

**TESIS**

**EFEK PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP *SELF-EFFICACY* IBU  
DALAM PEMBERIAN MP-ASI (6-11 BULAN) DI WILAYAH LOKUS  
STUNTING KABUPATEN BANGGAI, INDONESIA**

**EFFECT OF THE SHORT MENTORING PROGRAM IN IMPROVING  
MATERNAL SELF-EFFICACY IN PROVIDING COMPLEMENTARY  
FEEDING OF (6-11MONTHS) IN THE STUNTING LOCUS AREA  
BANGGAI REGENCY, INDONESIA**

**Disusun dan diajukan oleh**

**NUR SAKINAH**

**K012201007**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**EFEK PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP *SELF-EFFICACY* IBU  
DALAM PEMBERIAN MP-ASI (6-11 BULAN) DI WILAYAH LOKUS  
STUNTING KABUPATEN BANGGAI, INDONESIA**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:  
NUR SAKINAH**

**Kepada**

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

LEMBAR PENGESAHAN

EFEK PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP *SELF-EFFICACY* IBU  
DALAM PEMBERIAN MP-ASI (6-11 BULAN) DI WILAYAH  
LOKUS STUNTING KABUPATEN BANGGAI INDONESIA

Disusun dan diajukan oleh

NUR SAKINAH  
K012201007

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 19 Agustus 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc  
NIP. 19490323 197703 1 002



Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK  
NIP. 19630318 199202 2 001

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nur Sakinah  
NIM : K012201007  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

**EFEK PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP *SELF-EFFICCACY* IBU  
DALAM PEMBERIAN MP-ASI (6-11 BULAN) DI WILAYAH LOKUS  
STUNTING KABUPATEN BANGGAI, INDONESIA**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 23 Agustus 2022

Yang menyatakan



Nur Sakinah

## PRAKATA

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Hasil Penelitian yang berjudul *Feel* pendampingan gizi terhadap *self-efficacy* ibu dalam pemberia MP-ASI di lokas stunting kecamatan Batui Selatan, Kabupaten Banggai, Sulawesi Tengah kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Prof. Sukri, SKM, M.Kes, M. ScPH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat.
3. Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku ketua Program Studi S2 kesehatan Masyarakat.
4. Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc. selaku ketua komisi penasehat yang telah banyak membantu dalam penyelesaian proposal penelitian ini.
5. Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK selaku anggota komisi penasehat yang telah banyak memberikan saran dalam penyelesaian proposal penelitian ini.
6. Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc selaku ketua panitia penilai seminar usul penelitian, Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK selaku sekretaris dan Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes, Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes dan Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes selaku anggota panitia penilai seminar usul penelitian.
7. Kepada Ketua Peneliti Banggai Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., P.Hd yang telah mengizinkan bergabung dalam tim peneliti di Kabupaten Banggai,
8. Seluruh dosen dan staf administrasi Jurusan Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan moril bagi penulis, baik selama proses pendidikan maupun dalam penulisan proposal penelitian ini.

9. Kepada kedua orang tuaku tercinta yang telah membesarkan dan menyekolahkan sampai detik ini dan tidak henti-hentinya kasih sayang yang ku terima.
10. Kepada tim peneliti Banggai, Reny, Lulu dan Fandir terima kasih kerja keras, semangat yang tiada henti selama di lapangan. Kalian luar biasa.
11. Kepada semua teman-teman angkatan S2 kesehatan masyarakat tahun 2020 yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis tetap mengharapkan kritikan dan saran yang sifatnya membangun demi perbaikan tesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan khususnya bagi penulis.

Makassar, 11 April 2022

P e n u l i s

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN .....	iv
PRAKATA .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
DAFTAR ISTILAH .....	xii
ABSTRAK .....	xiii
ABSTRAC .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	10
1.3 Tujuan Penelitian .....	10
1.4 Manfaat Penelitian .....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	12
2.1 Telaah Pustaka .....	12
2.1.1 Pendampingan Gizi .....	12
2.1.2 <i>Self-Efficacy</i> .....	19
2.2 Kerangka Teori .....	43
2.3 Kerangka Konsep .....	44
2.4 Hipotesis .....	45
2.5 Definisi Operasional .....	45
BAB III METODE PENELITIAN .....	47
3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian .....	47
3.2 Lokasi Penelitian .....	47
3.3 Sampel .....	48
3.4 Instrumen Penelitian .....	50
3.5 Penjaminan Mutu .....	51
3.6 Pengumpulan Data .....	53
3.7 Pelaksanaan Intervensi .....	53
3.8 Alur Penelitian .....	57
3.9 Analisis Data .....	59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	55

4.1 Hasil Penelitian.....	60
4.1.1 Gambaran Hasil Penelitian .....	60
4.1.2 Karakteristik Subjek .....	60
4.1.3 <i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i> .....	64
4.2 Pembahasan .....	65
4.2.1 Karakteristik .....	65
4.2.2 <i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i> .....	69
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....	76
5.1 Kesimpulan.....	76
5.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN.....	84



## DAFTAR TABEL

1.	Tabel 2.1 Kuesioner Complementary Fedding Self-Efficacy .....	30
2.	Tabel 2.2 Tabel Sintesa .....	38
3.	Tabel 2.3 Definisi Operasional.....	46
4.	Tabel 3.4 Susunan Materi Penyuluhan .....	55
5.	Tabel 3.5 Matriks Pendampingan .....	57
6.	Tabel 4.6 Karakteristik Ibu .....	61
7.	Tabel 4.7 Karakteristik Bayi .....	63
8.	Tabel 4.8 <i>Self-Efficacy</i> ibu pada kelompok Intervensi.....	65
9.	Tabel 4.9 <i>Self-Efficacy</i> ibu pada kelompok Kontrol.....	65
10.	Tabel 4.10 <i>Self-Efficacy</i> ibu sebelum dan setelah intrevensi pendampingan kelompok intervensi dan kontrol.....	66

## DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 1 : Social Learning Theory .....	27
2. Gambar 2 : Kerangka Konsep Determinan PMBA.....	35
3. Gambar 3 : Kerangka Penelitian.....	43
4. Gambar 4 : Kerangka Konsep Penelitian .....	44
5. Gambar 5 : Alur Penelitian.....	58

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 : Frekuensi Jawaban.....	83
2. Lampiran 2 : Matriks Pendampingan .....	86
3. Lampiran 3 : Materi Penyuluhan.....	87
4. Lampiran 4 : Gambar.....	88
5. Lampiran 5 : Kuesioner <i>Self-efficacy</i> .....	89
6. Lampiran 6 : Kuesioner Karakteristik.....	91

## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan / Pengertian
MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
ASI	Air Susu Ibu
WHO	<i>World Health Organization</i>
UNICEF	<i>United Nations Children Fund</i>
CF	<i>Complementary Feeding</i>
CFSE	<i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i>
TPG	Tenaga Pendamping Gizi
SMD	Survei Mawas Diri
MMD	Musyawarah Masyarakat Desa
PD	<i>positive Deviance</i>
KMS	Kartu Menuju Sehat
BGM	Bawah Garis Merah
KEP	Kekurangan Energi Protein
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
SKDN	adalah status gizi balita yang digambarkan dalam suatu balok SKDN, dimana balok tersebut memuat tentang sasaran balita di suatu wilayah (S), balita yang memiliki KMS (K), balita yang ditimbang berat badannya (D), balita yang ditimbang dan naik berat badannya (N)
D/S	adalah indikator yang menggambarkan tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan di posyandu

## ABSTRAK

**NUR SAKINAH.** *Efek Pendampingan Gizi Terhadap Self-Efficacy Ibu Dalam Pemberian MP-ASI (6-11Bulan) Di Wilayah Lokus Stunting Kabupaten Banggai, Indonesia* (Dibimbing oleh **Abdul Razak Thaha** dan **Citrakesumasari**)

*Self-efficacy* ibu dalam pemberian makan pada anak merupakan salah satu faktor determinan stunting. Tujuan penelitian adalah untuk menilai peningkatan efikasi diri ibu setelah pendampingan

Jenis Penelitian ini kuasi Eksperimen dengan rancangan *Nonrandomized Prepost-Test Control Group design*. Ibu-ibu di desa mendapat intervensi dan di 3 desa lainnya merupakan kelompok kontrol (30 untuk intervensi dan 30 kontrol) Intervensi berupa penyuluhan setiap minggu selama dua bulan terkait dengan kemampuan ibu dalam memberikan MP-ASI kepada anaknya. Kelompok kontrol menerima Penyuluhan di balai Desa. Pengukuran SE diukur oleh pekerja lapangan terlatih sebelum dan setelah dua bulan intervensi.

Hasil Penelitian ini memperlihatkan Sebagian besar ibu berpendidikan rendah (SMP ke bawah 58,3%) dan dari keluarga berpenghasilan rendah ke menengah (81,7%). Efikasi Diri Ibu meningkat secara signifikan pada kedua kelompok ( $p < 0,05$ ). Terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perubahan SE ( $16,6 \pm 7,94$  vs  $5,9 \pm 5,12$   $p < 0,001$ ) dan Efikasi Diri Ibu meningkat (23%). Pendampingan Gizi pada ibu dapat meningkatkan Efikasi Diri Ibu dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI

**Keywords :** Konseling, Makanan Pendamping ASI, *Self-Efficacy*, CFSE, Kuesioner CFSE



## ABSTRACT

**NUR SAKINAH.** *Effect Of The Short Mentoring Program Of Improving Maternal Self Efficacy In Providing Complementary Feeding Of (6-11 Month) In The Stunting Locus Area, Banggai Regency, Indonesia (Supervised by Abdul Razak Thaha and Citrakesumasari)*

Mother's self-efficacy in feeding children is a significant determinant of stunting. The Objective of study was to assess improvement of maternal self-efficacy after short mentoring program.

This was a Quasi Experiment with The Nonrandomized Prepost-Test Control Group design. Mothers in villages received intervention and those in other 4 village were a control group (30 for intervention and 30 control) Intervention consisted of counselling every weeks for two months related to mothers capacity in providing Complementary Feeding to their children. A control group received a monthly regular program in Posyandu. Measurements of SE were measured by trained field workers before and after two months of intervention.

Most mothers were low education (Junior High School and below 58,3%) and from low to middle income family (81,7%). Self-Efficacy of Mothers improved significantly in both groups ( $p < 0,05$ ). There was a significant difference between groups of change of SE ( $16,6 \pm 7,94$  vs  $5,9 \pm 5,12$   $p < 0,001$ ) and Mother's Self Efficacy increased by (23%). So, Short mentoring to mothers may improve Self Efficacy of Mothers of Complementary Feeding

**Keywords :** Counseling, Complementary Feeding, Self-Efficacy, Infant. Cuesioner CFSE



# **BAB I PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Perkembangan masalah gizi di Indonesia saat ini semakin kompleks. Selain masalah kekurangan dan kelebihan gizi, Indonesia juga mengalami permasalahan kekurangan gizi kronik. Kekurangan gizi kronik adalah kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama yang menyebabkan kejadian pendek (stunting) (UNICEF, 2012). Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO.

Kondisi gizi masyarakat yang buruk dapat menghambat pertumbuhan ekonomi sekitar 8% yang secara langsung disebabkan karena kerugian akibat penurunan produktivitas, rendahnya kualitas pendidikan dan pengetahuan yang kurang. Menurut Global Nutrition Report, setiap tahunnya 3 juta anak balita di dunia mengalami kekurangan gizi dan secara global kerugian akibat biaya yang perlu dikeluarkan untuk perawatan kesehatan dan kehilangan produktivitas mencapai miliaran dolar (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Beberapa faktor yang menjadi penyebab tingginya kejadian stunting diantaranya adalah pengetahuan yang kurang dan praktek-praktek terkait gizi yang tidak memadai (UNICEF, 2012).

Berdasarkan data dari Unicef Indonesia merupakan satu dari 36 negara di dunia tempat 90% anak stunting berada. Meskipun berbagai upaya sudah dilakukan untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada anak-anak, persentase stunting masih cukup tinggi yaitu mencapai 37% (Kemenkes, 2013). Pada tahun 2017, 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 yaitu 32,6%. Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan World

Health Organization (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR). Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017 adalah 36,4% (Riskesda, 2018).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Prevalensi balita pendek selanjutnya tahun 2018 terjadi penurunan yaitu 30,79%. Namun angka ini masih sangat tinggi, mengingat prevalensi tingkat provinsi masih tinggi, terdapat 18 provinsi yang prevalensi stunting di atas 30,79%. Tertinggi 42,6 % ada di Nusa Tenggara timur, kedua tertinggi provinsi Sulawesi Barat 41,6 %, ketiga Aceh 37,2% dan terendah yaitu DKI Jakarta 17,6%. Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menekan penurunan angka stunting, Segala bentuk program telah diupayakan hingga ketingkat desa. Sementara Prevalensi stunting untuk anak dibawah usia dua tahun (budata) prevalensi nasional 29.91% dan seluruh provinsi yang ada di Indonesia angka prevalensi stunting baduta di atas angka nasional. Prevalensi Tertinggi Kepulauan Riau 82.6% dan terendah di Nusa Tenggara Timur 40.1%. Berarti dari 30.79 % prevalensi balita stunting, terdapat 29.91% baduta atau bayi usia 0-24 Bulan yang stunting.

