

TESIS

**ADAPTASI DAN UJI VALIDITAS REABILITAS *INSTRUMEN*
COMPLEMENTARY FEEDING SELF-EFFICACY PADA IBU
BADUTA USIA 6–24 BULAN**



NASRULLAH

R012192012

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

**ADAPTASI DAN UJI VALIDITAS REABILITAS *INSTRUMEN*
COMPLEMENTARY FEEDING SELF-EFFICACY PADA IBU
USIA BALITA 6-24 BULAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Disusun dan diajukan oleh

NASRULLAH

R012192012

Kepada

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**ADAPTASI DAN VALIDITAS RELIABILITAS INSTRUMEN
COMPLEMENTARY FEEDING SELF-EFFICACY PADA
IBU BADUTA USIA 6 – 24 BULAN**

Disusun dan diajukan oleh:

NASRULLAH
R012192012

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister, Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tanggal 06 Januari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

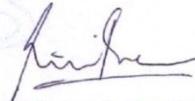
Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

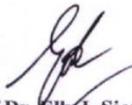


Svahrul, S. Kep., Ns., M. Kes., Ph.D



Kusri Kadar, S. Kp., MN., Ph.D

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Anvanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nasrullah
NIM : R012192012
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Adaptasi dan Uji Validitas Reabilitas Instrumen
Complementary Feeding Self-Efficacy Pada Ibu
Baduta Usia 6 – 24 Bulan

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 25 Januari 2023

Yang Menyatakan,



Nasrullah

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah wa Syukurillah, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat, bimbingan, ujian, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Studi Pengembangan Instrumen Complementary Feeding Self-Efficay pada Ibu Usia Balita 6-24 Bulan”.

Tesis ini peneliti persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan curahan kasih sayang dan motivasi hingga saat ini. Spesial untuk Ayahanda Naser dan Ibunda St. Aisyah, terima kasih atas kasih sayang, bimbingan, pengorbanan, air mata dan do’a yang tidak pernah terputus bagi anakmu ini. Juga untuk adik-adikku tercinta serta keluarga besar, terima kasih atas semua bantuan, motivasi dan do’anya.

Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada Bapak Syahrul, S. Kep., Ns., M. Kes., PhD selaku pembimbing I dan Ibu Kusrini Kadar, S.Kp., MN., PhD selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan mulai dari proses penyusunan proposal sampai dengan pembahasan hasil.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M. Kes selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Makassar, Januari 2023

Penulis,

ABSTRAK

NASRULLAH. Adaptasi dan Uji Validitas Reabilitas Complementary Feeding Self-Efficacy Pada Ibu Baduta Usia 6 – 24 Bulan (dibimbing oleh Syahrul dan Kusri Kadar)

Latar belakang dan tujuan Sebelumnya, *self-efficacy* telah diperiksa secara empiris baik sebagai mediator atau sebagai potensiator (yaitu, pengubah efek positif) dari perubahan perilaku nutrisi intervensi. Namun, sepengetahuan kami belum ada penelitian yang memeriksa kedua peran untuk *self-efficacy*, meskipun teori menunjukkan bahwa *self-efficacy* dapat berperan dalam banyak hal dan sangat spesifik. Sehingga penelitian yang akan kami buat ini bertujuan untuk uji instrumen dengan pendekatan teori keperawatan terkait pemberian *complementary feeding* dengan mengukur *complementary feeding self-efficacy* pada ibu balita usia 6–24 bulan yang reliable dan valid. Penelitian yang kami buat juga diharapkan bisa screening awal untuk tenaga medis mendeteksi masalah yang terjadi saat ini. Tujuan dari penelitian ini melakukan uji validitas dan reabilitas complementary feeding self-efficacy pada ibu baduta usia 6 – 24 bulan.

Metode: penelitian ini dilakukan dengan empat tahapan. Tahapan pertama literature review, tahapan kedua teknik delphi, tahapan ketiga pilot studi, tahapan keempat uji validitas dan reabilitas.

Hasil: penelitian menunjukkan bahwa uji validitas cvi dari 26 pertanyaan ada 3 dengan nilai cvi 0.6 dianggap tidak valid. Dikatakan valid jika nilai $> 0.8 - 1.00$. dan untuk analisis factor dengan nilai eigenvalues 67.775 menunjukkan lebih dari 60% dari 26 pertanyaan dianggap valid, component matrix dengan nilai faktor loading > 0.4 dikatakan valid dengan semua pertanyaan berada diangka > 4.0 dianggap valid. Pada uji reabilitas dengan nilai cronbach alpha > 0.8 dianggap reliable. Dan hasil uji menunjukkan untuk semua pertanyaan masuk dalam kategori reliable. Disimpulkan bahwa instrumen yang telah di uji psikometri layak untuk digunakan karena telah memiliki uji validitas dan reabilitas yang dapat diterima.

Kata kunci: Complementary Feeding, Self-Efficacy, Baduta, Usia 6 – 24 bulan.

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------------------------------|
| TESIS..... | i |
| UJI VALIDITAS DAN REABILITAS INSTRUMEN COMPLEMENTARY FEEDING SELF-EFFICACY PADA IBU USIA BALITA 6-24 BULAN..... | ii |
| TESIS..... | Error! Bookmark not defined. |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS..... | Error! Bookmark not defined. |
| KATA PENGANTAR..... | i |
| ABSTRAK | ii |
| DAFTAR ISI..... | iii |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR GAMBAR..... | viii |
| DAFTAR BAGAN..... | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN | x |
| DAFTAR SINGKATAN | xi |
| BAB I..... | 1 |
| PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Ruang Lingkup Penelitian | 5 |
| E. Pernyataan Original..... | 5 |
| BAB II..... | 7 |
| TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| A. Malnutrisi | 7 |
| 1. Defenisi | 7 |
| 2. Penyebab Malnutrisi | 8 |
| 3. Dampak Malnutrisi | 9 |
| 4. Intervensi Malnutrisi | 9 |
| B. Penilaian Status Gizi Anak | 11 |
| 1. Defenisi | 11 |
| 2. Standar Antropometri Anak | 12 |
| 3. Golden Age..... | 17 |
| 4. Underweight | 19 |

| | | |
|--------------|---|----|
| 5. | Overweight..... | 21 |
| 6. | Stunting..... | 23 |
| C. | Makanan Pendamping Air Susu Ibu..... | 28 |
| 1. | Definisi | 28 |
| 2. | Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MPASI..... | 30 |
| 3. | Prinsip-prinsip menyiapkan dan menyimpan MPASI..... | 30 |
| 4. | Faktor-faktor yang mempengaruhi praktek pemberian MP ASI..... | 32 |
| D. | Perilaku | 33 |
| 1. | Defenisi | 33 |
| 2. | Theory of Planned Behavior | 35 |
| E. | Self Efficacy | 36 |
| 1. | Defenisi | 36 |
| 2. | Klasifikasi..... | 36 |
| 3. | Dimensi Self-Efficacy | 38 |
| 4. | Perkembangan Teori Self-Efficacy | 39 |
| 5. | Manfaat Self-efficacy..... | 40 |
| 6. | Sumber Self-Efficacy..... | 41 |
| 7. | Hubungan Antara Konsep: Model | 42 |
| 8. | Penggunaan Teori dalam Praktik Keperawatan..... | 44 |
| 9. | Studi Tentang Self-Efficacy pada Complementary Feeding | 44 |
| F. | Health Promotion Model..... | 47 |
| 1. | Defenisi | 47 |
| G. | Uji Validitas | 49 |
| 1. | Defenisi | 49 |
| 2. | Content Validity Ratio (CVR)..... | 51 |
| 3. | Content Validity Index (CVI) | 51 |
| 4. | Quality Assessment of Content Validity | 52 |
| H. | Reliability..... | 53 |
| 1. | Defenisi | 53 |
| 2. | Test-retest Reliability (or Stability)..... | 54 |
| 3. | Alternate form Reliability (or Equivalence) | 55 |
| 4. | Internal Consistency | 56 |
| BAB III..... | | 60 |

| | |
|--|----|
| KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN | 60 |
| A. Kerangka Konsep..... | 60 |
| B. Definisi Operasional | 61 |
| BAB IV | 62 |
| METODE PENELITIAN | 62 |
| A. Desain Penelitian..... | 62 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 62 |
| C. Tahapan Penelitian..... | 63 |
| 1. Tahap Pertama: Studi Literatur | 63 |
| 2. Tahap Kedua: Delphi Study | 63 |
| 3. Tahap Ketiga: Pilot Study..... | 64 |
| 4. Tahap Keempat: Uji Psikometri | 64 |
| D. Prosedur Pengumpulan Data | 66 |
| 1. Tahapan Persiapan | 66 |
| 2. Pengolahan Data | 67 |
| 3. Etika Penelitian..... | 68 |
| E. Alur Penelitian..... | 69 |
| BAB V | 70 |
| HASIL..... | 70 |
| A. Tahap I: Studi Literatur..... | 70 |
| B. Tahap II: Delphy Studi | 72 |
| C. Tahap III: Pilot Studi | 84 |
| 1. Uji Coba Instrumen..... | 84 |
| D. Tahap IV Validitas dan Reabilitas..... | 86 |
| 1. Uji Content Validity Indeks (CVI), Judgment by expert. | 86 |
| 2. Uji Validitas Construct..... | 87 |
| 3. Uji Reabilitas..... | 90 |
| BAB VI | 92 |
| DISKUSI | 92 |
| A. HASIL DISKUSI..... | 92 |
| 1. Tahap I: Studi Literature | 92 |
| 2. Tahap II: Metode Dhelphi..... | 92 |
| 3. Tahap III: Pilot Studi | 93 |

| | |
|---|----|
| 4. Tahap IV: Uji Validitas dan Reabilitas | 93 |
| B. Keterbatasan Penelitian | 95 |
| C. Implikasi dalam praktik keperawatan..... | 95 |
| D. Kesimpulan..... | 95 |
| DAFTAR PUSTAKA | x |

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Of the General Self-Efficacy Scale (Luszczynska et al., 2005) .. **Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Standar Tumbuh Kembang Anak (World Health Organization, 2006) | 25 |
|--|----|

DAFTAR BAGAN

| | |
|--|----|
| Bagan 1. Status Gizi (Esping-Andersen, 2013)..... | 57 |
| Bagan 2. Kerangka Teori (Bandura, 1977b)..... | 58 |
| Bagan 3. Design and development steps (Gall, M, D., Gall & Borg, 2003; Gall et al., 1984)..... | 59 |
| Bagan 4. Kerangka Konsep (Bandura, 1977b)..... | 60 |
| Bagan 5.1 Hasil instrumen setelah tahap 3 pilot studi..... | 85 |

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi merupakan masalah gizi pada anak yang dialami di dunia saat ini. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, stunting memiliki prevalensi tertinggi dengan masalah gizi lainnya yang mencapai 18,8% (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2018). Secara global stunting mempengaruhi sekitar 162 juta anak di bawah usia 5 tahun (World Health Organization, 2014a). Prevalensi kejadian stunting secara global, menunjukkan lebih dari seperempat (26%) anak di bawah usia 5 tahun mengalami stunting (United Nations Children's Fund, 2013). Secara global pada tahun 2011, 52 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami underweight berat (United Nations Children's Fund, 2013). Hal tersebut menunjukkan bahwa secara global, underweight dan stunting pada anak dialami di dunia saat ini.

Jika *stunting/underweight* terus berlanjut maka banyak dampak buruk dan konsekuensi yang akan terjadi. Diperkirakan bahwa 127 juta anak di bawah 5 tahun akan mengalami stunting pada tahun 2025 (World Health Organization, 2014a). Bahkan konfirmasi yang lebih kuat bahwa kekurangan gizi dapat menjebak anak-anak, keluarga, masyarakat dan bangsa dalam siklus antargenerasi mengalami gizi buruk, penyakit dan kemiskinan (United Nations Children's Fund, 2013). Jika *stunting/underweight* terus berlanjut dalam jangka waktu yang panjang dapat meningkatkan risiko infeksi dan mengurangi perkembangan kognitif dan produktivitas ekonomi (Bentley et al., 2015). Hal tersebut diatas menjelaskan bahwa *stunting/underweight* sangat berdampak buruk.

Asupan makanan menjadi penyebab langsung kejadian *stunting/underweight* dan dipengaruhi oleh perilaku asuhan ibu diantaranya perilaku pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, perilaku pemberian

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI). Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan direkomendasikan untuk menjamin kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan yang optimal anak-anak (Victora et al., 2016). World Health Organization (WHO) merekomendasikan bahwa dikatakan eksklusif jika menyusui selama 6 bulan pertama kehidupan dan kelanjutan dari menyusui selama 2 tahun (World Health Organization, 2003). Kematian bayi dapat dihindari dengan pemberian ASI yang optimal (Sankar et al., 2015). Perilaku pemberian ASI eksklusif dan MP ASI yang merupakan penyebab langsung kejadian *stunting/underweight* sangat dipengaruhi kuat oleh perilaku asuhan ibu.

Perilaku pemberian MP ASI yang tepat dapat memengaruhi status gizi anak dan merupakan aspek penting dalam status kesehatan dan pertumbuhan anak. Peran penting pemberian MP ASI dalam kesehatan dan perkembangan anak telah diakui secara luas (Shi et al., 2010). Pemberian MP ASI yang cukup dan tepat dengan makanan padat nutrisi seperti sayuran berdaun hijau dan telur dimulai pada usia 6 bulan penting untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan pengembangan (Zongrone et al., 2018). WHO dan PBB Dana Darurat Anak Internasional merekomendasikan strategi global untuk memberi makan bayi dan anak kecil dengan memperhatikan nutrisi yang tepat (Saha et al., 2008). Hasil penelitian diatas mengungkapkan bahwa untuk memberikan praktik pemberian makan yang tepat kepada anak-anak mereka, keterampilan tertentu sangat penting untuk pengasuh.

Perilaku rendah/buruk sampai yang sedang/tinggi pada pemberian MP ASI masih bervariasi. Mulai dari pemberian MP ASI yang masih stagnan yang dilakukan oleh pengasuh (Nguyen et al., 2016). Dua tahun pertama kehidupan *malnutrisi* banyak dialami pada anak kecil, hal ini karena pemberian MP ASI yang tidak optimal dan menyebabkan prevalensi malnutrisi yang tinggi pada anak di bawah usia 5 tahun secara global (Wang et al., 2017). Satu studi menunjukkan bahwa hanya sedikit ibu yang

memberikan makanan pendamping ASI dalam jumlah yang cukup (Rao et al., 2011). Hal tersebut membuktikan bahwa pemberian MP ASI masih kurang.

Perilaku pemberian MP ASI merupakan aspek penting yang mempengaruhi status kesehatan dan pertumbuhan anak sehingga perlu adanya upaya untuk meningkatkan perilaku yang dikaitkan dengan teori-teori perilaku. Sebuah studi menyebutkan tentang bagaimana *self-efficacy* terkait dengan perubahan perilaku untuk praktik pemberian MP ASI masih terbatas (Zongrone et al., 2018). Program intervensi memberikan bukti kuat untuk efek yang positif untuk memperbaiki kondisi meningkatkan pemberian makan bayi saat ini direkomendasikan, terutama di Negara yang berpenghasilan rendah (Saha et al., 2008). Konsep *self-efficacy* pemberian makanan pendamping adalah aspek penting yang perlu diperhatikan ibu ketika memberikan makanan kepada anak-anak mereka. dan *self-efficacy* sebagai konsep perilaku-spesifik dapat berbeda di berbagai kelompok perilaku (Ogedegbe et al., 2003). Aspek perilaku seorang ibu sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pertumbuhan anak.

Berdasarkan hal tersebut maka sangat perlu untuk mengidentifikasi bagaimana *self-efficacy* ibu dalam memberikan MP ASI. Ada kebutuhan praktik pemberian makan bayi yang optimal untuk meningkatkan status gizi anak (Kumar et al., 2006). Umumnya praktik pemberian makan anak belum optimal dan indikator yang digunakan untuk menilai komponen pemberian makan anak bervariasi serta menekankan perlunya untuk menyelidiki faktor yang mendasari untuk praktik pemberian makan anak yang optimal dan hasilnya dapat digunakan untuk advokasi alokasi sumber daya tambahan untuk program promosi pemberian makan anak yang efektif (Blaney et al., 2015). Sudah ada instrumen yang diteliti Hendriyani et al., (2020) terkait konsep *Complementary Feeding Self-Efficacy*, namun tidak dijelaskan terkait pengolahan data uji validitas dan reabilitas yang merupakan tahapan pada pengembangan instrument. Sehingga sangat dibutuhkan adanya skala untuk mengukur *self-efficacy* ibu yang *valid* dan *reliable*.

