

LAPORAN PENELITIAN



EFEKTIFITAS VIDEO EDUKASI PEMBUATAN MPASI 4 BINTANG TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN ORANG TUA DALAM PENCEGAHAN STUNTING PADA BALITA

Penyusun:

Ressa Andriyani Utami

Ernawati

Dameria Saragih

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA

JAKARTA

2023

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stunting merupakan suatu kondisi tubuh yang sangat pendek (*severe stunting*) dan atau pendek (*stunting*) dengan nilai *defisit* - 2 SD kurang dari median PB (panjang badan)/ TB (tinggi badan). *Stunting* didiagnosis dengan cara perhitungan antropometri yang membagi tinggi/ panjang badan dengan usia (TB/U). *Stunting* dapat dikatakan sebagai kegagalan pertumbuhan linear dalam mencapai potensial genetik dikarenakan asupan nutrisi yang tidak adekuat serta infeksi (Kemenkes, 2018).

WHO (2014) menyatakan bahwa pada tahun 2005-2011 Indonesia menduduki peringkat kelima prevalensi *stunting* tertinggi. UNICEF memperkirakan ada 7,8 juta anak Indonesia yang mengalami *stunting* dan hal ini menempatkan Indonesia berada di posisi 5 besar negara dengan insidensi *stunting* tertinggi (Unicef, 2013). Hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2013 di Indonesia terdapat 37,2% balita dengan tinggi badan di bawah normal yang terdiri dari 18,0% balita sangat pendek dan 19,2% balita pendek. Dibandingkan tahun 2010, terjadi peningkatan persentase balita pendek dan sangat pendek pada tahun 2013 dari 35,6% menjadi 37,2%. Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari 18,8 % tahun 2007 dan 18,5% tahun 2010. Prevalensi pendek meningkat dari 18,0% pada tahun 2007 menjadi 19,2% pada tahun 2013. Rata-rata prevalensi balita *stunting* di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4% (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Tumbuh kembang pada balita perlu menjadi perhatian penting karena pada faktanya masalah *stunting* sebagai dampak kurang gizi bersifat *irreversible* atau tidak dapat pulih kembali, sementara kelompok balita dan anak usia sekolah merupakan generasi penerus suatu bangsa (Utami, 2017). Laporan UNICEF menjelaskan bahwa *stunting* akan berdampak pada tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap penyakit, menurunkan produktivitas dan menghambat pertumbuhan ekonomi dan produktivitas pasar kerja (Unicef,

2013). Hasil pengkajian *Kemenkes RI (2010)* tingkat kecerdasan Anak Indonesia berada di urutan 64 dan mengakibatkan hilangnya GDP sebanyak 11 % dan mengurangi 10% total pendapatan seumur hidup dan menyebabkan kemiskinan antar generasi (Kemenkes, 2018).

Stunting disebabkan oleh multifaktor, diantaranya adalah kekurangan gizi (Esfarjani et al., 2013), kemampuan teknik dan cara memberikan nutrisi pada ibu hamil dan balita (Utami & Juliani, 2020), berat badan lahir rendah (BBLR) (Aryastami et al., 2017), faktor lingkungan-sanitasi air-infeksi (Kinyoki et al., 2016), kesejahteraan keluarga-pendidikan orang tua (Muche et al., 2021), serta faktor ekonomi keluarga (Utami et al., 2019) Keadaan gizi kurang dapat menyebabkan permasalahan *stunting* pada balita. Pada dasarnya kekurangan gizi merupakan kondisi dimana asupan nutrisi pada kebutuhan normal tidak adekuat atau dalam tubuh lebih banyak hilang dibandingkan dengan nutrisi yang masuk (WHO, 2010).

Anak usia balita memerlukan gizi seimbang yang memiliki kandungan nutrisi esensial yang diperlukan oleh tubuh yang sesuai usia untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Nutrisi yang seimbang pada balita harus diberikan untuk menjaga kualitas kesehatan di masa dewasa sampai tua dan membantu balita terhindar dari masalah kesehatan. Depkes (2013) menyebutkan bahwa permasalahan terkait gizi yang sampai saat ini belum tuntas adalah *stunting*. Pembatasan aktivitas bagi masyarakat juga mempengaruhi berkurangnya efektifitas pelayanan gizi dan kesehatan anak. Pada beberapa daerah di Indonesia dengan angka kasus COVID-19 yang tinggi, aktifitas posyandu balita sempat dihentikan sama sekali. Hal ini menyebabkan pemantauan pertumbuhan anak tidak dapat berjalan optimal dalam satu tahun terakhir. Sehingga pertumbuhan dan kondisi kesehatan anak tidak dapat diketahui secara pasti, termasuk risiko stunting pada balita (Azizah, 2021).

Kelompok balita merupakan kelompok usia yang sangat rawan mengalami masalah kekurangan zat gizi. Kelompok ini termasuk populasi berisiko karena kondisi balita yang memiliki risiko kesehatan (keterbatasan dalam sistem

kekebalan) dilihat dari usia dan biologis, risiko lingkungan dan risiko gaya hidup (Stanhope & Lancaster, 2014). Keadaan gizi kurang dapat menyebabkan permasalahan *stunting* pada balita. Pada dasarnya kekurangan gizi merupakan kondisi dimana asupan nutrisi pada kebutuhan normal tidak adekuat atau dalam tubuh lebih banyak hilang dibandingkan dengan nutrisi yang masuk (Manary & Solomons, 2009).

Masalah *stunting* pada populasi balita masih menjadi fokus perhatian masyarakat global. Meskipun berbagai usaha penatalaksanaan sudah dijalankan, namun, angka kejadian gizi kurang dan *stunting* masih mengkhawatirkan. Berdasarkan data WHO (2011), satu diantara tiga anak di dunia meninggal setiap tahunnya akibat kualitas nutrisi yang buruk. WHO memperkirakan sebanyak 54% kematian anak di dunia disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk. Prevalensi *stunting* di Asia sebanyak 36% dan insiden paling banyak terjadi di Asia Selatan dimana insidensi *stunting* pada balita mencapai setengahnya yaitu 61 juta balita (UNICEF, 2010). *Stunting apabila tidak ditangani serius* akan meningkatkan angka kematian dan peningkatan angka kesakitan (Depkes RI, 2007).

Trend kejadian *stunting* di Indonesia dari tahun ke tahun tidak menunjukkan perubahan yang membaik. Kejadian gizi kurang ($BB/U < -2SD$) itu sendiri di Indonesia masih ada pada angka 19,6% (Kemenkes, 2013). Angka prevalensi ini meningkat dari tahun 2007 yaitu 18,4 persen dan tahun 2010 pada angka prevalensi 17,9 persen (2010). Masalah *stunting* pada balita termasuk permasalahan yang berat dan penanganannya dari tahun ke tahun tidak signifikan. WHO (2010) menyatakan bahwa suatu masalah kesehatan masyarakat dianggap berat jika prevalensi *stunting* berkisar di angka 30-39% dan dianggap serius apabila $\geq 40\%$. Target WHO (2005) itu sendiri prevalensi *stunting* di setiap negara adalah 20%, sementara di Indonesia dan di DKI itu sendiri angka prevalensi *stunting* masih jauh dari ekspektasi. Masih tingginya prevalensi *stunting* di Indonesia kemungkinan dikarenakan pemantauan tumbuh kembang yang belum merata, hal ini dibuktikan dari proporsi anak

balita yang tidak melakukan penimbangan ke Posyandu meningkat dari 25% pada 2007 menjadi 34,3% pada 2013 (Depkes, 2013).

UNICEF (1998) mendeskripsikan sejumlah temuan yang ada kaitannya dengan *stunting* berikut dampak yang timbul, dimana anak dengan *stunting* sebelum berusia 6 bulan, menjelang usia 2 tahun akan mengalami *stunting* dengan kondisi lebih buruk. Dampak buruk *stunting* pada balita adalah gangguan fungsi mental dan fisik dan mengakibatkan proses pembelajaran di sekolah tidak maksimal. Anak yang mengalami *stunting* di sekolah lebih tinggi angka ketidakhadirannya dan masa studi yang lama dibandingkan dengan anak yang berstatus gizi baik. Fakta ini menjadi sebuah konsekuensi akan kesuksesan anak di masa depan. Pengaruh kejadian *stunting* sangat berdampak terhadap perkembangan intelektual, mental dan kesehatan. Hal yang menyebabkan *stunting* diantaranya ketidakcukupan ASI, berat lahir bayi rendah, MPASI yang tidak sesuai, infeksi pernapasan, diare yang berulang, dan panjang badan lahir rendah. Pada umumnya, anak yang mengalami *stunting* tidak mencukupi kebutuhan nutrisi sesuai dengan rekomendasi ahli gizi, memiliki tempat tinggal di pinggiran kota atau pedesaan, serta memiliki tingkat perekonomian menengah ke bawah dengan jumlah anggota keluarga banyak.

Anak usia dini dengan *stunting* berisiko mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan pada kognitifnya. Jika permasalahan *stunting* tidak membaik sampai usia 5 tahun maka kegagalan pertumbuhan akan menetap sepanjang kehidupan, kerusakan tumbuh kembang berlanjut sampai usia remaja dan pada remaja wanita berdampak mengalami gangguan kesehatan dan reproduksi. Pada akhirnya terjadi peningkatan peluang melahirkan bayi dengan keadaan BBLR. Perempuan dengan *stunting* lebih membahayakan karena dampak dari gangguan pertumbuhan berimbas pada keturunannya dan risiko meninggal saat proses melahirkan.

Salah satu usaha yang dapat mencegah terjadinya *stunting* adalah melalui makanan pendamping ASI. Setelah bayi berusia 6 bulan, ASI hanya mampu

memenuhi sekitar 60- 70% kebutuhan gizi bayi. Keterampilan makan bayi sudah berkembang. Pertumbuhan bayi justru akan terganggu jika tidak mendapat makanan pendamping setelah berusia 6 bulan karena tidak terpenuhinya gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan.

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi atau anak untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI diberikan bersamaan dengan ASI mulai usia 6-24 bulan (Riksani, 2012). Namun kenyataannya, Makanan pelengkap buatan sendiri sering dilaporkan karena kekurangan nutrisi. Ditinjau dari sudut masalah kesehatan dan gizi bayi termasuk kelompok yang paling mudah menderita kelainan gizi. Salah satu faktor penyebab perilaku penunjang orang tua dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi adalah masih rendahnya pengetahuan ibu tentang makanan bergizi bagi bayinya. Karena kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh ibu, sehingga banyak bayi yang mengalami gizi kurang. (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Banyak ibu yang belum mengetahui Makanan Pendamping ASI rekomendasi WHO yaitu MPASI Menu 4 Bintang, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) harus diberikan berdasarkan menu tunggal selama 14 hari pertama MP-ASInya. Lalu berikutnya, menu MPASI bayi harus mengacu pada menu 4 bintang, yakni satu porsi makanan yang terdiri dari karbohidrat, protein hewani, protein nabati dan sayuran. Pemberian MP-ASI dengan metode ini bertujuan untuk mencukupi kebutuhan gizi bayi, terutama zat besi, agar anak terhindari dari malnutrisi, berat badan rendah atau stunting di kemudian hari. Untuk dapat mengoptimalkan pengetahuan ibu tentang kandungan gizi dalam MP-ASI serta pembuatannya, diperlukan edukasi melalui kegiatan pemberian edukasi atau penyuluhan.