Prevalensi Stunting di Sulawesi Tengah pada tahun 2007 yaitu sebesar 40,3%, dan menurun pada tahun 2010 yaitu sebesar 36,1%. pada tahun 2013 meningkat kembali yaitu sebesar 41,0% dan terakhir pada tahun 2018 mengalami penuruna yaitu sebesar 32,5%. Sementara itu khusus untuk Kabupaten Banggai Data hasil Riskesdas pada tahun 2007, 2010, 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Kabupaten Banggai Mengalami penurunan dari tiap tahun. pada tahun 2007 sebesar 41,7%, pada tahun 2013 sebesar 35,3% sedangkan pada Tahun 2018 sebesar 31,9 % (Riskesdas, 2007, 2010,



2013, 2018) (Gani et al., 2020). Dan Berdasarkan Hasil pemantauan status gizi (PSG tahun 2017) khususnya di Kab. Banggai mendapatkan hasil 31.5% anak menderita stunting (Djide, 2021).

WHO telah berkomitmen dengan seluruh negara pada "Rencana Implementasi Komprehensif Gizi Ibu, Bayi dan Anak", yang mencakup 6 target, termasuk mengurangi jumlah balita yang stunting sebesar 40% pada tahun 2025. "Strategi global untuk pemberian makan bayi dan anak kecil", juga bertujuan untuk melindungi, mempromosikan dan mendukung pemberian makanan bayi dan anak yang tepat.

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan salah satu Faktor langsung yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak usia dibawah dua tahun (baduta). MP-ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi dan diberikan kepada anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Pemberian MP-ASI berarti memberikan makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi mulai usia 6-24 bulan. Pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan pertama dan MP-ASI yang tepat merupakan upaya yang mampu menurunkan angka stunting dan meningkatkan kelangsungan hidup anak, sedangkan ASI eksklusif yang diberikan terlalu lama akan menunda pemberian MP-ASI (Agrasada et al., 2011).

Pemberian MP-ASI yang tepat adalah memenuhi persyaratan tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar (WHO) Bayi dan anak berisiko mengalami stunting sejak usia enam bulan dan seterusnya yaitu saat ASI saja tidak cukup memenuhi kebutuhan semua zat gizi dan perlu dimulainya memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Pemberian MP-ASI sering diberikan dalam jumlah yang tidak mencukupi kebutuhan serta seringkali memiliki kualitas yang lebih rendah dibandingkan dengan ASI (WHO, 2002). Intervensi MP-ASI umumnya dilakukan pada anak usia enam sampai dua puluh empat bulan, yaitu waktu puncak terjadinya gagal tumbuh, defisiensi mikronutrien dan penyakit infeksi di negara-negara

berkembang. Setelah anak berusia dua tahun akan sangat sulit untuk mengatasi efek kurang gizi dan stunting sehingga intervensi pada periode usia ini sangat bermanfaat (Imdad et al., 2016).

Data dari WHO memperlihatkan bahwa penurunan berat badan mulai terjadi pada usia 4-6 bulan yang dikenal sebagai periode penyapihan. Hal ini juga diperkuat dengan temuan bahwa dua per tiga balita yang meninggal tersebut mempunyai pola makan bayi yang salah antara lain 41% tidak mendapatkan air susu ibu (ASI) eksklusif serta mendapat makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang terlalu dini atau terlambat disertai komposisi zat gizi yang tidak lengkap, tidak seimbang dan tidak higienis (WHO, 2018). Menteri pemberdayaan perempuan juga mengatakan sekitar 6,7 juta balita 27,3% dari balita di Indonesia mengalami kekurangan gizi. Kekurangan gizi tersebut adalah diakibatkan oleh Perilaku pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat (Depkes RI, 2009). Praktik pemberian makanan yang buruk, pemberian ASI kurang cukup, penggunaan formula anak secara berlebihan, pemberian makanan pelengkap secara dini dan kualitas buruk dan frekuensi pemberian makanan pelengkap setelah enam bulan, tidak disangsikan lagi berkontribusi kepada wasting dan stunting di Indonesia (Kementerian PPN / Bappenas, 2017).

Beberapa faktor yang berhubungan pemberian MP-ASI pada baduta adalah pendidikan ibu, partisipasi ibu ke posyandu dan dukungan keluarga dan petugas Kesehatan. Faktor yang paling dominan berdampak pada perilaku pemberian MP-ASI adalah pendidikan ibu (Rosnah & Pamungkasiwi, 2016). Hasil penelitian Ragita, (2017) pada (Aryani et al., 2021) intervensi edukasi MP-ASI selama 4 minggu dengan 7 kali pertemuan kepada ibu mampu merubah perilaku yaitu pengetahuan dan sikap hingga merubah pola pemberian MP-ASI menjadi lebih baik.

Penelitian tentang Pengetahuan, sikap, dan motivasi ibu terkait praktik pemberian MP-ASI masih tergolong rendah. Hanya sekitar 1 dari 4 ibu yang mempunyai pengetahuan dan sikap yang baik

sedangkan hanya 1 dari 3 ibu yang mempunyai motivasi tinggi tentang praktik pemberian MP-ASI. Praktik pemberian MP-ASI pada anak usia 6-23 bulan masih kurang optimal. Hanya 1 dari 4 anak yang mendapatkan praktik pemberian MP-ASI yang tepat, yaitu yang memenuhi kriteria usia pertama pemberian MP-ASI yang tepat, frekuensi, dan keragaman (Hendriyani et al., 2020). Studi yang telah dilakukan di Ghana menunjukkan hasil yang sangat baik pengasuhan dan perawatan yang baik meningkatkan status gizi anak di Ghana (Nti & Lartey, 2007)

*The World Health Organization* (2016) juga menyatakan pemberian MP-ASI yang tepat bergantung pada praktik pemberian makan oleh ibu/pengasuh yang disebut *responsive feeding*. Penelitian menunjukkan ibu/pengasuh memerlukan *skills* untuk melakukan praktik pemberian MP-ASI (WHO, 2016). Praktik pemberian MP-ASI seorang ibu akan dipengaruhi oleh pengetahuan ibu dalam pemberian makanan bayi dalam hal ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jenis, jumlah bahan makanan dan cara pembuatan (Rahmad, 2010). Semakin baik pengetahuan gizi seseorang maka ia akan semakin memperhatikan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi. Pada keluarga dengan pengetahuan tentang makanan pendamping ASI yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi baduta (Arini et al., 2017)

Berdasarkan hasil penelitian (Aulia, 2021) pendidikan, pengetahuan gizi, dan efikasi diri ibu merupakan Faktor determinan kejadian stunting. Selain Tingkat pengetahuan ibu baik ada faktor lain yang mempengaruhi ibu dalam memberikan MP-ASI pada bayinya, yaitu faktor budaya setempat, tradisi keluarga serta anggapan bahwa ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, sehingga mereka memutuskan untuk memberikan MP-ASI ketika usia bayinya masih  $\leq 6$  bulan ( Nababan, 2018). 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 penyiapan makanan dalam sebuah keluarga (Imdad et al., 2016). *Self-efficacy* Adalah keyakinan dan kepercayaan ibu untuk melakukan kegiatan pemberian MP-ASI dengan cara memberikan makanan pada waktu yang tepat dan adekuat dalam aspek jumlah, frekuensi, konsistensi dan variasi; memberikan makanan yang aman; memberikan lingkungan yang nyaman saat makan dan memberikan respon yang tepat terhadap perilaku yang ditunjukkan bayi saat makan Mengisi Kuesioner *Self-efficacy* Nilai Skor Rasio (Hendriyani et al., 2020).

Hasil studi literatur Heni, (2020) Peningkatan asupan makanan anak, dan pertumbuhan fisik erat kaitanya dengan *self-efficacy* ibu. *Self-efficacy* ibu mempengaruhi status gizi anaknya, hasil penelitian yang telah dilakukan oleh (Solikhah & Ardiani, 2019) bahwa ibu yang memiliki efikasi diri yang kurang berisiko memiliki status gizi balita yang tidak normal. Selama masa pemberian makanan pendamping ASI, bayi sepenuhnya dalam hal perawatan dan pemberian makanan dilakukan oleh ibunya. Maka dari itu keterampilan dalam hal ini pengetahuan, skill, *self efficacy* ibu sangat berperan penting, sebab pengetahuan tentang makanan pendamping ASI sikap dan kepercayaan diri ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI akan Menyusun pola makan yang baik untuk dikonsumsi oleh bayinya dan ketepatan dalam pemberian. Sebuah studi penelitian yang telah dilakukan pada Penduduk asli suku Maya Guatemala. Guatemala merupakan salah satu negara dengan tingkat stunting anak tertinggi di dunia. Studi ini menguji dampak dari pendekatan individual yang intensif terhadap pendidikan makanan pendamping ASI untuk pengasuh pada praktik pemberian makan dan pertumbuhan. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan pengasuhan dalam Pemberian makanan pendamping ASI (Martinez et al., 2018).

Pencegahan stunting memerlukan intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk

menyasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan stunting. Sejalan dengan inisiatif Percepatan Pencegahan Stunting, pemerintah meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1.000 HPK (Kerangka Kebijakan HPK, 2013). Sasaran prioritas Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting adalah ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK. Selain kategori sasaran prioritas pencegahan stunting, yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan anak 0-23 bulan, terdapat kategori sasaran penting, yaitu anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur (WUS), dan remaja putri. Sasaran penting ini perlu diintervensi apabila semua sasaran prioritas telah terlayani secara optimal (TNP2K, 2018).

Penanggulangan stunting saat ini dilakukan secara komprehensif dari tingkat pusat sampai daerah. Percepatan penurunan stunting ini menggunakan lima pilar di mana salah satu pilarnya adalah upaya aksi konvergensi di mana semua sector diharapkan terlihat dalam upaya penurunan stunting. Untuk itu, setiap unsur pembangunan diharapkan dapat berkolaborasi dan berinteraksi dalam upaya penurunan stunting ini. Lembaga atau institusi non pemerintah juga sangat diharapkan dapat melakukan program yang dilakukan secara sinergis dengan institusi pemerintah sehingga upaya percepatan ini dapat diwujudkan.

Kabupaten Banggai merupakan salah satu kabupaten percontohan penanggulangan stunting di Indonesia, Program Kegiatan pencegahan stunting. Kabupaten Banggai telah melakukan berbagai upaya yang terkait dengan delapan Aksi Konvergensi yang merupakan Pilar ke-tiga dari Stranas Percepatan Penurunan Stunting. Seperti yang telah dilaporkan, stunting di Kabupaten Banggai terus bergerak turun dan menjadi 31,9% pada tahun 2018 (Risksdas). Dengan berbagai kegiatan dan kerja keras dari semua pihak telah terjadi penurunan yang cukup bermakna. Kabupaten Banggai juga menjadi

kabupaten yang menerima berbagai penghargaan yang terkait dengan berbagai inovasi yang dilakukan baik di tingkat kabupaten, kecamatan maupun di tingkat desa.

Beberapa inovasi telah dikembangkan Oleh UNHAS melalui tenaga pendidiknya. Kegiatan Penyelamatan 1000 HPK, telah dilakukan UNHAS kerjasama antara Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Banggai dengan bertujuan untuk memperoleh model Penyelamatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) di Kabupaten Banggai. Dimulai sejak masa prakonsepsi sampai anak berumur 4 tahun. Selanjutnya Studi Pelaksanaan penanganan stunting dan peningkatan kualitas Kesehatan di Kecamatan Batui Selatan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar dan Pemerintah Daerah Kabupaten Banggai, serta merupakan kerjasama dengan Job Pertamina-Medco e&p Tomori Sulawesi yang berkaitan dengan study penanganan stunting dan peningkatan kualitas kesehatan di area operasi Job Pertamina-Medco e&p Tomori Sulawesi.

Istilah efikasi diri makan sangat umum namun masih kurang berfokus pada perilaku pemberian makanan pendamping ASI, yang merupakan aktivitas yang sangat spesifik. Studi tentang bagaimana efikasi diri terkait dengan perubahan perilaku untuk praktik pemberian makanan pendamping ASI masih terbatas. Oleh karena itu, sangat berguna untuk mengembangkan konsep ini karena praktik pemberian M-PASI merupakan kegiatan membutuhkan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya, maka dari itu perlu dilakukan pendampingan keterampilan praktik pemberian MP-ASI pada ibu atau pengasuh.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada perbedaan *Self-Efficacy* ibu dalam pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) melalui intervensi pendampingan gizi?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui perbedaan *Self-Efficacy* ibu baduta dalam pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) melalui intervensi pendampingan.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menilai perbedaan *Self-Efficacy* ibu sebelum dan sesudah pendampinga gizi pada kelompok intervensi
- b. Menilai perbedaan *Self-Efficay* ibu sebelum dan sesudah pendampinga gizi pada kelompok kontrol
- c. Menilai perbedaan *Self-Efficacy* ibu sebelum dan sesudah pendampingan gizi pada kelompok intrevensi antara kelompok kontrol.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Untuk Pengembangan IPTEKS**

Penelitian ini mengembangkan *complementary feeding self-efficacy scale* dalam meningkatkan praktik pemberian MP-ASI dengan peningkatan keterampilan ibu dalam menyiapkan MP-ASI dan *responsive feeding*.