B. Rumusan Masalah

Sebelumnya, *self-efficacy* telah diperiksa secara empiris baik sebagai mediator (Nguyen et al., 2016) atau sebagai potensiator (yaitu, pengubah efek positif) dari perubahan perilaku nutrisi intervensi (Matare et al., 2015). Namun, sepengetahuan kami belum ada penelitian yang memeriksa kedua peran untuk *self-efficacy*, meskipun teori menunjukkan bahwa *self-efficacy* dapat berperan dalam banyak hal dan sangat spesifik (Bandura, 1998). Selain itu, sedikit yang diketahui tentang bagaimana *self-efficacy* terkait dengan perubahan perilaku untuk praktik *complementary feeding* (Aboud & Singla 2012).

Beberapa studi pengembangan instrument sudah dilakukan sebelumnya. Yakni penelitian yang bertujuan untuk mengukur kemampuan ibu balita dengan menggunakan instrument *Maternal Self-Efficacy Complementary Feeding* (MSE-CF) (Zongrone et al., 2018). Penelitian lain terkait tentang *complementary feeding self-efficacy* ibu yakni, studi pengembangan yang bertujuan untuk melihat *complementary feeding self-efficacy* ibu (Hendriyani, 2020). Selain itu, studi pengembangan instrumen *Breast-feeding Self-Efficacy* ibu dengan tujuan untuk mendeskripsikan penilaian perkembangan dan psikometri suatu instrumen untuk mengukur efikasi diri menyusui pada ibu (Dennis & Faux, 1999).

Namun pada penelitian-penelitian sebelumnya, skala ukur yang digunakan penelitian tersebut belum menggunakan teori keperawatan sebagai dasar domain pada pembuatan daftar pertanyaan. Selain itu, analisis pada validitas konstruk, uji validitas setiap item juga hanya menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Sehingga penelitian yang akan kami buat ini bertujuan untuk mengembangkan instrumen dengan pendekatan teori keperawatan terkait pemberian *complementary feeding* dengan mengukur *complementary feeding self-efficacy* pada ibu balita usia 6–24 bulan yang reliable dan valid. Penelitian yang kami buat juga diharapkan bisa screening awal untuk tenaga medis mendeteksi masalah yang terjadi saat ini. Apakah

ibu balita tidak yakin, tidak tahu, tidak mampu atau bahkan tahu tapi tidak yakin untuk membuat complementary feeding.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengembangkan instrumen *complementary feeding self-efficacy* pada ibu baduta usia 6–24 bulan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui validitas instrumen *complementary feeding self-efficacy* pada ibu baduta usia 6–24 bulan
- b. Untuk mengetahui reliabilitas instrumen *complementary feeding self-efficacy* pada ibu baduta usia 6–24 bulan.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini meliputi tindakan preventif dengan membuat instrumen *complementary feeding self-efficacy* pada ibu baduta usia 6-24 bulan.

E. Pernyataan Original

Beberapa studi perilaku telah dilakukan sebelumnya yang mendekati dengan instrumen *complementary feeding self-efficacy*. Penelitian yang dilakukan oleh Zongrone et al. (2018) bertujuan mengukur kemampuan ibu balita dengan menggunakan instrumen *Maternal Self-Efficacy Complementary Feeding* (MSE-CF). Namun penelitian tersebut hanya menggunakan 4 daftar pertanyaan, tidak dijelaskan secara jelas sumber dari instrumen MSE-CF tersebut.

Instrument *Breastfeeding Self-Efficacy* telah dilakukan oleh Dennis & Faux (1999), namun instrumen tersebut berfokus pada *breastfeeding self-efficacy*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan penilaian perkembangan dan psikometri suatu instrumen untuk mengukur efikasi diri menyusui pada ibu (Dennis & Faux, 1999).

Studi lain yang dilakukan oleh Hendriyani (2020) bertujuan melihat *complementary feeding self-efficacy* ibu. Namun pada instrument penelitian tersebut belum menggunakan teori keperawatan sebagai dasar domain pada pembuatan daftar pertanyaan *complementary feeding self-efficacy*. Belum melakukan uji validitas dan reabilitas

Sejauh ini kami belum mendapatkan penelitian instrumen *complementary feeding self efficacy* yang melakukan uji validitas dan reliabilitas. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap penilaian *complementary feeding self efficacy* pada ibu baduta usia 6-24 bulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Malnutrisi

1. Defenisi

Malnutrisi adalah kurang gizi dan kelebihan berat badan, adalah masalah global dengan konsekuensi penting untuk kelangsungan hidup, kejadian akut dan penyakit kronis (Black et al., 2013). Malnutrisi tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang kritis (World Health Organization, 2013). Ini mempengaruhi kognitif dan perkembangan fisik anak, meningkat risiko infeksi dan secara signifikan berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas anak (Pelletier & Frongillo 2003).

Stunting, wasting dan underweight tiga indikator yang diakui mengetahui status gizi anak (Onis & Blössner, 2003). Namun, berbagai bentuk malnutrisi juga dapat terjadi secara bersamaan pada anak-anak (Khara et al., 2018). Malnutrisi berkontribusi secara signifikan terhadap global beban beberapa penyakit. Secara global, kekurangan gizi setidaknya menyebabkan setengah dari semua kematian setiap tahun pada anak-anak di bawah lima tahun (Liu et al., 2015).

Pada tahun 2016 menurut WHO setidaknya 155,52 dan 99 juta anak-anak di bawah usia lima tahun mengalami malnutrisi di seluruh dunia masing-masing (World Health Organization, 2016). Saat ini, hampir satu dari tiga orang di dunia menderita setidaknya satu bentuk malnutrisi seperti wasting, stunting, kekurangan vitamin dan mineral, kelebihan berat badan atau obesitas dan PTM terkait diet (Cesare et al., 2016). Memerangi kekurangan gizi dalam segala bentuknya adalah salah satu tantangan kesehatan global terbesar (World Health Organization, 2014).

2. Penyebab Malnutrisi

Malnutrisi disebabkan oleh beberapa faktor yang saling terkait dan memiliki jangka pendek dan panjang istilah efek kesehatan yang merugikan (Victora et al., 2008). Faktor terkait nutrisi berkontribusi pada sekitar 45% kematian pada anak-anak berusia di bawah 5 tahun (terutama karena kurang gizi), sedangkan negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah peningkatan simultan pada kelebihan berat badan masa kanak-kanak dan obesita (World Health Organization, 2020). Perubahan gen sendiri juga diperkirakan mempengaruhi risiko kelahiran rendah berat badan, kelebihan berat badan, obesitas (Gluckman et al., 2007).

Nutrisi awal kehidupan nutrisi dalam rahim dan awal kehidupan memiliki signifikan dan seringkali berdampak seumur hidup pada kesehatan (Bruce et al., 2010). Nutrisi ibu yang buruk sebelum dan selama kehamilan juga dapat menyebabkan peningkatan risiko anemia ibu, kelahiran prematur dan berat badan lahir bayi rendah (Godfrey et al., 2017). Di daerah yang terkena dampak ketidakstabilan, konflik atau alam bencana, di mana makanan menjadi tidak terjangkau, tidak dapat diakses atau tidak tersedia, asupan makanan yang tidak memadai dan ukuran porsi yang tidak memenuhi kebutuhan nutrisi dan energi pertumbuhan anak, berkontribusi terhadap kekurangan gizi, predisposisi infeksi, wasting dan bahkan stunting (Mold, 2011).

Urbanisasi atau lebih dari setengah populasi dunia sekarang hidup di lingkungan perkotaan, sistem perkotaan memainkan peran penting dalam status gizi individu dan populasi dengan lingkungan perkotaan dengan air dan sanitasi yang tidak memadai (World Health Organization, 2011). Terkait dengan pertumbuhan ekonomi, urbanisasi itu sendiri dapat meningkatkan atau memperburuk hasil gizi untuk populasi (Eckert et al., 2018). Jika urbanisasi tidak direncanakan dan berlangsung cepat, urbanisasi cenderung menghasilkan permukiman informal dengan perumahan yang tidak memadai, kondisi sanitasi yang buruk, dan

kepadatan penduduk, yang semuanya dapat mempercepat penyebaran penyakit (Godfrey et al., 2017).

3. Dampak Malnutrisi

Efek malnutrisi pada pertumbuhan fisik, morbiditas, mortalitas, perkembangan kognitif, reproduksi, kapasitas kerja fisik dan risiko untuk beberapa penyakit kronis (Pelletier & Frongillo, 2003). Bayi berada di risiko terbesar untuk malnutrisi, terutama dalam bentuk pertumbuhan yang buruk dan defisiensi mikronutrien (Global Nutrition Report, 2015). Indonesia adalah salah satu dari 36 negara beban tinggi yang dikenal menjadi rumah bagi 90% anak stunting di dunia (Black et al., 2008).

Beberapa anak dengan gangguan motorik, terutama mereka dengan Gross Motor Function Classification System (GMFCS) yang lebih tinggi, memiliki gangguan fungsi motorik-oral, penempatan mereka pada peningkatan risiko malnutrisi dan morbiditas yang terkait (Kuperminc & Stevenson, 2008). Nutrisi mempengaruhi kesehatan melalui kritis jalur imunologi dan biokimia (Alwarawrah et al., 2018). Malnutrisi kalori protein mengganggu sistem kekebalan seluler, menempatkan anak pada peningkatan risiko infeksi dan morbiditas berhubungan dengan penyakit menular, dan mengurangi respons terhadap vaksinasi (Andersen et al., 2016).

Kekurangan zat gizi mikro memiliki efek klinis mulai dari hematologi, hingga yang lebih luas kelelahan, nyeri otot (K. G. Corkins, 2015). Anak-anak dengan gangguan motorik yang lebih parah memiliki peningkatan risiko malnutrisi dan gejala sisa klinis ini (Hillesund et al., 2007). Malnutrisi dikaitkan dengan hasil negatif bagi pasien, termasuk tingkat infeksi dan komplikasi yang lebih tinggi (DiMaria-Ghalili, 2002).

4. Intervensi Malnutrisi

Orang tua adalah agen penting yang melaluinya preferensi makanan dan pola pengambilan diatur ulang, melalui pengaruh langsung

dan tidak langsung, dari mengontrol asupan anak menjadi pasif modeling sehat atau diet tidak sehat (Larsen et al., 2015). Pemberian makanan pendamping ASI merupakan aspek penting dari kesehatan dan pertumbuhan anak (Shi et al., 2010). Studi sebelumnya telah menemukan bahwa pengasuh tidak memberikan makanan berkualitas yang tersedia seperti daging, sayuran, minyak dan telur kepada bayi karena kepercayaan tradisional bahwa makanan ini terlalu 'berat' untuk bayi untuk dicerna (Sichuan et al., 2000).

Budaya dan tradisi, perilaku persiapan makanan anggota keluarga ibu, termasuk self-efficacy persiapan makanan dan sikap terhadap makan sehat, adalah faktor utama yang mendorong perilaku persiapan makanan (Smith et al., 2016). Satu studi menemukan bahwa mengembangkan keterampilan pengasuhan, termasuk dan praktik pemberian makan anak kecil bisa efektif dalam mengurangi dampak negatif dari kekurangan pangan dan pendidikan ibu yang rendah (Ruel et al., 2013). Perilaku mempersiapkan makanan dan faktor terkait dalam makanan di lingkungan rumah yang dapat meningkatkan pola makan secara keseluruhan asupan di antara keluarga, namun saat ini jarang literatur diterbitkan (Mello et al., 2010).

Berfokus pada lingkungan makanan rumah, seperti faktor-faktor yang dapat memengaruhi praktik dan perilaku orang tua kebijakan seputar waktu makan, ngemil dan frekuensi makanan keluarga (Wyse et al., 2011). Praktik pemberian makan yang umum termasuk mencontoh perilaku makan, membatasi jenis makanan tertentu, menekan anak untuk makan, menghargai perilaku positif dengan makanan, dan ketersediaan makanan di rumah (Shloim et al., 2015). Satu studi menunjukkan bahwa hanya sedikit ibu yang memberikan makanan pendamping ASI dalam jumlah yang cukup (Rao et al., 2011).

B. Penilaian Status Gizi Anak

1. Defenisi

Pertumbuhan manusia pada usia balita adalah laju pertumbuhan yang paling penting. Balita mengalami pertumbuhan yang krusial karena sangat menentukan kehidupan balita tersebut di usia selanjutnya. Salah satu penopang tumbuh kembang balita adalah asupan nutrisi yang mencukupi kebutuhannya. Makanan bergizi sangatlah penting karena menjadi bahan baku utama tubuh balita berkembang (Susilo et al., 2021).

Berdasarkan pemeriksaan antropometri standar, mengukur dan kemudian mengevaluasi parameter somatik, yang memberikan informasi penting tentang status pertumbuhan pada anak-anak dan remaja. Antropometri adalah yang paling banyak digunakan dan alat klinis yang disukai untuk mengikuti pertumbuhan normal seorang anak. Antropometri langkah-langkah mungkin juga membantu dalam prediksi faktor risiko penyakit tidak menular sejak kecil. Pemeriksaan antropometri biasanya mengevaluasi berat badan dan, jika komposisi tubuh dianalisis, jumlah lemak tubuh. Namun, distribusinya pada tubuh juga harus diperhatikan, terutama dalam hal distribusinya yang tidak proporsional, yang merupakan faktor risiko komplikasi kesehatan, terutama metabolik dan kardiovaskular (Jancikova et al., 2021).

Standar Antropometri Anak digunakan untuk menilai atau menentukan status gizi anak. Penilaian status gizi Anak dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dengan Standar Antropometri Anak. Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan Indeks Antropometri sesuai dengan kategori status gizi pada *WHO Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *The WHO Reference 2007* untuk anak 5-18 tahun.

Umur yang digunakan pada standar ini merupakan umur yang dihitung dalam bulan penuh, sebagai contoh bila umur anak 2 bulan 29 hari maka dihitung sebagai umur 2 bulan. Indeks Panjang Badan (PB) digunakan pada anak umur 0-24 bulan yang diukur dengan posisi

terlentang. Bila anak umur 0-24 bulan diukur dengan posisi berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. Sementara untuk indeks Tinggi Badan (TB) digunakan pada anak umur di atas 24 bulan yang diukur dengan posisi berdiri. Bila anak umur di atas 24 bulan diukur dengan posisi terlentang, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangi 0,7 cm (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

2. Standar Antropometri Anak

Standar antropometri anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang/tinggi badan yang terdiri atas 4 (empat) indeks, meliputi:

a. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indeks BB/U ini menggambarkan berat badan relatif dibandingkan dengan umur anak. Indeks ini digunakan untuk menilai anak dengan berat badan kurang (*underweight*) atau sangat kurang (*severely underweight*), tetapi tidak dapat digunakan untuk mengklasifikasikan anak gemuk atau sangat gemuk. Penting diketahui bahwa seorang anak dengan BB/U rendah, kemungkinan mengalami masalah pertumbuhan, sehingga perlu dikonfirmasi dengan indeks BB/PB atau BB/TB atau IMT/U sebelum diintervensi.

b. Indeks Panjang Badan menurut Umur atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)

Indeks PB/U atau TB/U menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit. Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan di atas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin, namun hal ini jarang terjadi di Indonesia.

c. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

Indeks BB/PB atau BB/TB ini menggambarkan apakah berat badan anak sesuai terhadap pertumbuhan panjang/tinggi badannya. Indeks ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi anak gizi kurang (*wasted*), gizi buruk (*severely wasted*) serta anak yang memiliki risiko gizi lebih (*possible risk of overweight*). Kondisi gizi buruk biasanya disebabkan oleh penyakit dan kekurangan asupan gizi yang baru saja terjadi (akut) maupun yang telah lama terjadi (kronis).

d. Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Indeks IMT/U digunakan untuk menentukan kategori gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, berisiko gizi lebih, gizi lebih dan obesitas. Grafik IMT/U dan grafik BB/PB atau BB/TB cenderung menunjukkan hasil yang sama. Namun indeks IMT/U lebih sensitif untuk penapisan anak gizi lebih dan obesitas. Anak dengan ambang batas IMT/U $>+1SD$ berisiko gizi lebih sehingga perlu ditangani lebih lanjut untuk mencegah terjadinya gizi lebih dan obesitas.