Penyuluhan MP-ASI membutuhkan media agar informasi yang sudah diberikan mudah diterima oleh para ibu. Media dibutuhkan untuk mengembangkan informasi dalam upaya mendukung program penyuluhan,

pelatihan dan penambahan di masyarakat (Notoatmodjo, 2016). Media dalam penyuluhan kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu promosi kesehatan untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran informasi. Media leaflet dipilih sebagai media penyuluhan karena mampu menyebarkan informasi dalam waktu yang relative singkat. Bentuk fisiknya yang berukuran kecil yang dapat dimasukkan ke dalam saku dan mudah dibawa kemana-mana. Leaflet yang diberikan kepada ibu berisikan tentang menu harian yang sesuai dengan menu tunggal dan menu 4 bintang berdasarkan bahan makanan yang bergizi. Sehingga ibu tidak kebingungan untuk menentukan bahan makanan apa yang akan dibubuhkan pada MP-ASI. Media yang dapat digunakan dalam memberikan edukasi kepada orang tua balita diantaranya adalah melalui video penyusunan menu MPASI 4 Bintang WHO.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti bermaksud untuk mengidentifikasi bagaimana Efektifitas Video Edukasi Pembuatan Menu MPASI 4 Bintang terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Efektifitas Video Edukasi Pembuatan Menu Mpasi 4 Bintang terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Efektifitas Video Edukasi Pembuatan Mpasi 4 Bintang terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1) Karakteristik keluarga yang memiliki balita dengan stunting di Kecamatan Sawah Besar, Jakarta Pusat.

- 2) Gambaran Pengetahuan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sebelum dilakukan intervensi
- 3) Gambaran Pengetahuan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sesudah dilakukan intervensi
- 4) Gambaran Sikap Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sebelum dilakukan intervensi
- 5) Gambaran Sikap Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sesudah dilakukan intervensi
- 6) Gambaran Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sebelum dilakukan intervensi
- 7) Gambaran Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita sesudah dilakukan intervensi
- 8) Efektifitas Video Edukasi Pembuatan Mpasi 4 Bintang terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.
- 9) Faktor *confounding* yang paling berpengaruh terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat secara:

1.4.1 Aplikatif

- 1) Mahasiswa STIKes RS Husada

Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan Pembuatan Mpasi 4 Bintang dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.

- 2) Institusi Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi institusi Kesehatan untuk menyusun pedoman Pembuatan Mpasi 4 Bintang dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.

1.4.2 Keilmuan

Penelitian ini menjadi dasar bukti ilmiah dalam pendidikan kesehatan sehingga menjadi salah satu program dalam penyusunan pedoman

Pembuatan Mpasi 4 Bintang dalam Pencegahan Stunting Pada Balita agar mampu menjadi keluarga yang memiliki derajat kesehatan yang optimal.

1.4.3 Metodologi

Penelitian ini dapat dijadikan penelitian dasar untuk mengembangkan bentuk penelitian lainnya mengenai intervensi-intervensi keperawatan yang dapat dilakukan dalam Pencegahan Stunting Pada Balita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan tentang konsep Stunting dan Edukasi melalui Video.

2.1 Deskripsi Teori

2.1.1 Stunting

Stunting (tubuh pendek) merupakan suatu keadaan tubuh yang sangat pendek dengan nilai -2 standar devians di bawah standar tinggi badan rata-rata acuan internasional. *Stunting* adalah keadaan dimana tinggi badan berdasarkan umur rendah atau dibawah normal, atau keadaan dimana tubuh anak lebih pendek dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya (MCN, 2009). *Stunting* adalah tinggi badan yang kurang menurut umur ($<-2SD$), ditandai dengan keterlambatan pertumbuhan anak sehingga mengakibatkan kegagalan dalam mencapai tinggi badan yang normal dan sehat sesuai usia anak. *Stunting* merupakan kekurangan gizi/ nutrisi yang kronis atau kegagalan pertumbuhan dimasa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak.

SCN Task Force (2008) menjelaskan *stunting* dapat menunjukkan penyebab permasalahan terkait kekurangan gizi kronis yang terjadi baik pada masa pra konsepsi, dalam kandungan maupun masa bayi-balita. Pengukuran status antropometri untuk *stunting* adalah dengan mengukur tinggi badan menurut umur (TB/U). Insiden *stunting* terjadi sebagai akibat dari ketidakadekuatan kesediaan pangan dalam waktu yang lama, paparan penyakit infeksius, kemiskinan, kondisi lingkungan yang buruk, dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan balita dan ibu sehingga indikator antropometrik yang tepat menunjukkan determinan kemiskinan adalah *stunting*. Standar WHO-NCHS menetapkan indikator TB/U termasuk kategori normal apabila nilai $Z \text{ score} \geq 2 \text{ SD}$, kategori pendek/*stunting* jika nilai $Z \text{ score} <-2 \text{ SD}$.

Tabel 1
Penilaian Antropometri Status Gizi Berdasarkan Standar WHO-NCHS.

No	Indeks	Batas Pengelompokan	Sebutan Status Gizi
1	BB/U	< -3 SD	Gizi buruk
		- 3 s/d <-2 SD	Gizi kurang
		- 2 s/d +2 SD	Gizi baik
		> +2 SD	Gizi lebih
2	TB/U	< -3 SD	Sangat Pendek
		- 3 s/d <-2 SD	Pendek
		- 2 s/d +2 SD	Normal
		> +2 SD	Tinggi
3	BB/TB	< -3 SD	Sangat Kurus
		- 3 s/d <-2 SD	Kurus
		- 2 s/d +2 SD	Normal
		> +2 SD	Gemuk

Sumber : Depkes RI (2004)

Data baku WHO (NCHS) indikator BB/U, TB/U dan BB/TB ditampilkan dalam dua jenis yaitu *standar deviation score* atau skor simpang baku (*z*) dan *persentile* atau persentil.. Waterlow, et.al (1987) dalam Abunaim (1990) berpendapat bahwa persentil lebih tepat digunakan di negara yang status gizi balitanya cenderung baik (*well-nourished*), tetapi sebaliknya di negara dengan balita gizi kurang lebih baik menerapkan pendekatan skor simpang baku. Pengukuran *z score* didapatkan melalui pengurangan NIS (Nilai Individual Subjek) dengan NMBR(Nilai Median Baku Rujukan) sesuai usia yang diukur, kemudian dibagi terhadap NSBR (Nilai Simpang Baku Rujukan).

2.1.2 Menu MPASI 4 Bintang WHO

Menu MPASI Menu 4 bintang merupakan menu ASI berdasarkan acuan WHO-UNICEF yakni menu keluarga yang sesuai dengan komposisi pedoman gizi seimbang. Prinsipnya adalah makanan yang dimakan bayi-anak adalah menu yang sama dengan keluarga, hanya tekstur yang membedakan sesuai usia. Menu 4 Bintang terdiri dari 4 komponen, yaitu

karbohidrat 35%, protein hewani 30%, protein nabati 10% serta buah dan sayur 25%, disertai komponen lemak, proporsi sayur dan buah terlalu besar. Pemberian MP-ASI bagi bayi sesudah berusia 6 bulan dapat diwali dengan pemberian MP-ASI satu bintang yang bertujuan untuk pengenalan jenis bahan makanan baik dari rasa, aroma, dan tekstur. Selebihnya, jenis bahan makanan yang dianjurkan sesuai dengan tahapan usia bayi. Selain itu, pemberian banyaknya jenis makanan yang diberikan pada bayi juga bertahap hingga memenuhi empat bintang. Hal-hal lain yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI pada bayi yaitu:

- a. MP-ASI pertama yang diberikan sebaiknya adalah makanan bertekstur lumat berbahan dasar makanan pokok. Makanan pokok tersebut dapat diutamakan mulai dari beras/tepung beras. Hal tersebut dikarenakan beras merupakan jenis makanan bebas gluten adapun gluten sendiri dapat memicu terjadinya alergi.
- b. Bayi yang sudah diberikan MP-ASI, memerlukan waktu untuk membiasakan diri pada rasa maupun tekstur makanan baru sehingga sebaiknya dikenalkan bertahap untuk tiap jenis makanan.
- c. Perkenalkan aneka jenis buah, sayur, lauk sumber protein dalam MP-ASI secara bertahap sambil mengamati reaksi bayi terhadap jenis makanan yang diberikan.
- d. Semakin bertambah usia, jumlah yang diberikan juga bertambah. Pada usia 12 bulan, bayi sudah dapat menghabiskan 1 mangkuk kecil penuh makanan yang bervariasi setiap kali makan.
- e. Berikan makanan selingan terjadwal dengan porsi kecil misalnya roti, biskuit dengan oles mentega/selai kacang/meses, kue kering, puding buah, atau buah potong.
- f. Berikan bayi 3x makan utama dan 2x makan selingan (cemilan) diantaranya secara terjadwal.
- g. Makanan selingan yang tidak dianjurkan untuk bayi yaitu yang banyak mengandung gula tetapi kurang zat gizi (protein, vitamin, mineral, dan lainnya). Makanan tersebut dapat ditemui pada minuman bersoda, jus buah yang manis, permen, es lilin, dan kue-kue yang terlalu manis.

- h. Cairan dalam membuat olahan MP-ASI dapat diperoleh dari kuah kaldu (rebusan tulang/daging/ikan/seafood), ASI ataupun susu formula, santan adapun jenis bahan tersebut cenderung tinggi zat gizi seperti protein dan lemak dibanding air biasa (tidak mengandung zat gizi).
- i. Biasakan gunakan bumbu penyedap alami yang dapat diperoleh dari penambahan bawang putih, bawang merah, bawang bombay, daun bawang, seledri, tomat, jamur, atau bahan alami lain yang dapat menguatkan rasa masakan.
- j. Hindari pemberian madu pada bayi dibawah usia 1 tahun (saluran pencernaan belum matang sempurna). Hal tersebut dikarenakan madu berpotensi terkontaminasi bakteri *C. botulinum* yang dapat menyebabkan penyakit saluran pencernaan berupa botulisme pada bayi.