#### **1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat**

Pengembangan media intervensi MP-ASI dalam penelitian ini diharapkan dapat membantu mempermudah penyampaian pesan pada masyarakat oleh petugas kesehatan atau kader mengenai praktik pemberian MP-ASI di pelayanan Kesehatan. Meningkatkan kapabilitas ibu-ibu dalam hal penyiapan makanan khususnya dalam pemberian MP-ASI berbasis makanan lokal serta meningkatkan kualitas pola asuh ibu kepada Balitanya.

#### **1.4.3 Manfaat Untuk Program Kesehatan**

Penelitian ini diharapkan akan membantu pemerintah dalam mensukseskan program pemberian MP-ASI dan program 1000 hari pertama kehidupan dalam upaya mempercepat penurunan angka stunting.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Telaah Pustaka**

#### **2.1.1 Pendampingan Gizi**

##### **A. Definisi**

Pendampingan gizi merupakan suatu kegiatan dukungan dan layanan untuk keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya. Pendampingan gizi dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan solusi, menyampaikan layanan atau bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama. Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (a) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (b) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (c) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (d) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007)

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita. Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes Sulsel, 2007)



## **B. Tujuan**

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita melalui kegiatan pendampingan. Adapun yang menjadi tujuan khusus program pendampingan gizi adalah; (1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada bayi dan anak balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan, (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu (Dinkes Sulsel, 2007)

## **C. Sasaran**

Sasaran pendampingan terdiri atas:

- a. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang (BBU < -2 SD).
- b. Keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita yang tidak naik berat badannya.
- c. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita
- d. Kader posyandu

## **D. Tenaga Gizi Pendamping**

Tenaga Gizi Pendamping adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi dan pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat di desa miskin, dalam perekrutannya menggunakan persyaratan sebagai berikut:

- a. Lulusan D3 Gizi, Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) jurusan gizi atau Sarjana Gizi (S.Gz).
- b. Umur maksimal 40 tahun
- c. Dinyatakan lulus seleksi
- d. Bersedia ditempatkan dan tinggal di desa miskin atau terpencil di Sulawesi Selatan

- e. Lulus pelatihan pendampingan gizi  
Tenaga Gizi Pendamping (TGP) selama didesa akan melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:
  - a. Melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD)
  - b. Mengolah dan analisis data
  - c. Membuat daftar keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang, tidak naik berat badan, keluarga yang tidak pernah atau tidak teratur membawa bayi dan balitanya ke posyandu
  - d. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
  - e. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran
  - f. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan
  - g. Mengidentifikasi masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran
  - h. Melaksanakan intervensi gizi sesuai dengan pendekatan *positive Deviance* (PD) atau pendekatan pilihan lainnya
  - i. Memberikan nasihat gizi pada keluarga sasaran sesuai permasalahannya
  - j. Melaksanakan penyuluhan gizi di posyandu dan kelompok pengajian, dll.
  - k. Melakukan pelatihan penyegaran kader
  - l. Menggerakkan keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita untuk membawa anaknya ke posyandu setiap bulan.
  - m. Melakukan pembinaan posyandu
  - n. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah kerjanya memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS)
  - o. Mencatat data SKDN setiap bulan
  - p. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi (kapsul vitamin A dan sirup besi).
  - q. Menganjurkan keluarga sasaran untuk menggunakan garam beryodium.

- r. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan/perawatan.
- s. Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- t. Menilai status gizi sasaran setiap bulan dan melaporkan secara berkala.
- u. Melakukan pengumpulan data akhir dan mengevaluasi perubahan status gizi, Kadarzi, partisipasi masyarakat (D/S).
- v. Memberikan paket intervensi gizi pada kelompok sasaran.
- w. Membina hubungan kerjasama yang baik dan melakukan koordinasi dengan petugas gizi, bidan desa dan petugas Kesehatan lain di wilayah kerjanya

#### **E. Langkah – Langkah Pendampingan**

Langkah–Langkah pendampingan berdasarkan Modul pendampingan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2007):

##### **a. Pengumpulan Data Dasar**

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (Screening) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita yang menderita KEP ( $BBU < -2SD$ ), balita BGM dan atau balita tidak naik berat badan tiga kali berturut-turut (3T). Data dasar di samping diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setiap waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi. Pengumpulan data dasar dilakukan oleh TGP dengan bantuan kader setempat. Identifikasi status gizi dilakukan dengan cara melakukan pengukuran langsung status gizi terhadap seluruh balita yang ada di setiap desa pendampingan.

Selain data hasil pengukuran langsung status gizi, pengumpulan data dasar juga dilakukan dengan cara mencatat hasil penimbangan berat badan balita 3 bulan terakhir melalui KMS (Kartu Menuju Sehat). Pengukuran status gizi dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran status gizi, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (door to door). Data hasil pengukuran status gizi balita kemudian diinterpretasi menggunakan standar NCHS-WHO sistem Z skor untuk mengetahui status gizi.

**b. Penetapan Sasaran**

Penetapan Sasaran pendampingan pengasuhan balita adalah ibu, pengasuh atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kriteria sebagai berikut: (1) Gizi buruk (BBU < -3 SD); (2) Gizi kurang (BBU -2 SD s.d. -3 SD); (3) Berat badan tidak naik berturut-turut tiga kali (3T) Balita yang memenuhi kriteria di atas kemudian didaftar menurut dusun atau posyandu Untuk mempermudah intervensi, kelompok sasaran dibagi dua, yaitu sasaran berkelompok dan sasaran individu. Penetapan kelompok sasaran dilakukan dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan bidan, kepala desa dan atau Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas.

**c. Interview**

Pada pelaksanaan interview Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan, baik untuk sasaran perorangan atau sasaran berkelompok. Jadwal dibuat menurut wilayah posyandu, atau wilayah tempat tinggal sasaran, diupayakan agar sasaran yang berdekatan dijadwalkan dalam waktu yang sama. Jadwal tersebut

selanjutnya disampaikan dijadwalkan dalam waktu yang sama.

#### **d. Intervensi**

Intervensi adalah serangkaian tindakan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh tenaga pendamping kepada ibu atau pengasuh anak dalam bentuk kunjungan rumah (*home visit*), konseling (*counseling*) dan kelompok diskusi terarah (*Focus Group Discussion = FGD*).

Intervensi atau pendampingan dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan pendekatan asuhan gizi berkelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Bagi sasaran yang tinggal berdekatan (berkelompok) dan sasaran yang menderita gizi kurang, pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi berkelompok. Sesi intervensi dilakukan dalam 3 tahap sebagai berikut:

##### **1. Pendampingan Intesif**

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh tenaga gizi pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan praktek asuhan gizi bagi balita dan keluarganya. Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu atau pengasuh balita tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama

satu minggu berturut-turut (hari pertama sampai hari ketujuh).

## **2. Penguatan**

Sesi ini dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Bagi ibu atau pengasuh balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu atau pengasuh balita mampu melakukan praktek asuhan gizi secara sederhana.

## **3. Praktek Mandiri**

Setelah melakukan penguatan, ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan dua minggu (hari ke-15 sampai ke-24) untuk mempraktek secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi kecuali pada hari ke-29 dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap output pendampingan. Output yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikan berat badan) anak dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Sasaran yang belum lulus atau balita yang masih mengalami KEP, ibu atau pengasuh yang belum mampu melaksanakan asuhan gizi balita dengan baik, harus didampingi kembali sebagai sasaran pada sesi intensif pada kegiatan pendampingan tahap selanjutnya.

## **F. Pembinaan Kegiatan Posyandu**

Konselor gizi memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja Posyandu yang berada di wilayah kerja mereka. Kegiatan yang harus dilakukan antara lain :

- a. Melakukan penyegaran kader Posyandu dan pelatihan kader baru jika jumlah kader posyandu di wilayah kerja mereka kurang.
- b. Melengkapi sarana dan prasarana Posyandu.
- c. Aktif dalam kegiatan penimbangan di Posyandu.
- d. Bersama dengan kader Posyandu melakukan kunjungan rumah kepada keluarga yang tidak membawa balitanya ke Posyandu.
- e. Melakukan Penyuluhan Gizi.
- f. Membentuk Posyandu Baru di wilayah yang belum terjangkau atau tidak memiliki Posyandu.
- g. Mengajak sasaran setiap bulan datang ke Posyandu.
- h. Mengusahakan agar setiap balita di wilayah tugas memiliki KMS.
- i. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi.

### **2.1.2 Self-Efficacy**

#### **A. Definisi Self-Efficacy**

*Self-efficacy* didefinisikan sebagai keyakinan atau kepercayaan seseorang pada kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghasilkan pencapaian tertentu (Bandura, 1977). *Self-efficacy* keyakinan diri berkenaan dengan kompetensi seseorang untuk sukses dalam tugas-tugasnya. Menurut Bandura, keyakinan *self-efficacy* merupakan faktor kunci sumber tindakan manusia (*human agency*), apa yang orang pikirkan, percaya, dan rasakan mempengaruhi cara mereka bertindak. Keyakinan *efficacy* juga mempengaruhi cara atas pilihan tindakan seseorang, seberapa banyak upaya yang

mereka lakukan, seberapa lama mereka akan tekun dalam menghadapi rintangan dan kegagalan, seberapa kuat ketahanan mereka menghadapi kemalangan, seberapa jernih pikiran mereka merupakan rintangan diri atau bantuan diri, seberapa banyak tekanan dan kegundahan pengalaman mereka dalam meniru (*copying*) tuntunan lingkungan, dan seberapa tinggi tingkat pemenuhan yang mereka wujudkan.

## **B. Dimensi *Self-Efficacy***

(Bandura, 1977) membedakan *self-efficacy* menjadi tiga dimensi, yaitu *level* atau *Magnitude*, *generality*, dan *strength*

### **a. Dimensi *level* atau *Magnitude***

Dimensi ini mengacu pada derajat kesulitan tugas yang dihadapi. Penerimaan dan keyakinan seseorang terhadap suatu tugas berbeda-beda. Persepsi setiap individu akan berbeda dalam memandang tingkat kesulitan dari suatu tugas. Persepsi terhadap tugas yang sulit dipengaruhi oleh kompetensi yang dimiliki individu. Ada yang menganggap suatu tugas itu sulit sedangkan orang lain mungkin merasa tidak demikian. Keyakinan ini didasari oleh pemahamannya terhadap tugas tersebut.

### **b. Dimensi *Generality***

Dimensi ini mengacu sejauh mana individu yakin akan kemampuannya dalam berbagai situasi tugas, mulai dari dalam melakukan suatu aktivitas yang biasa dilakukan atau situasi tertentu yang tidak pernah dilakukan hingga dalam serangkaian tugas atau situasi sulit dan bervariasi.

### **c. Dimensi *Strength***

Dimensi *strength* merupakan kuatnya keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki ketika menghadapi tuntutan tugas atau permasalahan. Hal ini berkaitan dengan ketahanan dan keuletan individu



dalam pemenuhan tugasnya. *Self-efficacy* yang lemah dapat dengan mudah menyerah dengan pengalaman yang sulit ketika menghadapi sebuah tugas yang sulit. Sedangkan bila *self-efficacy* tinggi maka individu akan memiliki keyakinan dan kemantapan yang kuat terhadap kemampuannya untuk mengerjakan suatu tugas dan akan terus bertahan dalam usahannya meskipun banyak mengalami kesulitan dan tantangan.

### **C. Proses-proses yang Mempengaruhi *Self-Efficacy***

(Bandura, 1977) Proses psikologis dalam *self-efficacy* yang turut berperan dalam diri manusia ada 4 yakni proses kognitif, motivasi, afeksi dan proses pemilihan atau seleksi.

#### **1) Proses Kognitif**

Proses kognitif merupakan proses berfikir, didalamnya termasuk pemerolehan, pengorganisasian dan penggunaan informasi. Kebanyakan tindakan manusia bermula dari sesuatu yang difikirkan terlebih dahulu. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi lebih senang membayangkan tentang kesuksesan. Sebaliknya individu yang *self-efficacy* nya rendah lebih banyak membayangkan kegagalan dan hal-hal yang dapat menghambat tercapainya kesuksesan. Bentuk tujuan personal juga dipengaruhi oleh penilaian akan kemampuannya. Semakin seseorang mempersepsikan dirinya mampu maka individu akan semakin membentuk usaha-usaha dalam mencapai tujuannya dan semakin kuat komitmen individu terhadap tujuannya.