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

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

| | | |
|--|--|---|
| | Gizi lebih (<i>overweight</i>) | > + 2 SD sd + 3 SD |
| | Obesitas (<i>obese</i>) | > + 3 SD |
| Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan | Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) | <-3 SD |
| | Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³ | - 3 SD sd <- 2 SD |
| | Gizi baik (<i>normal</i>) | -2 SD sd +1 SD |
| | Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>) | > + 1 SD sd + 2 SD |
| | Gizi lebih (<i>overweight</i>) | > + 2 SD sd +3 SD |
| | Obesitas (<i>obese</i>) | > + 3 SD |
| | Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun | Gizi buruk (<i>severely thinness</i>) |
| Gizi kurang (<i>thinness</i>) | | Gizi kurang (<i>thinness</i>) |
| Gizi baik (<i>normal</i>) | | -2 SD sd +1 SD |
| Gizi lebih (<i>overweight</i>) | | + 1 SD sd +2 SD |
| Obesitas (<i>obese</i>) | | > + 2 SD |

Tabel 2.2 Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

| Umur (bulan) | Berat Badan (Kg) | | | | | | |
|--------------|------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | -3 SD | -2 SD | -1 SD | Median | +1 SD | +2 SD | +3 SD |
| 0 | 2.1 | 2.5 | 2.9 | 3.3 | 3.9 | 4.4 | 5.0 |
| 1 | 2.9 | 3.4 | 3.9 | 4.5 | 5.1 | 5.8 | 6.6 |
| 2 | 3.8 | 4.3 | 4.9 | 5.6 | 6.3 | 7.1 | 8.0 |
| 3 | 4.4 | 5.0 | 5.7 | 6.4 | 7.2 | 8.0 | 9.0 |
| 4 | 4.9 | 5.6 | 6.2 | 7.0 | 7.8 | 8.7 | 9.7 |
| 5 | 5.3 | 6.0 | 6.7 | 7.5 | 8.4 | 9.3 | 10.4 |
| 6 | 5.7 | 6.4 | 7.1 | 7.9 | 8.8 | 9.8 | 10.9 |
| 7 | 5.9 | 6.7 | 7.4 | 8.3 | 9.2 | 10.3 | 11.4 |
| 8 | 6.2 | 6.9 | 7.7 | 8.6 | 9.6 | 10.7 | 11.9 |
| 9 | 6.4 | 7.1 | 8.0 | 8.9 | 9.9 | 11.0 | 12.3 |
| 10 | 6.6 | 7.4 | 8.2 | 9.2 | 10.2 | 11.4 | 12.7 |
| 11 | 6.8 | 7.6 | 8.4 | 9.4 | 10.5 | 11.7 | 13.0 |
| 12 | 6.9 | 7.7 | 8.6 | 9.6 | 10.8 | 12.0 | 13.3 |

| | | | | | | | |
|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 13 | 7.1 | 7.9 | 8.8 | 9.9 | 11.0 | 12.3 | 13.7 |
| 14 | 7.2 | 8.1 | 9.0 | 10.1 | 11.3 | 12.6 | 14.0 |
| 15 | 7.4 | 8.3 | 9.2 | 10.3 | 11.5 | 12.8 | 14.3 |
| 16 | 7.5 | 8.4 | 9.4 | 10.5 | 11.7 | 13.1 | 14.6 |
| 17 | 7.7 | 8.6 | 9.6 | 10.7 | 12.0 | 13.4 | 14.9 |
| 18 | 7.8 | 8.8 | 9.8 | 10.9 | 12.2 | 13.7 | 15.3 |
| 19 | 8.0 | 8.9 | 10.0 | 11.1 | 12.5 | 13.9 | 15.6 |
| 20 | 8.1 | 9.1 | 10.1 | 11.3 | 12.7 | 14.2 | 15.9 |
| 21 | 8.2 | 9.2 | 10.3 | 11.5 | 12.9 | 14.5 | 16.2 |
| 22 | 8.4 | 9.4 | 10.5 | 11.8 | 13.2 | 14.7 | 16.5 |
| 23 | 8.5 | 9.5 | 10.7 | 12.0 | 13.4 | 15.0 | 16.8 |
| 24 | 8.6 | 9.7 | 10.8 | 12.2 | 13.6 | 15.3 | 17.1 |
| 25 | 8.8 | 9.8 | 11.0 | 12.4 | 13.9 | 15.5 | 17.5 |
| 26 | 8.9 | 10.0 | 11.2 | 12.5 | 14.1 | 15.8 | 17.8 |
| 27 | 9.0 | 10.1 | 11.3 | 12.7 | 14.3 | 16.1 | 18.1 |
| 28 | 9.1 | 10.2 | 11.5 | 12.9 | 14.5 | 16.3 | 18.4 |
| 29 | 9.2 | 10.4 | 11.7 | 13.1 | 14.8 | 16.6 | 18.7 |
| 30 | 9.4 | 10.5 | 11.8 | 13.3 | 15.0 | 16.9 | 19.0 |
| 31 | 9.5 | 10.7 | 12.0 | 13.5 | 15.2 | 17.1 | 19.3 |
| 32 | 9.6 | 10.8 | 12.1 | 13.7 | 15.4 | 17.4 | 19.6 |
| 33 | 9.7 | 10.9 | 12.3 | 13.8 | 15.6 | 17.6 | 19.9 |
| 34 | 9.8 | 11.0 | 12.4 | 14.0 | 15.8 | 17.8 | 20.2 |
| 35 | 9.9 | 11.2 | 12.6 | 14.2 | 16.0 | 18.1 | 20.4 |
| 36 | 10.0 | 11.3 | 12.7 | 14.3 | 16.2 | 18.3 | 20.7 |
| 37 | 10.1 | 11.4 | 12.9 | 14.5 | 16.4 | 18.6 | 21.0 |

| | | | | | | | |
|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 38 | 10.2 | 11.5 | 13.0 | 14.7 | 16.6 | 18.8 | 21.3 |
| 39 | 10.3 | 11.6 | 13.1 | 14.8 | 16.8 | 19.0 | 21.6 |
| 40 | 10.4 | 11.8 | 13.3 | 15.0 | 17.0 | 19.3 | 21.9 |
| 41 | 10.5 | 11.9 | 13.4 | 15.2 | 17.2 | 19.5 | 22.1 |
| 42 | 10.6 | 12.0 | 13.6 | 15.3 | 17.4 | 19.7 | 22.4 |
| 43 | 10.7 | 12.1 | 13.7 | 15.5 | 17.6 | 20.0 | 22.7 |
| 44 | 10.8 | 12.2 | 13.8 | 15.7 | 17.8 | 20.2 | 23.0 |
| 45 | 10.9 | 12.4 | 14.0 | 15.8 | 18.0 | 20.5 | 23.3 |
| 46 | 11.0 | 12.5 | 14.1 | 16.0 | 18.2 | 20.7 | 23.6 |
| 47 | 11.1 | 12.6 | 14.3 | 16.2 | 18.4 | 20.9 | 23.9 |
| 48 | 11.2 | 12.7 | 14.4 | 16.3 | 18.6 | 21.2 | 24.2 |
| 49 | 11.3 | 12.8 | 14.5 | 16.5 | 18.8 | 21.4 | 24.5 |
| 50 | 11.4 | 12.9 | 14.7 | 16.7 | 19.0 | 21.7 | 24.8 |
| 51 | 11.5 | 13.1 | 14.8 | 16.8 | 19.2 | 21.9 | 25.1 |
| 52 | 11.6 | 13.2 | 15.0 | 17.0 | 19.4 | 22.2 | 25.4 |
| 53 | 11.7 | 13.3 | 15.1 | 17.2 | 19.6 | 22.4 | 25.7 |
| 54 | 11.8 | 13.4 | 15.2 | 17.3 | 19.8 | 22.7 | 26.0 |
| 55 | 11.9 | 13.5 | 15.4 | 17.5 | 20.0 | 22.9 | 26.3 |
| 56 | 12.0 | 13.6 | 15.5 | 17.7 | 20.2 | 23.2 | 26.6 |
| 57 | 12.1 | 13.7 | 15.6 | 17.8 | 20.4 | 23.4 | 26.9 |
| 58 | 12.2 | 13.8 | 15.8 | 18.0 | 20.6 | 23.7 | 27.2 |
| 59 | 12.3 | 14.0 | 15.9 | 18.2 | 20.8 | 23.9 | 27.6 |
| 60 | 12.4 | 14.1 | 16.0 | 18.3 | 21.0 | 24.2 | 27.9 |

(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

3. Golden Age

Golden age adalah masa anak usia dini dimulai sejak lahirnya anak sampai dengan usia 6 (enam) tahun. Masa ini sering disebut sebagai masa keemasan (*the golden age*), dimana otak anak saat ini merupakan faktor terpenting dalam pembentukan kecerdasan anak dan berpengaruh pada masa tumbuh kembang anak. Pertumbuhan anak dapat dilihat secara kuantitatif melalui perubahan-perubahan alamiah dari segi jasmani atau fisik. Golden Age merupakan fase dimana semua aspek perkembangan anak siap untuk dikembangkan. Anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, yang terjadi hanya sekali seumur hidup dan tidak dapat terulang kembali.

Proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini dimasa emas (*the golden ages*) anak cenderung sangat aktif, namun demikian, kekebalan tubuh anak belum stabil. Berbagai penyakit bisa mengancam kesehatan anak, diantaranya alergi, asma, campak, cacar, flu, penyakit mata dan infeksi telinga, maupun penyakit penyakit lainnya. Pertumbuhan adalah proses penambahan ukuran yang meliputi penambahan tinggi, besar dan berat, yang dapat diukur secara fisik melalui penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran lingkaran lengan dan lain sebagainya. Pertumbuhan berjalan seiring dengan proses perkembangan (Dewi & Kurniawaty, 2022).

Salah satu hasil kesehatan jangka panjang paling penting yang relevan dari pengalaman hidup awal adalah perkembangan saraf. Sebagian besar perkembangan otak pada awal kehidupan sangat terprogram dan sebagian besar tidak bergantung pada pengalaman. Namun demikian, ada faktor lingkungan yang penting dan dapat dikontrol yang sangat mempengaruhi perkembangan otak dini termasuk nutrisi, pengurangan stres beracun dan pengayaan lingkungan (Georgieff et al., 2018).

Otak adalah organ dengan metabolisme paling tinggi pada neonatus prematur dan mengkonsumsi paling banyak jumlah sumber nutrisi untuk fungsi dan pertumbuhannya. Karena bayi prematur bertahan hidup pada tingkat yang lebih tinggi, perkembangan saraf telah menjadi hasil morbiditas utama yang menarik. Sedangkan banyak faktor yang mempengaruhi hasil perkembangan saraf pada bayi prematur, nutrisi sangat penting karena tim perawatan kesehatan memiliki banyak kendali atas penyediaannya. (Ramel & Georgieff, 2014)

Pemberian makan yang paling sehat dan paling tepat saat lahir untuk bayi yang baru lahir dimulai dengan menyusui ibunya sendiri. American Academy of Pediatrics (AAP) dan WHO merekomendasikan bahwa ASI eksklusif harus dipertahankan setidaknya selama 6 bulan untuk memastikan pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan yang optimal. Periode ini diikuti dengan pemberian ASI bersamaan dengan pengenalan makanan pendamping ASI sampai pukul usia minimal 12 bulan, dan kelanjutan menyusui selama saling diinginkan oleh ibu dan bayi (M. R. Corkins et al., 2016).

Istilah-istilah seperti masa keemasan pengembangan/pembelajaran keterampilan motoric Sering diklaim bahwa dasar untuk kesuksesan selanjutnya dibangun di dalam zaman keemasan ini, dan kadang-kadang juga bahwa akan sulit untuk mempelajari keterampilan tertentu setelah masa emas telah berlalu. Beberapa akan berpendapat bahwa apa yang belum dikembangkan di zaman emas tidak pernah bisa ditebus di kemudian hari program pengembangan bakat dan sejenisnya mendasarkan model perkembangan mereka pada gagasan bahwa anak-anak dalam usia emas berada dalam posisi prima untuk mengembangkan motoric atau bahwa zaman keemasan merupakan jendela pelatihan yang optimal atau sensitivitas untuk pelatihan keterampilan.

Nutrisi yang cukup dalam rahim dan dua tahun pertama kehidupan sangat penting untuk otak yang optimal perkembangan dan fungsi kognitif di kemudian hari. Asupan nutrisi utama yang kurang optimal dalam 1000 hari pertama dapat mengakibatkan defisit kognitif yang tidak dapat dibalik peningkatan asupan di kemudian hari. Pedoman Diet untuk orang Amerika sekarang termasuk rekomendasi untuk anak-anak sejak lahir hingga usia 2 tahun dan menyoroti pentingnya kebutuhan nutrisi awal. Diet yang hanya terdiri dari ASI sudah cukup untuk sebagian besar bayi selama 6 bulan pertama kehidupan.

Menyusui bermanfaat bagi bayi dengan mengurangi risiko infeksi, meningkatkan perkembangan saraf, dan memberikan banyak nutrisi penting penting untuk perkembangan yang sehat. ASI adalah kaya nutrisi sistem biologis yang dapat menopang bayi selama 6 bulan pertama kehidupan, tetapi akhirnya anak-anak membutuhkan nutrisi di luar yang disediakan dalam ASI. Untuk melengkapi bayi makan, Pedoman Diet untuk orang Amerika dan American Academy of Pediatrics merekomendasikan memperkenalkan makanan (dikenal juga sebagai makanan pendamping) selain manusia susu dan susu formula pada usia sekitar 6 bulan. Sementara anak memperoleh nutrisi yang beragam dari makanan pendamping ASI, nutrisi dari kekhawatiran tetap ada. Ini adalah nutrisi yang tidak dikonsumsi pada tingkat yang direkomendasikan namun sangat penting untuk pembangunan. Protein, zat besi, seng, dan kolin adalah semua nutrisi yang mempengaruhi perkembangan otak awal kehidupan (Wilk et al., 2022).

4. Underweight

Kekurangan gizi adalah penyebab kesehatan yang substansial masalah pada anak-anak yang perlu pertimbangan. Untuk itu Alasannya, mengurangi gizi buruk pada anak sama dengan memperbaiki status kesehatan anak-anak tersebut. Ini perlu untuk meningkatkan derajat kesehatan dimasa yang akan datang segmen inti masyarakat. Ini sangat

penting untuk ekonomi pertumbuhan dan perkembangan masyarakat yang bersangkutan. (Yirga et al., 2019)

Gizi buruk anak adalah masalah kesehatan dan merupakan penyebab utama morbiditas anak dan mortalitas. Untuk gizi buruk, balita berada yang paling rentan. Nutrisi bayi dan balita anak-anak merupakan perhatian utama bagi setiap masyarakat. Malnutrisi anak tertinggi ditemukan di Afrika sub-Sahara negara. Ethiopia adalah salah satu negara dengan tingkat stunting tertinggi di sub-Sahara Afrika. Itu Proporsi anak kurus paling tinggi pada umur tersebut kisaran 2 sampai 3 tahun (34%) dan terendah di antara mereka yang di bawah usia enam bulan (10%). Secara umum, 29% anak-anak di bawah usia lima tahun memiliki berat badan kurang, dan 9% sangat parah kurus di Ethiopia. Diperkirakan 159 juta balita, atau 23,8%, mengalami stunting pada tahun 2016, turun 15,8% dari perkiraan 255 juta tahun 1990 di seluruh dunia⁵⁴. Padahal terjadinya stunting dan berat badan kurang pada anak balita usia di seluruh dunia telah menurun sejak tahun 1990, perbaikan secara keseluruhan tidak memuaskan dan jutaan anak tetap tinggal berisiko (Habyarimana et al., 2016).

Kekurangan gizi berkontribusi secara signifikan terhadap global beban beberapa penyakit. Secara global, akun kekurangan gizi untuk setidaknya setengah dari semua kematian setiap tahun pada anak-anak di bawah lima. Pada tahun 2016, menurut Kesehatan Dunia Organisasi (WHO), setidaknya 155, 52 dan 99 juta anak-anak di bawah usia lima tahun menjadi kerdil, kurus dan kurus di seluruh dunia masing-masing. Selain itu, sekitar 6 juta anak dilaporkan menderita stunting dan wasting secara bersamaan. Malnutrisi adalah mengelompok di negara-negara berkembang, khususnya di Afrika dan Asia Selatan. Di Asia Selatan, tiga negara dari wilayah, India, Pakistan dan Bangladesh, memiliki khususnya prevalensi tinggi dari kondisi (Khan et al., 2019).