Tabel 2.1 Menu MPASI 4 Bintang

Urutan porsi	Komposisi	Bahan Pangan
satu bintang *	Makanan pokok	nasi, jagung, sorgum, ubi
Dua bintang **	Sumber vitamin A, Buah dan Sayur	mangga, pepaya, markisa, jeruk, sayuran hijau, wortel, labu; buah dan sayuran lainnya seperti pisang, alpukat, nenas, semangka, tomat, terong dan kol
tiga bintang ***	Kacang-kacangan	kacang tanah, biji-bijian, buncis, kacang hijau, kacang polon
empat bintang ****	Sumber hewani	daging sapi, ayam, ikan, hati, telur, susu dan produk sus

2.1.3 Edukasi melalui Video

Edukasi merupakan suatu proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya menambah pengetahuan baru, sikap, serta keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Potter & Perry, 2009). Edukasi kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok, atau masyarakat (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Edukasi yang dilakukan melalui video ini adalah melalui media video. Media berasal dari Bahasa Latin yaitu *Medius* secara harfiah berarti “tengah, perantara atau pengantar”. Arti dalam Bahasa Arab wasail, media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim kepada penerima pesan”. Arti dalam Kamus Bahasa Indonesia mengungkapkan bahwa media adalah alat (sarana) komunikasi seperti koran, majalah, radio, televisi, film, poster dan spanduk. Ryana (2017) media video pembelajaran adalah media yang menyajikan audio dan visual yang berisi pesan-pesan pembelajaran baik yang berisi konsep, prinsip, prosedur, teori aplikasi pengetahuan untuk membantu pemahaman terhadap suatu materi pembelajaran.

Video merupakan bahan pembelajaran tampak dengar (audio visual) yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan/materi pelajaran. Dikatakan tampak dengar karena unsur dengar (audio) dan unsur visual/video (tampak) dapat disajikan serentak. Video yaitu bahan pembelajaran yang dikemas melalui pita video dan dapat dilihat melalui video/VCD player yang dihubungkan ke monitor televisi. Media video pembelajaran dapat digolongkan kedalam jenis media audio visual aids (AVA) atau media yang dapat dilihat dan didengar. Biasanya media ini disimpan dalam bentuk piringan atau pita. Media VCD adalah media dengan sistem penyimpanan dan perekam video dimana signal audio visual direkam pada disk plastic bukan pada pita magnetic.

Edukasi yang dilakukan mengacu pada Teori Health Promotion Model. Health Promotion Model (HPM) adalah teori keperawatan yang menjelaskan interaksi faktor lingkungan dan persepsi individu yang dapat berpengaruh ke perilaku kesehatan. Didalam teori Health Promotion Model dijelaskan mengapa individu melakukan atau tidak terlibat dalam perilaku kesehatan dan bagaimana individu mengubah perilaku negative atau menerapkan perilaku kesehatan baru. Dengan memahami mekanisme perubahan perilaku melalui komponen-komponen yang ada dalam teori ini. Teori Health Promotion Model (HPM) terdiri dari tiga komponen yaitu pengalaman dan karakteristik individu, perilaku yang didasarkan sikap dan kognitif dan perilaku promosi kesehatan. Tiga komponen yang terdapat di dalam teori HPM ini dapat mempengaruhi perilaku kesehatan individu (Pender, 2011).

Komponen kedua dari teori Health Promotion Model (HPM) adalah perilaku yang didasarkan kognitif dan afektif (Pender, 2011). Faktor kognitif yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan individu adalah perilaku kesehatan dibentuk setelah individu merasakan manfaat dari perilaku kesehatan yang dilakukannya, individu mampu mengatasi hambatan untuk melakukan perilaku kesehatan, individu memiliki self efficacy untuk berperilaku sehat, individu merasakan manfaat dari sebelum, saat dan setelah melakukan perilaku kesehatan. Selain itu ada faktor afektif yang dapat berpengaruh ke perilaku kesehatan individu seperti faktor interpersonal dan situasional. Komponen ketiga dari teori Health Promotion Model (HPM) adalah perilaku promosi kesehatan yang merupakan hasil akhir dari proses persiapan dan pengambilan keputusan untuk berperilaku promosi kesehatan (Pender, 2011).

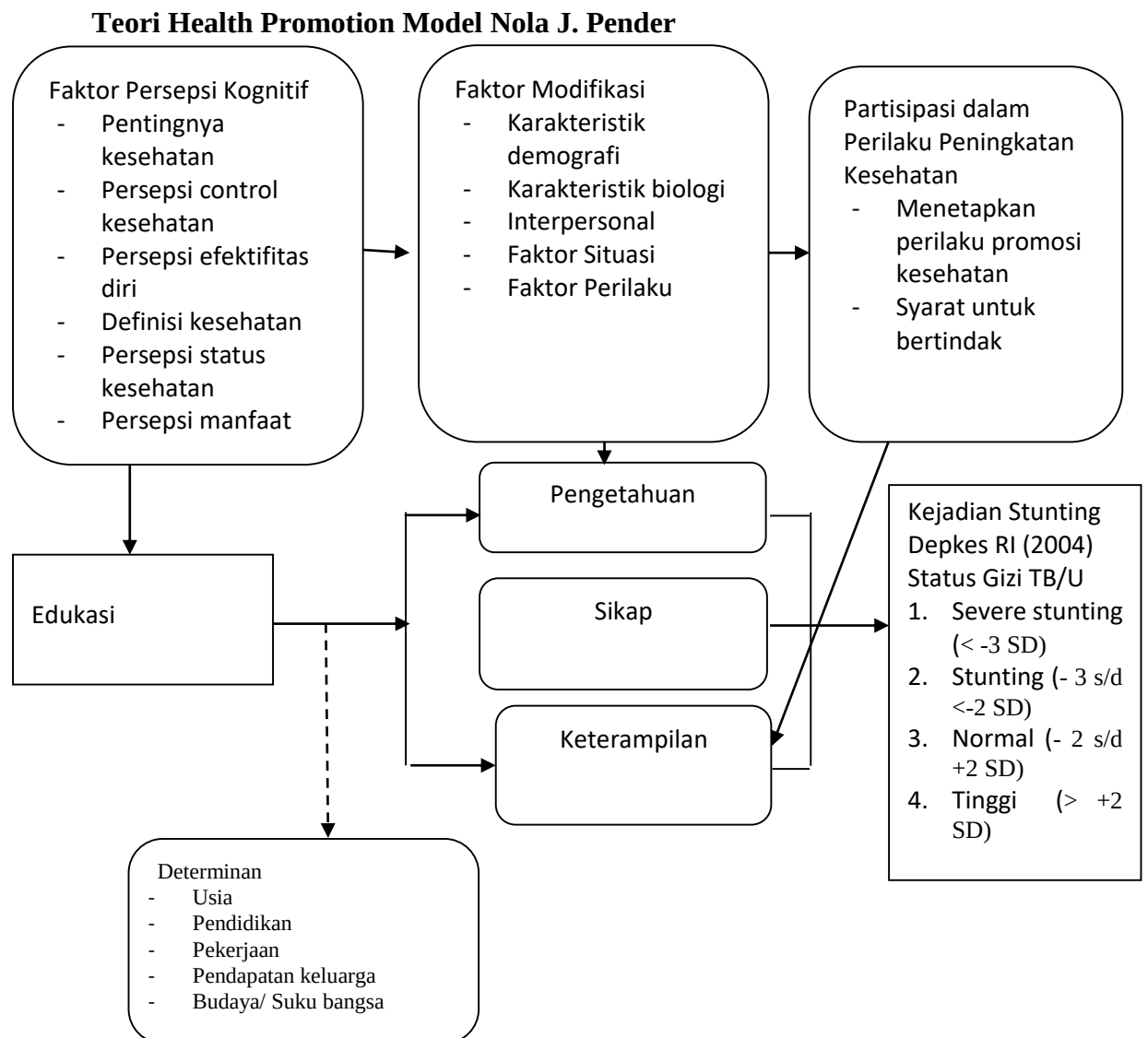
2.2 Penelitian yang Relevan (*State of the Art*)

Judul	Penulis	Metode	Sampel	Hasil
Efektifitas Edukasi Dengan Media	(Mahmud, Mifta Rahayu;	Quasi Experiment with desian	22 orang sampel kelompok perlakuan dan 22	Media audiovisual efektif meningkatkan

Audiovisual Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Tentang Gizi Seimbang	Ambarwati, Ria; Mintarsih, Sri Noor; Prihatin, Setyo; Jaelani, 2016)	pretest-posttest group one	orang sampel kelompok kontrol	pengetahuan tentang gizi seimbang. Media audiovisual tidak efektif dalam merubah sikap tentang gizi seimbang.
Efektivitas Edukasi Melalui Aplikasi Mpasi Terhadap Tinggi Badan Anak	(Andriani, 2022)	Quasi eksperimen dengan jenis pre-post test control group design.	30 kelompok perlakuan dan 30 kelompok kontrol	Penggunaan edukasi melalui aplikasi MPASI lebih efektif 1,4 kali lebih besar dari pada edukasi melalui leaflet dalam meningkatkan Tinggi Badan (TB) Bayi sebesar $\geq 1,9$ cm
Edukasi Pengolahan Makanan Pendamping Asi (Mp-Asi) Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Pada Balita	(Nurdin et al., 2022)	Quasi eksperimen dengan jenis pre-post test without control group design.	27 peserta	Terdapat peningkatan pengetahuan mengenai pencegahan stunting disertai strategi pemberian MP-ASI yang baik yaitu melalui suatu promosi kesehatan pencegahan stunting dan pengolahan menu MP-ASI dengan memanfaatkan bahan lokal
Edukasi Dan Demonstrasi Pembuatan Mp-Asi Menurut Standar Who Sesuai Menu Tunggal Dan Menu 4 Bintang Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Pada Balita	(Rahman & Islami, 2021)	Quasi eksperimen dengan jenis pre-post test without control group design.	40 sampel	Terdapat peningkatan pengetahuan dan keterampilan pembuatan MPASI
Pengaruh Edukasi Gizi Dengan Aplikasi Whatsapp Melalui Media Video Dan Ceramah Terhadap	(Widyavihu sna, 2020)	Quasy experimental dengan rancangan Two group pre-test post Test.	40 orang	Ada pengaruh edukasi gizi dengan metode video dan metode ceramah terhadap pengetahuan ibu tentang pola pemberian mp-asi pada balita usia 6-12 bulan di

Pengetahuan Ibu Tentang Pola Pemberian Mp-Asi Pada Balita Usia 6-12 Bulan Di Puskesmas Gunung Alam Bengkulu Utara				puskesmas Gunung Alam Bengkulu Utara
---	--	--	--	--------------------------------------

2.3 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori
Sumber: Alligood, M. R (2017)