Dalam perspektif kognitif sosial, individu di pandang berkemampuan proaktif dan mengatur diri daripada sebatas mampu berperilaku reaktif dan dikontrol oleh kekuatan biologis atau lingkungan. Selain itu, individu juga dipahami memiliki *self-beliefs* yang memungkinkan mereka

berlatih mengukur pengendalian atas pikiran, perasaan, dan tindakan mereka.

## **2) Proses Motivasi**

Kebanyakan motivasi manusia dibangkitkan melalui kognitif. Individu memberi motivasi/dorongan bagi diri mereka sendiri dan mengarahkan tindakan melalui tahap pemikiran-pemikiran sebelumnya. Kepercayaan akan kemampuan diri dapat mempengaruhi motivasi dalam beberapa hal, yakni menentukan tujuan yang telah ditentukan individu, seberapa besar usaha yang dilakukan, seberapa tahan mereka dalam menghadapi kesulitan kesulitan dan ketahanan mereka dalam menghadapi kegagalan

## **3) Proses Afektif**

Proses afeksi merupakan proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional. Menurut Bandura keyakinan individu akan coping mereka turut mempengaruhi level stres dan depresi seseorang saat mereka menghadapi situasi yang sulit. Persepsi *self- efficacy* tentang kemampuannya mengontrol sumber stres memiliki peranan penting dalam timbulnya kecemasan. Individu yang percaya akan kemampuannya untuk mengontrol situasi cenderung tidak memikirkan hal-hal yang negatif. Individu yang merasa tidak mampu mengontrol situasi cenderung mengalami level kecemasan yang tinggi, selalu memikirkan kekurangan mereka, memandang lingkungan sekitar penuh dengan ancaman, membesar-besarkan masalah kecil, dan terlalu cemas pada hal-hal kecil yang sebenarnya jarang terjadi.

## **4) Proses Seleksi**

Kemampuan individu untuk memilih aktivitas dan situasi tertentu turut mempengaruhi efek dari suatu

kejadian. Individu cenderung menghindari aktivitas dan situasi yang diluar batas kemampuan mereka. Bila individu merasa yakin bahwa mereka mampu menangani suatu situasi, maka mereka cenderung tidak menghindari situasi tersebut. Dengan adanya pilihan yang dibuat, individu kemudian dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan sosial mereka.

#### **D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self-Efficacy***

Menurut (Bandura, 1977) beberapa faktor yang mempengaruhi *Self-Efficacy* :

##### **1) Budaya**

Budaya mempengaruhi self-efficacy melalui nilai (values), kepercayaan (beliefs), dalam proses pengaturan diri (self regulatory process) yang berfungsi sebagai sumber penilaian self-efficacy dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan self-efficacy. Melalui faktor budaya, seseorang yang pada dasarnya baik akan menjadi buruk dan jahat karena pengaruh kebudayaan. Maka dari itu kita harus menjadi pribadi diri sendiri dan menjauhkan diridari pengaruh budaya.

##### **2) Gender**

Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap *self-efficacy*. Hal ini dapat dilihat dari penelitian (Bandura, 1977) yang menyatakan bahwa wanita lebih efikasinya yang tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki *self- efficacy* yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

##### **3) Intensif Eksternal**

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* individu adalah intensif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self-*

*efficacy* adalah *competent continges incentive*, yaitu intensif yang diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

#### **4) Status atau Peran Individu dalam Lingkungan**

Individu yang memiliki status yang lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga *self-efficacy* yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga *self-efficacy* yang dimilikinya juga rendah.

*Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Bandura mengembangkan pandangan human *functioning*. Dia menyoroti peran sentral kognitif, seolah mengalami sendiri (*vicarious*), pengaturan diri, dan proses reflektif diri dalam adaptasi dan perubahan manusia. Orang dipandang sebagai sosok sistem pengorganisasi diri, proaktif, reflektif diri, dan pengaturan diri daripada sebagai organisme reaktif yang dibentuk dan dilindungi oleh kekuatan lingkungan atau didorong oleh impuls-impuls paling dalam yang tersembunyi (Bandura et al., 2008).

(Bandura, 1977) memperlihatkan bahwa individu membuat dan mengembangkan persepsi diri atas kemampuan yang menjadi instrumen pada tujuan yang mereka kejar dan pada kontrol yang mereka latih atas lingkungannya. Adapun fondasi persepsi Bandura terhadap *reciprocal determinism*, memandang bahwa: (1) faktor personal dalam bentuk kognisi, afektif, dan peristiwa biologis; (2) tingkah laku; (3) pengaruh lingkungan membuat interaksi yang menjadi hasil dalam *triadic reciprocity*. Sifat timbal balik penentu pada fungsi manusia ini dalam teori kognitif sosial memung- kinkan untuk menjadi terapi dan usaha konseling yang diarahkan pada personal, lingkungan, dan faktor perilaku.

*Perceived self-efficacy* terkait dengan keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk melakukan kontrol terhadap fungsi dirinya yang mempengaruhi kehidupannya. Keyakinan terhadap *personal efficacy* mempengaruhi pilihan hidup, tingkat motivasi, kualitas peran, penerimaan terhadap keberagaman dan kerentanan terhadap tekanan dan depresi. Keyakinan seseorang terhadap efikasinya dibangun oleh empat sumber yang mempengaruhi. Keempat pengaruh itu meliputi pengalaman, melihat keberhasilan orang lain yang sukses, ajakan sosial yang dilakukan oleh mereka yang sukses dan kesimpulan pengalaman seseorang baik fisik dan emosional yang mengindikasikan kelebihan dan kekurangannya. Seseorang seharusnya memiliki *sense of efficacy* agar upaya untuk berhasil melakukan sesuatu dapat dicapai (Bandura, 1977).

Perilaku pengasuh sangat berkaitan dengan status gizi anak. *Self-efficacy* adalah hal yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku ibu selama pemberian makanan tambahan ASI. Sebuah studi telah dilakukan dengan menargetkan wanita pedesaan di provinsi Tengah Zambia yang sedang hamil atau memiliki anak di bawah usia dua tahun. *Realigning Agriculture for Improved Nutrition* (RAIN) adalah intervensi berkebun di rumah selama empat tahun. Intervensi berkebun di rumah ini meningkatkan *self-efficacy* ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI melalui peningkatan dukungan pasangan dan ketahanan pangan (Herman, Adhar Arifuddin, 2016).

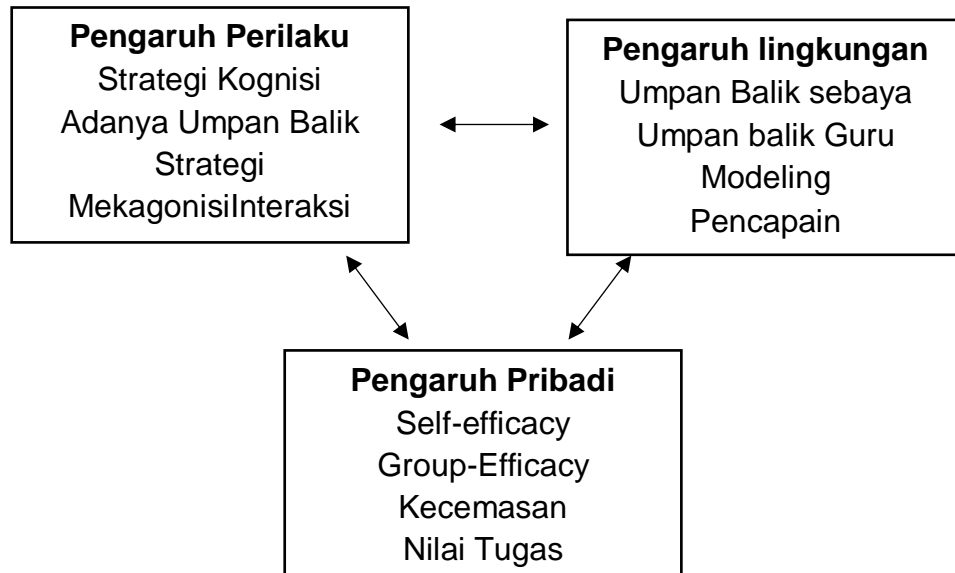
### **2.2.3 Complementary Feeding Self-Efficacy**

Pemberian makanan pendamping dapat menjadi tantangan dan sering ditandai dengan praktik pemberian makan yang buruk dan kualitas makanan yang buruk (Imdad et

al., 2016) Makanan pendamping ASI untuk anak perlu lebih bergizi dibandingkan makanan keluarga. Namun, hal sebaliknya biasanya terjadi di sebagian besar rumah tangga berpenghasilan rendah. Makanan tersebut seringkali bernilai gizi rendah dengan protein rendah, kepadatan energi rendah, dan curah tinggi (Imdad et al., 2016). Pemberian makan yang kompeten merujuk kepada perasaan yakin ibu pada kemampuannya untuk memberi makan anaknya dengan baik, membaca dan merespon tanda-tanda anak selama pemberian makan dan menampilkan kehangatan pada anak. Kesimpulannya baik pengetahuan dan kepercayaan bertidak bersama untuk memprediksi penampilan saat pemberian makan (Horodynski, 2005). Dengan *self-efficacy*, ibu atau pengasuh akan memiliki kekuatan lebih untuk menyediakan makanan bergizi baik untuk keluarga dan anak-anak mereka. Hal ini terkait dengan kemandirian ibu atau pengasuh untuk dapat memberikan makanan bergizi ketika makanan atau sumber daya keuangan terbatas (Simmons & Chapman, 2012).

Konsep *self-efficacy* makanan pendamping ASI didefinisikan sebagai keyakinan ibu terhadap kemampuannya untuk memberikan makanan pendamping ASI yang cukup baik dari segi waktu, porsi, frekuensi, dan variasi serta memberikan makanan yang aman dan higienis. Ini juga melibatkan menciptakan lingkungan yang nyaman dan hangat saat anak-anak sedang makan dan memberikan tanggapan yang tepat terhadap isyarat anak saat makan, termasuk rasa lapar dan kenyang. Pendidikan ibu, jenis keluarga, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, kesehatan bayi, dan status pendapatan keluarga merupakan anteseden untuk atribut-atribut tersebut. Konsekuensinya adalah perubahan perilaku ibu, peningkatan asupan makanan anak, dan pertumbuhan fisik (Hendriyani et al., 2020).

*Self-efficacy* merupakan bagian dari konsep pengaruh pribadi dalam *social learning theory* Albert Bandura. Teori ini terdiri dari tiga konsep yaitu pengaruh perilaku, pengaruh lingkungan dan pengaruh diri seseorang dalam melakukan suatu tindakan (Gambar 1).



Gambar 1: *Social Learning Theory* (Bandura, 1977)

*Complementary feeding self-efficacy* adalah satu istilah yang dibuat dengan mengkaji teori-teori yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI/ *complementary feeding*. adapun definisi *complementary-feeding self-efficacy* hasil kajian tersebut adalah keyakinan dan kepercayaan ibu untuk melakukan kegiatan pemberian MP-ASI dengan cara (Hendriyani et al., 2020) : (1) Memberikan makanan pada waktu yang tepat dan adekuat dalam aspek jumlah, frekuensi, konsistensi dan variasi; (2) Memberikan makanan yang aman; (3) Memberikan lingkungan yang nyaman saat makan; (4) Memberikan respon yang tepat terhadap perilaku yang ditunjukkan bayi saat makan.

#### 2.2.4 Pengukuran *Complementary Feeding Self-Efficacy*

Pembuatan pertanyaan dan skala *self-efficacy Complementary Feeding* dikembangkan atas dasar teori *self-*

*Efficacy* (Bandura, 2012) dengan memperhatikan prinsip-prinsip pengembangan skala yang tepat. Akan tetapi, Studi perilaku pemberian makanan yang bertujuan untuk mengukur *Complementary Feeding Self-Efficacy* masih sangat jarang.

Salah satu studi yang Berfokus *Feeding Self-Efficacy* khususnya MP-ASI dilakukan oleh zongrone, *et al* (2018) yaitu mengembangkan *maternal self-efficacy* MP-ASI. Instrument ini terdiri dari empat pertanyaan mengenai makanan yang dimasak di keluarga, menghindari menyimpan snack, kemampuan dalam memutuskan jenis makanan yang akan diberikan ke anak dan merawat anak supaya sehat. Namun, berdasarkan hasil uji reliabilitas instrument nilai *Cronbach alpha* koefisien skala MSE-CF adalah 0,60. Suatu alat ukur dikatakan memiliki nilai reliabilitas yang tinggi jika *Crönbach alpha* > 0.70 (Fraenkel *et al.*, 2009). Menurut peneliti sendiri ini mungkin disebabkan oleh terbatasnya jumlah pertanyaan dalam instrument tersebut.