Ada kekurangan yang komprehensif meninjau perkiraan spesifik dari prevalensi dan tren kekurangan berat badan pada anak-anak dan remaja meliputi yang pertama tahun abad kedua puluh satu dan termasuk sebagian besar orang Eropa wilayah dan negara menggunakan pengawasan yang harmonis metode. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji tren pooled estimasi prevalensi underweight pada anak-anak dan remaja di wilayah Eropa dari tahun 2000 hingga 2017, dan hingga menghitung perkiraan berdasarkan jenis kelamin, rentang usia, periode waktu, negara dan wilayah Eropa (Garrido-Miguel et al., 2021). Pemantauan prevalensi status berat badan adalah penting dari perspektif surveilans kesehatan masyarakat. Namun, sementara obesitas pada masa kanak-kanak telah diselidiki secara menyeluruh, angka prevalensi kurus telah menerima jauh lebih sedikit perhatian. Jadi, meskipun ada laporan tentang prevalensi masa kanak-kanak obesitas dan kekurangan berat badan baru-baru ini telah dipublikasikan diseluruh Eropa (Bentham et al., 2017).

5. Overweight

Overweight adalah salah satu bentuk malnutrisi (gizi tidak seimbang) yang timbul akibat asupan yang berlebihan nutrisi, menyebabkan akumulasi lemak tubuh itu mengganggu kesehatan yaitu, kelebihan berat badan/obesitas (pmch, 2022). Obesitas (malnutrisi kelebihan berat badan) Prevalensi keseluruhan masa kanak-kanak obesitas tetap sangat tinggi (Keß et al., 2017). Sebagian besar remaja yang mengalami obesitas tetap demikian di masa dewasa (Ward et al., 2017). Onset awal obesitas dikaitkan dengan munculnya komplikasi terkait, termasuk metabolisme dan kardiovaskular gangguan, bahkan di masa kanak-kanak dan dapat menyebabkan peningkatan risiko kematian di masa dewasa (Durán, 2016).

Tren obesitas anak dan remaja bervariasi berdasarkan usia. Selama periode sekitar 25 tahun (1988-1994 hingga 2013- 2014), prevalensinya

meningkat hingga tahun 2003-2004 namun kemudian menurun diantara anak usia 2 sampai 5 tahun. Di antara anak usia 6 sampai 11 tahun, prevalensi meningkat sampai 2007-2008 dan kemudian diratakan. Di kalangan remaja usia 12 sampai 19 tahun, obesitas prevalensi meningkat antara 1988-1994 dan 2013-2014. Tren prevalensi obesitas ekstrim tidak menunjukkan perubahan antara 1988-1994 dan 2013-2014 pada anak usia 2 sampai 5 tahun, sedangkan itu meningkat di antara anak-anak usia 6 sampai 11 tahun dan di antara remaja berusia 12 hingga 19 tahun. Tidak signifikan perubahan baik obesitas atau obesitas ekstrim terlihat antara 2005-2006 dan 2013-2014, menyarankan yang terbaru perubahan di kalangan remaja kecil. Penelitian lain yang dilakukan di Amerika Serikat telah menunjukkan penurunan prevalensi obesitas pada anak usia 2 sampai 5 tahun. Data anak usia prasekolah berprestasi rendah yang berpartisipasi dalam program nutrisi federal (Ogden et al., 2016).

Krisis kelebihan gizi telah semakin banyak dilaporkan dari negara-negara di mana kelaparan masih endemik, disebut sebagai hidup berdampingan dengan beban ganda ketidakseimbangan nutrisi (Mathur & Pillai, 2012). Studi menegaskan bahwa beban ganda gizi tidak mempengaruhi secara tidak proporsional pada populasi manapun subkelompok. Namun, risiko relatif bervariasi pembangunan ekonomi, ketahanan pangan, urbanisasi dan kondisi hidup. Di antara mereka yang tinggal di negara-negara mengalami transisi ekonomi, anak-anak berada dirisiko kekurangan gizi yang lebih tinggi sementara tingkat yang lebih tinggi kelebihan berat badan / obesitas diamati di antara orang dewasa (Min et al., 2018).

Walaupun epidemi obesitas telah ditandai dengan baik pada tingkat populasi, sedikit yang diketahui tentang individu tingkat risiko obesitas dewasa untuk diberikan anak berdasarkan berat badan dan usia saat ini. Sejumlah studi kohort epidemiologi memberikan wawasan tentang

lintasan pertumbuhan, tetapi mereka sering tidak mengikuti anak-anak sampai dewasa. Meskipun obesitas memiliki efek kesehatan pada anak-anak, kematian terkait obesitas dan komplikasi umumnya menyerang orang dewasa yang berusia 35 tahun atau lebih tua. Data longitudinal menghubungkan lintasan BMI masa kanak-kanak dengan risiko kesehatan di kedewasaan diperlukan untuk mengkarakterisasi jangka panjang konsekuensi dari obesitas anak lebih tepatnya (Ward et al., 2017).

Obesitas selama masa remaja dikaitkan dengan peningkatan risiko kardiovaskular secara substansial hasil di usia paruh baya, terutama kematian akibat penyakit jantung koroner. Asosiasi, yang sama terbukti pada kedua jenis kelamin, bertahan kuat untuk kematian kardiovaskular yang terjadi selama empat dekade setelah pengukuran BMI pada masa remaja. Asosiasi bertahan a serangkaian analisis sensitivitas. Populasi yang dapat diatribusikan fraksi dalam penelitian kami diproyeksikan meningkat dengan pergeseran sekuler dalam distribusi BMI dan menunjukkan bahwa kelebihan berat badan dan obesitas pada masa remaja mungkin menyumbang seperlima dari kardiovaskular kematian dan seperempat kematian akibat koroner penyakit jantung pada saat peserta mencapai paruh baya. Model prediksi untuk Amerika Serikat menunjukkan peningkatan yang nyata dalam insiden penyakit jantung koroner dan tingkat kematian pada usia dewasa muda dan menengah (Durán, 2016).

6. Stunting

Stunting adalah pertumbuhan yang tidak seimbang terjadi ketika anak tidak sesuai pertumbuhan panjang atau tinggi sesuai dengan standarnya (Stewart et al., 2013). Gangguan pertumbuhan linier terjadi ketika seorang anak tidak tumbuh panjang atau tinggi sesuai dengan potensi dirinya. Seorang anak dianggap stunting ketika panjang/tinggi badan menurut usianya turun di bawah 2 standar deviasi (SD) dari

standar pertumbuhan anak (World Health Organization, 2006). Seorang anak dikatakan stunting jika tinggi badan menurut umurnya adalah di bawah 2 standar deviasi (SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak Organisasi Kesehatan Dunia (Vonaesch et al., 2017).

Banyak anak dengan panjang-untuk-usia diatas 2 SD telah mengalami beberapa derajat linier pertumbuhan yang tidak baik. Proses ini diperkirakan dimulai sebelum lahir. Kekurangan gizi ibu, sering karena kekurangan gizi dimasa lalu (Victora et al. 2010). Memang, pemberian makanan pendamping ASI yang buruk telah diidentifikasi sebagai faktor risiko yang berhubungan langsung dengan stunting (Bhutta et al., 2013). 6–24 bulan periode usia penting karena saat anak diperkenalkan terhadap makanan selain ASI dan menjadi semakin mandiri dan mobile, lingkungan faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan berkembang biak (Dewey et al, 2009).

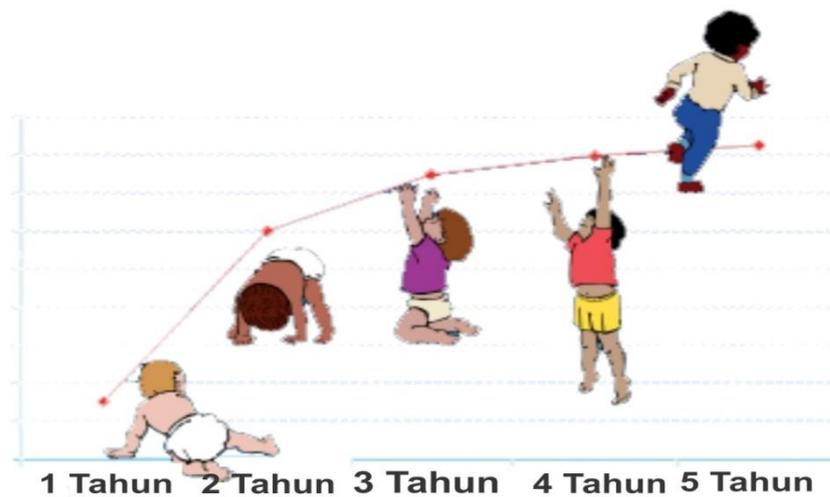
Stunting atau gangguan pertumbuhan merupakan dampak dari masalah gizi kurang yang terjadi pada anak-anak di negara berkembang. *Stunting* mengindikasikan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya resiko morbiditas dan mortalitas, penurunan perkembangan fungsi motorik dan mental serta mengurangi kapasitas fisik (United Nation Administrative Comittee on Coordination, 2000). Stunting sering tidak dikenali di masyarakat dimana perawakan pendek sangat umum sehingga dianggap normal. Kesulitan dalam mengidentifikasi kerdil secara visual anak-anak dan kurangnya penilaian rutin linear pertumbuhan dalam layanan perawatan kesehatan primer menjelaskan mengapa butuh waktu lama untuk menyadari besarnya ini momok tersembunyi (Onis & Branca, 2016).

Gambar 2.1 Standar Tumbuh Kembang Anak (World Health Organization, 2006)

Standar Tumbuh Kembang Anak WHO

Panjang/Tinggi sesuai usia, berat badan sesuai usia, berat badan sesuai panjang
berat badan sesuai tinggi badan dan indeks massa tubuh sesuai usia

Metode dan Pengembangan



Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi, di antaranya praktik pengasuhan gizi yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan masa kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa hanya 22,8% dari anak usia 0-6 bulan yang menyusu eksklusif dan hanya 36,6% anak usia 7-23 bulan yang menerima Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang sesuai dengan praktik-praktik yang direkomendasikan tentang pengaturan waktu, frekuensi, dan kualitas (R. E. Black & Heidkamp, 2018). Seperti disebutkan sebelumnya, pengerdilan sering dimulai dengan sangat di awal kehidupan, biasanya di

dalam rahim, dan umumnya berlanjut selama dua tahun pertama setelah melahirkan. Sebagian besar penurunan panjang-untuk-usia terjadi selama komplementer periode menyusui, antara usia 6-24 bulan (Dewey & Huffman, 2009).

Faktor penentu kekurangan gizi seperti yang ditunjukkan dalam model konseptual dikembangkan oleh UNICEF menunjukkan pola makan, perilaku, penentu kesehatan gizi optimal, pertumbuhan, dan perkembangan (R. E. Black et al., 2013). Pengasuh sering kekurangan informasi kesehatan yang benar, konseling diet yang tidak tepat, menyusui, bayi makan, makanan pendamping ASI, nutrisi ibu dan pengetahuan penyakit anak yang tidak tepat (Pakistan Integrated Nutrition Strategy, 2011)

Stunting memiliki beberapa dampak jangka panjang, termasuk menurunnya kemampuan kognitif dan perkembangan fisik, berkurangnya kapasitas kerja, serta menurunnya kekebalan tubuh seseorang. Risiko penyakit degeneratif seperti diabetes ataupun stroke juga meningkat pada mereka yang stunting (Ponum et al., 2020). Pertumbuhan linier pada anak usia dini dianggap sebagai penanda pertumbuhan yang sehat mengingat hubungan dengan risiko morbiditas jangka pendek dan kematian, penyakit tidak menular dikemudian hari, kapasitas belajar dan produktivitas (R. E. Black et al., 2013).

Stunting berhubungan dengan perkembangan kognitif yang buruk di masa kecil dan masa remaja, tertunda masuk ke sekolah, tahun pendidikan yang kurang, penurunan produktivitas, dan defisit postur ketika dewasa. *Stunting* masa kanak-kanak berhubungan dengan keterlambatan perkembangan motorik dan IQ lebih rendah. Anak *stunted* lebih terhambat dibandingkan *non-stunted* perkembangannya (Crookston et al., 2010).

Kurang gizi pada masa kanak-kanak, pekerjaan awal yang menghubungkan pada malnutrisi klinis yang parah. Komprehensif

menunjukkan temuan yang umumnya konsisten, dengan defisit dalam kecerdasan di sekolah terus berlanjut hingga remaja (Grantham-McGregor, 1995). Faktor risiko yang terkait dengan pengerdilan pada anak di bawah 5 tahun yaitu termasuk kelahiran prematur, gizi ibu yang buruk, praktik pemberian makan anak yang tidak tepat, etnis, jarak kelahiran lebih dari 24 bulan, pendidikan ibu yang rendah, kesadaran gizi kurang, pendidikan ayah rendah, konsumsi vitamin A dan faktor lingkungan termasuk sanitasi yang tidak tepat (Danaei et al., 2016)

Pencegahan stunting harus menjadi prioritas global dapat dilakukan melalui program kesehatan dan intervensi gizi (R. E. Black & Heidkamp, 2018). Penyelesaian masalah stunting juga sangat dipengaruhi juga oleh ketersediaan pangan, perawatan ibu pada anak, dan pengendalian penyakit menular (Prentice et al., 2005). Penerapan pola hidup sehat dan intervensi nutrisi yang ditunjukkan oleh bukti-bukti saat ini efektif dan dapat diterapkan di negara berpenghasilan rendah dan negara-negara maju (Caulfield et al., 2004). Sebagai pengakuan dari berbagai negara, pengurangan kasus stunting dimuali dari awal kehidupan, Majelis Kesehatan Dunia menetapkan target untuk mengurangi hingga 40% jumlahnya anak stunting di seluruh dunia pada tahun 2025 (United Nation Administrative Comitte on Coordination, 2000).

Intervensi gizi yang menargetkan perbaikan gizi anak telah dilaksanakan, Ibu dan Kelompok Gizi Anak menunjukkan bahwa promosi yang tepat makanan pendamping ASI bersama dengan strategi pendukung lainnya termasuk kelompok pendidikan dan penyediaan makanan adalah yang paling banyak intervensi efektif untuk mengurangi stunting pada anak sebelum 36 bulan (Bhutta et al., 2008). Dengan efek merugikan dari stunting, banyak negara yang berafiliasi dengan The World Health Majelis telah berkomitmen untuk mencapai pengurangan 40% dengan 2025 melalui program Scaling up Nutrition (SUN) (United Nations Children's Fund, 2013). Diantara tiga kelompok prioritas respon kebijakan dikerangka SUN adalah intervensi khusus nutrisi, intervensi ini

memiliki perbaikan gizi sebagai yang utama tujuan, dan harus dapat diakses oleh semua individu dan rumah tangga mereka, terutama dari kehamilan sampai anak pertama dua tahun kehidupan, dan pada saat sakit atau tertekan (Scaling Up Nutrition, 2010).

Untuk mencegah seumur hidup dari potensi yang hilang karena pengerdilan, penekanan harus ditempatkan pada pentingnya menyediakan lingkungan nutrisi yang mendukung melalui waktu dan makanan pendamping ASI yang tepat selama 1.000 hari pertama kehidupan (State of the World's Mothers, 2012). Yang melibatkan diet yang beragam (Parlesak et al., 2014). Salah satu metode untuk menilai kualitas makanan menggunakan skor keanekaragaman makanan (Parlesak et al., 2014). Dietary diversity score (DDS) mengukur jumlah kategori makanan yang beragam, terlepas dari jumlah yang dikonsumsi secara individual selama 24 jam terakhir (Steyn et al., 2006).

C. Makanan Pendamping Air Susu Ibu

1. Definisi

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) adalah proses yang dimulai ketika ASI atau susu formula diberikan pada bayi yang dilengkapi dengan makanan/minuman lain yang kemudian berlanjut hingga usia 24 bulan saat anak bertransisi sepenuhnya ke makanan keluarga (World Health Organization, 2007). MPASI merupakan suatu proses yang dimulai ketika ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, dan oleh karena itu diperlukan makanan dan cairan lain bersama dengan ASI (Pan American Health Organization, 2003). Jenis dan jumlah makanan dan minuman pendamping yang dikonsumsi menjadi hal yang penting karena kebutuhan nutrisi bayi harus semakin dipenuhi selama periode pemberian makanan pendamping karena akan memengaruhi antropometrik baik selama dan setelah periode pemberian makanan pendamping (American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, 2013; World Health Organization, 2007).

