember	The Indonesian Jornal of Health Science	Vol 2 No 2 hal 106-226 Juni 2012
2.	Hubungan Status Gizi Dengan Kesembuhan Pada Penderita TB Paru di Poli Paru RSUD Sidoarjo	The Indonesian Jornal of Health Science	Vol 3 No 1 hal 106 – 226 Desember 2012
3.	Pengaruh Pemberian Ekstrak Ikan Kutuk Terhadap Kenaikan Kadar albumin Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Dengan Ganggrene di RS Haji Surabaya	Jurnal Penelitian Kesehatan	Vol XII No 1 Hal 60-67 Maret 2014
4	Breakfast Mentoring on Elementary Student In Kenjeran Surabaya East Java	Prosiding Seminar Internasional ICOHPS, 15 16 Nopember 2016	ISBN 978.602.73545-6-2
5	Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Kepetuhan diet Pasien Diabetes mellitus Tipe 2 di poli Gizi RSUD Sidoarjo	Jurnal Gizi Kes	Vol II No 1 Hal 60-67 Juni 2016
6	Perbedaan Asupan gizi makro dan aktifitas Fisik Antara Obesitas dan normal Pada Siawa Sekolah dasar Al falah Darmo Surabaya	Jurnal Gizi Kes	Vol II No 2 Hal 60-67 Nopember 2016

E. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No	Nama pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel	Waktu Dan Tempat

F. Karya Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit

G. Perolehan HKI Dalam 5-10 tahun Terakhir

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID

Biodata Anggota Peneliti 1

A. Identitas Diri

1	Nama lengkap (dengan gelar)	Dr. Juliana Christyaningsih, Ir., M.Kes
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	196807011988032001
5	NIDN	40010768002
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Surabaya, 1 Juli 1968
7	E-mail	Juliana.christy123@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	08155015868
9	Alamat Kantor	Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks	031 5027058

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	ITPS	Universitas Airlangga	Universitas Airlangga
Bidang Ilmu	Kimia	IKD-Biokimia	Ilmu Kedokteran
Tahun Masuk-Lulus	1986-1992	2000-2002	2007-2011
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	Pra rencana pabrik sweetened condensed milk	Pengaruh Suplementasi Vitamin E dan C Terhadap Aktivitas Enzim <i>Superoxide dismutase</i> (SOD) Dalam Eritrosit Tikus	Pengaruh Suplementasi Vitamin C Terhadap Aktivitas Sitokrom P450 1A1 (CYP1A1) Glutation S-transferase

		yang Terpapar Asap Rokok Kretek	Dalam Hepar dan Embriotoksitas Mencit Dengan Intoksikasi Timbal
Nama Pembimbing/Promotor	Eris S, Ir.	Prof. Sri Utari, dr., SpBK Suwandito, dr., M.S	Prof. Dr. Harianto Notopuro, dr., M.S Prof. Win Darmanto, M.Si., Ph.D

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir (Bukan Skripsi, Tesis maupun Disertasi)

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jumlah (Juta Rp)
1	2013	Aktivase Enzim Peroksidasi Lipid, Respon Imun Humoral dan Seluler serta Profil Senyawa Polifenol Kedelai (<i>Glycine max</i>) pada Mencit Terintoksikasi Timbal	Hibah Fundamental	Rp 40.000.000
2	2013	Uji Stabilitas <i>pooled serum</i> yang disimpan dalam <i>freezer</i> untuk Pemantapan Mutu Internal di Laboratorium Klinik	Risbinakes	Rp 10.000.000
3	2014	Profil Jajanan Anak di Sekolah Dasar Negeri Kota Surabaya Tahun 2014	Poltekkes Kemenkes	Rp 12.000.000
4	2015	Standarisasi Bahan Aktif Berbagai Varietas Kedelai <i>Glycine max (L)Merr</i>) untuk Pembuatan Produk Dengan Potensi Antioksidan dan Estrogen-Like molecules	Hibah Bersaing (Dikti) +LPPM UBAYA	Rp 50.000.000 Rp 10.000.000

5	2015	Feasibility Study dan Profil Nutrisi <i>Peanut Sucrose Agar</i> Sebagai Media Modifikasi Untuk <i>Tricophyton mentagrophytes</i>	Mandiri	Rp 5.000.000
6	2016	Formulasi Ekstrak Kedelai (<i>Glycine Max</i>) (<i>L.</i>)(<i>Merr</i>) Sebagai Pereduksi Advanced Glycation End Products (AGEs) dan HbA1c Pada Diabetes Melitus Tipe 2	Unggulan	Rp 50.000.000
7	2016	Peanut Sucrose Agar Sebagai Media Modifikasi Untuk <i>Candida albicans</i> dan <i>Tinea versicolor</i>	Hibah Bersaing Poltekkes Kemenkes Surabaya	Rp 25.000.000
8	2016	Standarisasi Bahan Aktif Berbagai Varietas Kedelai (<i>Glycine Max (L)Merr</i>) Untuk Pembuatan Produk Dengan Potensi Antioksidan Dan Estrogen-Like Molecules	Hibah Bersaing RistekDikti (tahun ke-2)	Rp 60.000.000
9	2017	Standarisasi Bahan Aktif Berbagai Varietas Kedelai (<i>Glycine Max (L.) Merr</i>) Untuk Pembuatan Produk Dengan Potensi Antioksidan dan Estrogen-Like Molecules	Hibah Bersaing RistekDikti (tahun ke-3)	Rp 60.000.000
10	2017	Formulasi Ekstrak Daun Kelor (<i>Moringa oleifera L</i>) Terhadap Elektroforesis Protein, Histopatologi Jaringan dan Uji Hedonik Produk Untuk Memperbaiki Kondisi Malnutrisi Masa Kehamilan	Penelitian Unggulan	Rp 50.000.000
11	2018	Potensi Formula <i>Anredera Cordifolia (ten) Steenis</i> dan <i>Aloevera</i> Dalam Pangan Sebagai Penghambat Pertumbuhan Mikroorganisme	Penelitian Mandiri	Rp 5.000.000

* Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian maupun dari sumber lainnya

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/Tahun
1	- Effect of Vitamin C on Xenobiotic Metabolism and Histopathology of Fetal Brain of Lead Exposed Mice	Research Journal of Pharmaceutical,Biological and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	
2	- The pattern of Resistense of Antibiotics to Escherichia coli causes Urinary Tract Infection in East Java, Indonesia	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	5(5),Sept-Oct:1381-1386/2014
3	- Efek Glycine max varietas Anjasmoro Terhadap Kadar Timbal dan Malndialdehid Pada Mencit Terintoksikasi Timbal	Jurnal Farmasi Indonesia	7(1), Jan:27-33, 2015
4	-Identifikasi Boraks Pada Daun Singkong Rebus Yang Dijual di daerah Kecamatan Taman Sidoarjo	Journal of Medical Laboratory Technology, ISSN: 2442-7500	01(1),Jan-Apr:45-49,2015
5	- Survey on the Use of Borax, Magenta,and Metanyl Yellow in Food Samples Procured from State Elementary Schools of Surabaya City	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	6(1),Jan-Feb:1587-1592/2015
6	- The Study On The Susceptibility Of <i>Enterococcus Faecalis</i> and <i>Klebsiella Ozaenae</i> Cause UTI To Antibiotics In East Java,	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	6(1),Jan-Feb:1539-1544/2015