Studi lain yang dilakukan oleh (Hendriyani *et al.*, 2020) berfokus *complementary feeding self-efficacy*. Penelitian ini mengembangkan kuesioner *complementary feeding self-efficacy scale* yang terdiri dari 26 pertanyaan. Validasi isi dan validasi konstruk untuk kuesioner *complementary feeding self-efficacy scale* dilakukan oleh *expert* yang memahami konsep dan praktik MP-ASI. Kuesioner kemudian diuji cobakan ke lima puluh lima ibu Balita di wilayah penelitian yang bukan sebagai responden. Dalam kegiatan tersebut dilakukan penilaian terhadap daya terima kuesioner baik dari sisi pewawancara maupun dari responden.

Hasil Uji Reliabilitas kuesioner *complementary feeding self-efficacy* menunjukkan nilai *cronbach alpha* sebesar 0,894 (>0,6). Kuesioner ini terdiri dari empat domain yaitu memberikan makanan yang adekuat dalam aspek waktu, porsi, frekuensi dan jenis, memberikan makanan yang aman, memberikan lingkungan yang nyaman saat makan dan memberikan respon yang tepat terhadap



perilaku yang ditunjukkan bayi saat makan. Menurut peneliti Sejauh ini kuesioner yang berisi empat domain utama dalam pemberian MP-ASI di atas merupakan kuesioner yang pertama dibuat. Tanggapan pertanyaan kuesioner *complementary feeding self-efficacy scale* untuk menghasilkan:

Penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala *Likert*. Adapun panduan penentuan penilaian dan skoringnya adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah pilihan: 5 ( Sangat Yakin, Yakin, Ragu-ragu, Kurang Yakin, Tidak Yakin)
- b. Jumlah pertanyaan: 26 Point
- c. Skoring terendah: 0 (Tidak Yakin)
- d. Skoring tertinggi: 4 (Sangat Yakin)
- e. Jumlah skor terendah= skoring terendah x jumlah pertanyaan  
=  $0 \times 26 = 0$
- f. Jumlah skor tertinggi= skoring tertinggi x jumlah pertanyaan  
=  $4 \times 26 = 104$

### 2.2.5 *Questioner Complementary Feeding Self-Efficacy Scale*

#### **Kuesioner *Complementary Feeding Self-Efficacy Scale***

(Hendriyani et al., 2020) Analisis konsep untuk memberikan definisi yang jelas dan komprehensif tentang self-efficacy pemberian makanan pendamping ASI. Kuesioner yang terdiri dari 26 Pertanyaan yang mencakup empat Komponen umum.

**Tabel 2.1 Kuesioner *Complementary Feeding Self-Efficacy***

No	<i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i>	Sangat Yakin	Yakin	Ragu-ragu	Kurang Yakin	Tidak yakin
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					

No	<i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i>	Sangat Yakin	Yakin	Ragu-ragu	Kurang yakin	Tidak yakin
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 di lemari 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					

<b>No</b>	<b><i>Complementary Feeding Self-Efficacy</i></b>	<b>Sangat Yakin</b>	<b>Yakin</b>	<b>Ragu- ragu</b>	<b>Kurang yakin</b>	<b>Tidak yakin</b>
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 tanda-tanda 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 anak lapar					
26.	Saya yakin akan dapat merespon (tanggap) terhadap tanda-tanda anak ketika kenyang					

Komponen umum dari konsep ini, yang meliputi :

1. Komponen pertama memberikan makanan yang cukup dari segi waktu, porsi, frekuensi, dan variasi. WHO menyatakan bahwa makanan pendamping ASI harus diberikan pada waktu yang tepat yaitu pada usia 6 bulan sambil tetap menyusui. Pemberian makanan pendamping ASI harus cukup dalam jumlah, frekuensi, konsistensi, dan penggunaan berbagai makanan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bagi tumbuh kembang bayi (Hendriyani et al., 2020).
2. Komponen kedua memberikan makanan yang aman dan higienis. Makanan harus disiapkan dengan prosedur yang aman untuk meminimalkan risiko kontaminasi dari bakteri patogen. Makanan yang aman berarti disimpan dan disiapkan secara higienis, disajikan dengan tangan yang bersih dan menggunakan peralatan yang bersih (Hendriyani et al., 2020).
3. Komponen ketiga menciptakan lingkungan yang nyaman dan hangat saat anak makan. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan makan bagi seorang anak berkurang sementara usia mereka bertambah untuk makanan padat dan setengah padat dan Komponen keempat adalah memberikan tanggapan yang tepat terhadap isyarat anak saat makan, termasuk rasa lapar dan kenyang. Respons ibu terhadap isyarat pemberian makan anak mencerminkan tingkat responsivitas umum yang lebih tinggi selama pemberian makan (Hendriyani et al., 2020).

Penulis (Hendriyani et al., 2020) merekomendasikan agar penilaian *self-efficacy* pemberian makanan pendamping ASI dapat digunakan sebagai alat skrining bagi ibu usia muda, terutama ibu baru, atas kesiapannya untuk memberikan makanan pendamping ASI kepada anaknya

## 2.2.6 Literatur Review Efek Pendampingan Terhadap *Self-Efficacy*

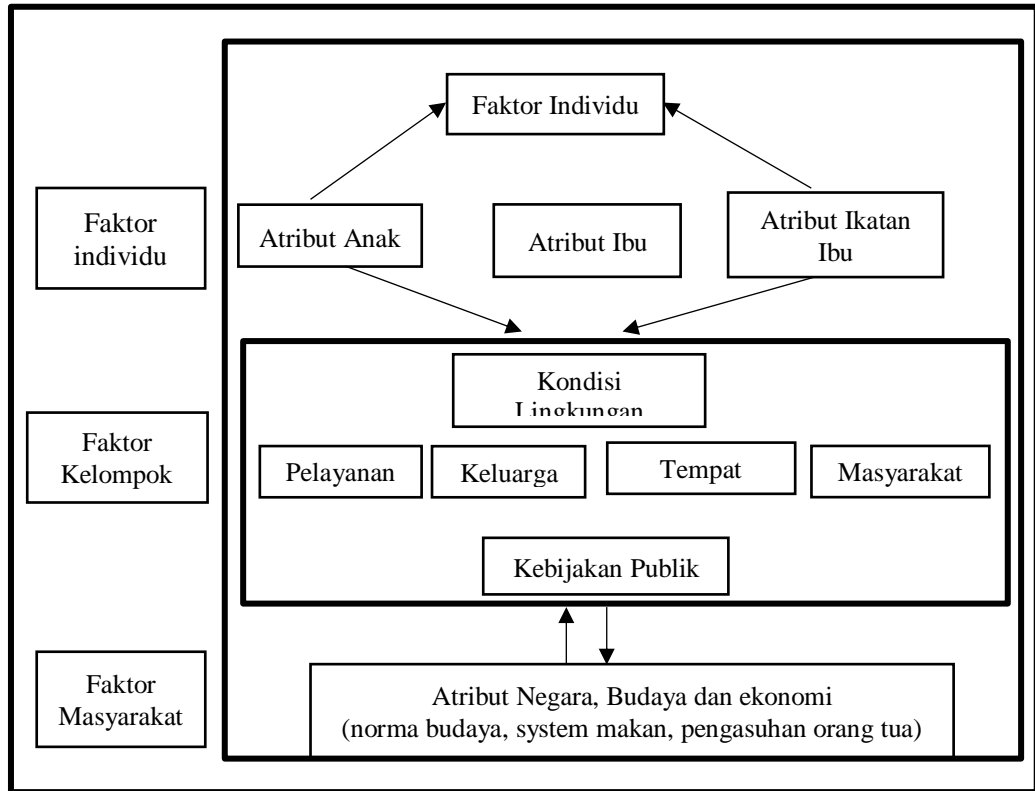
Hasil penelitian (Hendriyani et al., 2020). Studi intervensi pendampingan Kepercayaan diri (*self-efficacy*) ibu-ibu di kelompok kontrol lebih baik. Kepercayaan diri yang baik ini kemudian berdampak pada praktik pemberian MP-ASI yang lebih baik pada mereka. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mouton dan Roskam (2015) yaitu ibu yang menerima dukungan pada *self-efficacy*nya akan melakukan pengasuhan pada anak mereka yang lebih positif daripada ibu yang tidak menerima dorongan ( $p < 0,05$ ). Demikian pula sebaliknya anak yang ibunya didorong *self-efficacy*nya akan lebih positif terhadap ibunya. Hasil penelitian ini pula dapat membuktikan bahwa *self-efficacy* ibu dapat meningkat dengan teori teori belajar sosial serta dapat menjadi prediktor perilaku positif anak (Mouton & Roskam, 2014).

Sementara itu (Mahmudiono et al., 2016). melakukan penelitian mengenai pengaruh intervensi penyuluhan gizi dengan cara yang bervariasi terhadap *self efficacy* ibu yang *overweight* dan tinggi badan anak di perkotaan Surabaya. Enam fase intervensi yang didalamnya termasuk perencanaan menu dan demonstrasi masak dapat meningkatkan *self efficacy* ibu dalam memilih makanan yang bergizi.

(Khanal V, 2013) melakukan studi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian makanan di Nepal. Usia ibu berhubungan dengan kelayakan MPASI. (Sukotjo, 2015) semakin tinggi usia ibu semakin berpengalaman, maka kualitas makanan yang disediakan semakin baik. sehingga bila dilakukan intervensi pada pengetahuan dan keterampilan pada ibu dapat meningkatkan kualitas pemberian MPASI.

Gambar di bawah ini menyajikan kerangka teori dari (Sukotjo, 2015) modifikasi dari Hector (2005) yang dapat menjadi landasan dalam melihat praktik pemberian makanan (MP-ASI) dimana praktik pemberian makanan dipengaruhi secara langsung oleh faktor anak,

faktor interaksi ibu dan anak serta faktor ibu sebagai faktor pada level individu.



**Gambar 2 :** Kerangka Konsep Determinan praktik pemberian makan pada anak usia enam bulan keatas

### 2.2.7 *Literatur Review* Praktik Pemberian MPASI dan *Self Efficacy*

Pengetahuan dan pendidikan baik yang dimiliki ibu berpengaruh dengan pemberian MPASI dini pada bayi usia kurang dari enam bulan (Nababan, 2018). Pendidikan ibu berhubungan dengan perilaku pengasuhan. Perilaku pengasuhan yang dimaksud seperti menyusui, upaya pencarian pertolongan kesehatan dan interaksi antara anak dan pengasuh (Engle, 1999). Faktor-faktor yang terkait dengan penurunan risiko stunting termasuk pendidikan ibu yang lebih tinggi (Dhami et al., 2019). Sebuah hasil studi yang telah dilakukan pesisir India Selatan, Ibu yang berpendidikan memberikan makanan pendamping ASI pada waktu yang dianjurkan dibandingkan dengan ibu yang tidak berpendidikan. Namun hubungan praktik pemberian makanan pendamping ASI dalam hal jumlah yang memadai dengan

ibu yang berpendidikan tidak signifikan secara statistik (Rao, Swathi, Unnikrishnan, Hedge, Rao, 2011). Pendidikan ibu merupakan faktor risiko potensial untuk praktik pemberian makanan pendamping ASI yang buruk (Duan et al., 2018). Dimana Pengetahuan ibu tentang pemberian makan anak yang optimal berhubungan positif dengan keragaman makanan dan pertumbuhan linier pada anak (Abebe et al., 2016).

Perilaku pengasuh sangat berkaitan dengan status gizi anak. *Self efficacy* adalah hal yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku ibu selama pemberian makanan tambahan ASI. Sebuah studi telah dilakukan dengan menargetkan wanita pedesaan di provinsi Tengah Zambia yang sedang hamil atau memiliki anak di bawah usia dua tahun. *Realigning Agriculture for Improved Nutrition* (RAIN) adalah intervensi berkebun di rumah selama empat tahun. Intervensi berkebun di rumah ini meningkatkan *self-efficacy* ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI melalui peningkatan dukungan pasangan dan ketahanan pangan (Djeinam Toure, 2016).