Kebutuhan energi menjadi semakin besar seiring dengan bertambahnya usia, oleh karena hal tersebut maka pemberian kebutuhan energi tercukupi dengan memberikan MPASI. Nutrisi bayi pada usia 0-6 bulan kebutuhan energi terpenuhi 100% dengan pemberian ASI, antara 6-8 bulan kebutuhan hanya tercukupi sebesar 70% dengan ASI, rentang usia 9-11 bulan hanya 50% total kebutuhan yang dipenuhi dengan ASI, dan rentang 1-2 tahun hanya 30% kebutuhan yang terpenuhi dengan ASI (Hanindita, 2018). MPASI dapat berupa makanan transisi yang dirancang khusus (untuk memenuhi kebutuhan nutrisi atau fisiologis tertentu bayi) atau makanan keluarga secara umum, dan diharapkan dapat mengatasi kesenjangan antara energi harian dan kebutuhan nutrisi bayi dan anak kecil dengan jumlah yang diperoleh dari menyusui (World Health Organization, 2009). Anak tumbuh menjadi lebih cepat atau lebih lambat dapat dipengaruhi oleh frekuensi pemberian makan, jenis MPASI, atau jumlah MPASI (English et al., 2019).

American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan pengenalan makanan padat antara usia 4 dan 6 bulan (Samady et al., 2020). Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan dan minuman (Abeshu et al., 2016). Pemberian MPASI pada saat yang tepat sangat bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan nutrisi dan tumbuh-kembang bayi serta merupakan periode peralihan ASI eksklusif ke makanan keluarga (Samady et al., 2020). Masa peralihan ini yang berlangsung antara 6 bulan sampai 23 bulan merupakan masa rawan pertumbuhan anak karena masa inilah awal terjadinya malnutrisi yang berlanjut dan berkontribusi pada tingginya prevalensi malnutrisi anak balita (Suradi, 2010).

Tujuan pemberian MPASI yang utama adalah untuk; (1) memenuhi kebutuhan nutrisi (baik mikro maupun mikronutrien) bayi; (2) mengembangkan kemampuan oromotorik bayi untuk mengunyah dan

menelan; (3) mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai rasa dan tekstur makanan (WHO, 2002).

2. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MPASI

Menurut WHO, syarat pemberian MPASI adalah tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar.

- a. Tepat waktu (*timely*) berarti makanan diperkenalkan ketika kebutuhan energi dan nutrisi melebihi apa yang dapat diberikan melalui ASI eksklusif.
- b. Adekuat (*adequate*) berarti makanan memiliki kandungan energi, protein, dan mikronutrien yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anak sesuai usianya.
- c. Aman (*safe*) berarti makanan disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis dan diberikan menggunakan tangan dan peralatan makan yang bersih.
- d. Memberikan makan dengan benar (*properly fed*) berarti makanan yang diberikan dengan memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang seorang anak. Selain itu perlu juga menyesuaikan usia dan tahap perkembangan seorang anak dengan frekuensi makan dan metode pemberian makan sehingga anak terdorong untuk mengonsumsi makanan secara aktif dalam jumlah yang cukup (World Health Organization, 2002).

3. Prinsip-prinsip menyiapkan dan menyimpan MPASI

Menjaga kebersihan selalu memisahkan antara bahan makanan yang mentah dan yang sudah dimasak, masak makanan sampai matang, menyimpan makanan pada suhu dianjurkan, dan menggunakan air bersih dalam memasak (Pan American Health Organization, 2003). Kaya energi, protein dan mikronutrien (khususnya zat besi, seng, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat) tidak pedas atau asin, mudah dimakan oleh bayi dan anak, disukai oleh bayi dan anak dan mudah didapat dan murah (Pan American Health Organization, 2003)

Tabel 2.3 Pemberian MP ASI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

| No. | Usia Anak | Anjuran Pemberian Makan |
|-----|--------------------------|--|
| 1 | Bayi sampai usia 6 bulan | Berikan ASI sesuai keinginan anak, paling sedikit 8 kali sehari, pagi, siang, dan malam. Jangan diberi makanan atau minuman lain selain ASI. |
| 2 | Umur 6-9 bulan | <ul style="list-style-type: none"> a. Teruskan pemberian ASI. b. Mulai memberikan makanan pendamping ASI, seperti bubur susu, pisang, papaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring, dan sebagainya. c. Secara bertahap sesuai pertumbuhan umur, berikan bubur tim lumat, ditambah telur ayam/ikan/tempe/tahu/daging. d. Sapi/wortel/bayam/kacang hijau/santan/minyak. e. Setiap hari diberikan makan sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> (1) 6 bulan: 2 x 6 sendok peres (2) 7 bulan: 2-3 x 7 sendok makan peres (3) 8 bulan: 3 x 8 sendok makan peres |
| 3 | Umur 9 – 12 bulan | <ul style="list-style-type: none"> a. Teruskan pemberian ASI b. Berikan makanan pendamping ASI (MPASI) yang lebih padat dan kasar seperti bubur, nasi tim, nasi lembek c. Tambahkan telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi/wortel/bayam/santan/minyak. d. Setiap hari (pagi/siang/malam) berikan makanan berikut: <ul style="list-style-type: none"> (1) 9 bulan: 3 x 9 sendok makan peres (2) 10 bulan: 3 x 10 sendok makan peres (3) 11 bulan: 3 x 11 sendok makan peres e. Beri makan selingan 2 kali sehari (buah, biskuit, kue) diantara waktu makan. |
| 4 | Umur 12-24 bulan | <ul style="list-style-type: none"> a. Teruskan pemberian ASI b. Berikan makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak c. Berikan 3 x sehari, sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah. Beri makan selingan 2 x di antara waktu makan (biskuit/kue) |
| 5 | Umur 24 bulan atau lebih | <p>Berikan makanan keluarga 3 x sehari 1/3 – 1/2 porsi makan orang dewasa terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah.</p> <p>Berikan makanan selingan kaya gizi 2 x sehari diantara waktu makan</p> |

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi praktek pemberian MP ASI

Makanan pendamping ASI memberikan nutrisi penting, tetapi komplementer menyusui juga merupakan tahap penting dalam transisi dari pemberian susu ke makanan keluarga (Fewtrell et al., 2017). Namun, pengenalan makanan pendamping membutuhkan tingkat fisiologis dan neurologis yang optimal pematangan agar berhasil (Were & Lifschitz, 2018). Waktu pengenalan makanan pendamping ASI dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk: sosiodemografi (misalnya, tingkat pendidikan orang tua, usia, tempat tinggal, perilaku merokok ibu) dan terkait kelahiran (Zielinska et al., 2019).

MP ASI tidak boleh diperkenalkan sebelum 17 minggu (4 bulan) dan tidak lebih dari 26 minggu (6 bulan) (Agostoni et al., 2008). memperkenalkan makanan akan membantu penambahan berat badan bayi, memperbaiki pola tidur dan meningkatkan kenikmatan pada waktu makan (Walsh et al., 2015). Karakteristik kesehatan mental dan fisik ibu juga dapat mempengaruhi gaya dan praktik pemberian makan (Ystrom et al., 2008).

Sebagai pengenalan komplementer yang sangat awal dan terlambat makan tidak disukai dan studi nasional menunjukkan bahwa banyak orang tua tidak mengikuti rekomendasi (Tromp et al., 2013). Waktu pengenalan pertama makanan padat selama masa bayi merupakan area penting dalam pengawasan kesehatan anak karena efek potensialnya pada kesehatan seumur hidup (Kramer et al., 2013). Beberapa studi menyarankan bahwa memperkenalkan makanan padat terlalu dini dapat menyebabkan peningkatan risiko penyakit kronis seperti autoimunitas dan kondisi yang mengarah ke diabetes tipe 1, obesitas dan pengenalan terlambat dapat meningkatkan kesulitan makan (Arenz, 2003).

Praktik pemberian makan yang buruk ditandai dengan waktu pengenalan makanan pendamping yang tidak tepat (terlalu dini atau

terlambat); jarang makan; dan metode pemberian makan yang buruk, kebersihan yang tidak terjaga, dan praktik pengasuhan anak (Program, 2003; WHO, 2003). Kualitas makanan yang buruk dari makanan yang disajikan ditandai dengan variasi yang terlalu sedikit; konsistensi yang tidak tepat (makanan terlalu tipis atau terlalu kental); terlalu sedikit vitamin dan mineral esensial, terutama vitamin A, zat besi, seng, dan kalsium; terlalu sedikit asam lemak esensial; dan terlalu sedikit kalori di antara bayi yang tidak disusui (Dewey et al., 2008; WHO, 2007). Rendahnya kualitas dan keragaman pangan juga berdampak buruk terhadap pertumbuhan dan status gizi anak (Onyango et al., 2013). Pengenalan MPASI yang terlalu dini dapat mengurangi durasi pemberian ASI eksklusif, serta pemberian MPASI dengan banyak zat besi yang terlambat dapat meningkatkan risiko anemia dan berdampak buruk pada perkembangan anak (Koletzko et al., 2020).

D. Perilaku

1. Defenisi

Teori perilaku kesehatan mencerminkan perpaduan antara pendekatan, metode, dan strategi dari ilmu sosial dan kesehatan (Elim et al., 2015). Teori perilaku kesehatan dapat berkontribusi untuk perencanaan dan evaluasi program dan untuk memajukan penelitian untuk menguji intervensi inovatif strategi (Glanz et al., 2010). Banyak faktor sosial, budaya, dan ekonomi berkontribusi pada pengembangan, pemeliharaan, dan perubahan pola perilaku kesehatan (Smedley et al., 2001).

Kontributor kematian yang paling menonjol dan penyakit di Amerika Serikat dan secara global adalah faktor perilaku, terutama penggunaan tembakau, diet dan pola aktivitas, konsumsi alkohol, seksual perilaku, dan cedera yang dapat dihindari (Abraham et al., 2014). Perawat secara rutin merekomendasikan perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan seperti memperbaiki pola makan,

meningkatkan aktivitas fisik, minum obat atau mengelola stress apa pun yang diperlukan untuk pengelolaan kondisi yang optimal atau untuk mencegah kesehatan yang buruk. (Nieuwlaat et al., 2014). Untuk mengetahui mengapa orang berperilaku seperti yang diamati dan intervensi apa membangkitkan perubahan perilaku yang diinginkan penerapan teori perilaku perlu dipertimbangkan dalam perawatan (Lin et al., 2018).

Tabel 2.4 Peran Sikap, Norma, Self-Efficacy, dan Niat dalam Memimpin Health Behaviour Theory (Sheeran et al., 2016).

| Health behavior theory | Sikap | Norma | Self-Efficacy | Niat | Variabel Tambahan |
|---|-------|-------|---------------|------|--|
| Extended parallel process model | √ | | √ | √ | Model proses paralel yang diperluas |
| Information-motivationbehavioral skills model | √ | √ | √ | √ | Informasi, keterampilan perilaku |
| Health action process approach | √ | √ | √ | √ | Persepsi risiko, perencanaan tindakan, perencanaan penanggulangan, hambatan, sumber daya |
| Health belief model | √ | | √ | | Kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, kesehatan motivasi, isyarat untuk bertindak |
| Protection motivation theory | √ | | √ | √ | Kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, ketakutan |
| Prototype/willingness model | √ | √ | | √ | Persepsi prototipe, kemauan |
| Social cognitive theory | √ | √ | √ | √ | Hambatan |
| Theory of reasoned action | √ | √ | | √ | |

| | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|--------------------|
| Theory of planned behavior | √ | √ | √ | √ | Kontrol sebenarnya |
| Transtheoretical model | √ | √ | √ | | Proses perubahan |

2. Theory of Planned Behavior

Sejak diperkenalkan ditahun 1985 dengan ukuran objektif apa pun, telah menjadi salah satu yang paling model yang sering dikutip dan berpengaruh untuk prediksi perilaku sosial manusia (Ajzen, 2011). Korelasi niat-perilaku, sangat dapat bervariasi seiring berjalannya waktu, semakin banyak peristiwa intervensi dapat mengubah keyakinan perilaku, normatife, kontrol orang, memodifikasi sikap, norma subjektif atau persepsi kontrol sehingga menghasilkan revisi niat. (McEachan et al., 2011). Teori ini terdiri dari unsur sikap terhadap suatu perilaku, norma subjektif dan persepsi kontrol perilaku. Ketiga hal ini akan mempengaruhi intensi dari seseorang dan pada akhirnya akan mempengaruhi perubahan perilaku (Ajzen, 1991).

The Theory of Planned Behavior (TPB), mengandung 4 konstruksi utama: niat perilaku, sikap, norma subjektif, dan perceived behavioral control (PBC) diusulkan untuk memprediksi niat perilaku (Ajzen, 1991). Ajzen mengusulkan bahwa sikap terdiri dari 2 komponen: sikap afektif, yang mencerminkan kenikmatan dan perasaan negatif yang berasal dari kinerja perilaku dan evaluasi sikap, yang mencerminkan keuntungan atau kerugian yang dirasakan dari melakukan suatu tindakan (Cheng et al., 2019). Self-efficacy atau keyakinan seseorang pada kemampuan seseorang untuk berhasil dalam situasi tertentu adalah satu karakteristik afektif dan salah satu prediktor terkuat dari berbagai perilaku, (Bandura, 1977).

E. Self Efficacy

1. Defenisi

Teori yang berganti nama menjadi teori kognitif sosial ditahun 1986. Salah satu konsep utama Bandura dalam teorinya adalah Efikasi Diri. Menurut teori dan penelitian Bandura (1995) self-efficacy membuat perbedaan dalam bagaimana orang merasa, berpikir, berperilaku, dan memotivasi diri sendiri. Dalam istilah perasaan, rasa self-efficacy yang rendah dikaitkan dengan stres, depresi, kecemasan, dan ketidakberdayaan. Individu seperti itu juga memiliki harga diri yang rendah dan menjadi pesimis dengan prestasi dan perkembangan pribadinya.

Self efficacy merupakan salah satu kemampuan seorang individu untuk mengatur diri sendiri. *Self-efficacy* mengacu pada persepsi tentang keyakinan atau kepercayaan seorang individu dalam mengorganisasi dan melakukan tindakan guna menyelesaikan suatu tanggung jawab yang diperlukan untuk mencapai hasil tertentu (Zulkosky, 2009).

Self-efficacy adalah proses kognitif yang berpengaruh terhadap motivasi seseorang dalam berperilaku. Keyakinan akan seluruh kemampuan ini meliputi kepercayaan diri, kemampuan menyesuaikan diri, kemampuan kognitif, kecerdasan, dan motivasi untuk bertindak pada situasi yang penuh tekanan. Self-efficacy akan berkembang secara terus menerus sejalan dengan meningkatnya kemampuan dan bertambahnya pengalaman-pengalaman seseorang yang berkaitan dengan situasi yang dihadapi (Bandura, 2010).

2. Klasifikasi

Secara garis besar, *self-efficacy* terbagia atas dua tipe yaitu *self-efficacy* tinggi dan *self-efficacy* rendah.

a. *Self-efficacy* tinggi

Didalam mengerjakan suatu tugas, seorang individu yang memiliki *Self-efficacy* yang tinggi akan cenderung terlibat secara langsung. Seorang yang memiliki *Self-efficacy* tinggi lebih sering

mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit. Mereka tidak memandang tugas tersebut sebagai suatu ancaman yang harus dihindari. Mereka juga meningkatkan usaha untuk mencegah kegagalan yang akan timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan suatu pekerjaan biasanya cepat mendapatkan *Self-efficacy* setelah mengalami kegagalan.

Individu memiliki *Self-efficacy* tinggi menganggap kegagalan sebagai usaha yang kurang keras, pengetahuan dan keterampilan. Selain itu individu yang memiliki *Self-efficacy* tinggi senang menyongsong tantangan. Dalam faktanya pemahaman kita saat ini tentang perilaku manusia telah dipengaruhi oleh beragam pengamatan, hipotesis dan teori selama 2000 tahun dialog, introspeksi, dan berakhir pada pengujian ilmiah (Smith, 2021).

Seseorang yang memiliki *Self-efficacy* tinggi memiliki ciri sebagai berikut: mandiri dalam hal menangani masalah yang dihadapi, masalah yang dihadapi diyakini sebagai tantangan, percaya akan dirinya sendiri, tangguh dalam menghadapi masalah, tidak lama terpuruk dalam suatu kegagalan, menyukai suasana baru.

b. *Self-efficacy* rendah

Seseorang yang bimbang akan kemampuan mereka atau *Self-efficacy* rendah akan menolak, menghindar dari tugas yang sulit karena mereka menganggap tugas tersebut sebagai ancaman. Ketika menghadapi tugas yang susah seorang yang memiliki *Self-efficacy* rendah akan selalu memikirkan kekurangan yang mereka hadapi, hambatan yang akan mereka hadapi, dan hasil yang buruk yang akan dihadapi.