	Indonesia		
7	- The Effect of Vitamin D on the Lung Tissue Damage in Mice Infected with Mycobacterium tuberculosis	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	6(2),Mar-Apr:460-465/2015
8	- The EffectGlycine max L. Merr on Liid Peroxidation and Kidney's histopathology In Lead Intoxication Mice	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	6(3), May-June:1204-1210/2015
9	- The antioxidant substances profile of <i>glycine max L. Merr</i> Var. Detam II ultrasonic extract	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	6(6),November-December 2015
10	- Surveyon The Use of Formalin, Rhodamine B and Auramine in Food Samples Procured From State Elementary Schools of Surabaya City	Research Journal of Pharmaceutical,Biotical and Chemistry Sciences, ISSN:0975-8585	7(1),January-Feb 2016
11	- The inhibitory effect of <i>Carica papaya</i> cv. Thailand leaf extract to the growth of <i>Enterococcus faecalis</i> in vitro	Scholars Jurnal of Dental Sciences	2017 4(6):262-266
12	- The effect of Binahong leaf (<i>Anredera cordifolia [ten] steenis</i>) extract and Bay leaf (<i>Eugenia polyantha wight</i>)extract compound on blood glucose level of male mice (<i>rattus novergicus L.</i>)	Scholars Jurnal of Applied Medical Sciences (SJAMS)	2017 5(11D):4551-4556

E. Pemakalah Seminar Ilmiah (oral presentation) dalam 5 tahun terakhir

No.	Nama Temu Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	<i>Seminar Internasional</i> : The Role of Veterinary Science to support Millenium Development Goals and the 12 th Asian Association of Veterinary School Congress (AAVS)	The xenobiotic matabolism in lead intoxication mice with vitamin c supplementation	Surabaya. 2013

F. Karya Buku dalam 5 tahun terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Produk Olahan Makanan Berbasis Daun Kelor Sebagai Alternatif Solusi Malagizi	2017	77	PATELKI
2	Produk Olahan Makanan Berbasis Kedelai untuk Diabetisi Tipe II	2018	67	HAKLI

G. Perolehan HKI dalam 5-10 tahun terakhir

No	Judul HAKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1	<i>Peanut Sucrose Agar (PSA)</i> sebagai media modifikasi untuk <i>Candida albicans</i> dan <i>Tinea versicolor</i>	2017	Hak Cipta	086454 3 Maret 2017
2	Formulasi Ekstrak Kedelai (<i>Glycine max (L) Merr</i>) Sebagai Pereduksi <i>Advanced Glycation End Products</i> (AGEs) dan HbA1c Pada Diabetes Melitus Tipe 2	2017	Hak Cipta	086453 3 Maret 2017
3	Formula Mix untuk Peningkatan Status Gizi Pada Pasien Gizi Buruk Usia Dewasa	2017	Hak Cipta	086569 10 Maret 2017
4	Formula Produk Biji Kedelai (<i>Glycine max (L) Merr</i>) dengan potensi antiokasidan dan <i>Estrogen Like Molecules</i>	2017	Hak Cipta	02199 10 Mei 2017
5	Produk Olahan Makanan Berbasis Daun Kelor Sebagai Alternatif Solusi Malgizi	2017	Hak Cipta	06428 2 Oktober 2017
6	Pengaruh Suplementasi Vitamin E dan C terhadap Aktivitas Enzim Superoxide Dismutase (SOD) Dalam Eritrosit Yang Terpapar Asap Rokok	2018	Hak Cipta	000102349 1 Maret 2018
7	Pedoman Pengabdian Masyarakat Berbasis Hasil Penelitian	2018	Hak Cipta	000110580 29 Juni 2017

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ani Intiyati, SKM., M.Kes.
NIDN : 4007116901
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Pangkat Golongan : Pembina / IV A

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul :

”PENGARUH PENGEMBANGAN METODE EMO DEMO TERHADAP PERILAKU IBU BADUTA DALAM PEMBERIAN MP ASI DI KOTA SURABAYA..

Adalah penelitian orisonil dan belum pernah dibiayai oleh lembaga manapun/sumber dana lain.

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan persyaratan ini maka, saya bersedia dituntut dan diproses dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar benarnya.

Surabaya, Maret 2019

Poltekkes Kemenkes Surabaya
Kepala Unit Penelitian dan Pengabmas

Dosen/Peneliti Utama

Setiawan, SKM., M.Psi
NIP. 196304211985031005

Ani Intiyati, SKM., M.Kes.
NIP. 19691107 1993032002

Mengetahui
Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya

drg. Bambang Hadi Sugito, M.Kes
NIP. 196204291993031002