Ibu atau pengasuh perlu memiliki skill dalam mengidentifikasi anak ketika lapar dan kenyang serta meresponnya dengan baik (Harbron et al., 2013). Pemberian makan yang kompeten merujuk kepada perasaan yakin ibu pada kemampuannya untuk memberi makan anaknya dengan baik, membaca dan merespon tanda-tanda anak selama pemberian makan dan menampilkan kehangatan pada anak. Kesimpulannya baik pengetahuan dan kepercayaan bertidak bersama untuk memprediksi penampilan saat pemberian makan (Horodyski, 2005). Dengan *self-efficacy*, ibu atau pengasuh akan memiliki kekuatan lebih untuk menyediakan makanan bergizi baik untuk keluarga dan anak-anak mereka. Hal ini terkait dengan kemandirian ibu atau pengasuh untuk dapat memberikan makanan bergizi ketika makanan atau sumber daya keuangan terbatas (Simmons & Chapman, 2012). Sejak usia 6 bulan ASI saja sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan energi, protein, zat besi, vitamin D,



seng, vitamin A sehingga diperlukan Makanan Pendamping ASI yang dapat melengkapi kekurangan zat gizi makro dan mikro tersebut (Imdad et al., 2016). *Complementary feeding self efficacy* mempengaruhi praktik pemberian MP- ASI; Usia ibu mempengaruhi praktik pemberian MP-ASI. Praktik pemberian MP-ASI mempengaruhi asupan gizi ( energi, protein, zat besi, seng dan vitamin A ); asupan gizi mempengaruhi selisih berat badan dan panjang badan (Hendriyani et al., 2020)

**Tabel 2.2 Tabel Sintesa**

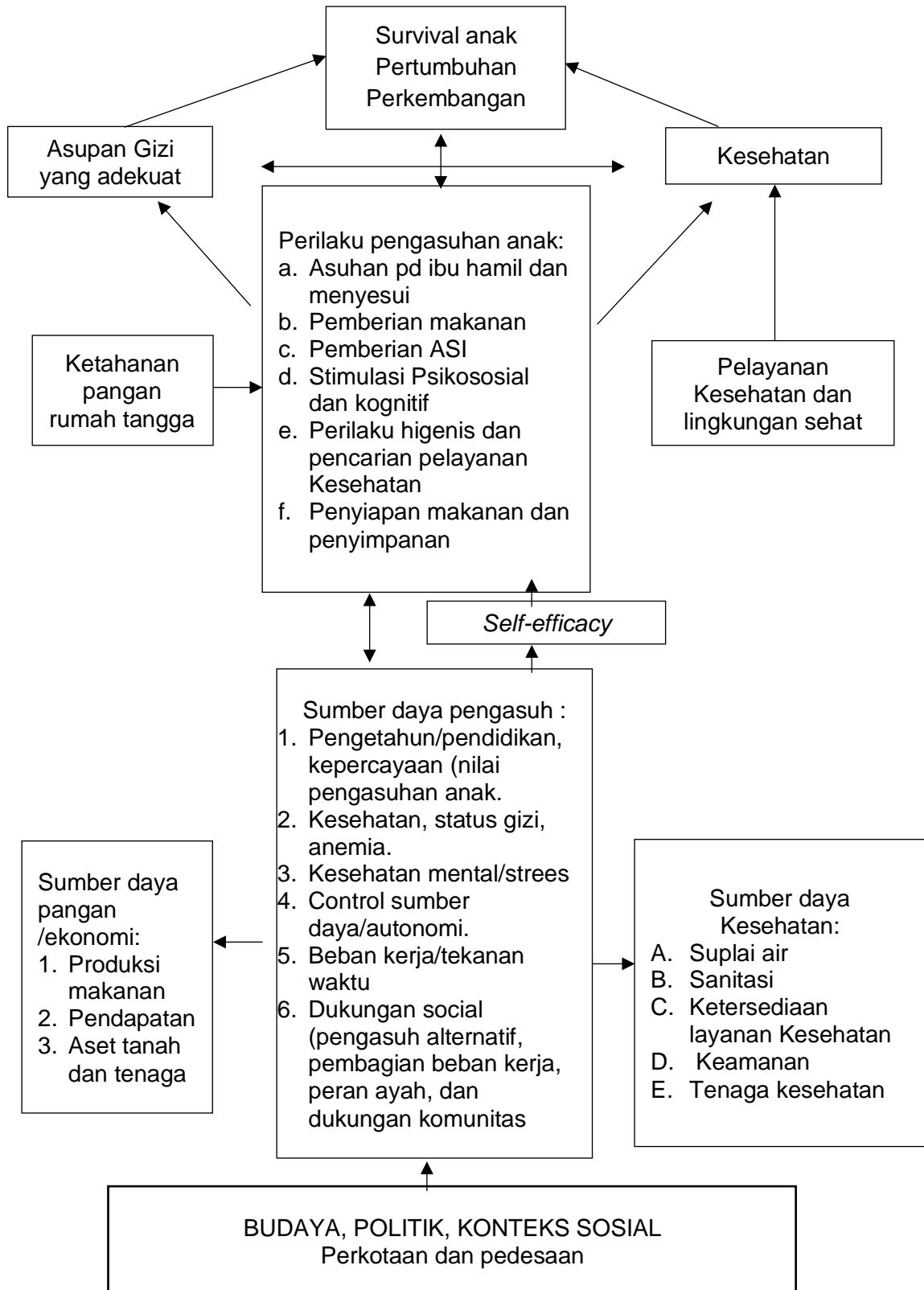
No	Nama Peneliti/Tahun/Judul	Tujuan	Metode dan Desain	Hasil
1.	<p>Umi Fahmida et al., 2014</p> <p><i>“Effectiveness on improving knowledge, practices, and intakes of “key problem nutrients” of a complementary feeding intervention developed by using linear programming: experience in Lombok, Indonesia”</i></p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektivitas MPASI yang dioptimalkan untuk meningkatkan pengetahuan ibu, praktik pemberian makan, dan asupan nutrisi masalah utama anak (kalsium, zat besi, niasin, dan seng).</p>	<p><b>Desain</b> Uji coba intervensi komunitas dengan desain eksperimen semu. Sampel anak usia 9–16 bulan. kelompok CFR (n = 240) dibandingkan dengan kelompok non-CFR (n = 215). CFR, yang dikembangkan menggunakan LP, dipromosikan dalam intervensi yang mencakup sesi memasak bulanan dan kunjungan rumah setiap Minggu.</p> <p>Pengetahuan gizi ibu dan praktik pemberian makan anaknya dan asupan gizi anak diukur sebelum dan sesudah intervensi 6 bulan dengan menggunakan wawancara terstruktur, Recall 24 jam, dan kuesioner frekuensi makanan 1 minggu.</p>	<p>Intervensi CFR meningkatkan pengetahuan ibu dan praktik pemberian makan anak serta meningkatkan asupan kalsium, zat besi, dan seng anak. Pada akhirnya.</p>
2.	<p>Marie, et al., 2009.</p> <p><i>“Good Care Practices Can Mitigate the Negative Effects of Poverty and Low Maternal Schooling on Children’s Nutritional Status: Evidence from Accra”</i></p> <p>Praktik Pengasuhan yang Baik Dapat Mengurangi Dampak Negatif Kemiskinan dan Rendahnya Pendidikan Ibu pada Anak HAI Status Gizi: Bukti dari Accra</p>	<p>Penelitian ini bertujuan memahami sifat kemiskinan perkotaan dan hubungan antara kemiskinan perkotaan, kerawanan pangan dan kekurangan gizi di pusat kota besar di Afrika.</p>	<p>Penelitian ini menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif. metode pengambilan sampel, sampling dengan rumah tangga yang memiliki anak dibawah tiga tahun. strategi pengambilan dua tahap “enumeration areas” yang dipetakan wilayah ghana. Berdasarkan nilai z score. Besar sampel yang dibutuhkan adalah 36 rumah tangga di 16 wilayah “enumeration areas”</p>	<p>Menunjukkan bahwa praktik pengasuhan merupakan penentu kuat anak-anak HAI status gizi, dan khususnya untuk anak-anak dari masyarakat miskin praktik pengasuhan yang baik dapat mengimbangi efek negatif kemiskinan dan rendahnya pendidikan ibu pada anak-anak HAI HAZ.</p>

3.	<p>Heni Hendriyani. 2020</p> <p>“Pengaruh Intervensi Praktik Pemberian Mp-Asi Komprehensif Terhadap <i>Self-Efficacy</i> Ibu, Praktik Pemberian Mp-Asi, <i>Dietary Diversity</i>, Asupan Makanan Dan Pertumbuhan Balita Usia 6 – 12 Bulan”</p>	<p>Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh intervensi praktik pemberian MP-ASI komprehensif terhadap peningkatan <i>self-efficacy</i> ibu, praktik pemberian MP-ASI, minimum dietary diversity, asupan makanan dan pertumbuhan Balita usia 6 – 12 bulan.</p>	<p>Disain penelitian eksperimen rancangannya quasi eksperimen the equivalent-time samples design.</p> <p>Penelitian dilakukan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dilakukan kunjungan rumah setiap dua minggu selama tiga bulan oleh enumerator. Data dikumpulkan dengan kuesioner, recall 24 jam penimbangan dan pengukuran panjang badan. Analisis data dengan uji Saphiro Wilk, Mann Whitney, Chi Square dan Independent t-test dilakukan pula uji Sequence Equation Model (SEM) dengan SmartPLS.</p>	<p>Terdapat perbedaan bermakna pada kelompok intervensi dan kontrol setelah intervensi pada skor <i>complementary feeding self-efficacy</i> (CFSE), tidak ada perbedaan bermakna pada <i>minimum dietary diversity</i> (MDD), Analisis SEM menunjukkan usia ibu berhubungan dengan praktek MP-ASI CFSE berhubungan dengan praktik MP-ASI praktik MP-ASI berhubungan dengan asupan gizi .dan asupan gizi berhubungan dengan selisih berat badan dan panjang badan</p>
4.	<p>Christina A. Nti. and Anna Lartey, 2007</p> <p>“<i>Effect of caregiver feeding behaviours on child nutritional status in rural Ghana</i>”</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menilai peran perilaku pemberian makan pengasuh pada status gizi anak menggunakan pendekatan penyimpangan positif yang dimodifikasi.</p>	<p>Studi observasional enam bulan yang melibatkan 100 ibu dengan bayi antara usia 6 dan 12 bulan dilakukan di distrik Many Krobo Ghana.</p> <p>Setiap anak berada dalam penelitian selama 6 bulan, di intervensi sebulan sekali dirumah. Pada setiap kunjungan dilakukan pendataan antropometri anak, frekuensi makan anak, keragaman pola makan, ketanggapan pengasuh selama pemberian makan, nafsu makan dan suasana makan anak serta praktik higiene pengasuh terkait pemberian</p>	<p>Hasil Penelitian ini telah menunjukkan efek yang luar biasa dari perilaku pemberian makan pengasuh pada hasil gizi anak dan memberikan dasar ilmiah untuk memperkenalkan perawatan selama makan sebagai komponen intervensi untuk meningkatkan gizi anak. statusnya di Ghana</p>

			makan.	
5.	Shi et al., 2014 <i>"Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomised controlled trial"</i>	Penelitian Ini bertujuan untuk meningkatkan praktik pemberian makanan pendamping ASI dan nutrisi anak.	Disain <i>cluster randomised controlled trial</i> Sampel anak usia 2-4 bulan. Total sampel 599 anak.  Kelompok intervensi menerima pesan-pesan pendidikan dan didorong untuk menyiapkan makanan di rumah lewat training kelompok dan kunjungan rumah Jawaban kuesioner dan hasil pengukuran antropometri diukur pada usia 6, 9 dan 12 bulan	Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi keanekaragaman makanan, frekuensi makan, praktik higiene meningkat. Selain itu pada kelompok intervensi terjadi kenaikan berat badan dan panjang badan yang berarti dibandingkan kelompok kontrol
6.	Inayati et al., 2012. <i>"Combined intensive nutrition education and micronutrient powder supplementation improved nutritional status of mildly wasted children on Nias Island, Indonesia"</i>	Penelitian ini melihat dampak dari pendidikan gizi intensif dengan atau tanpa pemberian suplementasi. Intervensi dilakukan	Quasi experiment Sampel anak usia 6– 59 bulan Kelompok INE n= 64 Kelompok INE + MNP n=51 Kelompok NNE n=50 Kelompok NNE + MNP n=50	Hasil penelitian menunjukkan penambahan berat badan terbesar pada kelompok INE+MNP diikuti kelompok INE. Pada kelompok yang dileakukan MNP terjadi kenaikan hemoglobin yang signifikan. Pendidikan gizi yang dilengkapi dengan suplementasi dapat meningkatkan berat badan dan hemoglobin secara signifikan
7.	Yousafzai et al., 2014 <i>"Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster- randomised factorial effectiveness trial"</i>	Stimulasi dan nutrisi yang diberikan melalui program kesehatan dalam skala besar berpotensi bermanfaat bagi lebih dari 200 juta anak kecil di seluruh dunia yang tidak memenuhi potensi perkembangan mereka. Kami menyelidiki kelayakan dan efektivitas integrasi intervensi untuk meningkatkan hasil perkembangan dan pertumbuhan anak dalam program Lady Health Worker (LHW) di Sindh, Pakistan.	Community-based cluster-randomised effectiveness trial. Ada 4 kelompok responden yaitu Kel. Pendidikan gizi n=364 Kel. kontrol n=368 Kelstimulasi responsif n=383 Kelkombinasi pendidikan gizi dan stimulasi responsif n=374  sampel anak usia kurang dari 2 tahun.  Intervensi dilakukan pada keluarga secara rutin setiap bulan dengan cara petugas wanita datang ke rumah.	Anak yang menerima pendidikan gizi skor perkembangannya lebih tinggi secara signifikan pada aspek kognisi, bahasa, skala emosi sosial pada usia 12 bulan. Pada kelompok kombinasi antara stimulasi responsive dan pendidikan gizi tidak ditemukan hasil yang signifikan  Anak yang terekspos pendidikan gizi memiliki Z score TB/U yang lebih baik dari anak yang tidak mendapat pendidikan gizi.