Seorang yang memiliki *Self-efficacy* rendah mempunyai ciri: lambat dalam mendapatkan kembali *Self-efficacy* setelah mengalami kegagalan, menghindari suatu masalah, menyerah dalam

menghadapi kesusahan atau masalah, tidak percaya diri akan kemampuan yang dimilikinya (Bandura, 2010).

Untuk mengetahui klasifikasi self-efficacy, bisa diukur dengan menggunakan skala Self-Efficacy yang di adaptasi di Indonesia.

Tabel 2.5 S Of the General Self-Efficacy Scale (Luszczynska et al., 2005)

| Indonesian Adaptation | |
|--|---|
| <i>By: Aristi Born, Raif Schwarzer & Matthias Jerusalem (1995)</i> | |
| 1 | Pemecahan soal-soal yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha. |
| 2 | Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk meneruskannya. |
| 3 | Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya. |
| 4 | Dalam situasi yang tidak terduga saya selalu tahu bagaimana saya harus bertindak laku. |
| 5 | Kalau saya akan berkonfrontasi dengan sesuatu yang baru, saya tau bagaimana saya dapat menanggulangnya. |
| 6 | untuk setiap problem, saya mempunyai pemecahan. |
| 7 | Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan |
| 8 | Kalau saya menghadapi kesulitan, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya. |
| 9 | Juga dalam keadaan tidak terduga saya kira, bahwa saya akan dapat menanganinya dengan baik. |
| 10 | Apapun yang terjadi, saya siap menanganinya. |

Respon format

1 = Tidak Setuju 2 = Agak Setuju 3 = Hampir Setuju 4 = Sangat setuju

3. Dimensi Self-Efficacy

Menurut Bandura (1977a) bahwa ada tiga dimensi dari efikasi diri, yaitu *magnitude*, *generality* dan *strength*.

- a. *Magnitude* berkaitan dengan tingkat kesulitan suatu tugas yang dilakukan.
- b. *Generality* berkaitan dengan bidang tugas, seberapa luas keyakinan seorang individu dalam melaksanakan tugas-tugas.
- c. *Strength* berkaitan dengan kuat lemahnya keyakinan seorang individu terhadap tugas yang di lakukan.

4. Perkembangan Teori Self-Efficacy

Sejarah efikasi diri dimulai dalam pembelajaran sosial Bandura, Perkembangan terkini di bidang perilaku perubahan mencerminkan dua divergen utama tren. Perbedaannya terutama terlihat pada pengobatan penghambatan disfungsional dan perilaku defensif. Disatu sisi, mekanisme dimana perilaku manusia diperoleh dan diatur semakin dirumuskan dalam hal proses kognitif. Pada disisi lain, ini adalah prosedur berbasis kinerja yang terbukti paling kuat untuk melakukan perubahan psikologis. Sebagai konsekuensi, kinerja yang sukses sedang menggantikan pengalaman berbasis simbolis sebagai prinsip kendaraan perubahan (Bandura, 1977). Teori Pembelajaran Sosial Bandura mewakili behaviorisme yang lebih baik dari pendahulunya dengan mengadopsi benar-benar kognitif-pendekatan dan penanganan interaksi antara bagaimana kita berpikir dan bagaimana kita bertindak (Sternberg, 1998).

Teory Self-efficacy dibentuk berdasarkan teori kognitif social serta konseptualisasi antara interaksi manusia, perilaku dan lingkungan sebagai timbal balik triadik (Bandura, 1999). Sifat timbal balik triadik erat kaitannya dengan hubungan antara manusia, perilaku, dan lingkungan. Determinasi timbal balik adalah keyakinan hubungan antara perilaku, kognitif, faktor pribadi, serta pengaruh lingkungan yang secara interaktif berfungsi sebagai penentu satu sama lainnya. Hal ini tidak berarti bahwa faktor perilaku dan pribadi serta lingkungan mempunyai pengaruh yang sama, tetapi tergantung pada situasinya. Pengaruh satu faktor bisa lebih kuat daripada faktor lainnya, dan pengaruh tersebut bisa bervariasi seiring berjalannya waktu (Bandura, 1999).

Pemikiran individu terhadap diri mereka dikembangkan melalui 4 proses yang berbeda, yakni pengalaman langsung hasil dari tindakan mereka, pengalaman dari orang lain, penilaian yang disuarakan melalui orang lain, serta pengetahuan lebih lanjut dari individu tentang apa yang telah mereka ketahui berdasarkan kesimpulan bahwa manusia dipandang

dapat melakukan interaksi secara dinamis dari pengaruh pribadi, perilaku, serta lingkungan (Bandura, 1999).

5. Manfaat Self-efficacy

Menurut (Bandura, 1989) *self-efficacy* sangat berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari, yaitu diantaranya:

a. Pemilihan Tindakan

Dalam kehidupan sehari-hari individu harus membuat keputusan setiap saat mengenai apa yang harus dilakukan dan seberapa lama individu melakukan tindakan tersebut. Keputusan yang dibuat sebagian dipengaruhi oleh *Self-efficacy* individu. Individu akan menghindari tugas atau situasi yang diyakini di luar kemampuan individu, sebaliknya individu akan mengerjakan aktivitas yang diyakini mampu untuk diatasi. Individu yang memiliki *Self-efficacy* yang tinggi akan cenderung memilih tugas yang lebih sukar dan mengandung tantangan dari pada individu yang memiliki *Self-efficacy* yang rendah.

b. Usaha dan Ketekunan

Self-efficacy menentukan seberapa banyak usaha yang dilakukan individu dan seberapa lama individu akan tekun ketika menghadapi hambatan dan pengalaman yang kurang menyenangkan. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang kuat lebih giat, bersemangat dan tekun dalam usaha yang dilakukannya untuk menguasai tantangan. Individu yang tidak yakin dengan kemampuannya mengurangi usahanya atau bahkan menyerah ketika menghadapi hambatan.

c. Pola Pikir dan Reaksi Emosional

Bandura (1994) penilaian individu akan kemampuannya juga mempengaruhi pola pemikiran dan reaksi emosional. Individu yang merasa tidak yakin akan kemampuannya mengatasi tuntutan lingkungan akan mempersepsikan kesukaran lebih hebat daripada yang sesungguhnya. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang kuat

akan kemampuannya melakukan usaha untuk memenuhi tuntutan lingkungan, sekalipun menghadapi hambatan.

d. Mekanisme Koping

Self-efficacy yang dimiliki individu mempengaruhi bagaimana coping yang dilakukan individu ketika menghadapi masalah. Individu dengan tingkat *self-efficacy* yang tinggi lebih mampu untuk mengatasi stres dan ketidakpuasan dalam dirinya daripada individu dengan tingkat *self-efficacy* yang rendah.

6. Sumber Self-Efficacy

Menurut Bandura (1999), *self-efficacy* dapat dikembangkan dan diturunkan melalui satu atau kombinasi dari empat sumber berikut :

a. *Mastery Experience*

Salah satu sumber *self-efficacy* adalah pengalaman tentang penguasaan (*mastery experience*), yaitu keberhasilan yang sudah dilakukan di masa lalu. Biasanya kesuksesan kinerja akan membangkitkan ekspektasi terhadap kemampuan diri untuk mempengaruhi hasil yang diharapkan selanjutnya, sedangkan kegagalan cenderung akan merendahkan.

b. *Vicarious Experience*

Merupakan salah satu sumber *self-efficacy* yang diperoleh dengan mengamati orang lain yang mampu melakukan aktivitas dalam situasi yang menekan tanpa mengalami akibat yang merugikan. Hal tersebut dapat menumbuhkan keyakinan pada pengamat tersebut bahwa dia akan berhasil jika dia berusaha dengan tekun. Dengan mengamati orang lain juga dapat menimbulkan sugesti kepada dirinya bahwa jika orang lain bisa melakukan, tentu dia juga akan berhasil melakukannya.

c. *Verbal Persuasion*

Self-efficacy juga dapat dikuatkan ataupun dilemahkan melalui persuasi sosial. Yakni seseorang diarahkan melalui sugesti atau

bujukan, agar mereka percaya bahwa mereka dapat mengatasi setiap masalah di masa yang akan datang. Tapi harapan *Efficacy* yang timbul melalui verbal persuasi ini lemah dan tidak bertahan lama. Jika individu mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan, serta individu dalam kondisi yang menekan, dan mengalami kegagalan terus menerus, pengharapan apapun yang berasal dari sugesti atau bujukan ini akan cepat hilang.

d. *Emotional Arousal/Physiological Feedback*

Dalam situasi yang menekan kondisi emosional dapat mempengaruhi *self-efficacy*. Stres dan kecemasan yang berlebihan biasanya akan melumpuhkan performa individu. Individu akan meningkatkan *self-efficacy* jika tidak mengalami gejala.

Penilaian kognitif dari faktor-faktor tersebut dapat menghasilkan persepsi meningkatnya kepercayaan pada kemampuan individu untuk melakukan perilaku tertentu, kinerja positif dari perilaku ini yang dapat memperkuat harapan *self-efficacy* (Bandura, 1999).

7. Hubungan Antara Konsep: Model

Teori *self-efficacy* berasal dari teori kognitif sosial dan harus dipertimbangkan dalam konteks determinisme timbal balik. Keempat sumber pengalaman (pengalaman langsung, pengalaman orang lain, penilaian oleh orang lain, dan derivasi pengetahuan dengan kesimpulan) yang berpotensi mempengaruhi *self-efficacy* dan mempengaruhi ekspektasi hasil berinteraksi antara karakteristik individu dan lingkungan. Idealnya, *self-efficacy* dan ekspektasi hasil diperkuat oleh pengalaman-pengalaman ini dan kemudian perilaku moderat. Karena *self-efficacy* dan ekspektasi hasil dipengaruhi oleh kinerja perilaku, sehingga memungkinkan ada hubungan timbal balik antara kinerja dan harapan keberhasilan.

a. Penggunaan Teori dalam Penelitian Keperawatan

Teori *self-efficacy* telah banyak digunakan dalam penelitian keperawatan yang berfokus pada aspek klinis perawatan, pendidikan,

kompetensi keperawatan, dan profesionalisme. Yang terpenting adalah bahwa peneliti harus mempertahankan spesifisitas perilaku dengan mengembangkan kecocokan tertentu antara perilaku yang sedang dipertimbangkan dan kemandirian dan ekspektasi hasil.

- b. Studi *Self-Efficacy* Terkait dengan Mengelola Penyakit Kronis
Self-efficacy biasanya digunakan untuk menjelaskan dan memperbaiki manajemen penyakit kronis (Reed, 2014). Penggunaan teori *self-efficacy* untuk membantu individu mengelola penyakit kronis menjadi lazim pada pasien dengan gagal jantung kongestif, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, stroke, kanker, penyakit ginjal dan penyakit mental. Selain itu, kerja *self-efficacy* dalam penyakit kronis telah berfokus pada manajemen diri dari gejala yang terkait dengan masalah kronis seperti nyeri.
- c. Efikasi Diri untuk Kegiatan Promosi Kesehatan Seperti Olahraga dan Berat Badan
Pendekatan *self-efficacy* dapat digunakan untuk mempengaruhi perilaku olahraga dan diet. Ekspektasi *self-efficacy* umumnya secara positif dikaitkan dengan latihan. Dengan menggunakan teori *self-efficacy*, intervensi yang telah dikembangkan dan diuji untuk meningkatkan perilaku olahraga pada orang dewasa yang tinggal di masyarakat yang sehat. Perubahan yang terjadi diamati dalam menurunkan berat badan di antara mereka baik intervensi diet dan maupun peningkatan aktivitas fisik. Begitu juga intervensi diet yang tidak berfokus pada penurunan berat badan tetapi lebih pada peningkatan asupan makanan untuk individu dengan diabetes tercatat efektif.
- d. Intervensi *Self-Efficacy* untuk Manajemen Gejala
Selain menggunakan intervensi berbasis *self-efficacy* untuk meningkatkan kepatuhan terhadap perilaku sehat, seperti olahraga dan diet yang sehat, intervensi *self-efficacy* telah dikembangkan dan diuji untuk mengelola gejala di berbagai bidang.

e. Intervensi *Self-Efficacy* untuk Pendidikan Penyedia Perawatan Kesehatan

Penelitian yang berbasis *self-efficacy* juga memandu eksplorasi teknik pendidikan untuk perawat. Beberapa contoh diberikan pada jenis intervensi berbasis *self-efficacy* yang digunakan dalam keperawatan terkait dengan perawatan pasien di semua rentang kehidupan, baik dalam kegiatan promosi kesehatan berbasis masyarakat ataupun dalam pendidikan pasien dan penyedia perawatan kesehatan (Bandura, 1995b).

8. Penggunaan Teori dalam Praktik Keperawatan

Teori *self-efficacy* dapat membantu mengarahkan asuhan keperawatan. Teori ini sangat membantu dalam hal memotivasi individu untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang dapat meningkatkan kesehatan, seperti olahraga teratur, berhenti merokok, penurunan berat badan, dan pergi untuk pemeriksaan kanker yang direkomendasikan. Misalnya, Resnick dan tim penelitiannya telah menggunakan teori *self-efficacy* sebagai landasan untuk program yang mendorong latihan dan aktivitas fisik pada lansia (Reed, 2014).

Bandura (1986) melihat behaviorisme terutama sebagai teori kontrol kinerja, bukan dari belajar, karena menjelaskan bagaimana belajar meniru perilaku dapat ditunjukkan oleh orang lain dan ketidakseimbangan prospek; tapi itu tidak menjelaskan bagaimana baru struktur respon diperoleh dengan observasi. Dia berpendapat bahwa fungsi psikologis adalah tidak oleh kekuatan batin atau diterpa oleh lingkungan. Simbolis, kerakyatan, dan proses pengaturan diri mengasumsikan peran.

9. Studi Tentang Self-Efficacy pada Complementary Feeding

Complementary feeding self-efficacy scale juga sudah dilakukan oleh studi sebelumnya, hasil penelitian tersebut ini juga di tujukan sebagai

screening awal mendeteksi sebuah masalah yang dialami oleh ibu balita saat ini (Hendriyani, 2020).

Tabel 2.6 Complementary Feeding Self-Efficacy Scale (Hendriyani, 2020).

| No. | Complementary Feeding Self Efficacy Scale |
|-----|---|
| 1 | Saya yakin dapat memberikan MP-ASI pada anak saya setelah berusia 6 bulan |
| 2 | Saya mampu menyediakan MP-ASI untuk bayi saya dengan jumlah yang sesuai dengan usianya |
| 3 | Saya yakin dapat memberikan MP-ASI untuk bayi saya dengan frekuensi yang sesuai dengan usianya |
| 4 | Saya yakin dapat memberikan MP-ASI pada bayi saya dengan bentuk yang sesuai dengan usianya |
| 5 | Saya akan membeli makanan yang baik kualitasnya |
| 6 | Saya akan menghindari bercampurnya makanan mentah dan makanan matang ketika masak di dapur |
| 7 | Saya akan berusaha untuk menjadikan permukaan ruang dapur selalu bersih |
| 8 | Saya akan melindungi makanan dari binatang atau serangga pengganggu |
| 9 | Saya akan selalu menggunakan air bersih saat memasak |
| 10 | Saya akan selalu masak makanan hingga benar-benar matang terutama daging, ikan, unggas dan telur |
| 11 | Saya mencuci tangan sebelum, ketika dan setelah memasak |
| 12 | Ketika sakit yang dapat menular saya tidak akan menyiapkan makanan dahulu |
| 13 | Saya akan menyimpan daging, unggas dan ikan di plastik yang tertutup rapat dilemari pendingin |
| 14 | Saya mampu menyesuaikan kemampuan anak untuk memegang sendok atau gelas ketika memberi makan mulai usia 8 bulan |
| 15 | Saya mampu menyesuaikan kemampuan anak untuk memegang biskuit ketika memberi makan mulai usia 8 bulan |
| 16 | Saya akan memastikan memberi makan anak ketika lapar |
| 17 | Saya akan selalu memotivasi anak untuk makan |
| 18 | Saya mengetahui kapan anak turun selera makannya |
| 19 | Saya akan selalu menerapkan kasih sayang dan kehangatan ketika memberi makan anak dengan cara membantunya |
| 20 | Saya akan membuat jadwal makan yang konsisten |
| 21 | Saya akan selalu mengawasi anak ketika makan |
| 22 | Ketika memberi makan saya dan anak akan saling menatap |
| 23 | Saya tahu ketika anak memberi tandatanda lapar yaitu menggapai makanan, menunjuk makanan, terlihat senang ketika makanan disajikan |
| 24 | Saya tahu ketika anak memberi tanda sudah kenyang yaitu kecepatan makan menurun, mendorong makanan, menutup mulut, menggunakan tangan lebih sering, menolak makanan |
| 25 | Saya yakin akan dapat merespon (tanggap) terhadap tanda-tanda ketika |

- 26 anak lapar
Saya yakin akan dapat merespon (tanggap) terhadap tanda-tanda anak
ketika kenyang

Studi lainnya praktek Complementary Feeding suboptimal dan prevalensi tinggi kurus, kurus dan stunting ditemukan di antara anak-anak usia 6-23 bulan di Aceh. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis praktik CF berdasarkan indikator WHO dan faktor-faktor yang berhubungan status gizi anak-anak usia 6-23 bulan dan hasil ini menyoroti kebutuhan untuk meningkatkan Complementary Feeding dan status gizi (Ahmad et al., 2018a).

Penggunaan instrument dalam food recall. Instrumen yang digunakan untuk food recall 24 jam individu terdiri dari formulir pengambil data dan formulir pengolahan data hasil recall, yaitu (Indonesia, 2018).

a. Formulir untuk food recall 24 jam individu

- 1) Formulir K1a adalah formulir untuk mencatat hasil food recall 24 jam individu yang terdiri dari 9 kolom. Jumlah lembar form K1a disesuaikan dengan jumlah hari survei.
- 2) Formulir K2a adalah formulir untuk rekap hasil food recall 24 jam individu selama 3 (tiga) hari sesuai jumlah hari survei terdiri dari 7 kolom. Form K2a diisi dari hasil K1a yang sudah diestimasi dari URT ke dalam berat gram (K1a kolom 6).
- 3) Formulir K3a adalah formulir untuk analisa asupan energy dan zat gizi individu yang terdiri dari 9 kolom. Form K3a kolom (2) dan (3) diisi berdasarkan hasil pada form K2a kolom (2) dan (7). Zat gizi dianalisis secara manual atau komputisasi, dengan jenis zat gizi sesuai tujuan survei.

b. Formulir untuk food recall 24 jam keluarga

Instrumen yang digunakan untuk food recall 24 jam keluarga hamper

sama dengan formulir yang digunakan untuk food recall 24 jam. Perbedaannya adalah pada keterangan jumlah anggota keluarga yang harus dirinci berdasarkan jenis kelamin dan usia, sehingga dapat dihitung angka kecukupan gizi (AKG) keluarga yang merupakan penjumlahan dari AKG masing-masing anggota keluarga. Formulir food recall 24 jam untuk keluarga terdiri dari formulir pengambil data dan formulir pengolahan data hasil recall, yaitu:

- 1) Formulir K1b adalah formulir untuk mencatat hasil food recall 24 jam keluarga yang terdiri dari 9 kolom. Jumlah lembar form K1b disesuaikan dengan jumlah hari survei.
- 2) Formulir K2b adalah formulir untuk rekap hasil food recall 24 jam keluarga selama 3 (tiga) hari sesuai jumlah hari survei terdiri dari 7 kolom. Form K2b diisi dari hasil K1b yang sudah diestimasi dari URT ke dalam berat gram (K1b kolom 6).
- 3) Formulir K3b adalah formulir untuk analisa asupan energy dan zat gizi individu yang terdiri dari 9 kolom. Form K3b kolom (2) dan (3) diisi berdasarkan hasil pada form K2b kolom (2) dan (7). Zat gizi dianalisis secara manual atau komputersasi, dengan jenis zat gizi sesuai tujuan survei.

F. Health Promotion Model

1. Defenisi

O'Donnell mendefinisikan kesehatan promosi sebagai ilmu dan seni membantu orang mengubah gaya hidup mereka untuk bergerak menuju keadaan kesehatan yang optimal (Heydari et al., 2014). Awalnya, model perawatan kesehatan difokuskan terutama pada strategi yang ditujukan untuk memulihkan kesehatan; pada tahap selanjutnya lebih banyak perhatian diberikan pada strategi yang berorientasi pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan (Carreño et al., 2006). Perilaku mempromosikan kesehatan harus lebih ditekankan karena promosi kesehatan di masyarakat adalah dinamis proses pemberdayaan individu

untuk mengontrol kesehatannya berdasarkan intervensi pencegahan tingkat pertama dan berfokus pada perubahan gaya hidup positif (Guedes et al., 2009).

Ada banyak model Kesehatan Related Quality of Life (HRQOL), tetapi kebanyakan mengabaikan hubungan antara intervensi spesifik dan faktor yang mempengaruhi HRQOL, peneliti keperawatan menyelidiki HRQOL sering menggunakan pendekatan/intervensi dari model dan teori lain, memungkinkan koneksi ke dibuat antara HRQOL dan model dan teori ini salah satunya adalah teori promosi kesehatan Pender perilaku (Smith et al., 2014). Model promosi kesehatan Pender, berasal dari teori kognitif sosial, termasuk tiga kelompok faktor: yang mempengaruhi perilaku kesehatan: karakteristik individu; kognisi dan afek khusus perilaku; dan segera kontinjensi perilaku. Model menunjukkan bagaimana ini tiga faktor yang dapat mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung: perilaku yang mempromosikan kesehatan (Smith et al., 2014).

Pender mendasarkan penelitiannya tentang Teori Kognitif Sosial Bandura dan Nilai Teori Harapan, yang menghasilkan perkembangan model yang menjelaskan, memprediksi, dan memodifikasi bentuk perilaku yang mempromosikan kesehatan (Carreño et al., 2006). Memodifikasi faktor (demografi karakteristik, pengaruh antarpribadi, dan faktor perilaku) dianggap berinteraksi satu sama lain untuk mempengaruhi kognitif proses persepsi (Guedes et al., 2009). Mengingat kesulitan grand teori dalam aplikasi dan pengujian, teori yang lebih berlaku telah dikembangkan sebagai teori kisaran menengah, Health Promotion Model (HPM) adalah teori kisaran menengah. Teori tingkat ini mengandung sejumlah variabel dan terbatas ruang lingkupnya, jadi teori rentang menengah seperti HPM memberikan kekhususan yang dibutuhkan untuk kegunaan dalam penelitian dan praktek (Garcia, 2016).

G. Uji Validitas

1. Defenisi

Validitas pada dasarnya berkaitan dengan akurasi dan reliabilitas skor yang diperoleh dalam suatu alat ukur yang secara konvensional dikenal sebagai '*holy trinity*', yakni *content validity*, *construct validity*, and *validity of criteria* (Barry et al., 2014). Validitas mengacu pada interpretasi yang relevan mengenai skor yang diperoleh dalam suatu tes dan digunakan untuk tujuan tertentu, serta kesesuaiannya dengan bukti dan teori ilmiah (Cook et al., 2006).

a. Content validity

Content validity adalah salah satu metode penilaian yang paling umum untuk menilai instrumen yang dibuat peneliti, sering ditentukan pada tahap awal pengembangan instrument (Drost, 2011). *Content Validity* terdiri dari pendekatan kualitatif dan kuantitatif, dengan penekanan pada dua kelompok studi utama. Konsep ini mengacu pada rasio suatu tes dalam pandangan responden, sehingga peneliti bertujuan untuk memastikan relevansi instrumen dengan tujuan penelitian melalui penampilan, kesamaan konsep kelompok sasaran item berdasarkan pendapat peneliti, persetujuan kelompok sasaran dengan pernyataan yang digunakan dalam item instrumen, dan akseptabilitas komponen dan keumuman instrumen dari perspektif kelompok sasaran (Drost, 2011).

b. Evaluasi *content validity*

Evaluasi *content validity* membantu peneliti untuk memberikan bukti yang andal untuk memastikan masuknya semua aspek penting dan konsep kunci dalam evaluasi materi pelajaran, serta akseptabilitas semua komponen alat dalam pandangan panel ahli (Polit et al., 2006). Jumlah minimal ahli yang diperlukan untuk menilai validitas suatu instrumen penelitian dan menghitung *content validity* tidak ditentukan atau kurang dari lima ahli (Lawshe, 1975; Vakili et al., 2018).

c. Evaluasi validitas instrumen

Evaluasi validitas instrumen berfokus pada kelompok sasaran penelitian dan dilakukan baik secara kualitatif maupun kuantitatif (Lawshe, 1975). Untuk memverifikasi validitas alat secara kuantitatif, penting untuk menilai item instrumen dalam bagan berdasarkan skala Likert lima poin, termasuk sangat penting (skor 5), penting (skor 4), cukup penting (skor 3), agak penting (skor 2), dan tidak penting sama sekali (skor 1) (Lawshe, 1975). Setelah itu, kuesioner harus diisi oleh beberapa individu, sehingga mereka dapat memberikan komentar mereka tentang pentingnya setiap item (Vakili et al., 2018). Untuk menentukan skor dampak suatu item, frekuensi responden dengan skor 4 atau 5 pada awalnya harus ditentukan, diikuti dengan perhitungan terpisah dari total skor yang dikaitkan dengan setiap item dan skor rata-rata setiap item (Lawshe, 1975). Pada tahap selanjutnya dengan menggunakan rumus item dampak=frekuensi (%) \times kepentingan, dampak dari setiap item diperkirakan. Jika indeks tersebut diperkirakan $>1,5$ untuk item, item tersebut dianggap penting oleh kelompok sasaran dan akan dicadangkan untuk fase analisis psikometrik (Lawshe, 1975). Jika tidak, item tersebut harus dihilangkan dari instrument (Vakili et al., 2018).

d. Evaluasi kualitatif validitas instrument

Evaluasi kualitatif validitas instrument peneliti memperhatikan masalah-masalah seperti pemahaman yang bermasalah dari pernyataan, proporsionalitas dan relevansi yang tepat dari item satu sama lain, kemungkinan ambiguitas dan salah tafsir mengenai pernyataan atau arti kata (Vakili et al., 2018).

2. Content Validity Ratio (CVR)

CVR adalah item statistik yang berguna sebagai penolakan atau penerimaan item dalam sebuah kuesioner, yaitu: diakui secara internasional sebagai teknik penilaian untuk mengkonfirmasi content validity (Gilbert & Prion, 2016). Indeks ini pertama kali diusulkan oleh Lawshe pada tahun 1975 Lawshe (1975), dan telah digunakan untuk mengkonfirmasi pemilihan konten (esensialitas item) yang optimal dan paling akurat berdasarkan jajak pendapat yang diambil dari panel yang terdiri dari lima ahli, dan jumlah ahli ini juga bisa meningkat menjadi 40 (Gilbert & Prion, 2016). Para ahli harus memiliki spesialisasi dalam pokok bahasan penelitian. Idealnya, para ahli ini dipilih dari spektrum yang luas dari spesialisasi yang relevan. Biasanya panel yang terdiri dari 5-10 ahli akan sesuai, sementara lebih dari 10 ahli mungkin tidak diperlukan. Untuk itu, butir-butir suatu alat harus dirancang dalam bentuk tabel dan diberikan secara terpisah kepada masing-masing pakar, sehingga mereka dapat mempresentasikan pandangannya terhadap esensialitas butir-butir dalam instrumen penelitian (Gilbert & Prion, 2016).

Setiap item dibahas dalam tiga skala yakni penting, berguna tetapi tidak penting dan panel ahli memutuskan apakah setiap item dapat dicatat dalam alat. Setelah mendapatkan tanggapan dari para ahli, nilai *content validity* dihitung berdasarkan rumus $CVR = n_e - (N/2/N/2)$, n_e adalah jumlah anggota panel yang telah memilih item “*essential*”, dan N adalah jumlah anggota panel (Lawshe, 1975). Nilai masing-masing item dibandingkan dengan nilai dalam tabel Lawshe, dan jika nilai validitas isi yang dihitung sama dengan atau lebih tinggi dari nilai yang ditentukan dalam tabel Lawshe, item tersebut dipertahankan; jika tidak, itu harus dihilangkan dari daftar item (Gilbert & Prion, 2016).

3. Content Validity Index (CVI)

Content Validity Index (CVI) menyediakan data tentang validitas item secara terpisah. CVI dapat digunakan untuk menentukan validitas isi

dari keseluruhan alat. CVI mewakili nilai rata-rata sebanding dengan validitas isi instrumen di semua item dengan CVR minimum 0,79 yang telah dipertahankan dalam alat (Gilbert & Prion, 2016). CVI yang tepat lebih dari 0,70 untuk mengkonfirmasi penerimaan item dalam kuesioner (Tilden et al., 1990), dan menyebutkan nilai CVR lebih dari 0,80 lebih baik dalam hal ini (Davis, 1992). CVI telah diusulkan untuk memastikan bahwa item dalam kuesioner dirancang secara optimal untuk mengukur isinya (Vakili & Jahangiri, 2018).

Untuk tujuan ini, semua item dalam kuesioner harus diklasifikasikan dalam tabel dan secara terpisah diberikan kepada panel ahli, sehingga mereka akan mempresentasikan pandangan mereka tentang tiga parameter relevansi, kesederhanaan, dan kejelasan setiap item berdasarkan empat- titik skala Likert (Polit et al., 2007; Polit & Beck, 2006). Setelah mendapatkan komentar dari para ahli, ekstraksi data harus dilakukan, diikuti dengan memperkirakan CVI menggunakan rumus khusus untuk masing-masing dari tiga parameter tersebut secara independen. Akhirnya, nilai rata-rata dihitung untuk setiap item, dan total CVI ditentukan untuk item juga (Polit et al., 2007). $CVI = (\text{the number of expert giving a rating of either 3 or 4} / \text{the number of expert})$.

Setelah memperkirakan CVI untuk semua item, akseptabilitas setiap item dinilai berdasarkan kriteria berikut: item yang dapat diterima (skor $>0,79$), item yang memerlukan modifikasi (skor $0,70-0,79$), dan item yang tidak dapat diterima (skor $<0,70$). Item yang dapat diterima disimpan dalam kuesioner, item yang tidak dapat diterima dihapus, dan item yang dapat dimodifikasi direvisi dan dikoreksi oleh panel ahli (Polit et al., 2007).

4. Quality Assessment of Content Validity

Setelah evaluasi validitas alat penelitian melalui validitas isi, penting untuk menilai secara kualitatif item kuesioner oleh panel ahli. Untuk melakukannya, para ahli diminta untuk memberikan umpan balik dan rekomendasi tertulis mereka untuk memodifikasi setiap item dalam

hal isinya, tata bahasa, jumlah kata dan panjang frasa, urutan, penambahan item baru, proporsionalitas dengan karakteristik sosial budaya, kelompok sasaran, dan struktur keseluruhan instrument (Polit & Beck, 2006). Setelah mendapatkan umpan balik dari para ahli, tim peneliti harus mengumpulkan dan menerapkan komentar dan rekomendasi untuk membuat modifikasi yang diperlukan dalam item kuesioner (Gilbert & Prion, 2016). Jika terjadi perubahan drastis jumlah atau isi butir soal, mungkin perlu dilakukan proses penilaian ulang keabsahan instrumen oleh panel ahli dan kelompok sasaran (Gilbert & Prion, 2016). Item dalam instrumen penelitian harus sederhana dan jelas dengan urutan yang tepat dan font dan desain yang indah, sehingga kelompok sasaran dapat menyelesaikan kuesioner yang dapat dibaca tanpa ambiguitas (Polit & Beck, 2006; Vakili & Jahangiri, 2018).

H. Reliability

1. Defenisi

Reabilitas adalah sejauh mana kuesioner, tes, pengamatan atau prosedur pengukuran apa pun menghasilkan hasil yang sama pada percobaan berulang. Singkatnya, ini adalah stabilitas atau konsistensi skor dari waktu ke waktu atau antar penilai (Ghazali, 2016). Tetap ingat bahwa reabilitas berkaitan selalu dengan skor. Jadi, dalam penelitian orang tidak akan pernah mengatakan keraguan.

Sebagai contoh, pertimbangkan juri dalam penyelaman platform kompetisi. Sejauh mana mereka setuju pada skor untuk setiap kontestan merupakan indikasi keandalan. Demikian pula, sejauh mana tanggapan individu tentang skor mereka pada survei akan tetap sama dari waktu ke waktu juga merupakan tanda keandalan (Bolarinwa, 2015). Perlu dicatat bahwa kurangnya keandalan dapat timbul dari perbedaan antara pengamat atau instrument pengukuran atau ketidakstabilan atribut yang diukur (Last, 1993). Keandalan kuesioner biasanya dilakukan dengan menggunakan tes pilot. Keandalan dapat dinilai dalam tiga bentuk utama;

uji, uji ulang keandalan, alternatif, keandalan bentuk, dan internal keandalan konsistensi. Ini dibahas di bawah ini.