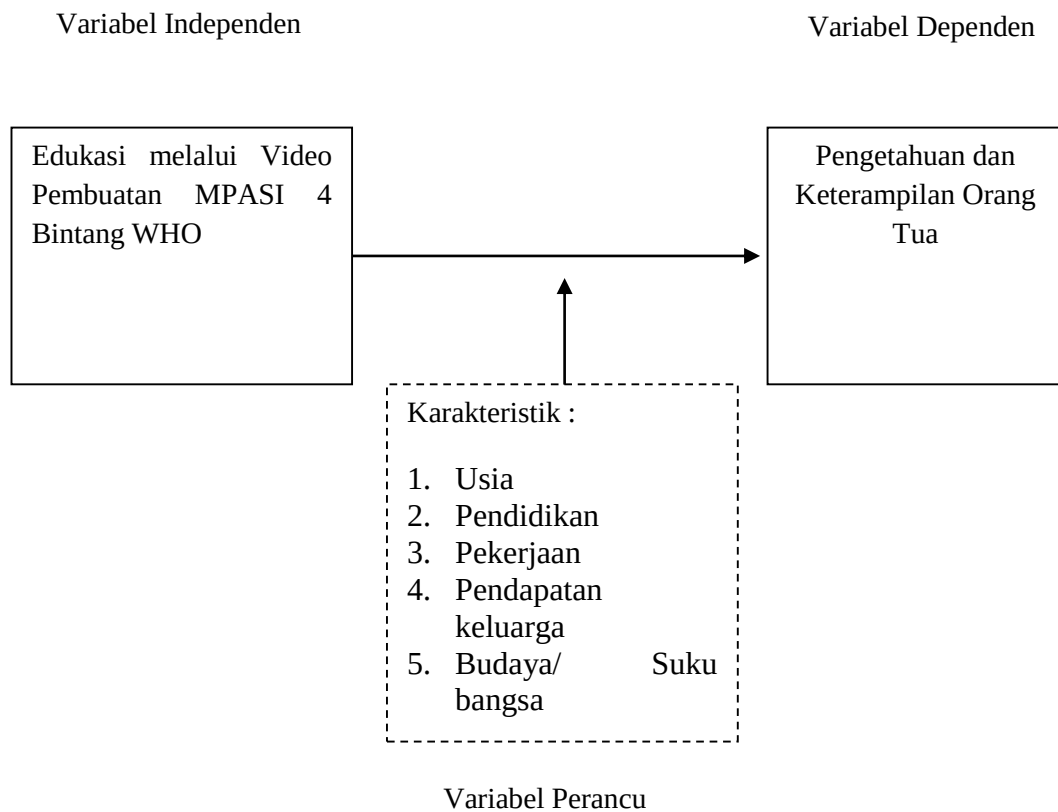
2.9 Kerangka Berpikir

Kerangka konsep merupakan gambaran penelitian terkait fenomena yang dirumuskan berdasarkan generalisasi dari sejumlah karakteristik kejadian, situasi, keadaan, kelompok atau individu yang menghubungkan antara teori dan observasi, abstraksi dan realitas (Sumantri, 2011). Kerangka konsep merupakan istilah yang menggambarkan abstrak dan merupakan sebuah objek penelitian, sebuah fenomena atau ide yang dikembangkan dengan identitas atau makna yang terpisah (Burns & Grove, 2009). Kerangka konsep adalah dasar dari masalah penelitian yang merupakan inti dari kerangka teori dan berfokus pada objek penelitian (Kumar, 2014).

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep yang akan menggambarkan hubungan antar variabel penelitian. Creswell (2009) menerangkan variabel memiliki karakteristik atau atribut pada individu atau suatu organisasi yang dapat diukur atau diobservasi. Kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari tiga komponen variabel yaitu variabel independen (variabel bebas), variabel dependen (variabel terikat dan variabel *confounding* (variabel perancu).

Variabel dependen merupakan variabel akibat yaitu variabel yang bergantung pada variabel bebas dan merupakan hasil dari pengaruh variabel independen (Creswell, 2009). Variabel dependen pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan keterampilan orang tua balita. Variabel independen adalah Edukasi Pembuatan MPASI 4 Bintang WHO melalui video.

Variabel *confounding* atau perancu adalah variabel yang berhubungan dengan variabel independen dan dependen (Dharma, 2011). Variabel perancu akan mempengaruhi hubungan antara variabel independen dan dependen. Variabel perancu dalam penelitian ini terdiri dari usia suami dan istri, Pendidikan suami dan istri, pekerjaan suami dan istri, pendapatan keluarga, dan tipe keluarga. Ketiga variabel tersebut merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Hubungan antar variabel dapat digambarkan melalui kerangka konsep berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

2.10 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sementara hasil penelitian yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2014). Hipotesis terdiri dari dua jenis yaitu hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_a). Hipotesis nol (H_0) adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok atau tidak ada hubungan antar variabel. Hipotesis alternatif (H_a) adalah hipotesis yang menyatakan ada perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok atau adanya hubungan antar variabel. Hipotesis alternatif (H_a) pada penelitian ini adalah:

1. H_a : Edukasi Pembuatan MPASI 4 Bintang WHO melalui Video berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan orang tua.
2. H_0 : Edukasi Pembuatan MPASI 4 Bintang WHO melalui Video tidak berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan orang tua.

BAB III

PROSEDUR PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Desain penelitian ini adalah studi korelasi dengan jenis penelitian *quasi eksperimen* melalui pendekatan *one group pretest posttest design*. Dalam desain ini memiliki makna bahwa peneliti melakukan intervensi edukasi melalui video, sebelum dan sesudah intervensi dilakukan test melalui pengisian kuesioner.

3.2 Variabel Penelitian

Definisi operasional adalah sebuah definisi dari variabel yang dijabarkan dalam bentuk operasional yang spesifik yang digunakan peneliti untuk mengukur variabel (Jackson, 2012). Definisi operasional disesuaikan dengan definisi konsep. Definisi operasional pada penelitian ini secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Variabel
Variabel Independen					
1.	Edukasi melalui Video Pembuatan MPASI 4 Bintang WHO	Penyampaian informasi kesehatan dengan media video yang didalamnya terdapat rangkaian edukasi	Kuesioner	1 = Sebelum diberi penyuluhan 2 = Sesudah diberi penyuluhan	Nominal
Variabel Dependen					
1.	Pengetahuan	Informasi yang diinternalisasi seseorang	Kuesioner 2 tentang pengetahuan terdiri 15 pernyataan yang akan dihitung melalui: 0 = Ya	Nilai <i>Cut Off Point</i> (COP) ditentukan berdasarkan <i>mean, median, CI</i> 95% 0 = Kurang baik (jika hasil	Ordinal

			0 = Tidak Dan sebaliknya untuk pernyataan negative	ukur < nilai <i>mean/</i> <0,59) 1 = Baik (jika hasil ukur $\geq$ nilai <i>mean/</i> $\geq$ 0,59)			
2	Sikap	Kecenderungan seseorang bertindak dalam	Kuesioner 2 tentang sikap terdiri 15 item pertanyaan, dengan penilaian: 4= sangat setuju 3= setuju 2= kadang-kadang 1= tidak pernah Dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Nilai <i>Cut Off Point</i> (COP) ditentukan berdasarkan <i>mean, median, CI</i> 95% 0 = Kurang baik (jika hasil ukur < nilai <i>mean/</i> <0,57) 1 = Baik (jika hasil ukur $\geq$ nilai <i>mean/</i> $\geq$ 0,57)			Ordinal
3	Keterampilan	Tindakan atau aktivitas seseorang	Kuesioner 2 tentang keterampilan terdiri 29 item pertanyaan dengan penilaian: 4= selalu 3= sering 2=kadang-kadang 1= tidak pernah Dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Nilai <i>Cut Off Point</i> (COP) ditentukan berdasarkan <i>mean, median, CI</i> 95% 0 = Kurang baik (jika hasil ukur < nilai <i>mean/</i> <0,51) 1 = Baik (jika hasil ukur $\geq$ nilai <i>mean/</i> $\geq$ 0,51)			Ordinal

<i>Variabel Confounding</i>					
1. Usia	Umur orang tua balita yang memiliki stunting	1 item pertanyaan terkait umur			Interval
2. Pendidikan	Sekolah formal terakhir yang telah ditempuh oleh responden (suami) berdasarkan ijazah yang dimiliki	1 item pertanyaan dalam kuesioner karakteristik tentang pendidikan	0 = SMA ke atas 1 = Kurang dari SMA		Ordinal
3. Pekerjaan	Kegiatan aktifitas yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan suami	1 item pertanyaan dalam kuesioner karakteristik tentang pekerjaan suami	1=PNS(sipil,polis,TNI) 2=Pegawai swasta 3=Wiraswasta 4=Buruh 5=Pensiun 6=Tidak bekerja 7=lainnya,sebutkan		Nominal
4. Pendapatan keluarga	Kondisi pemasukan/keuangan yang diterima oleh keluarga	1 item pertanyaan dalam kuesioner karakteristik tentang pendapatan keluarga	0 = di bawah UMR (Rp. 4.416.186,-) 1 = di atas UMR (Rp. 4.416.186,-)		Ordinal
5. Budaya/Suku bangsa	Suku bangsa	1 item pertanyaan dalam kuesioner karakteristik tentang suku bangsa	1=Jawa 2=Sunda 3=Batak 4=Betawi 5=Dayak 6=Manado 7=Padang 8=Tionghoa 9=Nias 10=Lainnya, sebutkan		Nominal

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah generalisasi dari obyek atau subyek penelitian yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan selanjutnya ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2012). Keseluruhan objek penelitian merupakan populasi penelitian (Notoadmojo, 2010). Dalam penelitian ini populasinya adalah jumlah balita yang ada di DKI Jakarta sebanyak 800.178 (balita laki-laki 410.191, balita perempuan 398.987).

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang merupakan unit paling dasar dan akan diambil sebagai data penelitian (Polit & Beck, 2012). Sampel adalah sebagian populasi yang ciri-cirinya diukur atau diteliti (Sumantri, 2011). Besar sampel yang digunakan ditentukan dengan rumus Lameshow sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2014):

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta \times Sd)}{d} \right]^2$$

Keterangan:

n = besar sampel yang diinginkan

Sd = simpangan baku dari selisih rerata (dari pustaka) atau *judgement* peneliti

Z α = kesalahan tipe I, α (ditetapkan)

Z β = kesalahan tipe II, β (ditetapkan)

d = selisih rerata kedua kelompok yang dianggap bermakna (*clinical judgement*)

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya (Widyavihusna, 2020) yang bertujuan mengetahui terapi didapatkan selisih simpangan baku adalah 3,5 dan selisih rerata $X_1 - X_2 = 10,76 - 8,50 = 2,26$.

Berdasarkan penelitian tersebut, maka jumlah sampel minimal yang dapat diperoleh melalui perhitungan sebagai berikut:

Sd = 3,5

$$Z\alpha = 5\% = 1,64$$

$$Z\beta = 10\% = 1,28$$

$$d = 2,26$$

$$n = \left[\frac{(1,64 + 1,28 \times 3,5)}{2,26} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{10,22}{2,26} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{104,4484}{5,1076} \right]$$

$n = 20,45$ dibulatkan menjadi 20

Sampel yang *drop out* atau *loss to follow-up* akan diantisipasi dan perlu dikoreksi dengan menambahkan sejumlah subyek agar besar sampel terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Jumlah responden ditambah 10% dari jumlah sampel. Berdasarkan perhitungan jumlah sampel, dapat ditentukan besar sampel yang akan digunakan minimal sebanyak 22 responden.

Peneliti menetapkan kriteria inklusi untuk pemilihan responden yaitu:

1. Keluarga bersedia dilakukan penelitian
2. Berdomisili di Kecamatan Sawah Besar
3. Keluarga mampu membaca dan menulis
4. Keluarga merupakan penyedia nutrisi bagi balitanya

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Keluarga menolak dilakukan penelitian
2. Balita dengan obesitas
3. Balita dengan kelainan kongenital
4. Balita dengan penyakit kronis

3.3.3 Teknik *Sampling*

Sampling adalah proses penyeleksian unit representatif dari populasi dalam investigasi penelitian (Wood & Haber, 2010). *Sampling* adalah proses pemilihan sampel untuk mewakili seluruh populasi. Desain *sampling* pada penelitian kuantitatif mengarah pada bagaimana sampel dipilih dan berapa banyak elemen yang dilibatkan. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yakni metode pemilihan sampel dengan memilih sampel sesuai dengan kriteria peneliti (Dharma, 2011; Sastroasmoro & Ismail, 2014).

3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sawah Besar, Kota Jakarta Pusat. Penelitian dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2023 yang diawali dengan penyusunan proposal.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengobservasi, mengukur, menilai dan mengumpulkan data penelitian (Kumar, 2014). Instrumen penelitian harus meliputi penjelasan tentang identitas instrumen, kegunaan instrumen, serta tingkat reliabilitas dan validitas (Polit & Beck, 2012).

Reliabilitas adalah konsistensi atau stabilitas dari instrumen pengukuran. Pengukuran yang sama dilakukan pada subyek yang berbeda, namun hasilnya tetap sama dan variasi hasil pengukuran semakin sedikit, maka semakin baik reliabilitas instrumen tersebut (Jackson, 2012). Instrumen mampu mengukur subyek secara konsisten (Wood & Haber, 2010). Reliabilitas merupakan indikator suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Komponen lain yang diperlukan dalam instrumen adalah keakuratan. Validitas adalah tingkat kejujuran dan keaslian yang menunjukkan bahwa alat ukur benar-benar sesuai atau mengukur apa yang diukur (Jackson, 2012). Validitas merupakan indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur

(Sumantri, 2011). Validitas merupakan komponen instrumen yang digunakan dalam penelitian kuantitatif.

Instrumen yang digunakan adalah:

a. Karakteristik keluarga

Kuisisioner pertama diisi oleh responden, untuk mengetahui karakteristik keluarga yang terdiri dari Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan keluarga, Budaya/ Suku bangsa. Untuk pertanyaan karakteristik keluarga, responden diminta mencentang salah satu jawaban sesuai kondisi responden (√).

b. Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan

Kuisisioner kedua mengenai pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam pemberian MPASI 4 Bintang WHO. Kuisisioner ini diisi oleh keluarga yang memberikan pola asuh kepada balita sehari-hari. Instrumen pola asuh nutrisi diadopsi dan dimodifikasi dari Mirayanti (2012). Isi kuisisioner meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku mengenai pemberian MPASI 4 Bintang WHO. Masing-masing sub variabel terdiri dari beberapa pertanyaan negatif dan positif yang dijawab responden dengan memilih salah satu jawaban dengan memberi tanda centang (√). Kuisisioner pengetahuan diukur menggunakan skala Guttman, yaitu “benar” dan “salah”. Pernyataan “benar” memiliki skor 1 dan “salah” memiliki skor 0. Sikap diukur dengan likert, yaitu “sangat setuju”, “setuju”, “kurang setuju”, atau “tidak setuju”. Pada domain sikap, pernyataan positif untuk skala likert memiliki skor 4 untuk “sangat setuju”, skor 3 untuk “setuju”, skor 2 untuk “kurang setuju”, dan skor 1 untuk “tidak setuju”. Sedangkan untuk jawaban negatif skor 1 untuk “sangat setuju”, skor 2 untuk “setuju”, skor 3 untuk “kurang setuju”, dan skor 4 untuk “tidak setuju”. Perilaku atau tindakan juga menggunakan skala likert yaitu “selalu”, “sering”, “kadang-kadang”, atau “tidak pernah”. Pernyataan positif skala likert untuk domain perilaku memiliki skor 4 untuk jawaban “selalu”, skor 3 untuk “sering”, skor 2 untuk “kadang-kadang”, dan skor 1 untuk “tidak pernah”. Sebaliknya untuk pernyataan negatif skor 1 untuk jawaban “selalu”, skor 2 untuk “sering”, skor 3 untuk “kadang-kadang”, dan skor 4 untuk “tidak pernah”. Hasil ukur yang digunakan untuk sikap dan

perilaku menggunakan *cut of point mean/ median*, kategori baik apabila nilainya $\geq mean$, dan kategori kurang baik apabila nilainya $< mean$.

Hasil ukur masing-masing sub variabel merupakan kumulatif dari pengetahuan, sikap dan tindakan. Dikatakan “baik” (dengan skor 1) jika minimal 2 dari 3 domain (pengetahuan, sikap dan keterampilan) bernilai “baik” sedangkan “kurang baik” (dengan skor 0) jika minimal 2 dari 3 domain bernilai “tidak baik”. Pola asuh pemenuhan nutrisi dalam keluarga dikatakan “pola asuh baik” (dengan skor 1) jika minimal 2 dari 3 domain (pengetahuan, sikap dan perilaku) tindakan bernilai “baik. Sedangkan dikatakan “pola asuh kurang baik” (dengan skor 0) jika minimal 2 dari 3 domain bernilai “tidak baik”.

3.6 Prosedur Penelitian

3.6.1 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data terdiri dari prosedur secara administratif dan secara teknis. Prosedur tersebut dijelaskan sebagai berikut:

3.6.1.1 Prosedur Administratif

Sebelum dinyatakan lulus seminar proposal peneliti mengajukan permohonan uji etik kepada Komite Etik Penelitian. Setelah izin disetujui, peneliti mengajukan permohonan izin penelitian kepada Ketua STIKes RS Husada.

3.6.1.2 Prosedur Teknis

Pelaksanaan teknis pengumpulan data pada penelitian ini dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Peneliti menyusun instrumen penelitian
- 2) Peneliti mengajukan izin penelitian ke Kecamatan
- 3) Peneliti berkoordinasi dengan ketua RW, ketua RT dan Kader untuk mencari responden
- 4) Peneliti dan kader berkoordinasi untuk menyepakai waktu dan tempat penelitian
- 5) Peneliti melakukan pre test

- 6) Peneliti melakukan intervensi
- 7) Peneliti melakukan edukasi
- 8) Peneliti merekap data jawaban responden

3.7 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut:

3.7.1 Pengeditan (*editing*)

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan kuesioner, kejelasan dan relevansi data yang diberikan responden sesuai dengan kuesioner yang diberikan

3.7.2 Pengkodean (*coding*)

Peneliti memberikan kode pada setiap item instrumen pengumpulan data untuk memudahkan peneliti mengolah data

3.7.3 Memasukkan Data (*entry data*)

Peneliti memasukkan data yang selanjutnya diproses dan dianalisis. Analisis data menggunakan komputer dengan program analisis data

3.7.4 Pengecekan kembali (*cleaning data*)

Peneliti melakukan pengecekan kembali untuk memastikan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data. Kesalahan dapat terjadi pada pengkodean maupun saat menginput data

3.8 Uji Coba Instrumen

Kuesioner sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Instrumen yang digunakan untuk menilai pengetahuan, sikap dan keterampilan pemberian MPASI 4 Bintang WHO akan dilakukan uji validitas (seluruh item pertanyaan valid, r Alpha lebih besar dari r table) dan reliabilitas Cronbach Alpha 0,982 (Ayuningtiyas, 2013). Uji validitas dilaksanakan terhadap 30 responden.

3.10 Etika Penelitian

Komisi nasional etik penelitian kesehatan (KNEPK) departemen kesehatan RI (2005) menyebutkan bahwa semua penelitian kesehatan yang melibatkan

manusia sebagai subyek penelitian wajib memasukkan empat prinsip etik umum, yaitu menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for persons*), kebaikan (*beneficience*), tidak merugikan (*non maleficience*), dan keadilan (*justice*). Polit dan Beck (2012) menjelaskan empat prinsip etik yang harus dipenuhi peneliti, yaitu: *beneficience*, *respect of human dignity*, *justice* dan *respect for privacy and confidentiality*. Tim komisi etik riset Universitas Indonesia (2013) menyebutkan prinsip etika dalam riset meliputi: *respect for human dignity*, *respect for privacy and confidentiality*, *respect for justice and inclusiveness*, *balancing harm and benefits*, dan dilengkapi dengan *informed consent*.

3.8.1 Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*respect for human dignity*)

Harkat dan martabat manusia merupakan suatu hal yang harus diperhatikan dalam etik penelitian. Prinsip ini dijelaskan sebagai berikut:

1) Hak Penentuan Nasib Sendiri (*the right to self-determination*)

Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya riset serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan riset (*autonomy*). Menghormati otonomi berarti peneliti menghormati kemampuan calon responden untuk mengambil keputusan mandiri tanpa paksaan (*self determination*), tidak ada unsur kebohongan dalam penelitian.

Prinsip ini diterapkan dengan cara memberikan kesempatan dan kewenangan kepada calon responden untuk menentukan keikutsertaan sebagai responden tanpa ada unsur paksaan. Peneliti memberikan informasi bahwa penelitian ini bersifat sukarela, tidak ada unsur pemberian uang, hadiah agar menjadi responden. Responden berhak mengajukan pertanyaan dan menolak memberikan informasi dan memiliki kebebasan untuk mengundurkan diri dari penelitian. Peserta yang mengundurkan diri tidak akan mendapatkan sanksi apapun.

Calon responden berhak mendapatkan informasi lengkap terkait penelitian yang dilakukan. Setelah menjelaskan informasi, peneliti memberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani dengan kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

2) Melindungi Manusia yang Otonomnya Terganggu

Individu yang mengalami ketergantungan atau rentan berhak menerima perlindungan terhadap kerugian atau penyalahgunaan. Responden harus menyadari dan yakin bahwa partisipasi dan informasi yang diberikan tidak akan digunakan untuk mengeksploitasi responden. Peneliti tidak akan memungut biaya kepada responden dan identitas responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut.

3.8.2 Memperhatikan Kesejahteraan Responden dan Kebaikan (*beneficence & maleficence*)

Peneliti melaksanakan riset sesuai dengan prosedur riset guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek riset dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi. Membantu orang lain merupakan prinsip yang harus dijadikan pedoman oleh peneliti. Peneliti mengupayakan manfaat semaksimal mungkin dengan kerugian minimal. Penelitian yang melibatkan manusia dimaksudkan agar tujuan penelitian tercapai dan hasilnya juga akan bermanfaat. Selain bermanfaat peneliti wajib memberikan kenyamanan pada responden baik secara fisik, emosi dan bebas eksploitasi. Prinsip ini terdiri dari:

1) Risiko Penelitian Harus Wajar (*reasonable*) dibandingkan manfaat yang diharapkan

Manfaat semakin besar, risiko semakin kecil (*primum non nocere*). Pada prinsip ini peneliti memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*).

2) Prinsip tidak merugikan subjek penelitian/ *do no harm (non maleficence)*

Peneliti wajib melakukan perlindungan dan pencegahan dan meminimalkan bahaya dalam penelitian yang melibatkan manusia sebagai responden. Bahaya yang dimaksud dapat berupa fisik (cedera), emosional (stres, marah), sosial (kehilangan dukungan sosial), atau berkurangnya finansial (berkurangnya keuangan individu). Untuk mengantisipasi bahaya tersebut, peneliti harus komitmen terhadap prosedur yang telah disusun guna kenyamanan dan keamanan responden. Peneliti memberikan informasi sejelas-jelasnya.

3.8.3 Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan riset dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek riset. Peneliti memperhatikan keseimbangan antara beban dan manfaat yang diperoleh subjek dalam penelitian. Responden memiliki hak untuk diperlakukan adil (*the right to fair treatment*).

Peneliti meyakinkan dan memastikan bahwa kerahasiaan responden dijamin. Kerahasiaan tersebut diaplikasikan dengan cara tidak menuliskan nama pada lembar kuesioner/ observasi, namun menggunakan kode responden. Data yang terkumpul akan digunakan untuk kepentingan laporan hasil penelitian. Jika proses sudah terpenuhi, maka data tersebut akan dimusnahkan dengan cara dibakar atau dihancurkan.

3.8.4 Kelengkapan *informed consent*

Dalam penelitian harus menyertakan *informed consent* yang memuat izin atau persetujuan dari subyek riset untuk turut berpartisipasi dalam riset, dalam bentuk tulisan yang ditandatangani atau tidak ditandatangani oleh subyek dan saksinya. *Informed concent* memiliki makna bahwa responden telah memahami informasi terkait pelaksanaan penelitian, mempunyai otonomi untuk menentukan pilihan serta bebas dan sukarela memberikan

persetujuan untuk berpartisipasi atau menolak berpartisipasi (Polit & Beck, 2012).

3.11 Analisis Data Penelitian

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif terkait distribusi frekuensi dan proporsi tiap variabel yang diteliti. Tujuan analisis univariat adalah menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2010). Pada penelitian ini tujuan dilakukan analisis univariat adalah untuk mengetahui karakteristik responden dan variabel dependen, yaitu: distribusi mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Data kategorik akan ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase dari karakteristik keluarga dengan balita meliputi: BB lahir, PB lahir, jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga dan jumlah anggota keluarga. Data numerik ditampilkan berupa data mean atau median, standar deviasi, nilai maksimum dan minimum dari variabel tersebut dan tetap memperhatikan aspek distribusi data dengan *confident interval* 95%.

Tabel 4.1 Analisis Univariat

No.	Variabel	Skala	Analisis
1	Usia	Ordinal	Frekuensi, Persentase
2	Pendidikan	Ordinal	Frekuensi, Persentase
3	Pekerjaan	Ordinal	Frekuensi, Persentase
4	Pendapatan keluarga	Ordinal	Frekuensi, Persentase
5	Budaya/ Suku bangsa	Ordinal	Frekuensi, Persentase
6	Pengetahuan	Ordinal	Frekuensi, Persentase
7	Sikap	Ordinal	Frekuensi, Persentase
8	Keterampilan	Ordinal	Frekuensi, Persentase

3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan protokol pencegahan Covid-19. Uji bivariat bermakna pada nilai $\alpha = 0,05$. Uji statistik pada setiap variabel ditentukan berdasarkan jenis data yang akan dianalisis. Analisis uji bivariat pada penelitian ini disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 4.2 Analisis Bivariat

Variabel independen	Jenis data	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
Edukasi pembuatan menu MPASI 4 Bintang WHO	Kategorik	Pengetahuan	Kategorik	<i>Paired T Test</i>
Edukasi pembuatan menu MPASI 4 Bintang WHO	Kategorik	Sikap	Kategorik	<i>Paired T Test</i>
Edukasi pembuatan menu MPASI 4 Bintang WHO	Kategorik	Keterampilan	Kategorik	<i>Paired T Test</i>

3.11.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui factor confounding yang paling dominan mempengaruhi relisiensi keluarga. Hastono (2007) menyatakan bahwa analisis multivariat merupakan analisis dari pengembangan analisis bivariat Analisis ini bertujuan untuk mengetahui variabel independen yang dominan terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji mancova.

Tabel 4.3

Analisa Data Multivariat

Variabel							Analisa data
Independen	Jenis data	Variabel perancu	Jenis data	Dependen	Jenis data	Multi-variat	
Edukasi Pembuat menu MPASI 4 Bintang WHO	Kategorik	1. Usia 2. Pendidikan 3. Pekerjaan 4. Pendapatan keluarga 5. Budaya/Suku bangsa	Kategorik Kategorik Kategorik Kategorik	Pengetahuan Sikap Keterampilan	Kategorik		<i>General linear regression: multivariante analysis of covariance (manova)</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian mengenai Efektifitas Video Edukasi Pembuatan Menu MPASI 4 Bintang terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Orang Tua dalam Pencegahan Stunting Pada Balita. Desain penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperimen pre dan post test without control group* dengan metode pengambilan sampel *purposive sampel* dengan jumlah responden 22 orang. Pelaksanaan Penelitian dilakukan pada Bulan Juli sampai dengan September 2023. Hasil penelitian dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat.

5.1 Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan, pendapatan, suku bangsa

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan, pendapatan, suku bangsa.

Variabel		Jumlah (n)	Persentase (%)
Tingkat pendidikan ibu	Pendidikan tinggi ($\geq$ SMA)	8	36,4
	Pendidikan rendah ($<$ SMA)	14	63,6
	Total	22	100
Pekerjaan	PNS	2	10
	Pegawai Swasta	6	27
	Wiraswasta	10	45
	Buruh	4	18
	Total	22	100
Pendapatan keluarga	di bawah UMR (Rp. 4.416.186,-)	15	68
	di atas UMR (Rp. 4.416.186,-)	7	31,8
	Total	22	100
Budaya/suku bangsa	Betawi	6	27
	Jawa	8	37
	Sunda	4	18
	Padang	4	18
	Total	22	100

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan rendah (<SMA) sebanyak 63,6%, mayoritas responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 45%, mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah UMR sebanyak 68% dan mayoritas responden memiliki suku bangsa Jawa sebanyak 37%

Tabel 2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia

Variabel	Mean	Median	Modus	Min-mak	Standar Deviasi	CI 95% for mean
Usia ibu	34,06	33,00	32	20-49	6,848	33,09-35,05

Hasul uji univariat lain menunjukkan bahwa rerata usia ibu adalah 34,6 tahun dengan umur termuda 20 tahun dan umur tertua 49 tahun.

Tabel 3 Distribusi frekuensi nilai pengetahuan responden tentang Pembuatan Menu MPASI 4 Bintang melalui Edukasi Video

Variabel	Pre test		Post test	
	(f)	(%)	(f)	(%)
Pengetahuan				
Baik	6	27,2	16	72,7
Cukup	8	36,4	6	27,3
Kurang	8	36,4	0	0
Total	22	100	22	100
Sikap				
Baik	4	18	14	63,6
Cukup	10	45,6	8	36,4
Kurang	8	36,4	0	0
Total	22	100	22	100
Keterampilan				
Baik	6	27,2	16	72,7
Cukup	6	27,2	6	27,3
Kurang	10	45,6	0	0
Total	22	100	22	100

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebelum intervensi mayoritas responden memiliki pengetahuan cukup dan kurang sebanyak 36,4% dan 36,4%, mayoritas responden memiliki sikap cukup sebanyak 45,6% dan mayoritas responden memiliki sikap kurang sebanyak 45,6%.

5.2 Analisa Bivariat

Analisis bivariate dilakukan dengan menggunakan uji paired t test

Variabel	Pretest mean	Posttest mean	Selisih rerata	P value
Pengetahuan	37,65	92,27	54,62	0,000
Sikap	38,24	88,56	50,32	0,000
Keterampilan	36,27	82,54	46,27	0,000

Hasil uji *paired t test* pada variable pengetahuan sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 37,65 dan meningkat menjadi 92,27, pada variable sikap sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 38,24 dan meningkat menjadi 88,56, pada variabel keterampilan sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 36,27 dan meningkat menjadi 82,54. Pada uji t berpasangan (*paired t test*) didapatkan nilai Sig. $0.000 < 0,05$, maka dapat dikatakan H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan pada pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan sesudah intervensi berupa edukasi melalui video.

5.3 Analisis Multivariat

Tabel 5 Faktor dominan yang mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam penyusunan MPASI 4 Bintang

Variabel	Variabel Dependen	Type III Sum of Squares	Df	F	Sig.
Pendidikan	Pengetahuan	11.378	1	7.704	0.011
	Sikap	14.563	1	5.417	0.037
	Keterampilan	21.276	1	6.873	0.048
Pendapatan	Pengetahuan	0.342	1	0.386	0.723
	Sikap	9.652	1	3.412	0.148
	Keterampilan	10.112	1	4.886	0.245

Hasil multivariate menunjukkan bahwa pendidikan merupakan factor paling dominan yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu tentang pembuatan MPASI 4 bintang dengan nilai p value 0,011 pada pengetahuan, 0,037 pada sikap dan 0,048 pada keterampilan lebih kecil dari $\alpha=0,05$.

BAB 6

PEMBAHASAN

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan rendah (<SMA) sebanyak 63,6%, mayoritas responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 45%, mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah UMR sebanyak 68% dan mayoritas responden memiliki suku bangsa Jawa sebanyak 37%. Hasil uji univariat lain menunjukkan bahwa rerata usia ibu adalah 34,6 tahun dengan umur termuda 20 tahun dan umur tertua 49 tahun.

Balita merupakan kelompok yang rentan terhadap masalah kesehatan salah satunya adalah masalah stunting karena mereka adalah kelompok yang bergantung kepada orang disekitarnya terutama orang tua. Faktor penyebab stunting pada balita selain karena masalah genetik salah satunya adalah pola asuh pemberian nutrisi pada balita. Faktor orang tua sendiri dipengaruhi beberapa faktor diantaranya adalah tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan budaya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang telah dilakukan menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan kesimpulan bahwa pendidikan ibu berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* pada balita. Berdasarkan hasil analisis diperoleh juga nilai OR=2,440, artinya ibu yang berpendidikan rendah berisiko 2,440 kali lebih banyak mengalami kejadian *stunting* pada balitanya (Utami et al., 2019). Hasil penelitian lain menunjukkan hasil analisis menunjukkan nilai OR=1,045, artinya kepala keluarga yang tidak bekerja berisiko 1,045 kali lebih banyak mengalami kejadian *stunting* pada balitanya (Utami, 2017). Faktor lain yang berpengaruh terhadap kejadian stunting diantaranya adalah stimulasi mental, stimulasi social psikologis dan suplementasi nutrisi (Utami & Juliani, 2020). Pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada balita (Muche et al., 2021). Stunting merupakan konsekuensi dari efek sinergis berbagai faktor. Penelitian lain menunjukkan bahwa asupan makronutrien yang biasa diperoleh dari makanan pendamping ASI dan mengeksplorasi faktor-faktor yang berhubungan dengan stunting pada kelompok anak usia <2 tahun yang tinggal di daerah kumuh yang rentan (Islam et al., 2018).

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebelum intervensi mayoritas responden memiliki pengetahuan cukup dan kurang sebanyak 36,4% dan 36,4%, mayoritas responden memiliki sikap cukup sebanyak 45,6% dan mayoritas responden memiliki sikap kurang sebanyak 45,6%.

Hasil penelitian lain yang dilakukan sesuai dengan penelitian ini diantaranya adalah bahwa edukasi menggunakan aplikasi whatsapp melalui media video dan ceramah terhadap pengetahuan ibu tentang pola pemberian MPASI pada balita usia 6-12 bulan dapat meningkatkan pengetahuan ibu (Widyavihusna, 2020). Penelitian lain menunjukkan bahwa peningkatan dari nilai pre-test dengan nilai rerata

perbandingan antara pre-test post-test adalah 2,28. Terdapat juga 53 (74%) responden yang meningkat pengetahuannya, 11 (15%) responden yang tetap pengetahuannya dan 8 (11%) responden yang menurun pengetahuannya (Sayuti et al., 2022). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan terkait efektifitas edukasi media audiovisual terhadap pengetahuan dan sikap mengenai gizi seimbang didapatkan hasil rerata skor pengetahuan sebelum perlakuan yaitu 67,8 meningkat menjadi 80,4 serta rerata skor sikap sebelum perlakuan yaitu 75,8 meningkat menjadi 78,9 (Mahmud, Mifta Rahayu; Ambarwati, Ria; Mintarsih, Sri Noor; Prihatin, Setyo; Jaelani, 2016).

Hasil uji *paired t test* pada variable pengetahuan sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 37,65 dan meningkat menjadi 92,27, pada variable sikap sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 38,24 dan meningkat menjadi 88,56, pada variabel keterampilan sebelum intervensi menunjukkan nilai mean sebesar 36,27 dan meningkat menjadi 82,54. Pada uji t berpasangan (*paired t test*) didapatkan nilai Sig. $0.000 < 0,05$, maka dapat dikatakan H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan pada pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan sesudah intervensi berupa edukasi melalui video.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menunjukkan bahwa ada pengaruh edukasi gizi dengan metode video dan metode ceramah terhadap pengetahuan ibu tentang pola pemberian mp-asi pada balita usia 6-12 bulan di puskesmas Gunung Alam Bengkulu Utara (Widyavihusna, 2020). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa Edukasi menu 4 bintang MP-ASI homemade ini bisa meningkatkan pengetahuan ibu balita sehingga pemberian MPASI tepat sesuai umur, waktu pemberian MP-ASI 4 bintang, serta ibu dapat lebih terampil dan mandiri dalam membuat MP-ASI 4 bintang menggunakan bahan pangan lokal yang memiliki nilai gizi yang tinggi, sehingga status gizi balita dapat meningkat (Rahmuniyati & Khasana, 2020). Penelitian lainnya juga menemukan bahwa sebanyak 72,2% tingkat pengetahuan responden meningkat setelah mendapatkan penyuluhan praktik pembuatan MP-ASI dimulai dari menu MP-ASI usia 6 – 9 bulan, 9 – 12 bulan, dan 12 bulan ke atas (Rahmuniyati et al., 2022).

Hasil multivariate menunjukkan bahwa pendidikan merupakan factor paling dominan yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu tentang pembuatan MPASI 4 bintang dengan nilai p value 0,011 pada pengetahuan, 0,037 pada sikap dan 0,048 pada keterampilan lebih kecil dari $\alpha=0,05$.

Stunting merupakan masalah kesehatan gizi kronis yang terjadi multifactorial, bukan hanya karena factor nutrisi yang diterima balita, tetapi juga faktor kesehatan lingkungan terutama kebersihan air dan makanan, akses informasi, pendidikan orang tua, pendapatan keluarga, budaya keluarga, pekerjaan orang tua. Pada

penelitian ini telah dilakukan analisis faktor-faktor confounding yang paling berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan terkait pemberian MPASI 4 Bintang, hasilnya adalah pendidikan paling mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu tentang pembuatan MPASI 4 bintang. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Kementerian Kesehatan RI yang menyatakan bahwa salah satu faktor penyebab perilaku penunjang orang tua dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi adalah masih rendahnya pengetahuan ibu tentang makanan bergizi bagi bayinya (Pedoman Kemenkes RI 2014, 2014). Penelitian lain menunjukkan bahwa faktor pendidikan terhadap ibu sangat penting dalam meningkatkan status nutrisi anak karena pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada anak bergantung pada ibunya (Rahman & Islami, 2021).

BAB 7

PENUTUP

7.1 KESIMPULAN

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan rendah (<SMA) sebanyak 63,6%, mayoritas responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 45%, mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah UMR sebanyak 68% dan mayoritas responden memiliki suku bangsa Jawa sebanyak 37% dan rerata usia ibu adalah 34,6 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi edukasi video yaitu peningkatan pengetahuan dengan selisih rerata sebanyak 54,62, sikap dengan selisih rerata 50,32, keterampilan dengan selisih rerata 46,27. Hasil uji bivariate menunjukkan terdapat perbedaan pada pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan sesudah intervensi berupa edukasi melalui video (*p value* 0,000). Hasil multivariate menunjukkan bahwa pendidikan merupakan faktor paling dominan yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu tentang pembuatan MPASI 4 bintang dengan nilai *p value* 0,011 pada pengetahuan, 0,037 pada sikap dan 0,048 pada keterampilan lebih kecil dari $\alpha=0,05$.

7.2 SARAN

Keluarga yang memiliki balita dengan masalah stunting perlu diberikan edukasi yang baik dan benar mengenai pencegahan dan penanganan stunting karena dengan pengetahuan yang baik maka akan meningkatkan sikap dan keterampilan penanganan stunting yang baik. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan terkait metode terapi atau cara pemberian makan agar balita tercukupi kebutuhan nutrisinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, R. (2022). Efektifitas Edukasi melalui Aplikasi MPASI terhadap Tinggi Badan Anak. *Jurnal Masker Medika*, 10, 650–658.
<https://doi.org/10.52523/maskermedika.v10i2.485> EFEKTIVITAS
- Aryastami, N. K., Shankar, A., Kusumawardani, N., Besral, B., Jahari, A. B., & Achadi, E. (2017). Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12-23 months in Indonesia. In *BMC Nutrition* (Vol. 3, Issue 1). BMC Nutrition.
<https://doi.org/10.1186/s40795-017-0130-x>
- Ayuningtiyas. (2013). Hubungan antara pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan kejadian diare pada bayi usia 6-12 bulan di Kelurahan Tandang wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. *Prodi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember*.
- Azizah, U. (2021). Risiko Peningkatan Stunting Pada Balita Selama Pandemi Covid-19 Di Indonesia “Literature Review.” *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(September), 331–336.
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/2343>
- Esfarjani, F., Roustaei, R., Mohammadi-Nasrabadi, F., & Esmailzadeh, A. (2013). Major dietary patterns in relation to stunting among children in Tehran, Iran. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 31(2), 202–210.
<https://doi.org/10.3329/jhpn.v31i2.16384>
- Islam, M. M., Sanin, K. I., Mahfuz, M., Ahmed, A. M. S., Mondal, D., Haque, R., & Ahmed, T. (2018). Risk factors of stunting among children living in an urban slum of Bangladesh: Findings of a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5101-x>
- Kemenkes, R. I. (2018). *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia. Kementrian Kesehatan Indonesia. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Kinyoki, D. K., Berkley, J. A., Moloney, G. M., Odundo, E. O., Kandala, N. B., & Noor, A. M. (2016). Environmental predictors of stunting among children under-five in Somalia: Cross-sectional studies from 2007 to 2010. *BMC Public Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3320-6>
- Mahmud, Mifta Rahayu; Ambarwati, Ria; Mintarsih, Sri Noor; Prihatin, Setyo; Jaelani, M. (2016). Efektifitas Edukasi dengan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Gizi Seimbang. *Poltekkes Semarang*, 15(1), 165–175. <https://core.ac.uk/download/pdf/196255896.pdf>
- Muche, A., Gezie, L. D., Baraki, A. G. egzabher, & Amsalu, E. T. (2021). Predictors of stunting among children age 6–59 months in Ethiopia using Bayesian multi-level analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-82755-7>

- Nuridin, S., Samson, M. M., Sakinah, S., Asnuddin, A., Hasrul, H., & Murtini, M. (2022). Edukasi Pengolahan Makanan Pendamping Asi (MP-Asi) sebagai upaya Pencegahan Stunting pada Balita. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 5(8), 2603–2611. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i8.6680>
- Pedoman Kemenkes RI 2014. (2014). *Menu MP-ASI 4 Bintang Pedoman Gizi Seimbang (PGS)*. 6.
- Rahman, M., & Islami, I. A. (2021). Edukasi Dan Demonstrasi Pembuatan Mp-Asi Menurut Standar Who Sesuai Menu Tunggal Dan Menu 4 Bintang Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Pada Balita. *JIWAKERTA: Jurnal Ilmiah Wawasan Kuliah Kerja Nyata*, 2(1), 34–39. <https://doi.org/10.32528/jiwakerta.v2i1.6733>
- Rahmuniyati, M. E., Bintari, C. M., & Mukaromah, H. (2022). Edukasi Pemberian Makan Pada Bayi Dan Anak (Pmba) Untuk Pemenuhan Asupan Gizi Anak. *Community Development Journal : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), 1026–1030. <https://doi.org/10.31004/cdj.v2i3.2866>
- Rahmuniyati, M. E., & Khasana, T. M. (2020). Edukasi Penganekaragaman Menu 4 Bintang (4*) Mp-Asi Homemade Sebagai Upaya Meningkatkan Status Gizi Balita. *Community Development Journal : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(3), 410–415. <https://doi.org/10.31004/cdj.v1i3.1099>
- Sayuti, S., Almuhammad, Sofiyetti, & Sari, P. (2022). Efektivitas Edukasi Kesehatan Melalui Media Video Terhadap Tingkat Pengetahuan Siswa dalam Penerapan Protokol Kesehatan di SMPN 19 Kota Jambi. *Jurnal Kesmas Jambi*, 6(2), 32–39.
- Unicef. (2013). *Improving child nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress*. United Nations Publications Sales.
- Utami, R. A. (2017). Hubungan Pemberian Nutrisi dengan Kejadian Stunting pada Balita di Kelurahan Karang Anyar. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 1(2), 22–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.33377/jkh.v1i2.36>
- Utami, R. A., & Juliani, E. (2020). Mental, Social-Psychological Stimulation and Nutritional Supplementation Affects Stunting Incidence among Children in Indonesia. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 4(1), 34–51. <https://doi.org/10.33377/jkh.v4i1.72>
- Utami, R. A., Setiawan, A., & Fitriyani, P. (2019). Identifying causal risk factors for stunting in children under five years of age in South Jakarta, Indonesia. *Enfermeria Clinica*, 29, 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.093>
- WHO. (2010). *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation guide*. Geneva: (p. 38). WORLD Health

Organization.

Widyavihusna, E. (2020). Pengaruh Edukasi Gizi Dengan Aplikasi WhatsApp melalui Media Video dan Ceramah Terhadap Pengetahuan Ibu tentang Pola Pemberian MP-ASI Pada Balita Usia 6-12 Bulan di Puskesmas Gunung Alam Bengkulu Utara. In *Nucl. Phys.* (Vol. 13, Issue 1).

EFEKTIFITAS VIDEO EDUKASI PEMBUATAN MPASI 4 BINTANG TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN ORANG TUA DALAM PENCEGAHAN STUNTING PADA BALITA

Nomor Responden

.....

Petunjuk :

1. Jawablah pertanyaan sesuai dengan petunjuk dan sesuai dengan kondisi Anda saat ini
2. Pilihlah satu pernyataan dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom yang telah tersedia
3. Periksa kembali agar tidak ada pertanyaan/ pernyataan yang terlewatkan atau tidak terisi setelah selesai mengisi semua pertanyaan
4. Setiap jawaban yang anda berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan berdampak negatif pada anda
5. Selamat mengerjakan

A. ANGKET 1

a. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Usia :tahun
2. Pendidikan :
 - ☐ SD
 - ☐ SMP
 - ☐ SMA
 - ☐ Perguruan Tinggi (D3/S1/S2/S3*)
3. Pekerjaan saat ini :
 - ☐ Pegawai negeri (sipil/polisi/tentara)
 - ☐ Pegawai swasta
 - ☐ Wiraswasta
 - ☐ Buruh
 - ☐ Pensiun
 - ☐ Tidak bekerja
 - ☐ Penghasilan keluarga :
 - ☐ Kurang dari Rp. Rp. 4.416.186,-perbulan
 - ☐ Rp. Rp. 4.416.186,-perbulan atau lebih

4. Asal suku bangsa/ Budaya :

- ☐ Jawa
☐ Sunda
☐ Batak
☐ Betawi
☐ Dayak
☐ Manado
☐ Padang
☐ Tionghoa
☐ Nias
☐ Lainnya, sebutkan.....

B. ANGKET DUA

1. Pengetahuan

Angket dibawah ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan yang dimiliki keluarga. Bacalah pernyataan secara teliti dan istilah dengan menggunakan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pengetahuan anda.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Pemberian makanan pendamping ASI sebelum umur 6 bulan dapat menyebabkan gangguan pencernaan.		
2	Menu 4 Bintang terdiri dari 4 komponen, yaitu karbohidrat 35%, protein hewani 30%, protein nabati 10% serta buah dan sayur 25%		
3	Cairan dalam membuat olahan MP-ASI dapat diperoleh dari kuah kaldu (rebusan tulang/daging/ikan/seafood), ASI ataupun susu formula, santan adapun jenis bahan tersebut cenderung tinggi zat gizi seperti protein dan lemak dibanding air biasa (tidak mengandung zat gizi)		
4	Biasakan gunakan bumbu penyedap alami yang dapat diperoleh dari penambahan bawang putih, bawang merah, bawang bombay, daun bawang, seledri, tomat, jamur, atau bahan alami lain yang dapat menguatkan rasa masakan.		
5	Sebelum dan sesudah memasak makan harus mencuci tangan.		
6	Pemberian MP-ASI bagi bayi sesudah berusia 6 bulan dapat diwali dengan pemberian MP-ASI satu bintang yang bertujuan untuk pengenalan jenis bahan makanan baik dari rasa, aroma, dan tekstur		
7	Mencuci tangan tidak harus dengan sabun dan air mengalir		
8	Memotong kuku akan menghindari tangan dari kuman		
9	Makanan yang bergizi sangat baik dikonsumsi oleh balita		
10	Sayur yang dijual di warung kurang sehat dibandingkan sayur-sayuran yang dijual di supermarket		
11	Menu makanan sehari-hari ditentukan oleh seluruh keluarga		

12	Makanan yang harganya mahal belum tentu nilai gizinya tinggi		
13	Makan bersama dengan keluarga di meja makan merupakan kegiatan rutin yang menyenangkan		
14	Makan bersama keluarga tidak sambil menonton televisi sangat bermanfaat bagi anak		
15	Ayah tidak harus ikut andil dalam pengasuhan anak karena bertugas mencari nafkah saja		

2. Sikap

Angket dibawah ini bertujuan untuk mengetahui pendapat dan keyakinan anda mengenai perilaku sehat dalam keluarga. Bacalah pernyataan secara teliti dan isilah dengan menggunakan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia sesuai dengan yang anda yakini.

Sangat Setuju : Jika anda merasa pernyataan tersebut benar-benar sangat sesuai dengan keluarga anda pikirkan dan yakini.

Setuju : Jika anda merasa pernyataan tersebut cukup sesuai dengan yang keluarga anda pikirkan dan yakini

Tidak Setuju : Jika anda merasan pernyataan tersebut tidak sesuai dengan yang keluarga anda pikirkan dan yakini

Sangat Tidak Setuju : Jika anda merasa pernyataan tersebut benar-benar sangat tidak sesuai dengan yang keluarga anda pikirkan dan yakini

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Menurut saya, ASI harus diberikan kepada balita sampai usia 2 tahun				
2	Menurut saya, makanan selingan untuk anak harus dibuat sendiri				
3	Menurut saya, memasak sayur harus sampai layu agar matang				
4	Menurut saya, sayur dan buah direndam dalam air sebelum dimasak/ dimakan.				
5	Menurut saya, ketika mau makan mencuci tangan dengan menggunakan air saja				
6	Menurut saya, tidak perlu mencuci tangan sebelum menyuapi anak makan karena sudah menggunakan sendok				
7	Menurut saya, lebih baik membeli lauk pauk yang sudah jadi ketika saya memiliki banyak pekerjaan rumah (menyapu, mencuci, menyetrika).				
8	Menurut saya, membeli sayur pada siang hari karena harganya lebih murah				
9	Menurut saya, saya harus memberikan anak saya buah yang berwarna segar				
10	Menurut saya, lebih baik membeli sayur yang lebih murah walaupun sedikit layu				
11	Menurut saya, lebih baik membeli buah yang harganya murah tetapi bergizi				
12	Menurut saya, sebaiknya anak dibiasakan makan di meja makan bersama keluarga				

13	Menurut saya, lebih baik melarang anak makan jajanan yang dijual di warung jika anak tidak mau makan				
14	Menurut saya, saya yang harus menetapkan menu makan setiap harinya untuk keluarga				
15	Menurut saya, mengajak anak makan sambil berkeliling di lingkungan luar rumah ketika dia sulit diajak makan itu perlu.				

3. Perilaku

Angket dibawah ini bertujuan untuk mengetahui pendapat dan keyakinan anda mengenai perilaku sehat dalam keluarga. Bacalah pernyataan secara teliti dan isilah dengan menggunakan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia sesuai dengan yang anda yakini.

Selalu : Jika anda merasa pernyataan tersebut benar-benar menjadi kebiasaan yang rutin dilakukan dalam keluarga anda

Sering : Jika anda merasa pernyataan tersebut benar-benar menjadi kebiasaan yang cukup rutin yang dilakukan dalam keluarga anda

Jarang : Jika anda merasa pernyataan tersebut merupakan kebiasaan yang tidak rutin dilakukan dalam keluarga anda

Tidak pernah: Jika anda merasa pernyataan tersebut merupakan kebiasaan yang tidak pernah sama sekali dilakukan dalam keluarga anda

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Saya menyediakan MPASI terdiri dari 4 komponen, yaitu karbohidrat 35%, protein hewani 30%, protein nabati 10% serta buah dan sayur 25%, disertai komponen lemak, proporsi sayur dan buah terlalu besar.				
2	Saya membuat olahan MP-ASI dapat diperoleh dari kuah kaldu (rebusan tulang/daging/ikan/seafood), ASI ataupun susu formula, santan adapun jenis bahan tersebut cenderung tinggi zat gizi seperti protein dan lemak dibanding air biasa (tidak mengandung zat gizi)				
3	Saya menggunakan bumbu penyedap alami yang dapat diperoleh dari penambahan bawang putih, bawang merah, bawang bombay, daun bawang, seledri, tomat, jamur, atau bahan alami lain yang dapat menguatkan rasa masakan				
4	Saya memperkenalkan aneka jenis buah, sayur, lauk sumber protein dalam MP-ASI secara bertahap sambil mengamati reaksi bayi terhadap jenis makanan yang diberikan				
5	Saya memberikan makanan selingan terjadwal dengan porsi kecil misalnya roti, biskuit dengan oles mentega/selai kacang/meses, kue kering, puding buah, atau buah potong				

6	Saya memberikan jajanan pada anak jika anak tidak mau makan				
7	Saya memberikan makanan/ minuman manis sebelum anak makan makanan utama				
8	Saya memberi anak makanan cepat saji seperti mie instan, sosis, <i>nugget</i> /naget.				
9	Saya memberikan anak balita saya nasi dengan kuah sayur saja setiap kali makan				
10	Saya memberikan buah pada anak saya				
11	Saya memberikan anak makan selingan seperti bubur kacang hijau, jus dan minuman sehat lainnya				
12	Saya memberikan susu jika anak saya tidak mau makan				
13	Saya memilih bahan makanan yang segar dan berkualitas setiap kali berbelanja ke pasar				
14	Saya menghadirkan menu makanan yang sama setiap harinya				
15	Saya mengupas kulit kentang sebelum dimasak				
16	Saya menambahkan bahan pengawet agar makanan lebih tahan lama				
17	Saya membuat nasi tim tanpa sayur				
18	Saya memotong-motong sayuran terlebih dahulu kemudian dicuci				
19	Saya mencuci beras sampai airnya jernih				
20	Saya menutup rapat ketika menyimpan makanan agar terhindar dari udara				
21	Saya mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun				
22	Saya tidak perlu mencuci tangan sebelum menyuapi anak makan karena sudah menggunakan sendok				
23	Saya tidak suka mengajak anak makan diluar (restoran atau warung makan)				
24	Saya membeli lauk pauk yang sudah jadi/ matang di warung untuk makan keluarga				
25	Saya membeli tempe dan tahu karena harganya murah dan bergizi				
26	Saya tidak membelikan susu untuk anak saya karena tidak penting				
27	Saya menetapkan jam makan rutin untuk keluarga				
28	Saya tidak memaksa anak untuk makan sayur karena saya juga tidak terlalu suka sayur				
29	Saya memberikan anak uang untuk mengkonsumsi makanan jajanan warung yang dia suka.				

**Mohon untuk memeriksa kembali jawaban Anda.
Jangan sampai ada yang kosong.**