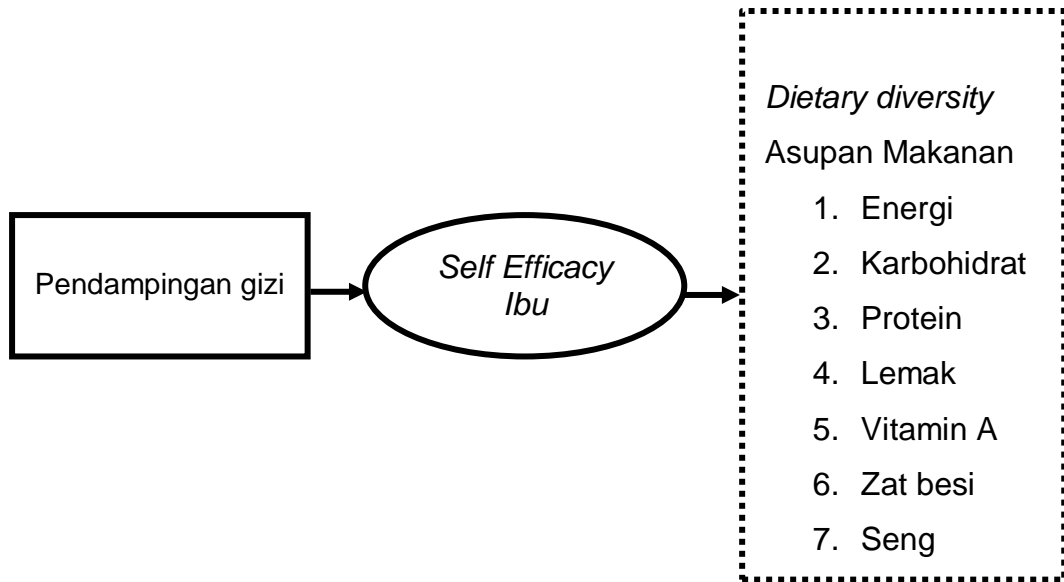
			Hasil akhir yang diukur adalah perkembangan anak saat usia 12 dan 24 bulan yang diukur dengan Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition dan pertumbuhan di usia 24 bulan.	
--	--	--	--	--

## 2.2 Kerangka Teori



Gambar 3: Teori pertumbuhan dan perkembangan anak (engle, 1996)

### 2.3 Kerangka Konsep



Keterangan :



Variabel Independen



Variabel Dependen



Variabel yang tidak diteliti

Gambar 4 : Kerangka Konsep Penelitian

## 2.4 Hipotesis

2.4.1 Ada Perbedaan *self- efficacy* ibu sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi.

2.4.2 Ada Perbedaan *self- efficacy* ibu sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok kontrol.

2.4.3 Ada Perbedaan *self-efficacy* ibu sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi pada kelompok intervensi antara kelompok kontrol.

## 2.5 Definisi Operasional

Tabel 2.3 Definisi Operasional Penelitian

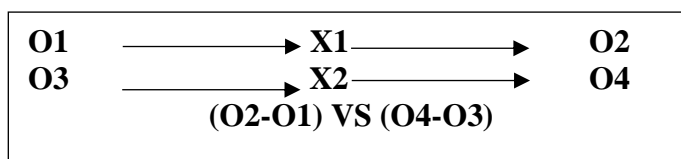
Variabel	Definisi				
<b>Pendampingan Gizi (Independen)</b>	Pendampingan Gizi Meliputi penyuluhan, konseling, Praktik Pemberian MP-ASI dan <i>Responsive feeding</i>				
Variable	Definisi	Instrument	Parameter	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Self-efficacy (Dependen)</b>	Kepercayaan ibu untuk melakukan kegiatan pemberian MP- ASI dengan cara memberikan makanan pada waktu yang tepat dan adekuat dalam aspek jumlah, frekuensi, konsistensi dan variasi; memberikan makanan yang aman; memberikan lingkungan yang nyaman saat makan dan memberikan respon yang tepat terhadap perilaku yang ditunjukkan bayi saat makan	Kuesioner <i>CMF-SE</i>	Berisi 26 Pertanyaan, skor menggunakan skala likert dengan nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 104.	Nilai Skor	Rasio



## BAB III METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah Quasi Eksperimen dengan Rancangan *The Nonrandomized prepost-test control group design*.



**Gambar 5:** Skema Rancangan Penelitian

Keterangan Gambar :

- O1 adalah Pretest kuesioner *complementary self-efficacy* kelompok Intervensi
- X1 adalah Pendampingan Gizi
- O2 adalah Posttest kuesioner *complementary self-efficacy* kelompok Intervensi
- O3 adalah Pretest kuesioner *complementary self-efficacy* kelompok kontrol
- X2 adalah Penyuluhan
- O4 adalah Posttest kuesioner *complementary self-efficacy* kelompok kontrol.

### 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kabupaten Banggai Sulawesi Tengah, Lokasi fokus *stunting*, tepatnya dikecamatan Batui Selatan, Desa : Sinorang, Sukamaju, Maleo jaya, Masungkang, Sukamaju I, Bone belantak, Masing, Gori- gori, Paisubuloli, Ombolu. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini akan difokuskan pada 3 desa lokus yaitu Desa Sinorang, Masing, dan Sukamaju 1 dan 3 desa kontrol Desa Gori – gori, Bone balantak,

Sukamaju. Intervensi dilakukan selama 2 bulan (November - Desember 2021).

### **3.3 Sampel**

#### **3.3.1 Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah anak Balita yang berada di kecamatan Batui Selatan. Teknik pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* dengan menetapkan kriteria inklusi dan eksklusif.

#### **3.3.2 Kriteria Pengambilan Sampel**

Responden penelitian adalah ibu Baduta

##### **Kriteria Inklusi Ibu Baduta:**

1. Bersedia menjadi sampel penelitian
2. Dapat Membaca dan menulis
3. Bisa diajak berkomunikasi
4. Telah tinggal diwilayah penelitian selama 6 bulan

##### **Kriteri Inklusi Baduta :**

1. Bayi tidak menderita penyakit kronis

##### **Kriteria eksklusi Ibu Baduta:**

1. Ibu tidak tinggal di keluarga inti
2. Ibu pindah tempat tinggal

##### **Kriteria eksklusi Baduta:**

1. Bayi berstatus gizi buruk
2. Bayi mengalami sakit berat/kematian dalam periode intervensi

Pemilihan kelompok penelitian yaitu sebagai kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan random alokasi. Rekrutmen responden dilakukan dengan *self selection* yang dilakukan oleh tim peneliti dan metode *sampling* di dalam kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) yang digunakan adalah *purposive sampling*. Rekrutmen dilakukan

dengan cara data responden diperoleh dari data Balita di puskesmas dan kemudian ditelusur ke data posyandu. Ibu dan Balitanya yang memenuhi kriteria kemudian dimasukkan sebagai sampel penelitian.

Untuk besar sampel penelitian digunakan rumus uji hipotesis beda 2 rerata.

$$n = \left[ \frac{2\sigma^2 (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \right]$$

Hypotesis test for two population means (two – sided test)

$\alpha$  = Level of significance (%) /5%

$1-\beta$  = Power of the test (%) 80.

$\sigma$  = population standard deviation (2.5)

$\sigma^2$  = Population variance (6.25)

$\mu_0$  = Test value of the population mean (12)

$\mu_2$  = anticipated population mean (10)

$n$  = sample size = 25

Hasil perhitungan didapatkan jumlah minimal sampel 25, Pada penelitian ini jumlah sampel yang digunakan untuk pada masing masing kelompok adalah 30 orang kelompok intervensi dan 30 desa Kontrol, total sampel keseluruhan 60.

### 3.4 Instrument Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu:

#### 3.4.1 Kuesioner *complementay Feeding self-efficacy Scale*

Kuesioner CF-SE Adalah Kuesioner untuk mengukur keyakinan ibu dalam pemberian MP-ASI yang telah diuji Reliabilitas yaitu 0,894 (>0,60).

#### **3.4.2 Aplikasi android *Kobo Collect***

*Kobo Collect* Adalah aplikasi yang digunakan untuk mengumpulkan data primer yang terdiri dari karakteristik, umur, Pendidikan Riwayat asi dan Riwayat MP-ASI.

#### **3.4.3 *Informed Consent***

*Informed Consent* adalah Lembar persetujuan bersedia mengikuti penelitian dan pendampingan selama dua bulan

#### **3.4.4 Alat Tulis**

Alat Tulis adalah alat yang terdiri dari buku catatan, pulpen, pensil dan kertas hvs yang digunakan untuk mencatat atau menulis disetiap kegiatan.

#### **3.4.5 Media Intervensi**

Media intervensi dibuat untuk mempermudah penyampaian pesan kepada responden Isi pesan media disusun berdasarkan teori dan konsep MP-ASI berdasarkan pedoman dari WHO, IDAI, UNICEF dan Kementerian Kesehatan. Media yang dibuat terdiri dari *booklet*, *Flayer*, Poster dan Video edukasi.

**a. *Booklet*** : *Booklet* terdiri dari empat jenis yaitu, pemberian MP-ASI, *responsive feeding*, keamanan makanan dan booklet resep-resep MP-ASI. Resep-resep yang dibuat disesuaikan dengan anjuran makanan hasil analisis data dasar dan dibuat sendiri oleh peneliti. *Booklet* ini akan di bagikan pada saat penyuluhan di kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

- b. Flayer :** Terdiri dari lima jenis yaitu *flayer* Stunting, Gizi Seimbang, PHBS, Konsumsi Buah dan Sayur (Kementerian Kesehatan) dan Bagaimana memberikan makanan pada bayi setelah usia 6 bulan (UNICEF). *Flayer* ini akan dibagikan pada saat penyuluhan kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- c. Food Picture:** *Food Picture* atau foto bahan makanan, terdiri dari ukuran rumah tangga dan jenis-jenis alat makan dan sumber bahan makanan yang dimana mudah untuk dibaca dan untuk diingat bagi subjek
- d. Video edukasi:** Video ini terdiri dari 3 jenis yaitu Video Cara Pembuatan MP-ASI dan Cara pemberian MP-ASI, Video edukasi konsumsi buah dan sayur oleh Kemenkes. Video ini akan ditampilkan pada saat penyuluhan kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

### **3.5 Penjaminan Mutu**

#### **3.5.1 Tenaga Pendamping**

Tenaga Pendamping adalah Enumerator yang telah direkrut pada saat pengambilan data dasar yang telah mengikuti Pelatihan sebelum pelaksanaan penelitian. Pelatihan yang dilakukan terdiri dari pelatihan wawancara, dan pelatihan pengukuran antropometri yaitu berat badan dan panjang badan. Tenaga Pendamping khusus Konseling dan Narasumber penyuluhan ialah peneliti sendiri yang merupakan ahli gizi. Saat pelatihan selain disampaikan materi-materi dilakukan juga praktik cara-cara wawancara, cara menyiapkan MP-ASI, konseling MP-ASI serta

pengukuran antropometri (penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan).

### **3.5.2 *Informed consent***

Penjelasan sebelum persetujuan dan informed consent dilakukan saat kunjungan pertama yaitu saat pengambilan data dasar atau saat penyuluhan. Setelah dilakukan penjelasan mengenai penelitian yang akan berlangsung, perlakuan yang akan dilakukan serta hak-hak responden, mereka diminta persetujuannya dengan cara menandatangani *form informed consent*.

## **3.6 Pengumpulan Data**

Persiapan Penelitian, Kegiatan persiapan yang dilakukan adalah pengurusan izin Penelitian pada pemerintah provinsi Sulawesi Tengah, Kabupaten Banggai, izin Penelitian dari komisi etik Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

### **5.1.1 Data Sekunder**

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari Puskesmas yang terdiri dari jumlah bayi yang berusia 6-11 bulan dan Data nama ibu bayi,

### **5.1.1 Data Primer**

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama melalui observasi langsung informan dengan metode wawancara kurang lebih 60 menit menggunakan kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya. Sebelumnya sampel diminta untuk menandatangani *Informan Consent*. Wawancara yang dilakukan tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan pencegahan penyebaran virus corona selama pandemi Covid-19 yang telah ditetapkan

- a. Pengambilan data awal yang dilakukan adalah peneliti melakukan *screening* untuk penetapan sampel sebagai kriteria inklusi.
- b. Data awal dilakukan dengan meminta kesediaan ibu untuk dikunjungi dan dilakukan pendampingan gizi, Setelah itu dilakukan data awal sebelum intervensi untuk mengukur *self-efficacy* dan Praktik Pemberian Makanan Pendamping pada ibu baduta.
- c. Kemudian Pengambilan data akan dilaksanakan setiap bulan, dan pendampingan gizi dilakukan dengan cara *home visit* selama 2 bulan.
- d. Peneliti melakukan pengukuran *self-efficacy* ibu setelah pendampingan.