Jenis reability ada tiga dimensi pengujian: *stability*, *equivalent*, dan *internal consistency* (Singh et al., 2012). Pengujian reliabilitas juga dapat dilakukan secara eksternal yaitu *stability*, *equivalent*, gabungan antara keduanya dan internal yaitu *internal consistency* (Sugiyono, 2014).

2. Test-retest Reliability (or Stability)

Uji korelasi tes ulang memberikan indikasi stabilitas dari waktu ke waktu (Wong et al., 2012). Aspek keandalan atau stabilitas ini dikatakan terjadi ketika skor yang sama atau serupa diperoleh dengan pengujian berulang dengan kelompok responden yang sama (Liang et al., 2014). Dengan kata lain, skor konsisten dari 1 kali kelanjut. Stabilitas dinilai melalui prosedur tes-tes ulang yang melibatkan pemberian instrumen pengukuran yang sama seperti kuesioner ke individu yang sama di bawah yang sama kondisi setelah beberapa waktu. Ini adalah yang paling umum formulir dalam survei untuk uji reliabilitas kuesioner.

Keandalan tes-rest diperkirakan dengan korelasi antara skor pada waktu 1 dan skor pada waktu 2 (ke waktu x). Dua asumsi mendasari penggunaan prosedur tes-tes ulang.

- a. Asumsi pertama yang diperlukan adalah bahwa karakteristik yang diukur tidak berubah selama periode waktu disebut 'testing effect'.
- b. Asumsi kedua adalah jangka waktunya panjang cukup namun singkat dalam ingatan responden mengambil tes pada waktu 1 tidak mempengaruhi skor mereka pada waktu 2 dan administrasi tes berikutnya disebut 'memory effect'.

Hal ini diukur dengan memiliki responden yang sama menyelesaikan sebuah survei di dua titik waktu yang berbeda untuk melihat seberapa stabil tanggapan adalah. Secara umum nilai koefisien korelasi (r) adalah dianggap baik jika $r > 0,70$ (Singh et al., 2012).

Jika data direkam oleh seorang pengamat, seseorang dapat memiliki hal yang sama pengamat melakukan dua pengukuran terpisah. Perbandingan antara dua pengukuran adalah keandalan intra-pengamat. Dalam menggunakan bentuk keandalan ini, seseorang harus berhati-hati dengan kuesioner atau skala yang mengukur variabel yang cenderung berubah dalam waktu singkat, seperti energi, kebahagiaan dan kecemasan karena efek pematangan (Drost, 1976).

Jika peneliti harus menggunakan variabel tersebut, maka ia harus membuat yakin bahwa tes-tes ulang dilakukan dalam waktu yang sangat singkat. Masalah potensial dengan tes-tes ulang dalam efek praktik adalah bahwa individu menjadi akrab dengan item dan hanya menjawab berdasarkan ingatan mereka tentang jawaban terakhir (Litwin, 1995).

3. Alternate form Reliability (or Equivalence)

Uji reliabilitas ini sama dengan *inter-rater reliabilitas* yang biasa juga disebut ekuivalensi atau kesetaraan dimana uji ini mencakup penentuan secara kualitatif tingkat kesepakatan pada dua atau lebih pengamat (Heale & Twycross, 2015). Pada pengujian ini cukup dilakukan dengan sekali namun instrumennya berbeda, responden yang sama, waktu yang sama kemudian dihitung dengan melakukan korelasi antar kedua instrumen tersebut jika korelasi positif dan signifikan berarti reliabel (Sugiyono, 2014). Ide dasar dari pendekatan komponen setara ini adalah untuk menggabungkan dua komponen sistem menjadi komponen setara. Proses ini berlanjut hingga menjadi satu komponen ekuivalen (Gong & Zhou, 2017).

Pada dasarnya model ekuivalen menghasilkan kesamaan yang buruk untuk tujuan ilustrasi dan skor nilai identik dengan koefisien alpha seperti pada reliabilitas SPSS (R. A. Black et al., 2015). Penentuan ekuivalensi juga dapat dilakukan dengan metode yaitu *Cohen's Kappa* yang digunakan untuk menilai reliabilitas dari suatu instrumen yang menghasilkan data nominal. *Cohen's Kappa* digunakan untuk menilai

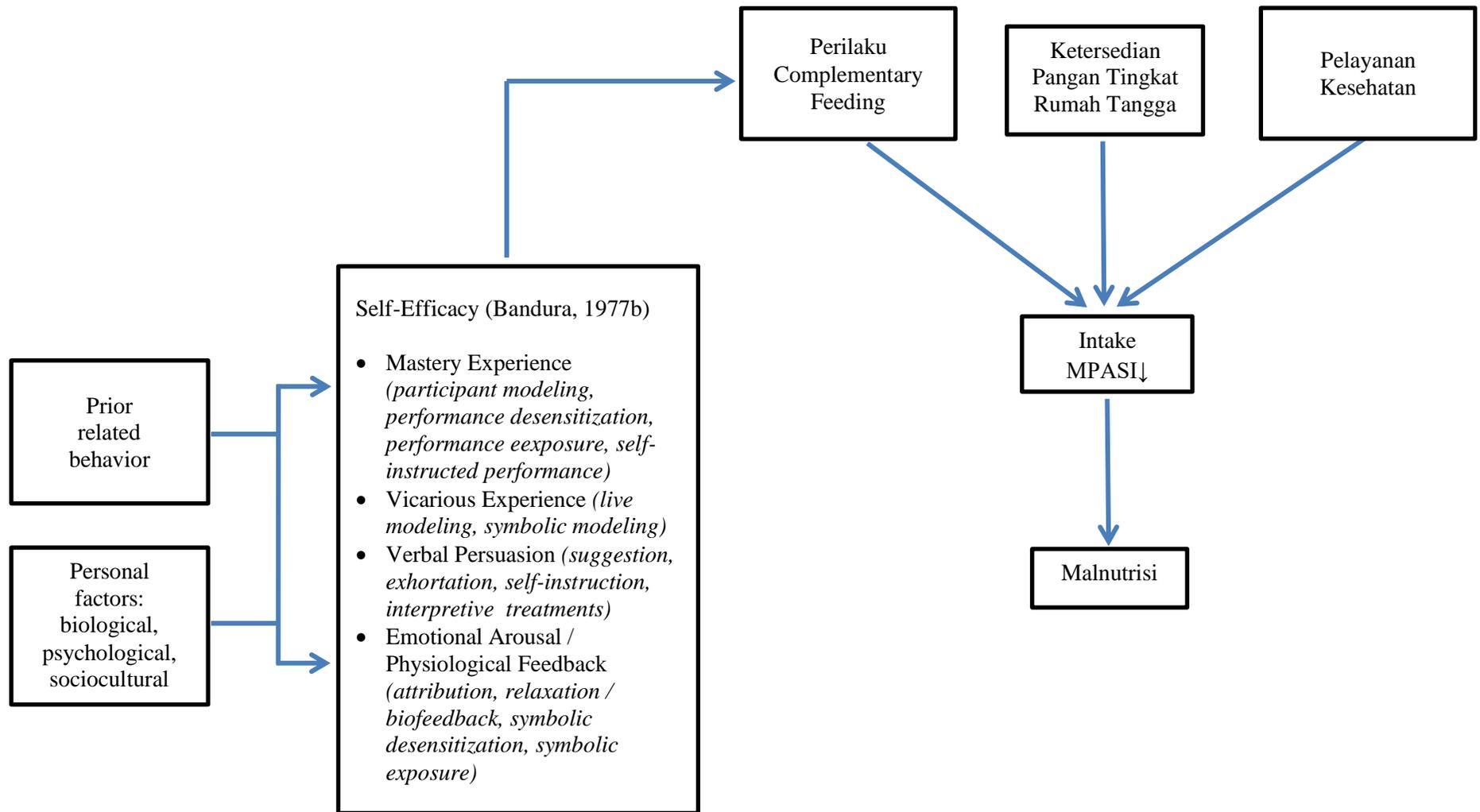
kesepakatan antara 2 orang atau lebih observer terhadap pengukuran yang dilakukan. Nilai kappa untuk uji reliabilitas dikelompokkan sebagai berikut (Mchugh, 2012).

Tabel 2.7 Nilai Kappa untuk Uji Reabilitas (Mchugh, 2012).

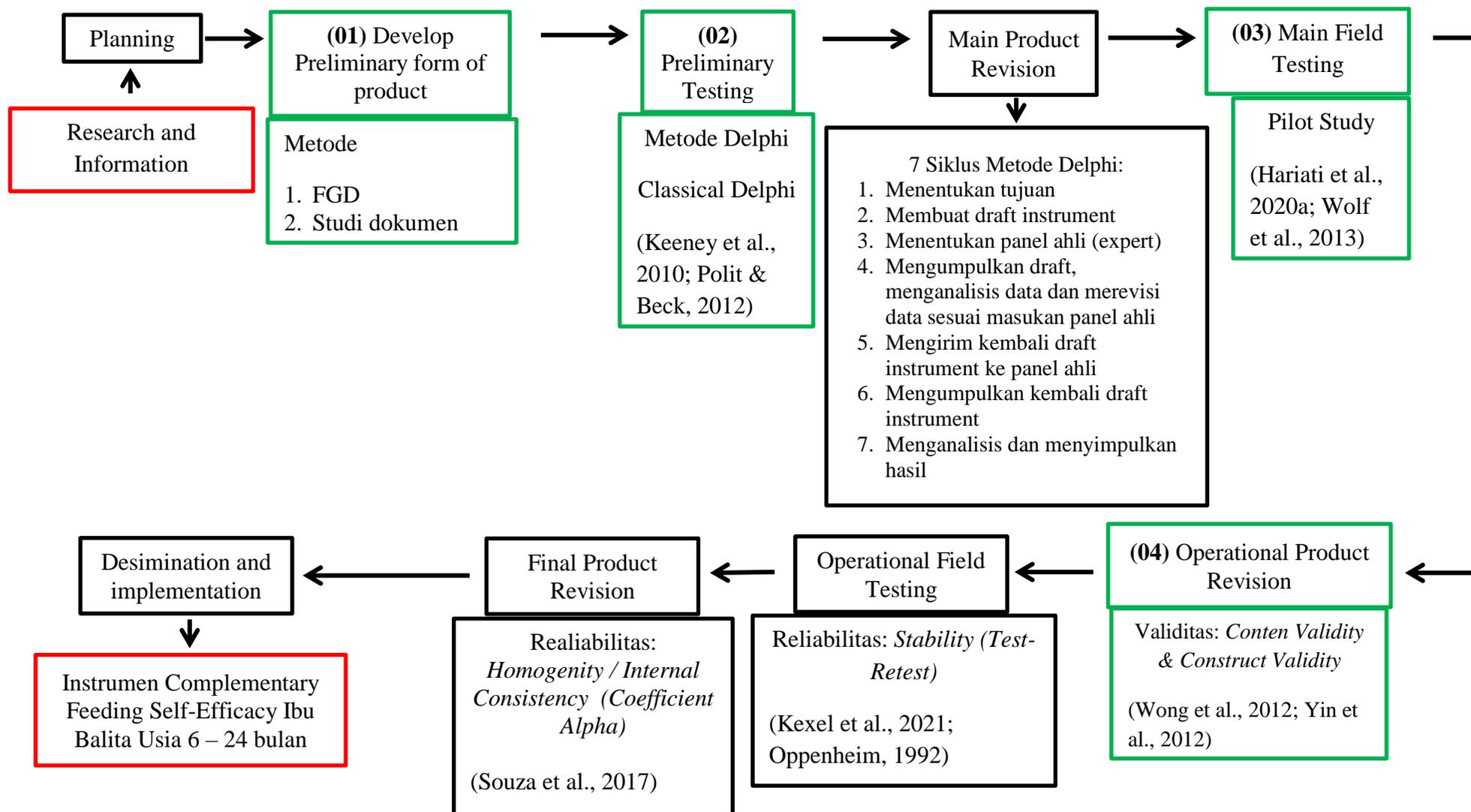
| Level | Nilai |
|--------------|-------------|
| Sangat lemah | < 0.00 |
| Lemah | 0.00 - 0.20 |
| Seimbang | 0.21 - 0.40 |
| Sedikit Kuat | 0.41 - 0.60 |
| Kuat | 0.61 - 0.80 |
| Sangat Kuat | 0.81 - 1.0 |

4. Internal Consistency

Uji reliabilitas *internal consistency* ini biasa juga disebut homogenitas dimana instrumen yang digunakan diukur hanya sekali kemudian dianalisis dengan teknik tertentu yang hasil analisisnya untuk memprediksi reliabilitas dari instrumen tersebut (Siregar syofian, 2015). Uji *internal consistency* merupakan suatu instrumen yang diuji cobakan pada kelompok tertentu, masing masing skornya dihitung kemudian diuji konsistensinya inter item itemnya (Usman & Purnomo, 2015).



Bagan 2. Kerangka Teori (Bandura, 1977b)

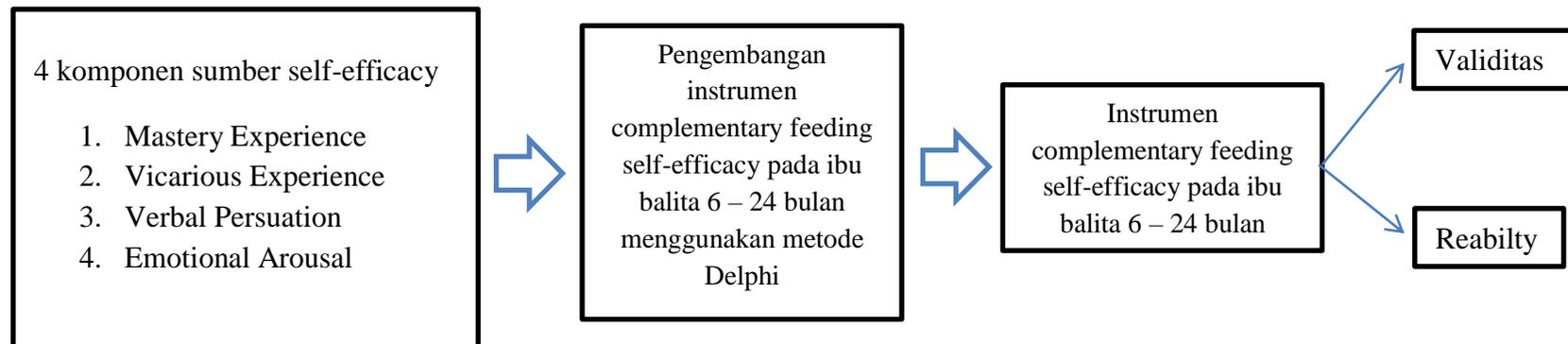


Bagan 3. Design and development steps (Gall, M, D., Gall & Borg, 2003; Gall et al., 1984)

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Bagan 4. Kerangka Konsep (Bandura, 1977b)



B. Definisi Operasional

1. Self-efficacy adalah keyakinan seseorang mampu mencapai target tertentu dengan merencanakan sejumlah kegiatan atau aksi untuk bisa mencapai target.
2. Mastery experience penguasaan keterampilan cara menyiapkan complementary feeding yang benar dan sehat untuk bayi umur 6 – 23 bulan.
3. Vicarious experience petugas kesehatan senantiasa menjelaskan, memberikan semangat kepada ibu balita untuk memberikan complementary feeding yang tepat.
4. Verbal persuasion tenaga kesehatan mampu meyakinkan, membujuk ibu balita untuk bisa membuat complementary feeding.
5. Emotional arousal adalah sudah mendapatkan manfaat dari complementary feeding self-efficacy tersebut.
6. Pengembangan instrumen yaitu pengembangan instrumen yang menilai skala complementary feeding self-efficacy pada ibu baduta usia 6 – 24 bulan.
7. Uji Validitas yaitu uji yang dilakukan untuk mengukur keakuratan instrumen complementary feeding self-efficacy pada ibu baduta usia 6 – 24 bulan. Nilai valid jika ≤ 0.70
8. Uji reliabilitas yaitu uji kehandalan dan konsistensi skala kesiapan keluarga model transisi. Jika nilai Cronbach Alpha > 0.60 maka dikatakan bahwa instrumen itu reliable.