### **3.7 Pelaksanaan Intervensi**

#### **3.7.1 Penyuluhan**

Dalam melakukan penyuluhan mengenai materi intervensi, penyuluhan dilakukan dengan mengikuti kaidah- kaidah penyuluhan yang baik. Pelaksanaan penyuluhan akan dilakukan selama tiga jam dengan tiga materi utama. Penyuluhan dilakukan dalam satu hari setiap desa. Adapun Susunan materi penyuluhan kelompok intervensi :

Adapun langkah – langkah dalam pelaksanaan penyuluhan mengenai intervensi penelitian dilakukan meliputi:

- a. Mengkaji kebutuhan,
- b. Menetapkan masalah,
- c. Memprioritaskan masalah yang terlebih dahulu ditangani
- d. Menyusun perencanaan penyuluhan yang meliputi:

e. Menetapkan tujuan

1. Penentuan sasaran
2. Menyusun materi / isi penyuluhan
3. Memilih metoda yang tepat
4. Menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan
5. Penentuan kriteria evaluasi.
6. Pelaksanaan penyuluhan
7. Penilaian hasil penyuluhan
8. Tindak lanjut dari penyuluhan.

Penyuluhan dalam kelompok besar dilakukan di awal penelitian oleh tim peneliti. Penyuluhan dilakukan di balai desa dengan pertimbangan mudah dijangkau dan diketahui oleh semua responden. Responden diundang ke balai desa dengan terlebih dahulu diberikan undangan lewat ibu kader dimana responden tinggal setelah sebelumnya meminta ijin dari kepala desa setempat. Saat penyuluhan ibu-ibu responden mengikuti dengan baik materi yang disampaikan. Adapun isi materi terdiri dari:

- a. Pengetahuan Gizi seimbang dan keragaman makanan, pengertian MP-ASI, waktu pemberian MP-ASI, manfaat MP-ASI, besar porsi MP-ASI, frekuensi MP-ASI, densitas MP-ASI, jenis makanan MP-ASI, susunan menu local.
- b. Persiapan pembuatan MP-ASI: kemampuan dasar yang dimiliki ibu dalam menyusun menu, kemampuan dasar ibu dalam memilih bahan makanan, kemampuan dasar ibu dalam persiapan dan pengolahan makanan, kemampuan dasar ibu dalam menyimpan bahan



makanan, kemampuan dasar ibu dalam praktik higiene dan sanitasi makanan.

- c. Responsive feeding: pengetahuan mengenai pengasuhan gizi dan cara pemberian makanan, pengetahuan ibu mengenai responsive feeding, keterampilan ibu dalam memberi makan secara responsif sesuai umur Balita.

**Tabel 3.4 Susunan Materi Penyuluhan**

No	Materi	Waktu	Metode	Media	Evaluasi
1.	Pengetahuan Gizi seimbang dan keragaman makanan Pengertian MP-ASI Waktu pemberian MP-ASI Manfaat MP-ASI Besarnya porsi MP-ASI Frekuensi MP-ASI Densitas MP-ASI Jenis makanan MP-ASI	10 menit 5 menit 5 menit 5 menit 5 menit 5 menit 5 menit 5 menit	Ceramah, diskusi, demonstrasi	<i>Booklet</i> , PPT, dan food model	<i>Pre-test</i>
2.	Food preparation skills Kemampuan dasar yang dimiliki ibu dalam menyusun menu  Kemampuan dasar ibu dalam memilih bahan makanan  Kemampuan dasar ibu dalam persiapan dan pengolahan makanan  Kemampuan dasar ibu dalam menyimpan bahan makanan  Kemampuan dasar ibu dalam praktik higiene dan sanitasi makanan	10 menit  10 menit  10 menit  10 menit  10 menit	Ceramah, diskusi, demonstrasi	<i>Booklet</i> , PPT, buku resep	<i>Pre-test</i>
3.	Pengetahuan mengenai pengasuhan gizi dan cara pemberian makanan  Pengetahuan ibu mengenai responsive feeding  Keterampilan ibu dalam memberi makan secara responsif sesuai umur Balita	15 menit  15 menit  20 menit	Ceramah, diskusi, demonstrasi	<i>Booklet</i> , PPT, video	<i>Pre-test</i>

### **3.7.3 Home Visit**

Pada minggu pertama, peneliti *mengunjungi* seluruh ibu yang ada di desa intervensi, kunjungan pertama yaitu observasi dan konseling. *Home visit* dilakukan kepada kelompok intervensi dan intervensi dilakukan kepada ibu yang memiliki masalah atau kendala dalam pemberian MP-ASI.

#### **A. Konseling**

Pada saat *Home visit* dilakukan konseling. Saat konseling tersebut ibu bisa berdiskusi jika ada hal-hal yang ingin ditanyakan dalam hal pemberian MP-ASI sehari-hari dan diberikan solusi jika terjadi masalah atau hambatan.

#### **B. Praktik MP-ASI**

*Home visit* dilakukan pada ibu baduta yang memiliki masalah dalam praktik pemberian MP-ASI, pendampingan akan berhenti dilakukan jika ibu sudah cukup baik dalam pemberian MP-ASI.

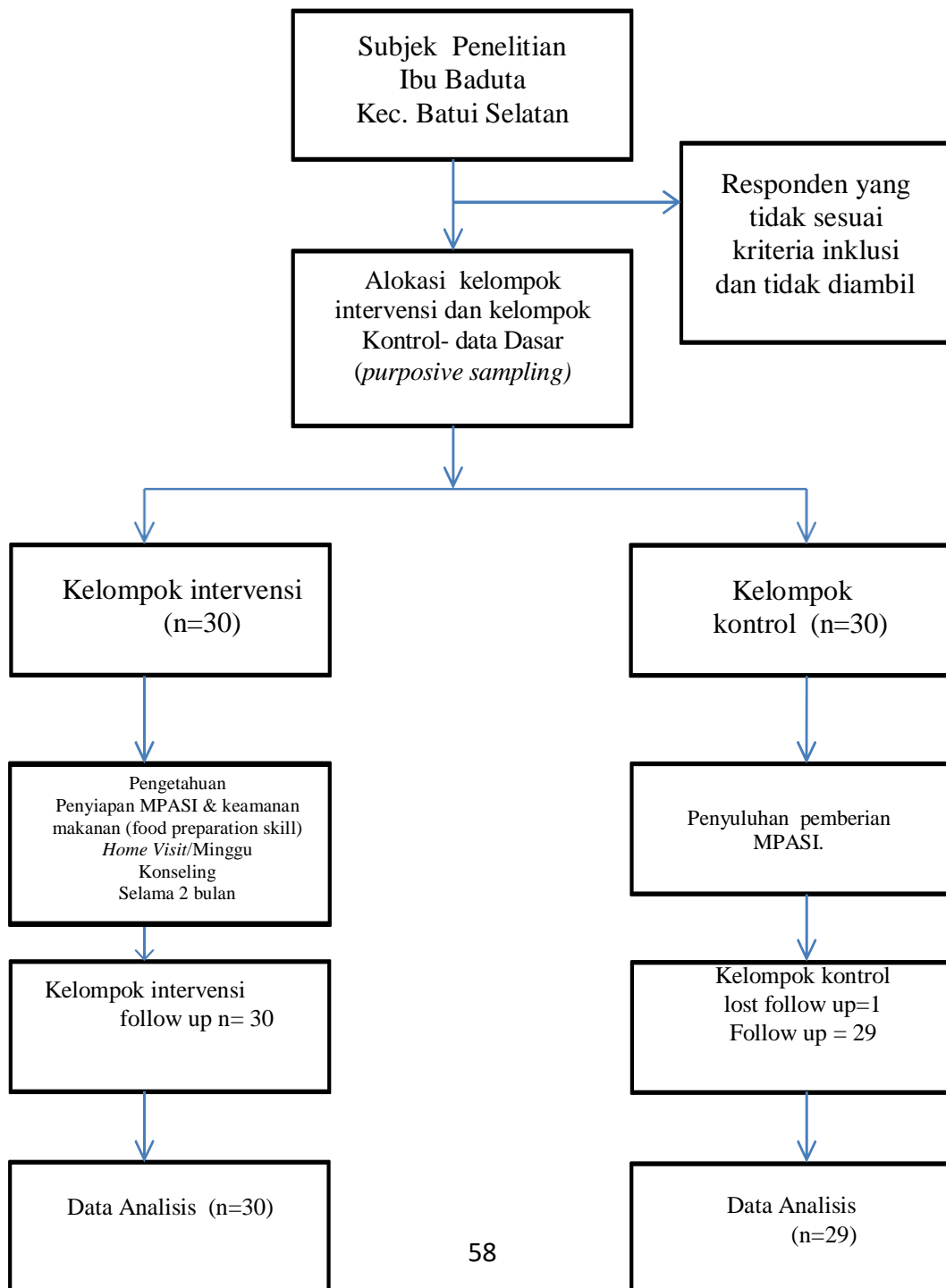
Selama Intervensi pada saat Kunjungan kelima *Home Visit*, ibu-ibu pada kelompok intervensi dikumpulkan oleh kader dan Ibu-ibu dipersilahkan untuk mendiskusikan hambatan yang ditemui dalam praktik pemberian MP-ASI sehari-hari dengan berdiskusi ibu bisa memberi masukan bagi ibu yang lain mengenai cara mengatasi hambatan. Demikian pula kader dapat lebih aktif berpartisipasi dalam pemecahan masalah jika ada anggotanya yang mengalami kesulitan dalam praktik pemberian MP-ASI.

Kunjungan	Kegiatan	Pokok Perencanaan Pendampingan (Intervensi)	Tahapan Pelaksanaan		Media	Referensi
			Aksi	Waktu		
Pertama	Home Visit Assesment (Identifikasi Masalah) Berdasarkan pengamatan pendamping : Lingkungan tempat tinggal, proses dan keterampilan Ibu dalam membuat dan memberikan MP-ASI	Pendampingan	Konseling Praktik Pembuatan MP-ASI	± 60 menit	Buku Pulpen HP (pengambilan foto & video)	
Kedua	Home Visit	Pendampingan	Konseling Diskusi Praktik Pembuatan MP-ASI Persiapan Pengolahan Pemasakan Penyimpanan dan pemanasan kembali makanan	± 60 menit ± 60 menit ± 60 menit	Buku Pulpen Leaflet MP-ASI Food Picture HP (pengambilan foto & video)	Pedoman PMBA, Kemenkes Ri 2020 Leaflet UNICEF
Ketiga	Home Visit	Pendampingan	Konseling PMBA Diskusi Hambatan-hambatan Keterampilan Ibu dalam mengolah bahan pangan local	± 60 menit ± 60 menit ± 60 menit	Buku Pulpen Leaflet MP-ASI Food Picture HP (pengambilan foto & video)	Pedoman PMBA, Kemenkes Ri 2020 Leaflet UNICEF
Keempat	Home Visit	Pendampingan	Konseling PMBA Diskusi Hambatan-hambatan Pengetahuan Ibu mengenai responsive feeding	± 60 menit	Buku	Pedoman PMBA, Kemenkes Ri 2020 Leaflet Unicef Who 2016
Kelima	Home Visit	Pendampingan	Konseling PMBA Diskusi Hambatan-hambatan Keterampilan Ibu dalam memberi makan secara responsive	± 60 menit ± 60 menit ± 60 menit	Buku Pulpen Leaflet MP-ASI Food Picture HP (pengambilan foto & video)	Pedoman PMBA, Kemenkes Ri 2020 Leaflet Unicef Who 2016
Keenam	Home Visit	Pendampingan	Diskusi Hambatan-hambatan	± 60 menit	Buku Pulpen HP (pengambilan foto & video)	
Ketujuh	Home Visit	Pendampingan		± 60 menit	Post Kuesioner Self-Efficacy dan Recall 24 jam	

### 3.8 Alur Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kabupaten Banggai Sulawesi Tengah, Kecamatan Batui Selatan dengan alur Penelitian sebagai berikut.

**Gambar 6. Alur Penelitian**



### **3.9 Analisis Data**

Analisis data adalah kegiatan mengubah data hasil Penelitian menjadi informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan Penelitian. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Hasil analisis akan dinarasikan dan ditabelkan. Untuk uji statistik, tingkat kemaknaan yang digunakan  $P \leq 0.05$ .

#### **3.9.1 Univariabel**

Analisis univariabel digunakan untuk mengetahui karakteristik subjek.

#### **3.9.2 Bivariabel**

Uji statistik untuk analisis bivariabel, Data pada penelitian ini tidak terdistribusi normal (nonparametris), uji analisis yang digunakan adalah Chi square untuk mengetahui *homogenitas* antar kedua kelompok dalam bentuk distribusi. Uji *Mann Whitney* untuk mengetahui perbedaan median antara 2 kelompok, dan Uji *Wilcoxon* untuk mengetahui perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi.