

LAPORAN TUGAS AKHIR

PENGARUH CERAMAH, DISKUSI, DAN DEMONSTRASI PADA PEMBERIAN MAKANAN BAYI DAN ANAK TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP, DAN KETERAMPILAN KADER POSYANDU DI KELURAHAN CIPTOMULYO, KOTA MALANG

**VANIA SHAVA KAILA
P17110223056**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN GIZI PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 GIZI
TAHUN 2025**

LAPORAN TUGAS AKHIR

PENGARUH CERAMAH, DISKUSI, DAN DEMONSTRASI PADA PEMBERIAN MAKANAN BAYI DAN ANAK TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP, DAN KETERAMPILAN KADER POSYANDU DI KELURAHAN CIPTOMULYO, KOTA MALANG

Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan D3 di Program Studi D3 Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

**VANIA SHAVA KAILA
P17110223056**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN GIZI PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 GIZI
TAHUN 2025**

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

“Pengaruh Ceramah, Diskusi, dan Demonstrasi Pada Pemberian Makanan Bayi dan Anak Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Kader Posyandu di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang”

Disusun Oleh
VANIA SHAVA KAILA
P17110223056

Telah dipertahankan di hadapan Penguji dan disetujui pada tanggal :
25 Januari 2025

Ketua Penguji,



Juin Hadisuyitno, S.ST., M.Kes
NIP. 196809121993031012

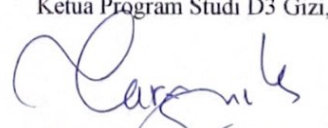
Anggota Penguji (Pembimbing),



B. Doddy Riyadi, SKM., MM
NIP. 196601201988031001




Politeknik Kesehatan Malang
Ketua Jurusan Gizi,
Ibnu Fajar, SKM., M.kes., RD
NIP. 196610181989031001

Politeknik Kesehatan Malang
Ketua Program Studi D3 Gizi,

Maryam Razak, STP., M.Si
NIP. 19701191994032001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Vania Shava Kaila
NIM : P17110223056
Tanda Tangan : 
Tanggal : 23 Januari 2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Pengaruh Ceramah, Diskusi, dan Demonstrasi Pada Pemberian makanan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Kader Posyandu di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah/Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Gizi pada Program Studi Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Malang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
3. Ketua Program Studi Diploma III Gizi, Jurusan Gizi – Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. B. Doddy Riyadi, SKM, MM. Selaku dosen pembimbing
5. Dosen penguji
6. Kepala lahan penelitian
7. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan baik berupa materi maupun materi serta Doa yang selalu mengiringi setiap perjalanan belajar
8. Serta semua pihak yang membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, saya berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Malang, 20 Desember 2024

Penulis

ABSTRAK

Vania Shava Kaila, 2025. Pengaruh Ceramah, Diskusi, dan Demonstrasi pada Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Kader Posyandu di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang. Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. **Pembimbing : Bastianus Doddy Riyadi.**

Kader posyandu merupakan sekelompok anggota masyarakat yang bersedia, mampu, dan memiliki waktu untuk melakukan kegiatan posyandu secara sukarela. Dalam kegiatan posyandu kader memiliki peran besar dengan kegiatan yang berkaitan dengan perkembangan balita, selain itu kader memiliki peran aktif sebagai pemberi informasi dan sebagai contoh mengenai pemberian makanan bayi dan anak. Tujuan dari penelitian yang dilakukan yaitu untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader posyandu menggunakan metode penyuluhan ceramah, diskusi, dan demonstrasi mengenai Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) di kelurahan Ciptomulyo Kota Malang. Jenis penelitian yang dilakukan adalah Quasy Eksperiment menggunakan rancangan One group Pre-Test dan Post-test pada tanggal 2-3 januari 2025 menggunakan sampel kader aktif di Kelurahan Ciptomulyo sebanyak 28 orang kader. Hasil dari penelitian yang telah dilakukan terdapat perbedaan dari pengetahuan kader ($P = 0,008$), perbedaan dari sikap kader posyandu ($p = 0,000$) dan keterampilan kader ($P = 0,000$). Setelah melakukan penelitian, dapat disimpulkan terdapat perbedaan signifikan pada pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu dengan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi di Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang. Saran sebagai peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader posyandu di daerah Kelurahan Ciptomulyo dalam pelaksanaannya dapat diberikan materi materi yang baru dan belum pernah didapatkan oleh kader posyandu di daerah Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang sebelumnya dengan tujuan dapat menjadi penyegaram materu baru dan memotivasi kader posyandu.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, Kader Posyandu, Ceramah, Diskusi, Demonstrasi, Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

ABSTRACT

Vania Shava Kaila, 2025. The Effect of Lectures, Discussions, and Demonstrations on Infant and Child Feeding (PMBA) on Knowledge, Attitudes, and Skills of Posyandu Cadres in Ciptomulyo Village, Malang City. Department of Nutrition, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. **Supervisor: Bastianus Doddy Riyadi.**

Posyandu cadres are community members who are willing, able, and have time to voluntarily conduct posyandu activities. In posyandu activities, cadres play a major role in activities related to toddler development, and they also have an active role as information providers and role models regarding infant and child feeding. The purpose of this research was to determine the differences in knowledge, attitudes, and skills of posyandu cadres using lecture, discussion, and demonstration counseling methods regarding Infant and Child Feeding (PMBA) in Ciptomulyo Village, Malang City. This research was a Quasi-Experiment using One Group Pre-Test and Post-test design conducted on January 2-3, 2025, using a sample of 28 active cadres in Ciptomulyo Village. The results showed differences in cadres' knowledge ($P = 0.008$), differences in posyandu cadres' attitudes ($p = 0.000$), and cadres' skills ($P = 0.000$). After conducting the research, it can be concluded that there are significant differences in the knowledge, attitudes, and skills of posyandu cadres with lecture, discussion, and demonstration methods in Ciptomulyo Village, Malang City. To improve the knowledge, attitudes, and skills of posyandu cadres in the Ciptomulyo Village area, it is suggested that new materials that have not been previously obtained by posyandu cadres in the Ciptomulyo Village area, Malang City, be provided with the aim of refreshing new materials and motivating posyandu cadres.

Keywords: Knowledge, Attitude, Posyandu Cadres, Lecture, Discussion, Demonstration, Infant and Child Feeding (PMBA)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3.4 Bagi Peneliti	5
1.3.5 Bagi Institusi Pendidikan	5
1.3.6 Bagi Institusi Kesehatan.....	5
1.4 Kerangka Konsep	5
1.5 Hipotesis Penelitian.....	6
BAB II.....	7
TUNJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Posyandu	7
2.1.1 Pengertian Posyandu	7
2.1.2 Tempat Penyelenggaraan	7
2.1.3 Penyelenggara Posyandu.....	8
2.1.4 Waktu Pelaksanaan.....	10
2.1.5 Tujuan Pelaksanaan.....	10
2.1.6 Tatacara Penyelenggaraan	11
2.1.7 Definisi Kinerja Posyandu	12
2.1.8 Penilaian Kinerja Posyandu	13

2.2	Kader Posyandu	18
2.2.1	Pengertian Kader	18
2.2.2	Kriteria Kader Posyandu	20
2.2.3	Peran dan Tugas Kader Posyandu	21
2.2.4	Peran dan Tugas Kader Posyandu dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	23
2.3	Konsep Dasar PMBA	25
2.3.1	Pengertian PMBA	25
2.3.2	Tujuan PMBA	27
2.3.3	Keunggulan PMBA.....	30
2.3.4	Kelemahan PMBA	32
2.3.5	Jenis Jenis PMBA	34
2.3.6	Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	36
2.4	Penyuluhan	39
2.4.1	Pengertian Penyuluhan	39
2.4.2	Tujuan Penyuluhan	40
2.4.3	Langkah Langkah Penyuluhan.....	41
2.4.4	Pendekatan Pembelajaran	43
2.4.5	Cara Memperoleh Pengetahuan	45
2.4.6	kuisisioner pengetahuan	47
2.5	Sikap.....	47
2.5.1	Pengertian Sikap	47
2.5.2	Tingkatan Sikap	49
2.5.3	Faktor yang Mempengaruhi Sikap.....	50
2.5.4	Ciri-ciri Sikap	51
2.5.5	Fungsi Sikap	52
2.5.6	Kuisisioner Sikap.....	53
2.6	Keterampilan	54
2.6.1	Pengertian Keterampilan.....	54
2.6.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterampilan	56
2.6.3	Macam-Macam Keterampilan	59
2.6.4	Standar Operasional Variabel Keterampilan	Error! Bookmark not defined.

2.7 Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan dengan Metode Ceramah, Diskusi dan Demonstrasi	61
BAB III	64
METODE PENELITIAN	64
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	64
3.2 Populasi dan Sampel	64
3.2.1 Populasi.....	64
3.2.2 Sampel	65
3.3 Waktu dan Tempat	65
3.4 Variable Penelitian.....	65
3.5 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	65
3.6 Alat Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.
3.7 Cara Pengumpulan Data	67
3.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	68
3.8.1 Data Sikap.....	70
3.8.2 Data Keterampilan	70
3.8.3 Analisis Data	71
BAB IV	72
HASIL DAN PEMBAHASAN	72
4.1 Gambaran umum kelurahan ciptomulyo	72
4.2 Gambaran Umum Program.....	73
4.3 Gambaran Karakteristik Responden.....	73
Sikap kader sebelum dan sesudah	87
Keterampilan kader sebelum dan sesudah.....	94
BAB V	104
KESIMPULAN DAN SARAN.....	104
5.1 Kesimpulan.....	104
5.2 Saran	104
Daftar pustaka	106
LAMPIRAN.....	112

DAFTAR GAMBAR

no		Halaman
1	Peta Kelurahan Ciptomulyo.....	67
2	Karakteristik responden berdasarkan distribusi usia	69
3	Grafik nilai Pre test post test Pengetahuan Kader.....	75
4	Grafik nilai Pre test post test Sikap Kader.....	83
5	Grafik nilai Pre test post test Keterampilan Kader.....	90

DAFTAR TABEL

no		Halaman
1	Tugas kader posyandu.....	9
2	Indikator Keberhasilan Posyandu.....	15
3	Definisi operasional dari penelitian.	60
4	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	70
5	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.	71
6	Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjadi Kader.	72
7	Distribusi Responden Menurut Frekuensi Keikutsertaan Pelatihan.	73
8	Hasil perubahan pengetahuan responden menurut pengetahuan.	74
9	Karakteristik Responden Dengan Nilai Terendah Tingkat Pengetahuan Terendah Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA.	75
10	Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Pengetahuan Tertinggi Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA	76
11	Distribusi Materi yang Diperoleh Kader Posyandu dalam Pelatihan	80
12	Distribusi sikap kader sebelum dan sesudah penyuluhan.	82
13	Karakteristik Responden Dengan Nilai Terendah Tingkat Sikap Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA	84
14	Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Sikap Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA	85
15	Distribusi Keterampilan kader sebelum dan sesudah penyuluhan.	89
16	Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Keterampilan Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA	92
17	Uji Normalitas Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan	94
18	Uji <i>Paired Sample T-test</i> Pengetahuan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan	95
19	Uji <i>Paired Sample T-test</i> Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan	95
20	Rerata Hasil Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan	96

DAFTAR LAMPIRAN

no		Halaman
1	Surat rekomendasi izin penelitian dari politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.....	113
2	Surat Rekomendasi Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Malang.....	114
3	Persetujuan Pembimbing.....	115
4	Lembar Identitas Kader.....	116
5	Satuan Acara Penyuluhan	118
6	Materi Penyuluhan.....	120
7	Kuisisioner Pre Test dan Post Test.....	133
8	Media Penyuluhan.....	138
9	Hasil Foto Kegiatan.....	140

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah gizi adalah masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor, cara penanggulangan masalah gizi di masyarakat tidak cukup dengan pendekatan medis maupun pelayanan kesehatan saja (Supariasa, 2012). Laporan gizi global atau *Global Nutrition Report* di tahun 2014, Indonesia termasuk dalam 17 negara dengan 3 permasalahan gizi sekaligus, yaitu *Stunting* (pendek), *wasting* (kurus), dan *overweight* atau gizi lebih (obesitas). Gizi kurang ataupun gizi lebih dapat terjadi pada semua siklus daur kehidupan mulai dari bayi, baduta, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, ataupun manula (Almastsier, 2010).

Dampak dari masalah gizi akan tampak pada saat tumbuh kembang balita, daya tahan tubuh kembang balita dapat menurun karena kurangnya zat gizi yang masuk ke tubuh dan berpengaruh pada kinerja otak serta balita mudah terserang penyakit. Selain itu akan terjadi juga penurunan IQ yang akan menyebabkan gangguan kecerdasan sehingga daya pikir serta konsentrasi menjadi rendah. Dalam hal ini masalah gizi yang terjadi pada anak usia balita harus segera ditangani, hal ini karena pada masa inilah zat gizi pada balita harus dipenuhi secara optimal karena balita masih dalam masa pertumbuhan atau balita masih dalam masa *Golden age*.

Golden age yang terjadi pada usia balita adalah masa-masa yang sangat penting dalam fase tumbuh kembang anak, karena pada tahap ini otak anak berkembang pesat dan kritis. Untuk mengoptimalkan perkembangan anak di masa emasnya perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan sejak lahir secara rutin dan berkesinambungan. Terjadinya fenomena “gagal tumbuh” atau *growth faltering* mulai terjadi pada usia 4-6 bulan ketika bayi diberi makanan untuk pertama kali selain ASI dan memburuk hingga usia 18-24 bulan.

Berdasarkan hasil data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, masalah gizi di Indonesia disebabkan adanya masalah gizi kurang dan

gizi lebih pada balita yang masih memiliki presentase cukup tinggi yaitu 21,5% balita mengalami *stunting*, 15,9% balita mengalami *underweight*, 9,2% baduta mengalami *wasting*, dan 4,1% baduta mengalami *overweight*. Sementara itu di Provinsi Jawa Timur 17,7% balita mengalami *stunting*, 6,8% balita mengalami *wasting*, 13,3% balita mengalami *underweight*, dan 4,3% balita mengalami *overweight*. Di Kota Malang 17,3% balita mengalami *stunting*, 6% balita mengalami *wasting*, 13,4% mengalami *underweight*, dan 3,9% balita mengalami *overweight*.

Upaya pencegahan gizi buruk dimulai dengan pemberian pelatihan pada kader tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) melalui program puskesmas. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat serta upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan salah satu unit dibawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara umum, Mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif serta rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), ataupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) (Permenkes:75, 2014).

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) adalah salah satu program pemerintah yang bertujuan menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025. Program ini sejalan dengan target *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2, yaitu mengakhiri kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Praktik PMBA mencakup pemberian Air Susu Ibu (ASI) segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, pemberian ASI secara eksklusif hingga bayi berusia enam bulan, pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) mulai usia enam bulan hingga 24 bulan, serta melanjutkan pemberian ASI hingga anak berusia dua tahun atau lebih.

Berdasarkan data Riskesdas (2018), pemberian makan bayi dan anak (PMBA) di Indonesia masih menghadapi tantangan signifikan. Cakupan ASI eksklusif menurun dari 42,0% pada tahun 2013 menjadi 37,3% di tahun

2018, dengan 48,9% bayi berusia kurang dari 6 bulan sudah diberi makanan/minuman selain ASI dan 53,1% tidak mendapatkan ASI eksklusif. Status gizi balita menunjukkan prevalensi *stunting* sebesar 30,8%, *wasting* 10,2%, dan *underweight* 17,7%. Provinsi dengan masalah gizi tertinggi adalah NTT, Papua, dan Sulawesi Barat, yang disebabkan oleh rendahnya pengetahuan ibu tentang gizi, keterbatasan akses informasi, kondisi sosial ekonomi, dan faktor budaya dalam pemberian makan. Kondisi ini mendorong perlunya intervensi komprehensif melalui peningkatan edukasi PMBA, pendampingan berkelanjutan, perbaikan akses pangan bergizi, dan penguatan program kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia (2022), pemberian makan bayi dan anak (PMBA) masih menghadapi tantangan. Capaian ASI eksklusif nasional mencapai 65,6% dari target 80%, dengan status gizi balita menunjukkan *stunting* 21,6%, *wasting* 7,1%, dan *underweight* 13,6%. Di Kota Malang, indikator PMBA menampilkan gambaran lebih positif dengan cakupan ASI eksklusif 72,3%, pemberian MP-ASI tepat waktu 68,5%, dan status gizi balita normal mencapai 91,2%.

Permasalahan PMBA disebabkan oleh kompleksitas faktor, meliputi aspek individual, sosial-ekonomi, dan lingkungan. Pada level individual, ibu menghadapi kendala seperti kurangnya pengetahuan gizi, kesalahan persepsi pemberian makanan, dan keterbatasan waktu. Faktor sosial-ekonomi seperti rendahnya pendapatan keluarga, keterbatasan akses pangan bergizi, dan rendahnya pendidikan turut berkontribusi. Lingkungan yang kurang mendukung, termasuk minimnya dukungan keluarga dan budaya pemberian makanan yang tidak tepat, semakin memperumit persoalan.

Berbagai faktor berkontribusi terhadap permasalahan PMBA, mulai dari keterbatasan pengetahuan ibu, hambatan sosial-ekonomi, hingga kompleksitas praktik pemberian makan yang tepat. Rendahnya pemahaman tentang pentingnya nutrisi berkelanjutan, kesalahan persepsi dalam pemberian makanan, dan keterbatasan akses informasi gizi menjadi tantangan utama yang memerlukan intervensi sistematis dan berkelanjutan. Kader kesehatan memiliki peran penting pada pengetahuan dan

mendampingi masyarakat untuk mengoptimalkan praktik pemberian makan bayi dan anak.

Penyuluhan kader tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menjadi salah satu strategi kunci dalam upaya menurunkan angka malnutrisi dan meningkatkan kualitas kesehatan balita. Berbagai metode pendidikan dan pelatihan, seperti ceramah, diskusi, dan demonstrasi, telah diterapkan untuk meningkatkan pemahaman kader Posyandu.

Dengan demikian, dari latar belakang ini atas peneliti ingin mengetahui pengaruh pemberian penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang PMBA di Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang.

1.2 Perumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Apakah terdapat perubahan mengenai pengetahuan, sikap dan keterampilan kader setelah penyuluhan tentang pentingnya Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) di Posyandu di Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan sikap kader mengenai pentingnya Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mempelajari pengaruh ceramah tentang pengetahuan kader mengenai PMBA terhadap pengetahuan kader posyandu sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan di kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang.
- b. Mempelajari pengaruh diskusi tentang PMBA terhadap sikap kader posyandu sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan di kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang.

- c. Mempelajari perbedaan pengaruh demonstrasi PMBA terhadap keterampilan kader posyandu sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan di kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang.

1.3.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini penulis berharap dapat memberikan informasi bagaimana pentingnya kader dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap mengenai pengetahuan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) di posyandu Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang.

1.3.4 Bagi Institusi Pendidikan

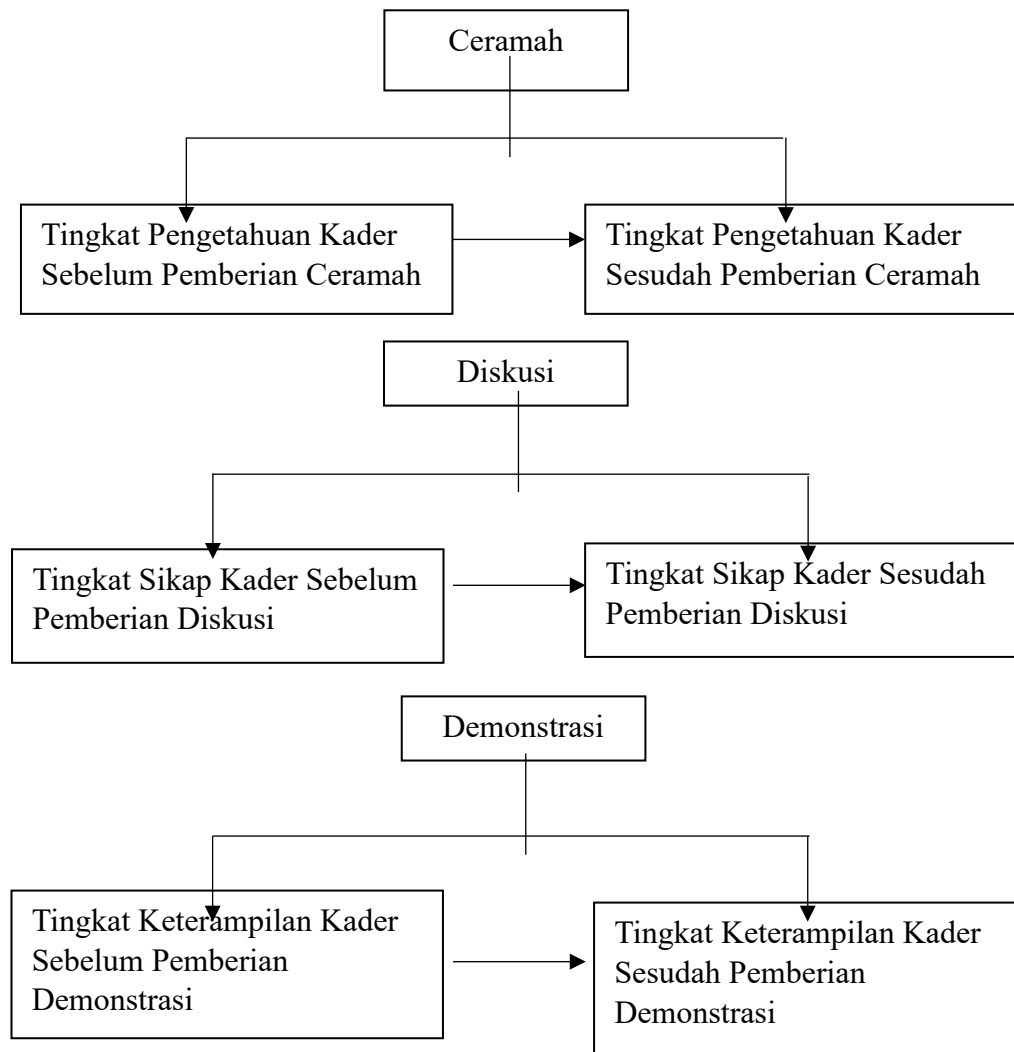
Untuk menambah wawasan dan pengetahuan dan sebagai sumber rujukan untuk sarana pembelajaran bagi mahasiswa Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Malang Mengenai penyuluhan kader mengenai Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.3.5 Bagi Institusi Kesehatan

Dapat menambah referensi untuk meningkatkan pelatihan-pelatihan untuk kader posyandu, sehingga kader posyandu Kelurahan Ciptomulyo dapat berperan maksimal untuk menyalurkan informasi pada ibu balita mengenai Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1.3 Kerangka Konsep

Untuk memahami arah dan fokus penelitian secara sistematis, diperlukan suatu kerangka konsep yang menggambarkan hubungan antarvariabel yang diteliti. Kerangka ini disusun berdasarkan landasan teori, hasil penelitian sebelumnya, serta permasalahan yang telah dirumuskan. Dengan kerangka konsep ini, diharapkan penelitian memiliki pijakan yang kuat dalam mengkaji dan menganalisis fenomena yang menjadi objek kajian. Adapun kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut:



1.5 Hipotesis Penelitian

- a. Ada pengaruh pada tingkat pengetahuan kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan menggunakan ceramah.
- b. Ada pengaruh pada sikap kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menggunakan metode diskusi.
- c. Ada pengaruh pada keterampilan sikap kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menggunakan metode demonstrasi.

BAB II

TUNJAUAN PUSTAKA

2.1 Posyandu

2.1.1 Pengertian Posyandu

Pos Pelayanan Posyandu atau Posyandu ialah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, dan untuk masyarakat. Posyandu ialah suatu wadah pelayanan kesehatan dasar yang paling dekat dan mudah dijangkau oleh masyarakat, terutama ibu dan anak balita. Konsep dasar posyandu adalah memberikan pelayanan kesehatan primer secara komprehensif dan terintegrasi di tingkat komunitas terkecil.

Posyandu menyediakan berbagai layanan kesehatan dasar yang mencakup pemantauan pertumbuhan anak, imunisasi, pemberian vitamin, penimbangan bayi dan balita, serta penyuluhan kesehatan. Kegiatan ini dilakukan secara berkala dan rutin, biasanya sebulan sekali di setiap desa atau kelurahan. Melalui posyandu, masyarakat dapat memperoleh akses langsung terhadap pelayanan kesehatan dasar tanpa harus pergi ke puskesmas atau rumah sakit.

Posyandu memiliki peran strategis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak. Dengan pendekatan partisipatif dan berbasis masyarakat, posyandu mampu menjadi sarana edukasi dan promotif kesehatan yang efektif. Keberhasilan posyandu sangat tergantung pada peran aktif kader kesehatan dan dukungan penuh dari masyarakat setempat dalam menjalankan program-program kesehatan yang direncanakan.

2.1.2 Tempat Penyelenggaraan

Tempat penyelenggaraan posyandu umumnya dipilih di lokasi yang strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat setempat. Biasanya, tempat

tersebut berada di lingkungan permukiman penduduk, seperti balai desa, rumah warga yang memadai, atau bangunan komunal lainnya yang representatif. Kriteria utama pemilihan lokasi adalah aksesibilitas, kenyamanan, keamanan, dan kedekatan dengan wilayah tempat tinggal masyarakat yang akan dilayani.

Persyaratan tempat penyelenggaraan posyandu meliputi beberapa hal penting. Ruang harus memiliki ventilasi udara yang baik, pencahayaan memadai, dan ruang yang cukup luas untuk menampung kegiatan pemeriksaan kesehatan. Selain itu, tempat tersebut harus bersih, terhindar dari debu, dan memenuhi standar kesehatan minimal. Pertimbangan lain adalah kemudahan akses bagi ibu hamil, balita, dan lansia yang menjadi sasaran utama pelayanan posyandu.

Variasi tempat penyelenggaraan posyandu dapat berbeda-beda di setiap daerah tergantung pada kondisi geografis dan sosial masyarakat setempat. Pada daerah perkotaan, posyandu mungkin diselenggarakan di gedung serba guna atau balai RW, sementara pada daerah pedesaan bisa menggunakan rumah kepala desa atau rumah kader kesehatan yang memenuhi syarat. Hal terpenting adalah tempat tersebut dapat menciptakan suasana nyaman dan aman bagi masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan.

2.1.3 Penyelenggara Posyandu

Penyelenggara posyandu adalah kader kesehatan masyarakat yang dipilih secara sukarela dari dalam komunitas itu sendiri. Mereka adalah warga setempat yang memiliki kepedulian tinggi terhadap kesehatan dan bersedia memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa mengharapkan imbalan materi. Kader posyandu umumnya berasal dari berbagai latar belakang, seperti ibu rumah tangga, tokoh masyarakat, atau warga yang memiliki minat di bidang kesehatan.

Proses pembinaan kader posyandu dilakukan secara berkala melalui pelatihan yang diselenggarakan oleh puskesmas atau dinas kesehatan

setempat. Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan dan pengetahuan kader dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar. Materi pelatihan mencakup keterampilan teknis seperti penimbangan bayi, pencatatan dan pelaporan, serta keterampilan komunikasi dan konseling kesehatan. Dengan demikian, kader posyandu diharapkan mampu menjalankan tugas dengan profesional dan kompeten.

Peran kader posyandu sangat strategis dalam keberhasilan program kesehatan masyarakat. Mereka tidak sekadar melakukan pelayanan teknis, tetapi juga berperan sebagai motivator, edukator, dan penghubung antara masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan resmi. Kader posyandu bertanggung jawab melakukan pendataan warga, mengajak masyarakat untuk berpartisipasi aktif, serta melakukan pemantauan kesehatan secara berkala. Dedikasi dan semangat mereka menjadi kunci utama keberlangsungan dan keberhasilan posyandu di tingkat komunitas.

Berdasarkan Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu (2011), kegiatan rutin Posyandu dilaksanakan oleh para kader dengan dukungan bimbingan teknis dari Puskesmas dan sektor terkait. Dalam pelaksanaannya, jumlah kader yang diperlukan saat kegiatan Posyandu minimal lima orang.

Jumlah kader ini sesuai dengan lima langkah kegiatan yang dilakukan di Posyandu yaitu pendaftaran, penimbangan, pengisian KMS, penyuluhan, dan pelayanan kesehatan. Setiap langkah mencakup kegiatan yang spesifik, yang penanggung jawab pelaksanaannya dapat dijelaskan secara sederhana seperti berikut:

Tabel 1. Tugas kader posyandu

Langkah	Kegiatan	Pelaksana
Pertama	Pendaftaran	Kader
Kedua	Penimbangan	Kader
Ketiga	Pengisian KMS	Kader

Keempat	Penyuluhan	Kader
Kelima	Pelayanan Kesehatan	Kader atau Kader bersama petugas kesehatan

2.1.4 Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan posyandu umumnya dilakukan secara berkala, dengan frekuensi paling umum adalah sebulan sekali. Jadwal pelaksanaan biasanya ditetapkan pada hari dan minggu tertentu yang disepakati bersama masyarakat, misalnya setiap minggu pertama atau minggu kedua di bulan berjalan. Penetapan waktu mempertimbangkan kondisi dan kebiasaan setempat, serta disesuaikan dengan kesibukan warga agar memudahkan partisipasi masyarakat (Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, 2011).

Durasi pelaksanaan posyandu relatif singkat, berkisar antara 2-3 jam pada pagi atau siang hari. Waktu ini dipilih dengan mempertimbangkan kondisi cuaca, aktivitas masyarakat, dan kemudahan akses. Beberapa posyandu menyesuaikan jadwal dengan kondisi setempat, misalnya pada hari pasar atau hari libur kerja, sehingga memaksimalkan kesempatan masyarakat untuk mengikuti kegiatan. Fleksibilitas waktu pelaksanaan menjadi salah satu strategi untuk meningkatkan partisipasi masyarakat.

2.1.5 Tujuan Pelaksanaan

Tujuan utama pelaksanaan posyandu adalah meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat, khususnya ibu dan anak, melalui pemberian pelayanan kesehatan dasar yang komprehensif dan berkualitas. Menurut bagian Kependudukan Biostatistik FKM USU (2008), dposyandu bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi, ibu hamil, ibu melahirkan dan nifas, membudayakan Norma Keluarga Berencana dan Sejahtera (NKBS), meningkatkan peran masyarakat untuk mengembangkan

kegiatan KB serta kegiatan kesehatan lainnya. Memantau pertumbuhan dan perkembangan anak, memberikan edukasi kesehatan yang berkelanjutan kepada masyarakat. Dengan demikian, posyandu menjadi garda terdepan dalam upaya pencegahan dan promotif kesehatan di tingkat komunitas.

Secara lebih spesifik, tujuan posyandu meliputi pelaksanaan kegiatan seperti penimbangan balita, pemberian imunisasi, pemberian makanan tambahan, pemantauan pertumbuhan anak, dan konseling kesehatan ibu. Melalui kegiatan-kegiatan ini, posyandu berupaya untuk mendeteksi sedini mungkin gangguan kesehatan, malnutrisi, dan permasalahan tumbuh kembang anak. Selain itu, posyandu juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatan keluarga.

Tujuan jangka panjang posyandu adalah memberdayakan masyarakat agar mampu mandiri dalam mengelola kesehatan mereka sendiri. Melalui proses edukasi dan partisipasi aktif, posyandu ingin mengubah pola pikir dan perilaku masyarakat menjadi lebih proaktif dalam upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan. Dengan demikian, posyandu tidak sekadar menjadi tempat pelayanan kesehatan, melainkan juga wadah pemberdayaan dan pengembangan kapasitas masyarakat dalam bidang kesehatan.

2.1.6 Tata cara Penyelenggaraan

Tata cara penyelenggaraan posyandu dimulai dengan persiapan yang matang, termasuk koordinasi antara kader kesehatan, petugas puskesmas, dan tokoh masyarakat. Sebelum pelaksanaan, dilakukan sosialisasi jadwal dan jenis layanan yang akan diberikan. Kader mempersiapkan peralatan dan administrasi yang diperlukan, seperti kartu menuju sehat (KMS), alat ukur dan timbangan, serta formulir pencatatan data kesehatan.

Pada saat pelaksanaan, masyarakat yang datang akan melalui beberapa tahapan pelayanan. Pertama, pendaftaran dan pengisian formulir. Kedua, penimbangan berat badan untuk balita dan ibu hamil. Ketiga,

pengukuran tinggi badan dan lingkaran lengan. Keempat, pemberian imunisasi sesuai jadwal. Kelima, pemberian vitamin dan suplemen. Keenam, konseling dan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh kader atau petugas kesehatan.

Tahap akhir penyelenggaraan posyandu adalah pencatatan dan pelaporan. Data yang telah dikumpulkan kemudian direkap dan dilaporkan ke puskesmas setempat. Hasil kegiatan dianalisis untuk mengetahui perkembangan kesehatan masyarakat, deteksi dini masalah kesehatan, dan sebagai bahan evaluasi program selanjutnya. Proses dokumentasi dan pelaporan ini penting untuk menjaga kontinuitas dan kualitas pelayanan kesehatan di posyandu.

2.1.7 Definisi Kinerja Posyandu

Kinerja posyandu dapat didefinisikan sebagai ukuran keberhasilan dan efektivitas penyelenggaraan pos pelayanan terpadu dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini mencakup penilaian terhadap kualitas pelayanan, cakupan kegiatan, ketepatan waktu, serta dampak yang dihasilkan dari serangkaian kegiatan posyandu. Definisi kinerja tidak hanya terbatas pada aspek kuantitatif, namun juga mempertimbangkan aspek kualitatif pelayanan.

Secara konseptual, kinerja posyandu diukur melalui berbagai indikator yang menggambarkan kemampuan posyandu dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas. Indikator tersebut meliputi tingkat kehadiran masyarakat, cakupan pelayanan kesehatan, ketepatan pemberian layanan, serta kemampuan kader dalam menjalankan tugas dan fungsinya. Kinerja posyandu juga dinilai dari perspektif kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan.

Definisi kinerja posyandu tidak hanya sekadar mengukur output, tetapi juga outcome dan dampak jangka panjang. Ini berarti penilaian kinerja mempertimbangkan sejauhmana posyandu mampu memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, menurunkan

angka kematian ibu dan anak, serta mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Dengan demikian, definisi kinerja posyandu bersifat holistik dan berkelanjutan.

Berikut adalah tata cara pelaksanaan kegiatan di Posyandu:

1. Meja 1 Pendaftaran

Pendaftaran menjadi tanggung jawab kader bagian pencatatan. Kegiatan ini mencakup pencatatan nama, memastikan ibu membawa Kartu Menuju Sehat (KMS), serta melakukan pendataan berdasarkan alamat ibu bayi atau balita yang hadir.

2. Meja 2 Penimbangan

Pada tahap penimbangan data yang dicatat meliputi berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan lingkaran kepala bayi atau balita.

3. Meja 3 Pengisian KMS

Pada langkah pengisian KMS diisi berdasarkan data hasil penimbangan. Selain itu, kader memantau pertumbuhan anak sesuai standar WHO, mencatat status kesehatan anak, serta memberikan informasi terkait tumbuh kembang anak.

4. Meja 4 Penyuluhan dan Pelayanan Gizi

Tahap penyuluhan dan pelayanan gizi, kader posyandu yang telah terlatih memberikan edukasi dan informasi sesuai kondisi kesehatan individu, terutama terkait asupan gizi yang diperlukan.

5. Meja 5 Pelayanan Kesehatan

Pada tahap pelayanan kesehatan, meliputi pemberian imunisasi, vitamin A, obat cacing, pengobatan, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), dan layanan lainnya. Tahap ini dilakukan oleh petugas medis atau bidan.

2.1.8 Penilaian Kinerja Posyandu

Penilaian kinerja posyandu dilakukan melalui serangkaian metode dan instrumen pengukuran yang komprehensif. Kriteria penilaian mencakup aspek kuantitatif seperti cakupan pelayanan, jumlah kunjungan, dan

keberhasilan program, serta aspek kualitatif yang meliputi kualitas pelayanan, kompetensi kader, dan kepuasan masyarakat. Instrumen penilaian biasanya dikembangkan oleh dinas kesehatan dengan mempertimbangkan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan.

Metode penilaian kinerja posyandu dapat dilakukan melalui beberapa pendekatan, diantaranya adalah survei langsung, wawancara dengan masyarakat, observasi kegiatan, dan analisis dokumen serta laporan posyandu. Penilaian dilakukan secara berkala, misalnya setiap enam bulan atau satu tahun sekali. Kriteria penilaian meliputi kelengkapan administrasi, ketepatan pelaksanaan kegiatan, kualitas pencatatan dan pelaporan, serta dampak program terhadap kesehatan masyarakat.

Hasil penilaian kinerja posyandu digunakan sebagai dasar untuk perbaikan berkelanjutan dan pengembangan kapasitas posyandu. Penilaian tidak hanya berfungsi sebagai alat evaluasi, tetapi juga sebagai instrumen untuk meningkatkan kualitas pelayanan, memotivasi kader, dan mendorong partisipasi masyarakat. Melalui penilaian kinerja yang komprehensif, posyandu dapat terus menerus meningkatkan efektivitas dan relevansinya dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat.

Perkembangan tiap posyandu tidaklah seragam, sehingga pembinaan yang dilakukan untuk setiap posyandu harus disesuaikan dengan kondisi masing-masing. Untuk menilai tingkat perkembangan posyandu, digunakan metode dan alat analisis yang dikenal sebagai Telaah Kemandirian Posyandu. Telaah ini bertujuan mengidentifikasi tingkat perkembangan posyandu, yang umumnya dikelompokkan ke dalam empat tingkat, sebagai berikut:

1. Posyandu Pratama

Posyandu Pratama merupakan posyandu yang masih belum stabil, ditandai dengan kegiatan bulanan yang belum rutin terlaksana serta jumlah kader yang kurang dari lima orang. Keterbatasan kader dan kurangnya kesiapan masyarakat sering menjadi alasan tidak terlaksananya kegiatan rutin. Untuk meningkatkan status posyandu,

diperlukan upaya memotivasi masyarakat dan menambah jumlah kader.

2. Posyandu Madya

Posyandu Madya adalah posyandu yang mampu melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali dalam setahun dengan jumlah kader rata-rata lima orang atau lebih. Namun, cakupan lima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu di bawah 50%.

3. Posyandu Purnama

Posyandu Purnama telah melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali dalam setahun dengan jumlah kader rata-rata lima orang atau lebih. Cakupan lima kegiatan utamanya mencapai lebih dari 50%, dan posyandu ini juga mulai menyelenggarakan program tambahan. Selain itu, Posyandu Purnama memperoleh sumber pendanaan dari dana sehat yang dikelola masyarakat, meskipun pesertanya masih terbatas, yaitu kurang dari 50% rumah tangga (KK) di wilayah kerjanya.

4. Posyandu Mandiri

Posyandu Mandiri adalah posyandu yang telah melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali dalam setahun dengan rata-rata jumlah kader lima orang atau lebih. Cakupan lima kegiatan utamanya lebih dari 50%, dan posyandu ini mampu menyelenggarakan program tambahan. Selain itu, Posyandu Mandiri telah memperoleh pendanaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat dengan tingkat partisipasi lebih dari 50% rumah tangga (KK) di wilayah kerjanya.

Untuk menilai tingkat perkembangan posyandu, ditetapkan sejumlah indikator yang berfungsi sebagai alat evaluasi dan penentu tingkatan perkembangan posyandu. Indikator-indikator ini secara sederhana dapat dirinci sebagai berikut:

Tabel 2. Indikator Keberhasilan Posyandu

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Frekuensi penimbangan	<8	>8	>8	>8
2.	Rerata kader bertugas	<5	≥5	≥5	≥5
3.	Rerata cakupan D/S	<50%	<50%	≥50%	≥50%
4.	Cakupan kumulatif KIA	<50%	<50%	≥50%	≥50%
5.	Cakupan kumulatif KB	<50%	<50%	≥50%	≥50%
6.	Cakupan kumulatif imunisasi	<50%	<50%	≥50%	≥50%
7.	Program tambahan	-	-	+	+
8.	Cakupan dana sehat	<50%	<50%	<50%	≥50%

Keberhasilan posyandu diukur melalui cakupan SKDN, yang mencakup:

S: Jumlah seluruh balita di wilayah kerja Posyandu.

K: Jumlah balita yang terdaftar dan memiliki KMS.

D: Jumlah balita yang hadir dan ditimbang.

N: Jumlah balita yang berat badannya meningkat.

Berikut adalah indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan:

1. **Cakupan Program (K/S)**

Mengukur persentase balita yang memiliki KMS dibandingkan dengan jumlah total balita di wilayah kerja Posyandu. Berikut rumus cakupan program:

$$Cakupan\ program = \frac{S}{K} \times 100\%$$

2. **Tingkat Kelangsungan Penimbangan (D/K)**

Mengukur persentase balita yang hadir dan ditimbang dibandingkan dengan jumlah balita yang memiliki KMS. Berikut merupakan rumus Tingkat Kelangsungan Penimbangan:

$$\text{Tingkat Kelangsungan Penimbangan} = \frac{K}{D} \times 100\%$$

3. Dampak Program (N/D)

Mengukur persentase balita yang berat badannya naik dibandingkan dengan balita yang hadir dan ditimbang. Berikut merupakan rumus Dampak Program:

$$\text{Dampak program} = \frac{N}{D} \times 100\%$$

4. Tingkat Pencapaian Program (N/S)

Mengukur persentase balita yang berat badannya naik dibandingkan dengan total balita di wilayah kerja posyandu. Berikut merupakan rumus tingkat pencapaian program:

$$\text{Tingkat Pencapaian Program} = \frac{N}{S} \times 100\%$$

5. Partisipasi Masyarakat (D/S)

Mengukur tingkat partisipasi masyarakat berdasarkan jumlah balita yang hadir dan ditimbang dibandingkan dengan total balita di wilayah kerja posyandu. Berikut merupakan rumus partisipasi masyarakat:

$$\text{Partisipasi Masyarakat} = \frac{D}{S} \times 100\%$$

Jenis indikator yang digunakan disesuaikan dengan prioritas program di setiap wilayah Posyandu. Indikator cakupan program menjadi kunci dalam menilai keberhasilan pelaksanaan kegiatan Posyandu.

1. Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Posyandu

Faktor yang memengaruhi kunjungan posyandu sangat beragam dan kompleks. Faktor utama adalah aksesibilitas atau kemudahan masyarakat untuk menjangkau lokasi posyandu. Selain itu, kualitas pelayanan, sikap ramah kader kesehatan, dan kepercayaan masyarakat terhadap manfaat posyandu menjadi determinan penting. Waktu pelaksanaan yang tidak sesuai dengan jadwal kerja atau kebiasaan masyarakat juga dapat menurunkan minat kunjungan.

Faktor sosial-budaya memainkan peran signifikan dalam mempengaruhi kunjungan posyandu. Tingkat pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan, serta kepercayaan atau mitos yang berkembang di masyarakat dapat menjadi hambatan atau pendorong partisipasi. Dukungan keluarga, peran tokoh masyarakat, dan sistem jejaring sosial turut menentukan minat masyarakat untuk mengunjungi posyandu. Komunikasi dan sosialisasi yang efektif dapat meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat.

Faktor ekonomi dan struktural juga berpengaruh terhadap kunjungan posyandu. Kemampuan ekonomi keluarga, biaya yang diperlukan untuk mengunjungi posyandu, serta kondisi pekerjaan orangtua menjadi pertimbangan penting. Selain itu, ketersediaan sumber daya, kualifikasi kader kesehatan, dukungan pemerintah daerah, dan kebijakan kesehatan yang mendukung turut mempengaruhi dinamika kunjungan posyandu. Pendekatan komprehensif yang mempertimbangkan berbagai faktor ini diperlukan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat.

2.2 Kader Posyandu

2.2.1 Pengertian Kader

Kader adalah individu sukarela yang dipilih dari dalam masyarakat untuk berperan aktif dalam berbagai kegiatan pembangunan sosial, khususnya di bidang kesehatan. Dalam konteks posyandu, kader merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di tingkat komunitas terkecil (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Mereka adalah warga masyarakat yang memiliki kepedulian tinggi dan bersedia mengabdikan diri untuk kepentingan kesehatan masyarakat di sekitarnya.

Secara etimologis, kata "kader" berasal dari bahasa Perancis "*cadre*" yang berarti kerangka atau tenaga inti. Dalam pemberdayaan masyarakat, kader dimaknai sebagai motor penggerak pembangunan yang berasal dari dan untuk masyarakat (Notoatmodjo, 2020). Mereka tidak dibayar secara profesional, melainkan didorong oleh semangat pengabdian dan keinginan

untuk memberdayakan komunitasnya sendiri melalui kegiatan-kegiatan yang bermanfaat.

Kader posyandu memiliki karakteristik unik sebagai perpanjangan tangan layanan kesehatan di tingkat basis. Mereka bukan tenaga kesehatan profesional, melainkan relawan yang mendapatkan pelatihan khusus untuk memberikan pelayanan dasar kesehatan (Mubarak & Chayatin, 2019). Posisi mereka sangat strategis karena mampu menjembatani komunikasi antara masyarakat dengan sistem kesehatan resmi, sekaligus menjadi perpanjangan edukasi kesehatan di tingkat komunitas.

Kemampuan seorang kader tidak sekadar ditentukan oleh latar belakang pendidikan formal, melainkan lebih kepada komitmen, semangat pengabdian, dan kemampuan berkomunikasi dengan masyarakat (Widodo, 2017). Mereka menjadi perpanjangan sistem kesehatan yang paling dekat dan dapat dipercaya oleh masyarakat setempat. Keberadaan kader membantu mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang selama ini mungkin sulit mengakses fasilitas kesehatan formal.

Proses menjadi kader pada dasarnya adalah proses pemberdayaan masyarakat. Melalui pelatihan dan pendampingan berkelanjutan, para kader dikembangkan kemampuannya untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar, melakukan pencatatan dan pelaporan, serta memahami berbagai persoalan kesehatan di lingkungannya (Ismail et al., 2018). Mereka bukan sekadar pelaksana teknis, tetapi juga agen perubahan sosial yang mampu meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.

Seseorang dapat diangkat menjadi kader posyandu apabila memenuhi sejumlah persyaratan berikut:

1. Memiliki kemampuan membaca dan menulis.
2. Berjiwa sosial serta bersedia bekerja secara sukarela.
3. Memahami adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Memiliki waktu luang yang memadai untuk menjalankan tugas.
5. Tinggal di wilayah kerja posyandu.

6. Berkepribadian ramah dan simpatik.
7. Bersedia mengikuti pelatihan yang diperlukan sebelum bertugas sebagai kader posyandu.

Menurut Depkes (2006), seorang kader pelaksana UPGK (Upaya Perbaikan Gizi Keluarga) adalah anggota masyarakat yang bersedia:

1. Bekerja dengan sukarela.
2. Melaksanakan berbagai kegiatan UPGK.
3. Menggerakkan masyarakat untuk turut serta dalam kegiatan UPGK.

2.2.2 Kriteria Kader Posyandu

Kriteria pertama untuk menjadi kader posyandu adalah berasal dari masyarakat setempat dan bertempat tinggal di wilayah yang akan dilayani. Seseorang dipilih menjadi kader biasanya berdasarkan rekomendasi tokoh masyarakat, memiliki kepedulian sosial tinggi, serta memiliki kemampuan berkomunikasi dengan baik (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Usia produktif (20-45 tahun) menjadi pertimbangan utama dalam pemilihan kader.

Persyaratan fisik dan mental juga menjadi kriteria penting. Calon kader harus sehat jasmani dan rohani, memiliki stamina yang baik, serta memiliki kesediaan untuk mengikuti pelatihan secara berkala (Notoatmodjo, 2020). Kemampuan membaca, menulis, dan berhitung menjadi prasyarat mutlak mengingat mereka akan melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan kesehatan. Pendidikan minimal lulusan SMA/ sederajat umumnya menjadi pertimbangan dalam pemilihan kader.

Kriteria selanjutnya adalah memiliki motivasi dan dedikasi tinggi untuk mengabdikan kepada masyarakat (Mubarak & Chayatin, 2019). Calon kader harus bersedia bekerja secara sukarela tanpa mengharapkan imbalan materi. Mereka harus memiliki jiwa sosial yang tinggi, sabar dalam berkomunikasi, dan mampu menjadi teladan di lingkungannya. Kemampuan untuk menjaga kepercayaan masyarakat dan menjaga rahasia kesehatan menjadi kriteria yang sangat penting.

Aspek keterampilan komunikasi menjadi kriteria kritis dalam pemilihan kader posyandu (Widodo, 2017). Mereka harus mampu berkomunikasi dengan berbagai kalangan, mulai dari ibu hamil, balita, hingga lansia. Kemampuan mendengarkan, memberikan pengertian, dan memotivasi masyarakat untuk peduli terhadap kesehatan menjadi modal utama. Kader juga dituntut untuk dapat menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh masyarakat setempat.

Komitmen untuk terus belajar dan mengembangkan diri menjadi kriteria penting lainnya (Ismail dkk, 2018). Calon kader harus bersedia mengikuti pelatihan berkala, mau menerima masukan dan pengembangan kapasitas, serta memiliki rasa ingin tahu yang tinggi terhadap perkembangan ilmu kesehatan. Mereka harus responsif terhadap perubahan dan mampu beradaptasi dengan berbagai situasi yang ada di masyarakat.

2.2.3 Peran dan Tugas Kader Posyandu

Peran utama kader posyandu adalah sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di tingkat komunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Mereka berperan strategis dalam mendekatkan akses kesehatan kepada masyarakat, khususnya ibu dan anak. Kader menjadi perpanjangan tangan dari sistem kesehatan resmi, sekaligus menjadi jembatan komunikasi antara masyarakat dengan petugas kesehatan profesional. Mereka bertugas melakukan pelayanan kesehatan dasar, pendataan, dan pemberdayaan masyarakat.

Tugas pokok kader posyandu meliputi beberapa kegiatan utama (Notoatmodjo, 2020). Pertama, melakukan penimbangan balita dan ibu hamil secara berkala. Kedua, mencatat dan memantau pertumbuhan anak melalui Kartu Menuju Sehat (KMS). Ketiga, memberikan penyuluhan kesehatan tentang gizi, kesehatan ibu dan anak, serta berbagai informasi kesehatan lainnya. Keempat, membantu pelaksanaan imunisasi dan pemberian vitamin atau suplemen gizi.

Peran edukatif kader sangat penting dalam meningkatkan kesadaran kesehatan masyarakat (Mubarak & Chayatin, 2019). Mereka bertugas melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan, mengedukasi masyarakat tentang pola hidup sehat, gizi seimbang, dan pencegahan berbagai penyakit. Kader posyandu menjadi sumber informasi terpercaya di tingkat komunitas, mampu menjelaskan berbagai hal terkait kesehatan dengan bahasa yang mudah dipahami masyarakat.

Tugas administratif kader tidak kalah pentingnya (Widodo, 2017). Mereka bertanggung jawab melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan posyandu, membuat laporan bulanan, serta melakukan pendataan warga yang menjadi sasaran pelayanan. Kader harus mampu menggunakan berbagai formulir pendataan, mencatat perkembangan kesehatan, serta membuat laporan yang akurat dan tepat waktu kepada puskesmas atau instansi terkait.

Peran sosial kader posyandu meliputi kemampuan mereka untuk memotivasi dan menggerakkan partisipasi masyarakat (Ismail dkk, 2018). Mereka bertugas mengajak warga untuk aktif dalam kegiatan posyandu, mensosialisasikan program-program kesehatan, serta membangun kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Kader menjadi perpanjangan sistem kesehatan yang paling dekat dan dapat dipercaya oleh komunitas setempat.

Tugas terakhir yang tak kalah penting adalah peran kader dalam pemantauan dan pembinaan berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Mereka melakukan kunjungan rumah, memantau kondisi kesehatan warga yang membutuhkan perhatian khusus, serta memberikan pendampingan kepada keluarga yang memiliki balita atau ibu hamil. Kader berperan aktif dalam jejaring kesehatan masyarakat, menghubungkan warga dengan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap apabila diperlukan.

2.2.4 Peran dan Tugas Kader Posyandu dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Kader posyandu memiliki peran penting sebagai penggerak masyarakat dalam upaya meningkatkan kesadaran dan praktik hidup sehat. Peran mereka meliputi:

1. Mendorong Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
2. Mengamati dan melaporkan masalah kesehatan di desa.
3. Mendukung upaya penyehatan lingkungan.
4. Meningkatkan kesehatan ibu dan anak (KIA).
5. Mempromosikan pentingnya keluarga sadar gizi (Kadarzi).

Penyelenggaraan posyandu membutuhkan kontribusi banyak pihak. Kader posyandu memiliki tanggung jawab yang mencakup kegiatan sebelum, saat, dan setelah hari buka posyandu, serta tugas di luar jadwal pelayanan. Berikut rincian tugasnya:

A. Tugas Sebelum Hari Buka Posyandu

1. Menyebarluaskan informasi terkait jadwal hari buka posyandu kepada masyarakat melalui pertemuan warga.
2. Menyiapkan lokasi pelaksanaan posyandu.
3. Memastikan ketersediaan sarana posyandu.
4. Membagi tugas di antara para kader.
5. Berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan pihak terkait lainnya.
6. Menyiapkan bahan untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan penyuluhan.

B. Tugas pada Hari Buka Posyandu

1. Melakukan pendaftaran bagi pengunjung posyandu.
2. Menimbang balita dan ibu hamil yang hadir.
3. Mencatat hasil penimbangan di KMS, Buku KIA, serta buku register posyandu.

4. Melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) pada ibu hamil dan Wanita Usia Subur (WUS).
5. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan serta gizi sesuai hasil penimbangan, disertai pembagian PMT.
6. Mendukung petugas kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan dan KB sesuai kewenangan.
7. Bersama petugas kesehatan, melengkapi pencatatan, membahas hasil kegiatan, dan merencanakan tindak lanjut.

C. Tugas di Luar Jadwal Hari Buka Posyandu

1. Memutakhirkan data sasaran posyandu, termasuk ibu hamil, ibu menyusui, bayi, dan balita.
2. Membuat diagram batang SKDN untuk memantau jumlah balita di wilayah kerja, jumlah yang memiliki KMS, yang datang ke posyandu, serta yang mengalami kenaikan berat badan.
3. Melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang membutuhkan perhatian khusus, seperti:
 - Balita yang tidak hadir dua bulan berturut-turut.
 - Anak balita yang belum mendapatkan kapsul vitamin.
 - Balita dengan berat badan tidak naik atau berada di bawah garis merah (BGM) selama dua bulan berturut-turut.
 - Ibu hamil atau menyusui yang belum mendapatkan vitamin.
 - Sasaran yang dirujuk ke fasilitas kesehatan.
 - Balita dengan berat badan berlebih.
4. Mengajak sasaran untuk menghadiri posyandu pada hari buka.
5. Melakukan kunjungan ke tokoh masyarakat serta menghadiri pertemuan rutin dengan kelompok masyarakat atau organisasi keagamaan.

Dengan tugas dan tanggung jawab ini, kader posyandu memainkan peran strategis dalam mendukung peningkatan kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif, preventif, dan edukatif.

2.3 Konsep Dasar Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

2.3.1 Pengertian PMBA

Salah satu langkah untuk mencegah *stunting* adalah dengan meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pemberian makan bayi dan anak balita (PMBA), yang mencakup pemberian ASI eksklusif selama 0-6 bulan. Setelah itu, bayi mulai diperkenalkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sambil tetap memberikan ASI lanjutan hingga usia 2 tahun atau lebih. Pemberian MP-ASI mulai pada usia 6 bulan sangat penting, karena pada usia 6-11 bulan, kontribusi ASI dalam memenuhi kebutuhan gizi hanya mencapai dua per tiga, sedangkan sepertiganya harus dipenuhi melalui MP-ASI. Seiring bertambahnya usia, peran MP-ASI menjadi semakin krusial. Pada usia 12-23 bulan, dua per tiga dari kebutuhan gizi harus dipenuhi oleh MP-ASI (Mufida dkk., 2015).

Pemberian ASI eksklusif selama 0-6 bulan yang sangat dianjurkan karena ASI mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi selama periode tersebut. Pemberian ASI eksklusif juga memberikan perlindungan terhadap infeksi dan membantu membangun sistem kekebalan tubuh bayi.

Setelah usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) sambil tetap melanjutkan pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih. MP-ASI diperlukan untuk memenuhi kebutuhan gizi tambahan yang tidak lagi dapat dipenuhi sepenuhnya oleh ASI. Pengantarannya harus dilakukan dengan hati-hati, dimulai dengan tekstur yang halus dan secara bertahap ditingkatkan sesuai kemampuan makan bayi.

Pada usia 6-11 bulan, kontribusi ASI dalam memenuhi kebutuhan gizi anak hanya mencapai dua pertiga, sehingga sepertiganya harus dipenuhi melalui MP-ASI. Hal ini menunjukkan pentingnya kualitas dan kuantitas MP-ASI yang diberikan. MP-ASI yang kaya akan energi, protein, vitamin, dan mineral sangat diperlukan untuk mendukung pertumbuhan yang optimal pada fase ini.

Seiring bertambahnya usia anak, peran MP-ASI menjadi semakin penting. Pada usia 12-23 bulan, kebutuhan gizi anak semakin besar, dan dua per tiga dari kebutuhan tersebut harus dipenuhi oleh MP-ASI. Dengan demikian, orang tua perlu memastikan MP-ASI yang diberikan mengandung beragam jenis makanan yang bergizi seimbang agar dapat mendukung pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif anak secara optimal.

Dalam pemberian MP-ASI, penting untuk memperhatikan kuantitas dan kualitasnya agar memenuhi prinsip gizi seimbang, tidak hanya tinggi karbohidrat tetapi juga mencakup kebutuhan karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral. MP-ASI dapat berupa produk pabrikan atau berbasis pangan lokal. Keduanya dapat diberikan, namun MP-ASI berbasis pangan lokal lebih berkelanjutan karena memanfaatkan sumber pangan yang tersedia di masyarakat (Kemenkes RI, 2014).

Praktik PMBA berfokus pada dua aspek utama, antara lain:

1. Pemberian ASI Eksklusif

Bayi diberikan Air Susu Ibu (ASI) saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selama enam bulan pertama kehidupan. ASI eksklusif ini sangat penting karena mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh kembang optimal, sekaligus memberikan perlindungan terhadap penyakit melalui zat kekebalan yang ada di dalam ASI.

2. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Setelah bayi berusia enam bulan, ASI tetap diberikan, tetapi mulai ditambahkan dengan MPASI. MPASI harus memenuhi syarat kelengkapan gizi, cukup energi, protein, dan mikronutrien untuk mendukung kebutuhan tumbuh kembang bayi yang meningkat.

Dalam pelaksanaannya, PMBA didasarkan pada beberapa prinsip utama, yaitu:

1. Kesesuaian Usia dan Kebutuhan

PMBA harus disesuaikan dengan usia bayi dan anak, mulai dari ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan hingga makanan keluarga saat anak mendekati usia 2 tahun.

2. Kualitas dan Kuantitas yang Memadai

Makanan yang diberikan harus mengandung energi dan zat gizi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan anak, mencakup karbohidrat, protein, lemak, serta vitamin dan mineral.

3. Keamanan dan Kebersihan

Proses penyajian makanan harus memperhatikan aspek kebersihan untuk mencegah kontaminasi yang dapat menyebabkan penyakit infeksi.

4. Frekuensi dan Responsif

Pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal yang teratur, dan orang tua atau pengasuh memberikan respons terhadap tanda lapar atau kenyang pada anak.

PMBA merupakan salah satu intervensi penting dalam seribu hari pertama kehidupan anak, periode yang dikenal sebagai masa kritis untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal. Oleh karena itu, edukasi dan bimbingan mengenai praktik PMBA yang benar sangat diperlukan bagi orang tua dan pengasuh.

2.3.2 Tujuan PMBA

Tujuan utama dari program PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) adalah memastikan setiap anak mendapatkan nutrisi optimal yang mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Nutrisi yang memadai sejak dini sangat penting untuk menciptakan generasi yang sehat, cerdas, dan tangguh. Oleh karena itu, program ini menekankan pentingnya pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan dan makanan pendamping ASI yang tepat setelahnya.

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) juga untuk memastikan setiap bayi dan anak mendapatkan nutrisi yang optimal guna mendukung tumbuh kembangnya secara sehat dan seimbang. PMBA bertujuan mencegah masalah gizi seperti *stunting*, *wasting*, dan kekurangan mikronutrien yang dapat berdampak pada kualitas hidup anak di masa depan. Hal ini penting karena periode awal kehidupan, terutama dalam 1.000 hari pertama, merupakan masa kritis di mana pemberian makanan yang tepat sangat menentukan perkembangan fisik, mental, dan emosional anak. Dengan menyediakan pola makan yang sesuai usia dan kebutuhan gizi, PMBA membantu anak mencapai potensinya.

PMBA dirancang untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi dan anak balita. Salah satu caranya adalah dengan mempromosikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan. ASI adalah makanan terbaik untuk bayi karena mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan dan membantu meningkatkan daya tahan tubuh anak. Setelah enam bulan, PMBA melanjutkan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang berkualitas, sambil tetap memberikan ASI hingga usia dua tahun atau lebih. Langkah ini terbukti dapat meningkatkan ketahanan anak terhadap penyakit dan mendukung pertumbuhan optimal.

Selain itu, PMBA bertujuan untuk menciptakan kebiasaan makan yang sehat sejak dini. Dengan memberikan makanan yang seimbang, beragam, dan sesuai kebutuhan usia, anak-anak diajarkan pentingnya asupan gizi yang baik. Hal ini juga mengurangi risiko penyakit tidak menular di masa depan, seperti obesitas atau diabetes. Melalui edukasi kepada orang tua, PMBA berusaha mendorong pemahaman tentang pentingnya memilih bahan makanan berkualitas dan cara pengolahan yang benar untuk anak. Edukasi ini menjadi bagian integral dari program karena kebiasaan makan yang baik sering kali dimulai dari lingkungan keluarga.

Tujuan lain dari PMBA adalah memperkuat ikatan emosional antara ibu dan anak. Melalui pemberian ASI dan pemberian makan secara langsung, anak tidak hanya mendapatkan nutrisi yang diperlukan, tetapi juga merasa lebih

dekat dengan orang tua. Ikatan emosional ini memiliki peran penting dalam perkembangan psikososial anak, yang dapat memengaruhi kepercayaan diri dan kemampuan berinteraksi sosialnya di kemudian hari. Dengan begitu, PMBA tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga memperhatikan kesejahteraan emosional anak.

PMBA juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan masyarakat dalam hal pemberian makan bayi dan anak. Melalui penyuluhan, pelatihan, dan pendampingan, program ini membekali orang tua dan pengasuh dengan informasi tentang cara memberikan makanan bergizi secara praktis dan terjangkau. Hal ini sangat penting, terutama di daerah-daerah yang memiliki tingkat kesadaran rendah atau akses terbatas terhadap bahan makanan bergizi. Dengan keterlibatan masyarakat, tujuan PMBA dapat tercapai secara lebih luas dan berkelanjutan.

PMBA memainkan peran penting dalam mendukung pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada tujuan kedua, yaitu mengakhiri kelaparan dan segala bentuk malnutrisi. Dengan mengatasi *stunting* dan kekurangan gizi, program ini berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup generasi mendatang. Anak-anak yang tumbuh sehat memiliki peluang lebih besar untuk mencapai potensi mereka, baik secara akademik maupun dalam kehidupan sosial, sehingga dapat berkontribusi lebih besar pada pembangunan bangsa di masa depan.

Selain mendukung kesehatan anak, PMBA juga memiliki tujuan untuk meningkatkan peran keluarga dalam menjaga pola makan sehat. Orang tua, terutama ibu, diberdayakan untuk menjadi pengelola utama dalam memberikan makanan yang bergizi bagi anak. Dengan mengajarkan cara memilih bahan makanan lokal yang bernutrisi dan teknik memasak yang baik, PMBA membantu keluarga memanfaatkan sumber daya yang ada secara optimal. Hal ini tidak hanya mendukung kesehatan anak, tetapi juga membantu meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

Program PMBA dirancang untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak melalui praktik pemberian makan yang benar dan aman. Dengan

menerapkan panduan yang sesuai, program ini bertujuan untuk mengurangi risiko penyakit infeksi dan kekurangan gizi pada anak-anak. Hal ini menjadikan PMBA sebagai salah satu upaya penting dalam meningkatkan kesehatan anak.

Program PMBA juga untuk membiasakan perilaku makan sehat sejak dini. Hal ini dilakukan dengan memperkenalkan pola makan yang bervariasi dan bergizi seimbang, serta membangun kebiasaan makan yang positif. Dengan begitu, anak-anak diharapkan tumbuh menjadi individu yang sadar akan pentingnya pola makan sehat sepanjang hidup mereka.

2.3.3 Keunggulan PMBA

1. Optimalisasi Pertumbuhan Fisik

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat memiliki peran fundamental dalam mendukung pertumbuhan fisik optimal. Setiap tahapan pemberian makan dirancang secara spesifik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai usia perkembangan anak. Proses ini memastikan asupan gizi yang seimbang, mendukung pertumbuhan tulang, otot, dan organ-organ vital. Keseimbangan nutrisi yang komprehensif membantu anak mencapai potensi pertumbuhan maksimal, mencegah *stunting*, dan mendukung perkembangan postur tubuh yang ideal.

2. Peningkatan Sistem Kekebalan Tubuh

PMBA yang berkualitas secara signifikan meningkatkan sistem kekebalan tubuh anak. Melalui pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang kaya akan zat gizi, anak akan mendapatkan antibodi dan komponen imunologis penting. Nutrisi yang tepat membantu membentuk sel-sel kekebalan tubuh, meningkatkan produksi sel darah putih, dan melindungi anak dari berbagai penyakit infeksi. Proses ini membentuk fondasi pertahanan tubuh yang kuat sejak dini.

3. Pengembangan Kecerdasan Kognitif

Nutrisi yang diberikan secara tepat dan terencana memiliki korelasi langsung dengan perkembangan kecerdasan kognitif anak. Zat-zat gizi seperti omega-3, zat besi, dan protein berkualitas tinggi berperan penting dalam pembentukan sel-sel otak dan jaringan syaraf. PMBA yang komprehensif mendukung pembentukan koneksi syaraf, meningkatkan kapasitas memori, kemampuan belajar, dan kecerdasan intelektual anak.

4. Pembentukan Kebiasaan Makan Sehat

PMBA bukan sekadar memberikan nutrisi, melainkan juga membentuk kebiasaan makan sehat yang berkelanjutan. Melalui pendekatan yang tepat, anak diperkenalkan dengan berbagai jenis makanan bergizi, tekstur berbeda, dan rasa beragam. Proses ini membangun pola makan seimbang, meningkatkan keragaman diet, dan mencegah pemilahan makanan di kemudian hari. Kebiasaan makan sehat yang terbentuk sejak dini akan bertahan hingga dewasa.

5. Pencegahan Masalah Gizi

PMBA merupakan strategi preventif yang efektif dalam menanggulangi berbagai masalah gizi. Melalui pemantauan berkala, pengukuran antropometri, dan intervensi dini, risiko malnutrisi dapat diminimalisir. Pendekatan sistematis dalam pemberian makan membantu mendeteksi dan mengatasi potensi kekurangan gizi, kelebihan berat badan, serta gangguan pertumbuhan lainnya.

6. Dukungan Psikologis dan Emosional

Proses pemberian makan memiliki dimensi psikologis yang mendalam. PMBA yang tepat tidak hanya memenuhi kebutuhan fisik, tetapi juga mendukung ikatan emosional antara orangtua dan anak. Momen pemberian makan menjadi wahana komunikasi, ekspresi kasih sayang, dan pembentukan rasa aman. Interaksi positif selama proses makan berkontribusi pada perkembangan kesehatan mental dan sosial anak.

7. Adaptasi Budaya dan Lokal

PMBA modern memberikan fleksibilitas dalam mengintegrasikan praktik pemberian makan tradisional dengan pengetahuan gizi mutakhir. Pendekatan ini memungkinkan pemanfaatan bahan makanan lokal yang kaya nutrisi, mempertahankan kearifan budaya setempat sambil mengadopsi prinsip-prinsip gizi ilmiah. Strategi ini tidak hanya menjamin ketersediaan pangan, tetapi juga melestarikan warisan kuliner.

8. Keberlanjutan Ekonomi Keluarga

Implementasi PMBA yang tepat dapat memberikan manfaat ekonomis bagi keluarga. Dengan fokus pada pencegahan penyakit melalui nutrisi optimal, keluarga dapat mengurangi biaya kesehatan. ASI eksklusif dan MPASI berbasis bahan lokal lebih ekonomis dibandingkan produk impor atau suplemen mahal. Investasi dini dalam gizi anak berpotensi menurunkan risiko gangguan kesehatan di masa depan.

9. Pemberdayaan Komunitas

PMBA tidak sekadar intervensi individual, melainkan gerakan komunitas. Melalui edukasi, penyuluhan, dan pendampingan, pengetahuan gizi menyebar secara horizontal. Kader kesehatan, orangtua, dan masyarakat terlibat aktif dalam mendukung praktik pemberian makan yang berkualitas. Pendekatan komprehensif ini menciptakan ekosistem yang peduli dan bertanggung jawab terhadap gizi generasi mendatang.

2.3.4 Kelemahan PMBA

1. Keterbatasan Akses Informasi

Meskipun PMBA memiliki konsep yang komprehensif, masih terdapat kesenjangan informasi yang signifikan. Di wilayah pedesaan dan daerah terpencil, akses terhadap edukasi gizi sangat terbatas. Kurangnya penyuluhan, keterbatasan tenaga kesehatan, dan rendahnya literasi kesehatan menjadi hambatan utama. Orangtua seringkali hanya mengandalkan pengetahuan turun-temurun atau informasi tidak valid dari lingkungan sekitar.

2. Kendala Ekonomi

Implementasi PMBA ideal membutuhkan sumber daya ekonomi yang memadai. Tidak semua keluarga mampu mengakses bahan makanan berkualitas, suplemen gizi, atau mengikuti protokol pemberian makan yang direkomendasikan. Kemiskinan, keterbatasan penghasilan, dan mahalnya bahan bergizi berkualitas menjadi penghalang utama. Keluarga dengan kondisi ekonomi rendah seringkali terpaksa memilih alternatif makanan yang kurang optimal.

3. Konflik Budaya dan Tradisi

Praktik pemberian makan tradisional seringkali bertentangan dengan rekomendasi ilmiah terkini. Kepercayaan turun-temurun, mitos gizi, dan kebiasaan yang sudah mengakar menjadi tantangan tersendiri. Misalnya, pemberian makanan tambahan dini, penggunaan air gula, atau pembatasan jenis makanan tertentu yang tidak sesuai dengan standar gizi modern. Perubahan pola pikir membutuhkan waktu dan pendekatan persuasif.

4. Kompleksitas Informasi Gizi

Rekomendasi gizi berkembang pesat dan seringkali membingungkan. Orangtua dihadapkan pada berbagai teori, penelitian, dan panduan yang kadang saling bertentangan. Informasi dari media sosial, para influencer, dan sumber tidak kredibel dapat menimbulkan kebingungan. Kurangnya kemampuan membedakan informasi valid menyulitkan pengambilan keputusan tepat dalam pemberian makan.

5. Keterbatasan Tenaga Ahli

Jumlah tenaga ahli gizi dan konsultan pemberian makan bayi masih sangat terbatas. Rasio antara ahli gizi dan populasi yang membutuhkan tidak seimbang, terutama di daerah pedesaan. Kurangnya pendampingan profesional mengakibatkan banyak orangtua yang tidak mendapatkan bimbingan komprehensif dalam praktik PMBA.

6. Faktor Psikologis Orangtua

Tekanan sosial, kecemasan, dan ketidakpercayaan diri seringkali menghambat implementasi PMBA optimal. Orangtua, terutama ibu

baru, mengalami stres dan keraguan dalam menghadapi berbagai rekomendasi. Kekhawatiran berlebih tentang asupan gizi, pertumbuhan anak, dan komparasi dengan anak lain dapat mengganggu proses pemberian makan yang alamiah.

7. Keterbatasan Waktu dan Tenaga

Implementasi PMBA membutuhkan dedikasi waktu dan energi yang signifikan. Orang tua dengan pekerjaan padat, tunggal, atau memiliki multiple children seringkali kesulitan menerapkan protokol pemberian makan ideal. Persiapan makanan khusus, pemantauan berkala, dan pendokumentasian memerlukan komitmen tinggi yang tidak semua orang tua mampu penuhi.

8. Variasi Individual yang Kompleks

Setiap anak memiliki keunikan biologis, genetis, dan metabolisme berbeda. Pendekatan baku dalam PMBA tidak selalu cocok untuk semua anak. Alergi, intoleransi, kondisi medis khusus, dan variasi kebutuhan gizi individual memerlukan pendekatan personal yang kompleks dan membutuhkan pemantauan profesional berkelanjutan.

9. Risiko Overnutrisi dan Undernutrisi

Implementasi PMBA yang tidak tepat dapat berisiko menghasilkan kondisi gizi berlebih atau kurang. Kelebihan pemberian makanan berisiko obesitas, sementara pembatasan berlebih dapat menghambat pertumbuhan. Keseimbangan yang dinamis dan pemantauan berkala menjadi kunci, namun tidak selalu mudah dicapai oleh semua orang tua.

2.3.5 Jenis Jenis PMBA

Terdapat beberapa jenis pemberian makan bayi dan anak yang penting untuk dipahami. Pertama, ASI eksklusif merupakan jenis pemberian makan yang direkomendasikan untuk bayi usia 0-6 bulan. Air Susu Ibu (ASI) mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi pada enam bulan pertama kehidupannya. ASI mengandung antibodi, zat gizi, dan komponen penting lainnya yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal.

Kedua, makanan pendamping ASI (MPASI) mulai diperkenalkan pada usia 6 bulan. Jenis makanan ini bertujuan melengkapi kebutuhan gizi bayi yang sudah tidak dapat dipenuhi oleh ASI saja. MPASI dimulai dengan makanan lunak dan bernutrisi tinggi, seperti bubur tim, buah-buahan yang dihaluskan, dan sayuran. Proses introduksi MPASI harus dilakukan secara bertahap dan memperhatikan tanda-tanda kesiapan bayi menerima makanan padat.

Jenis pemberian makan ketiga adalah makanan keluarga yang disesuaikan dengan kebutuhan anak. Seiring bertambahnya usia, anak mulai dapat makan bersama keluarga dengan menu yang sama namun porsi dan tekstur yang disesuaikan. Penting untuk memperhatikan variasi makanan, memastikan asupan gizi seimbang, dan menghindarkan makanan yang dapat menimbulkan alergi atau tidak sesuai dengan kebutuhan gizi anak.

Keempat, pemberian makanan tambahan atau suplemen gizi dapat menjadi salah satu jenis pemberian makan yang diperlukan dalam kondisi tertentu. Hal ini biasanya dilakukan atas rekomendasi tenaga medis untuk mengatasi defisiensi gizi atau mendukung pertumbuhan anak yang memiliki kebutuhan khusus. Pemberian suplemen harus dilakukan dengan tepat dan tidak boleh menggantikan makanan bergizi.

Terakhir, pemberian makan untuk anak dengan kebutuhan khusus memerlukan pendekatan yang berbeda. Anak dengan kondisi tertentu seperti alergi, gangguan metabolisme, atau penyakit kronis membutuhkan perhatian khusus dalam hal pemberian makan. Konsultasi dengan ahli gizi atau dokter anak untuk merancang diet yang sesuai dengan kondisi spesifik anak diperlukan.

1. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah proses menyusui bayi segera setelah lahir, dalam waktu satu jam pertama. Bayi diletakkan di dada ibu untuk merasakan kehangatan tubuh dan memperkuat ikatan emosional. Secara alami, bayi akan mencari puting untuk menyusu, yang merangsang hormon prolaktin dan oksitosin guna mendukung produksi

ASI. Proses ini memungkinkan bayi menerima kolostrum, cairan kaya nutrisi dan antibodi, yang penting untuk melindungi bayi dari infeksi. IMD juga meningkatkan peluang keberhasilan ASI eksklusif dengan membantu bayi belajar menyusu dengan baik.

2. ASI Eksklusif Selama 6 Bulan

ASI eksklusif berarti memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain kepada bayi berusia 0–6 bulan. Pada usia ini, kebutuhan bayi dapat sepenuhnya dipenuhi oleh ASI tanpa perlu air putih atau makanan lain. Pemberian cairan lain dapat membuat bayi cepat kenyang, sehingga mengurangi frekuensi menyusu dan menurunkan produksi ASI. ASI eksklusif tidak hanya bermanfaat bagi bayi, tetapi juga bagi ibu, seperti menurunkan risiko kanker payudara, mempercepat pemulihan pasca melahirkan, dan memperkuat ikatan emosional ibu dan bayi.

3. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Setelah usia 6 bulan, bayi membutuhkan Makanan Pendamping ASI (MPASI) karena ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi seiring pertumbuhan dan perkembangan bayi. MPASI mendukung perkembangan seperti merangkak, berjalan, dan berbicara, dengan memenuhi kebutuhan gizi secara optimal.

Menurut Kementerian Kesehatan jenis makanan untuk MP-ASI yang sesuai dengan usianya dibagi menjadi 3 kategori, yaitu makanan lumat untuk usia anak 6 – 8 bulan, makanan cincang atau lunak untuk usia anak 9 – 11 bulan, dan makanan keluarga untuk usia 12 bulan keatas. Penentuan jenis makanan MP-ASI sesuai usia ditentukan karena adanya beberapa faktor, antara lain: kesiapan pencernaan anak yang berbeda-beda setiap usia, perkembangan motorik, kebutuhan nutrisi yang berbeda, dan mencegah resiko tersedak.

2.3.6 Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

1. PMT penyuluhan

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan merupakan program edukasi gizi yang terintegrasi dengan pemberian suplemen makanan, yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat melalui pendekatan pembelajaran dan praktik langsung. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani dkk. (2019) di Kabupaten Malang, program PMT Penyuluhan telah berhasil meningkatkan pengetahuan ibu tentang gizi seimbang sebesar 45% dan mengubah perilaku pemberian makan pada balita. Program ini menekankan pada aspek edukasi tentang cara memilih bahan makanan, mengolah makanan dengan benar, dan menyajikan makanan yang memenuhi standar gizi.

Implementasi PMT Penyuluhan di berbagai daerah di Indonesia telah menunjukkan hasil yang signifikan dalam menurunkan angka malnutrisi pada balita. Penelitian longitudinal yang dilakukan oleh Sulistyowati (2020) di Provinsi Jawa Tengah membuktikan bahwa program PMT Penyuluhan yang dilaksanakan secara konsisten selama 6 bulan mampu meningkatkan status gizi balita sebesar 32% dan menurunkan angka stunting sebesar 18%. Keberhasilan program ini tidak terlepas dari peran aktif kader kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam mengikuti kegiatan penyuluhan dan demonstrasi pengolahan makanan bergizi.

Aspek penting dalam PMT Penyuluhan adalah penggunaan bahan makanan lokal yang mudah didapat dan terjangkau oleh masyarakat. Menurut kajian (Widyastuti dkk.,2021), pemanfaatan bahan pangan lokal dalam program PMT Penyuluhan tidak hanya membantu meningkatkan status gizi masyarakat tetapi juga mendukung ketahanan pangan keluarga dan pemberdayaan ekonomi lokal. Program ini mengajarkan masyarakat untuk mengoptimalkan potensi pangan lokal dalam memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

Evaluasi program PMT Penyuluhan yang dilakukan oleh (Departemen Kesehatan RI, 2022) menunjukkan bahwa keberhasilan program ini sangat bergantung pada kontinuitas pelaksanaan dan dukungan dari berbagai pemangku kepentingan. Sistem monitoring dan evaluasi yang terstruktur

diperlukan untuk memastikan keberlanjutan program dan pencapaian target perbaikan status gizi masyarakat.

Dalam aspek kebijakan, PMT Penyuluhan telah menjadi bagian integral dari upaya pemerintah dalam menanggulangi masalah gizi di Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi menjadi landasan hukum pelaksanaan program ini di seluruh Indonesia.

2. PMT Pemulihan

PMT Pemulihan merupakan program intervensi gizi yang ditujukan khusus untuk individu atau kelompok yang mengalami masalah gizi atau berisiko malnutrisi. Rahman dkk. (2022) dalam penelitiannya di Provinsi Sulawesi Selatan menemukan bahwa program PMT Pemulihan yang diberikan selama 90 hari pada balita gizi buruk berhasil meningkatkan berat badan rata-rata sebesar 1,8 kg dan memperbaiki status gizi 78% balita yang menjadi subjek penelitian.

Program PMT Pemulihan memiliki karakteristik khusus dalam hal formulasi makanan yang diberikan. Penelitian Kusuma dkk. (2023) menunjukkan bahwa makanan tambahan yang diberikan dalam program PMT Pemulihan harus memenuhi standar kandungan gizi tertentu, yakni mengandung protein 15-20%, lemak 25-30%, dan karbohidrat 50-60% dari total kebutuhan energi. Formulasi ini disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan khusus kelompok sasaran.

Efektivitas program PMT Pemulihan juga dipengaruhi oleh faktor sosial-ekonomi keluarga. Studi yang dilakukan oleh Pratiwi dan Suhartono (2021) mengungkapkan bahwa keberhasilan program PMT Pemulihan memiliki korelasi positif dengan tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga. Hal ini menunjukkan pentingnya pendekatan holistik dalam pelaksanaan program PMT Pemulihan.

Monitoring dan evaluasi program PMT Pemulihan memerlukan sistem pencatatan dan pelaporan yang lebih detail dibandingkan PMT Penyuluhan.

Berdasarkan penelitian Hartono dkk. (2023), diperlukan pemantauan berkala terhadap indikator antropometri, asupan gizi, dan kondisi kesehatan penerima program untuk memastikan efektivitas intervensi.

Aspek penting lainnya dalam PMT Pemulihan adalah ketepatan sasaran dan waktu pemberian. Hasil penelitian terbaru dari Pusat Penelitian Gizi dan Makanan (2024) menekankan bahwa keberhasilan program PMT Pemulihan sangat bergantung pada identifikasi dini kasus malnutrisi dan intervensi yang tepat waktu.

2.4 Penyuluhan

2.4.1 Pengertian Penyuluhan

Penyuluhan merupakan suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk mengubah perilaku individu atau kelompok masyarakat agar memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang lebih baik. Dalam konteks kesehatan, penyuluhan adalah kegiatan komunikasi yang sistematis untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan, pencegahan penyakit, dan upaya-upaya peningkatan kualitas hidup. Proses ini melibatkan interaksi antara penyuluh (tenaga ahli) dengan masyarakat sebagai sasaran penyuluhan (Notoatmojo, 2012).

Secara konseptual, penyuluhan merupakan salah satu strategi pendidikan yang bersifat non-formal dan partisipatif. Tujuannya tidak sekadar memberikan informasi, tetapi lebih dalam lagi yaitu mengajak masyarakat untuk berperan aktif dalam proses perubahan perilaku. Metode penyuluhan dirancang untuk memberdayakan masyarakat agar memiliki kesadaran, kemampuan, dan motivasi untuk melakukan tindakan yang lebih baik berkaitan dengan kesehatan, pendidikan, atau aspek kehidupan lainnya.

Karakteristik utama penyuluhan adalah pendekatan yang bersifat dialogis dan partisipatif. Berbeda dengan metode ceramah searah, penyuluhan mendorong terjadinya komunikasi timbal balik antara penyuluh dan peserta. Melalui pendekatan ini, masyarakat tidak hanya menjadi objek pasif,

melainkan subjek aktif yang terlibat dalam proses pembelajaran. Hal ini memungkinkan terjadinya pertukaran informasi, pengalaman, dan pengetahuan yang lebih bermakna.

Penyuluhan memiliki landasan filosofis bahwa setiap individu memiliki potensi untuk berkembang dan mampu mengambil keputusan yang tepat jika diberi informasi dan pendampingan yang memadai. Pendekatan ini menghargai pengetahuan lokal, pengalaman, dan kearifan masyarakat. Oleh karena itu, materi dan metode penyuluhan harus disesuaikan dengan konteks sosial, budaya, dan kebutuhan spesifik kelompok masyarakat yang menjadi sasaran.

Dalam praktiknya, penyuluhan dapat dilaksanakan melalui berbagai media dan metode, seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, simulasi, dan penggunaan media audiovisual. Fleksibilitas metode ini memungkinkan penyuluh untuk memilih pendekatan yang paling sesuai dengan karakteristik kelompok sasaran, tingkat pendidikan, dan tujuan spesifik dari kegiatan penyuluhan yang dilakukan.

2.4.2 Tujuan Penyuluhan

Tujuan penyuluhan secara umum adalah mengubah perilaku masyarakat ke arah yang lebih positif dan produktif melalui proses pendidikan dan pemberdayaan. Dalam konteks kesehatan, tujuan ini memiliki dimensi yang lebih spesifik dan komprehensif. Pertama, penyuluhan bertujuan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang isu-isu tertentu, baik yang berkaitan dengan kesehatan, pendidikan, lingkungan, maupun aspek sosial lainnya.

Tujuan kedua adalah membentuk sikap dan kesadaran kritis masyarakat. Melalui penyuluhan, diharapkan masyarakat tidak sekadar menerima informasi, tetapi mampu menganalisis, mempertanyakan, dan mengembangkan pemahaman mendalam tentang suatu permasalahan. Proses ini mendorong masyarakat untuk tidak sekadar menjadi penerima pasif informasi, melainkan

subjek aktif yang mampu berpikir kritis dan membuat keputusan berdasarkan informasi yang valid.

Tujuan ketiga adalah mengembangkan keterampilan praktis yang dapat langsung diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Penyuluhan tidak hanya berhenti pada transfer pengetahuan, tetapi juga memberikan kemampuan konkret bagi masyarakat untuk melakukan tindakan nyata. Misalnya, dalam penyuluhan kesehatan, peserta tidak hanya memahami konsep hidup sehat, tetapi juga mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Tujuan keempat adalah memberdayakan masyarakat agar mampu mandiri dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya. Melalui penyuluhan, masyarakat dibekali dengan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang memungkinkan mereka untuk mengambil inisiatif, mencari solusi, dan mengelola sumber daya yang dimiliki. Proses pemberdayaan ini bertujuan mengurangi ketergantungan dan meningkatkan kapasitas masyarakat untuk berkembang secara mandiri.

Terakhir, penyuluhan bertujuan menciptakan perubahan sosial yang berkelanjutan. Dengan memberikan pemahaman komprehensif dan mendorong partisipasi aktif, penyuluhan diharapkan dapat menginisiasi perubahan struktur sosial, pola pikir, dan mekanisme problem solving dalam masyarakat. Tujuan jangka panjangnya adalah menciptakan masyarakat yang adaptif, responsif, dan proaktif dalam menghadapi berbagai tantangan yang berkembang.

2.4.3 Langkah Langkah Penyuluhan

Proses penyuluhan memiliki serangkaian langkah sistematis yang harus diikuti untuk memastikan efektivitas dan dampak yang optimal. Langkah pertama adalah tahap persiapan atau assessment. Pada tahap ini, penyuluh melakukan identifikasi dan analisis mendalam terhadap karakteristik kelompok sasaran. Hal ini mencakup pengumpulan data demografis, tingkat pendidikan, latar belakang sosial-budaya, dan kebutuhan spesifik masyarakat. Tujuannya adalah merancang strategi penyuluhan yang tepat dan sesuai dengan kondisi aktual kelompok sasaran.

Langkah kedua adalah perencanaan program penyuluhan. Berdasarkan hasil asesmen, penyuluh menyusun rencana kegiatan yang komprehensif. Hal ini meliputi penetapan tujuan spesifik, materi yang akan disampaikan, metode dan media yang akan digunakan, serta indikator keberhasilan. Perencanaan harus bersifat fleksibel dan partisipatif, melibatkan wakil dari kelompok sasaran dalam proses perancangan. Hal ini memastikan program yang disusun relevan dan sesuai dengan kebutuhan aktual masyarakat.

Tahap ketiga adalah implementasi atau pelaksanaan penyuluhan. Pada tahap ini, rencana yang telah disusun dijalankan dengan memperhatikan prinsip-prinsip komunikasi efektif. Penyuluh menggunakan berbagai metode dan media yang telah dirancang, seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, atau simulasi. Penting untuk menciptakan suasana yang kondusif, mendorong partisipasi aktif, dan memastikan terjadinya komunikasi dua arah antara penyuluh dan peserta.

Langkah keempat adalah evaluasi dan pemantauan. Setelah kegiatan penyuluhan dilaksanakan, dilakukan penilaian komprehensif terhadap keseluruhan proses dan hasil. Evaluasi tidak hanya berfokus pada aspek kognitif (pengetahuan) yang diperoleh peserta, tetapi juga perubahan sikap dan keterampilan. Metode evaluasi dapat mencakup *pre-test* dan *post-test*, observasi langsung, wawancara mendalam, atau pengumpulan data melalui instrumen khusus. Tujuannya adalah mengukur efektivitas program dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan.

Langkah terakhir adalah tindak lanjut. Berdasarkan hasil evaluasi, disusun rencana keberlanjutan program. Hal ini dapat berbentuk pendampingan lanjutan, pembentukan kelompok pendukung, atau intervensi tambahan yang diperlukan. Tindak lanjut penting untuk memastikan bahwa perubahan yang dicapai bersifat berkelanjutan dan tidak sekadar bersifat temporer. Proses ini juga memberikan kesempatan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan berkelanjutan terhadap strategi penyuluhan yang telah dilaksanakan.

2.4.4. Pendekatan Pembelajaran

Terdapat beberapa cara pendekatan pembelajaran, yang pertama yaitu pembelajaran partisipatif dalam penyuluhan untuk kader melibatkan mereka secara aktif dalam proses belajar. Dalam metode ini, kader tidak hanya menerima informasi, tetapi juga ikut serta dalam berbagi pengalaman dan pengetahuan dengan masyarakat. Kader membantu masyarakat menghubungkan apa yang mereka alami sehari-hari dengan informasi kesehatan yang diberikan. Pendekatan ini memungkinkan kader memahami masalah yang dihadapi masyarakat, sehingga mereka bisa memberikan solusi yang lebih tepat. Pembelajaran partisipatif juga mendorong kader untuk saling belajar dari satu sama lain, memperkuat kerjasama dalam meningkatkan kesehatan di komunitas. Dengan cara ini, kader merasa lebih terlibat dan lebih siap melaksanakan tugas mereka dengan baik.

Cara pendekatan pembelajaran yang kedua yaitu dengan demonstrasi langsung. Metode ini yang penting bagi kader untuk mengajarkan keterampilan praktis yang dibutuhkan dalam penyuluhan. Kader menunjukkan langkah-langkah yang benar dalam tugas-tugas mereka, seperti memantau pertumbuhan anak atau memberikan makan yang tepat pada bayi. Melalui demonstrasi ini, kader bisa memperlihatkan langsung bagaimana cara melakukannya dengan benar, membuat informasi lebih mudah dipahami. Peserta juga bisa mencoba langsung apa yang diajarkan untuk memastikan mereka paham. Demonstrasi langsung membantu kader untuk menjelaskan hal-hal yang sulit dijelaskan hanya dengan kata-kata. Dengan keterampilan ini, kader bisa memberikan edukasi yang lebih jelas dan bermanfaat bagi masyarakat.

Cara pendekatan pembelajaran yang selanjutnya yaitu dengan diskusi kelompok. Diskusi kelompok merupakan cara yang bagus untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman dalam kelompok. Dalam diskusi ini, kader berperan sebagai fasilitator yang membantu agar percakapan tetap fokus dan produktif. Kader bisa mendengarkan pengalaman masyarakat dan memberikan solusi untuk masalah yang mereka hadapi. Diskusi kelompok juga memberi kesempatan bagi peserta untuk berbagi ide dan mendapatkan informasi yang

lebih luas tentang praktik kesehatan yang baik. Dengan diskusi ini, kader bisa memberikan jawaban langsung atas pertanyaan atau masalah yang muncul. Selain itu, diskusi kelompok mempererat hubungan antara kader dan masyarakat, serta meningkatkan semangat bersama untuk menjalankan kesehatan yang lebih baik.

Cara pendekatan pembelajaran yang keempat yaitu dengan kunjungan rumah. Cara penyuluhan yang memungkinkan kader memberikan perhatian lebih terhadap keluarga. Dalam kunjungan ini, kader bisa melihat langsung kondisi keluarga dan memberikan saran yang lebih spesifik sesuai dengan kebutuhan mereka. Kader juga bisa memantau kesehatan anak atau memberi informasi tentang cara pemberian makan yang sehat. Selain itu, kunjungan rumah memungkinkan kader untuk mengidentifikasi masalah yang tidak terlihat dalam kegiatan posyandu atau diskusi kelompok, seperti kebiasaan makan yang kurang sehat di rumah. Kunjungan ini juga membantu membangun hubungan yang lebih dekat antara kader dan keluarga, sehingga masyarakat lebih nyaman dalam bertanya atau mencari bantuan. Dengan cara ini, kader bisa memberikan edukasi yang lebih sesuai dan membantu keluarga memperbaiki kebiasaan yang kurang sehat.

Cara pendekatan yang terakhir yaitu dengan media edukatif. Media edukatif merupakan alat yang membantu kader menyampaikan informasi dengan cara yang menarik dan mudah dipahami. Kader bisa menggunakan poster, video, buku panduan, atau aplikasi untuk menjelaskan topik kesehatan dengan cara visual yang lebih mudah dimengerti. Media ini sangat membantu untuk menjelaskan informasi yang kompleks, seperti pentingnya pemberian makan yang baik untuk anak atau cara memantau tumbuh kembang anak. Dengan media ini, kader bisa menjangkau lebih banyak orang, bahkan yang mungkin tidak bisa mengikuti penyuluhan langsung. Media edukatif juga memperkuat pesan yang sudah disampaikan di kegiatan lain, seperti diskusi atau demonstrasi, sehingga informasi lebih mudah diingat. Dengan menggunakan media edukatif, kader dapat memastikan bahwa pesan kesehatan sampai dengan jelas dan efektif kepada masyarakat.

2.4.5. Cara Memperoleh Pengetahuan

Pengetahuan merupakan konstruksi kompleks yang diperoleh manusia melalui berbagai metode dan pendekatan yang sistematis. Secara filosofis, proses memperoleh pengetahuan telah menjadi kajian fundamental dalam epistemologi sejak zaman Yunani kuno. Para filosof seperti Aristoteles, Plato, dan pemikir lainnya telah mengeksplorasi bagaimana manusia mampu membangun pemahaman tentang dunia di sekitarnya melalui berbagai cara yang beragam.

Metode empiris menjadi salah satu pendekatan utama dalam memperoleh pengetahuan. Melalui pengamatan langsung, eksperimen, dan penelitian, manusia dapat mengumpulkan data dan informasi yang dapat diuji kebenarannya. Metode ilmiah yang dikembangkan selama berabad-abad telah menjadi standar dalam proses akuisisi pengetahuan di berbagai bidang, mulai dari sains alam hingga ilmu sosial. Pengamatan sistematis, pengumpulan bukti, dan pengujian hipotesis menjadi langkah-langkah kunci dalam membangun pengetahuan yang objektif dan terverifikasi.

Pengalaman personal merupakan sumber pengetahuan yang tidak kalah pentingnya. Setiap individu mengembangkan pemahaman melalui interaksi langsung dengan lingkungan, peristiwa, dan situasi yang dialaminya. Proses belajar dari pengalaman mencakup refleksi, analisis, dan interpretasi terhadap berbagai kejadian yang dialami. Hal ini memungkinkan seseorang untuk membangun pengetahuan tacit, yaitu pengetahuan yang bersifat personal, kontekstual, dan sulit untuk dikomunikasikan secara eksplisit.

Pendidikan formal dan informal memberikan kontribusi signifikan dalam proses akuisisi pengetahuan. Lembaga pendidikan, mulai dari tingkat dasar hingga perguruan tinggi, merancang kurikulum yang sistematis untuk mentransfer pengetahuan dari generasi ke generasi. Di luar sistem pendidikan formal, pertukaran informasi melalui interaksi sosial, diskusi, dan sharing pengalaman juga menjadi sarana penting dalam memperoleh pengetahuan.

Media, teknologi informasi, dan platform digital saat ini semakin memperluas akses individu terhadap berbagai sumber pengetahuan.

Proses berpikir kritis dan analitis menjadi metode fundamental dalam memperoleh pengetahuan. Hal ini mencakup kemampuan untuk mempertanyakan, menganalisis, mengevaluasi, dan mensintesis informasi dari berbagai sumber. Individu yang mampu berpikir kritis tidak sekadar menerima informasi begitu saja, tetapi mampu melakukan penelusuran mendalam, membandingkan perspektif, dan menarik kesimpulan berdasarkan bukti yang valid. Kemampuan ini memungkinkan seseorang untuk membedakan antara pengetahuan yang berdasarkan fakta dan opini semata.

Teknologi dan *digital learning* saat ini telah merevolusi cara manusia memperoleh pengetahuan. *Platform online*, kursus daring, *webinar*, *podcast*, dan sumber belajar digital memberikan akses tak terbatas terhadap informasi dari seluruh dunia. Perpustakaan digital, jurnal akademis *online*, dan *platform* berbagi pengetahuan memungkinkan individu untuk mengakses materi pembelajaran dari berbagai disiplin ilmu tanpa batasan geografis. Kecakapan *digital literacy* menjadi keterampilan kunci dalam menavigasi dan memfilter informasi di era informasi global.

Terakhir, proses intuitif dan spiritual turut berkontribusi dalam perolehan pengetahuan. Intuisi, yang kerap dikaitkan dengan pengalaman batin dan kecerdasan emosional, memungkinkan seseorang untuk memperoleh pemahaman di luar proses logika rasional. Praktik refleksi, meditasi, dan pengembangan kesadaran diri dapat membuka dimensi pengetahuan yang lebih dalam. Berbagai tradisi filosofis dan spiritual di seluruh dunia telah lama mengakui peran intuisi dan kesadaran mendalam dalam proses pemahaman manusia tentang diri dan alam semesta.

Dengan demikian, cara memperoleh pengetahuan merupakan proses multidimensional yang melibatkan berbagai pendekatan, mulai dari metode ilmiah hingga pengalaman personal. Keterbukaan pikiran, rasa ingin tahu yang tinggi, dan kemauan untuk terus belajar menjadi kunci utama dalam perjalanan manusia untuk memahami dunia di sekelilingnya.

2.4.6 Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan adalah instrumen pengumpulan data yang berisi beberapa pertanyaan dengan tujuan mengukur tingkat pemahaman, wawasan, dan informasi responden mengenai satu topik tertentu dari satu fenomena (Sulistyaningsih dkk.,2020). Jenis kalimat yang digunakan dalam kuisisioner pengetahuan umumnya menggunakan kalimat pertanyaan dengan bentuk pilihan ganda dengan menggunakan bahasa yang jelas, tidak ambigu, dan sesuai dengan tingkat pemahaman responden.

Dalam pelaksanaannya, kuesioner pengetahuan dirancang dengan memperhatikan konten yang dibahas untuk memastikan bahwa instrumen tersebut benar-benar mengukur aspek pengetahuan yang ditargetkan. Kuesioner pengetahuan yang efektif akan menggunakan kalimat yang berfokus pada pengujian pemahaman responden terhadap informasi yang dimaksud (Hasanah, 2020).Kata-kata yang digunakan umumnya dirancang untuk memancing ingatan, pemahaman, dan pengenalan responden terhadap topik yang dibahas.

Contoh kuesioner yang digunakan dengan jenis kalimat pertanyaan yang memiliki pilihan ganda:

1. Kapan waktu yang tepat untuk memulai Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)?
 - A. Saat bayi berusia 2 bulan
 - B. Saat bayi berusia 3 bulan
 - C. Saat bayi berusia 4 bulan
 - D. Saat bayi berusia 5 bulan
 - E. Saat bayi berusia 6 bulan

2.5 Sikap

2.5.1 Pengertian Sikap

Sikap merupakan konstruk psikologis yang kompleks yang menggambarkan kecenderungan mental individu dalam merespons berbagai

stimulus lingkungan. Secara konseptual, sikap dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan mental yang terorganisasi melalui pengalaman, yang memberikan pengaruh dinamis terhadap respons individu pada semua objek dan situasi yang terkait. Definisi ini menekankan bahwa sikap bukanlah sesuatu yang statis, melainkan sistem yang dinamis dan berkelanjutan.

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen utama yang saling berinteraksi. Komponen pertama adalah komponen kognitif, yang merujuk pada pengetahuan, keyakinan, dan pemikiran individu tentang suatu objek. Komponen kedua adalah komponen afektif, yang mencakup aspek emosional dan perasaan individu terhadap objek tersebut. Komponen ketiga adalah komponen konatif atau perilaku, yang menggambarkan kecenderungan bertindak atau respons konkret terhadap objek sikap.

Proses pembentukan sikap merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor internal dan eksternal. Secara psikologis, sikap tidak sekadar respons sederhana, melainkan konstruksi mental yang dibentuk melalui proses belajar, pengalaman, sosialisasi, dan internalisasi nilai-nilai yang ada di lingkungan sosial. Setiap individu mengembangkan sikap melalui mekanisme psikologis yang unik, yang dipengaruhi oleh latar belakang personal, budaya, dan pengalaman hidupnya.

Dalam konteks sosial, sikap berfungsi sebagai mekanisme adaptasi psikologis yang memungkinkan individu untuk memahami, mengevaluasi, dan merespons berbagai situasi dengan cara yang lebih efisien. Sikap membantu individu untuk mengorganisasikan informasi kompleks, membuat keputusan cepat, dan mempertahankan konsistensi dalam interaksi sosial. Melalui sikap, seseorang dapat mengekspresikan nilai-nilai personal dan memposisikan diri dalam berbagai konteks sosial.

Kompleksitas sikap terletak pada sifatnya yang *multidimensional* dan dinamis. Sikap tidak bersifat genetik atau bawaan, melainkan dipelajari dan dapat berubah seiring waktu. Meskipun cenderung relatif stabil, sikap tetap memiliki potensi untuk dimodifikasi melalui proses pendidikan, pengalaman baru, dan paparan informasi yang memadai. Pemahaman akan sifat kompleks

ini penting untuk memahami bagaimana sikap terbentuk, berkembang, dan memengaruhi perilaku individu dalam berbagai konteks sosial.

2.5.2 Tingkatan Sikap

Sikap memiliki berbagai tingkatan yang menggambarkan kedalaman dan kompleksitas respons individu terhadap suatu objek atau stimulus. Tingkatan pertama adalah sikap yang paling sederhana, yaitu menerima (*receiving*). Pada tahap ini, individu mulai menyadari dan memperhatikan suatu stimulus atau informasi tertentu. Meskipun belum menunjukkan respons aktif, tahap ini merupakan awal dari proses pembentukan sikap yang lebih kompleks.

Tingkatan kedua adalah menanggapi (*responding*). Pada tahap ini, individu tidak hanya sekadar menerima informasi, tetapi mulai memberikan respons atau tanggapan. Respons dapat bersifat pasif atau aktif, tergantung pada tingkat keterlibatan individu. Misalnya, seseorang yang mulai tertarik dengan informasi kesehatan tidak hanya sekadar mendengarkan, tetapi mulai mengajukan pertanyaan atau mencari informasi tambahan.

Tingkatan ketiga adalah menghargai (*valuing*). Pada tahap ini, individu sudah mulai mengembangkan komitmen terhadap suatu nilai atau konsep tertentu. Mereka tidak hanya sekadar merespons, tetapi mulai menunjukkan apresiasi dan mengakui pentingnya suatu objek atau informasi. Misalnya, seseorang yang mulai menghargai konsep kesehatan akan menunjukkan komitmen untuk mengubah perilaku hidupnya.

Tingkatan keempat adalah mengorganisasikan (*organization*). Pada tahap ini, individu mulai mengintegrasikan nilai-nilai yang diyakininya ke dalam suatu sistem atau kerangka berpikir yang koheren. Mereka mampu membandingkan, mempertimbangkan, dan menyelaraskan berbagai nilai yang ada. Proses ini memungkinkan individu untuk mengembangkan perspektif yang lebih komprehensif dan kompleks.

Tingkatan tertinggi adalah karakterisasi (*characterization*). Pada tahap ini, sikap telah menjadi bagian integral dari sistem nilai dan kepribadian individu. Sikap tidak lagi sekadar respons eksternal, tetapi telah menjadi prinsip dasar yang mengarahkan perilaku dan keputusan. Individu pada tahap ini menunjukkan konsistensi tinggi dalam memegang dan mempraktikkan nilai-nilai yang diyakininya, bahkan dalam situasi yang kompleks sekalipun.

2.5.3 Faktor yang Memengaruhi Sikap

Pembentukan sikap dipengaruhi oleh sejumlah faktor kompleks yang saling berinteraksi. Faktor pertama adalah pengalaman personal, yang merupakan sumber paling signifikan dalam pembentukan sikap. Pengalaman langsung memberikan dampak yang kuat dalam membentuk dan mengubah sikap individu. Melalui interaksi langsung dengan objek atau situasi tertentu, seseorang mengembangkan pemahaman, emosi, dan kecenderungan bertindak yang unik.

Faktor kedua adalah pengaruh keluarga dan lingkungan sosial. Keluarga merupakan institusi pertama dan paling fundamental dalam proses sosialisasi dan pembentukan sikap. Nilai-nilai, norma, dan pola pikir yang dikembangkan dalam keluarga membentuk fondasi awal sikap individu. Selanjutnya, lingkungan sosial seperti teman, kelompok sebaya, dan masyarakat turut memberikan kontribusi signifikan dalam membentuk dan mengubah sikap.

Faktor ketiga adalah media dan sumber informasi. Perkembangan teknologi komunikasi memungkinkan individu terpapar pada berbagai informasi dan perspektif yang beragam. Media massa, internet, jejaring sosial, dan saluran informasi lainnya memainkan peran penting dalam membentuk sikap. Kualitas, kuantitas, dan intensitas paparan informasi dapat memengaruhi cara individu memandang dan merespons berbagai isu.

Faktor keempat adalah pendidikan dan tingkat pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, biasanya semakin kompleks dan kritis pula sikap yang dimilikinya. Pendidikan tidak hanya sekadar transfer informasi,

tetapi juga proses pengembangan kemampuan berpikir, analisis, dan evaluasi. Pengetahuan yang komprehensif memungkinkan individu untuk mengembangkan sikap yang lebih reflektif dan substantif.

Faktor terakhir adalah kondisi psikologis dan faktor individual. Kepribadian, emosi, motivasi, dan struktur kognitif individu berperan penting dalam pembentukan sikap. Setiap orang memiliki mekanisme psikologis yang unik dalam memproses informasi, mengevaluasi pengalaman, dan mengembangkan respons. Faktor-faktor seperti harga diri, konsep diri, dan stabilitas emosional turut memengaruhi cara individu membentuk dan mempertahankan sikapnya.

2.5.4 Ciri-ciri Sikap

Terdapat lima ciri khusus sikap yang perlu dipahami. Pertama, sikap tidak bersifat hereditas, artinya sikap tidak diwariskan secara genetis atau dibawa sejak lahir, melainkan terbentuk dan dipelajari melalui pengalaman hidup seseorang dalam hubungannya dengan objek tertentu (Sherif, 2019). Karena sifatnya yang non-hereditas, sikap dapat berubah apabila terdapat kondisi atau faktor pendukung yang memungkinkan perubahan tersebut. Perubahan sikap ini menunjukkan bahwa sikap dapat dipelajari atau ditinggalkan oleh individu.

Kedua, sikap tidak berdiri sendiri, melainkan selalu berkaitan dengan objek tertentu. Dengan kata lain, pembentukan, pembelajaran, atau perubahan sikap selalu melibatkan objek yang spesifik. Ketiga, objek dari sikap tidak hanya terbatas pada satu hal, tetapi dapat mencakup berbagai hal atau serangkaian objek yang memiliki kesamaan tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa sikap bersifat kompleks dan dapat melibatkan berbagai aspek yang saling berhubungan.

Keempat, sikap memiliki unsur motivasi dan emosi atau perasaan. Ciri ini yang membedakan sikap dari kecakapan atau pengetahuan seseorang, karena sikap melibatkan reaksi emosional yang mendalam terhadap suatu objek atau situasi. Oleh karena itu, sikap tidak hanya menggambarkan pemahaman

seseorang tetapi juga mencerminkan dorongan emosional yang mendasari tindakan mereka.

2.5.5 Fungsi Sikap

a. Fungsi Instrumental

Sikap berfungsi sebagai alat atau sarana untuk mencapai tujuan tertentu. Sikap ini berorientasi pada hasil yang ingin dicapai, sehingga individu cenderung mengadopsi sikap yang dianggap dapat mendukung pencapaian tujuan mereka. Contohnya, seseorang yang memiliki sikap positif terhadap pendidikan cenderung rajin belajar demi meraih keberhasilan akademis. Sikap instrumental ini membantu individu untuk lebih fokus dan efisien dalam usahanya mencapai target.

b. Fungsi Pertahanan Ego

Sikap berfungsi melindungi diri individu dari ancaman atau kecemasan yang dapat mengganggu keseimbangan emosionalnya. Dalam konteks ini, sikap sering kali digunakan sebagai mekanisme pertahanan psikologis. Misalnya, seseorang yang merasa rendah diri mungkin menunjukkan sikap arogan untuk menyembunyikan kelemahannya dari orang lain. Fungsi ini membantu individu mempertahankan harga diri dan melindungi diri dari perasaan negatif.

c. Fungsi Ekspresi Nilai

Sikap juga menjadi media bagi individu untuk mengekspresikan nilai-nilai yang dianutnya. Sikap ini mencerminkan prinsip atau keyakinan mendasar seseorang, sehingga perilaku yang ditunjukkan menjadi gambaran dari identitas nilai tersebut. Sebagai contoh, seseorang yang memiliki nilai keadilan akan menunjukkan sikap mendukung kebijakan yang memperjuangkan hak-hak semua pihak secara adil. Fungsi ini membantu individu memperlihatkan komitmennya terhadap nilai-nilai yang dianggap penting.

d. Fungsi sikap

Sikap berperan dalam membantu individu memahami berbagai informasi yang diterimanya. Sikap ini memungkinkan seseorang untuk

menyaring dan mengolah informasi, sehingga ia dapat membuat keputusan atau mengambil tindakan dengan lebih terarah. Sebagai contoh, seseorang yang memiliki sikap positif terhadap teknologi cenderung lebih terbuka untuk mempelajari dan memanfaatkan teknologi baru dalam kehidupan sehari-hari.

e. Fungsi Penyesuaian Sosial

Sikap berfungsi sebagai alat bagi individu untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya. Dengan mengadopsi sikap yang sesuai dengan norma dan budaya di sekitarnya, individu dapat lebih mudah diterima dalam kelompok sosial. Sebagai contoh, seseorang yang menunjukkan sikap ramah dan sopan di tempat kerja akan lebih mudah menjalin hubungan baik dengan rekan kerja dan membangun jaringan sosial yang positif. Fungsi ini membantu menciptakan keharmonisan dalam interaksi sosial.

2.5.6 Kuesioner Sikap

Kuesioner sikap adalah instrumen penelitian yang dirancang untuk mengukur perasaan, pendapat, dan kecenderungan seseorang terhadap suatu objek, gagasan, atau fenomena tertentu, yang mencerminkan aspek afektif dari responden. Berbeda dengan kuesioner pengetahuan yang berfokus pada aspek kognitif, kuesioner sikap lebih menggali respons emosional, evaluatif, dan preferensial seseorang yang menunjukkan posisi mereka dalam spektrum sikap seperti setuju-tidak setuju, suka-tidak suka, atau penerimaan-penolakan. (Azwar, 2018) dalam jurnal kuesioner sikap yang efektif mampu menggambarkan disposisi mental responden yang relatif konsisten terhadap suatu objek sikap.

Jenis kalimat yang digunakan dalam kuesioner sikap umumnya berupa pernyataan (*statement*) bukan pertanyaan, yang disusun dalam bentuk kalimat pernyataan positif atau negatif yang menggambarkan posisi atau pandangan tertentu. Kalimat-kalimat ini dirancang untuk memancing respons evaluasi dan biasanya diukur menggunakan skala Likert (sangat setuju hingga sangat tidak setuju), skala diferensial semantik, atau skala Thurstone. (Widianto.dkk, 2020)

dalam jurnal "Pengembangan Instrumen Pengukuran Sikap Literasi Digital pada Mahasiswa" menerapkan pernyataan sikap yang kondusif saat menggunakan platform digital serta perlu memverifikasi informasi yang ada di media sosial. Kemudian diukur dengan skala Likert 5 poin untuk menilai sikap responden terhadap literasi digital.

Berikut merupakan contoh kuesioner yang digunakan dengan jenis kuisioner dengan jenis kalimat pernyataan yang memiliki pilihan setuju, ragu-ragu, dan tidak setuju:

1. Makanan Pendamping ASI (MPASI) dapat diberikan sebelum bayi berusia 6 bulan.
 - A. Setuju
 - B. Ragu-ragu
 - C. Tidak Setuju

2.6 Keterampilan

2.6.1 Pengertian Keterampilan

Keterampilan merupakan konsep kompleks yang mencerminkan kemampuan manusia untuk melakukan tugas atau aktivitas tertentu dengan tingkat keberhasilan yang tinggi. Secara fundamental, keterampilan tidak sekadar kemampuan dasar, melainkan representasi dari integrasi pengetahuan, praktik, dan pengalaman yang telah diasah secara berkelanjutan. Setiap individu memiliki potensi unik untuk mengembangkan keterampilan yang berbeda-beda, tergantung pada bakat, minat, dan lingkungan yang mendukungnya.

Menurut penelitian Ployhart & Moliterno (2021), keterampilan didefinisikan sebagai konstruk *multidimensional* yang mencakup kemampuan kognitif, sosial, dan teknis yang dapat dikembangkan melalui proses sistematis. Penelitian mereka menekankan bahwa keterampilan bukanlah entitas statis, melainkan sistem dinamis yang terus berevolusi seiring dengan perubahan lingkungan dan tuntutan pekerjaan

Akar filosofis keterampilan bermula dari pemahaman bahwa manusia adalah makhluk yang selalu berkembang dan mampu belajar. Keterampilan bukan sesuatu yang statis, melainkan dinamis dan terus berubah seiring waktu dan pengalaman. Seorang individu dapat mengembangkan keterampilannya melalui proses belajar yang sistematis, mulai dari tahap pengenalan, praktik, refleksi, hingga penguasaan yang komprehensif. Proses ini membutuhkan kesadaran, dedikasi, dan komitmen untuk terus menerus mengasah kemampuan yang dimiliki.

Studi komprehensif yang dilakukan oleh Collings dkk (2022) mengungkapkan bahwa konsep keterampilan di era digital telah mengalami transformasi signifikan. Mereka mengidentifikasi bahwa keterampilan masa kini tidak lagi terbatas pada kompetensi teknis, tetapi juga mencakup kemampuan adaptasi, belajar cepat, dan pemikiran kritis dalam konteks teknologi yang terus berkembang.

Secara psikologis, keterampilan terbentuk melalui interaksi kompleks antara faktor internal dan eksternal. Faktor internal mencakup motivasi, minat, bakat, dan kepribadian, sementara faktor eksternal meliputi lingkungan, pendidikan, pelatihan, dan kesempatan yang tersedia. Kombinasi dari kedua faktor ini akan membentuk pola keterampilan yang unik pada setiap individu. Misalnya, seorang anak yang memiliki minat tinggi pada musik dan mendapatkan pendidikan musik yang berkualitas akan lebih mudah mengembangkan keterampilan musiknya dibandingkan dengan individu lain.

Keterampilan memiliki beberapa dimensi penting yang perlu dipahami. Dimensi pertama adalah dimensi kognitif, yang berkaitan dengan kemampuan berpikir, memproses informasi, dan mengambil keputusan. Dimensi kedua adalah dimensi psikomotor, yang mencakup kemampuan fisik dan koordinasi gerak. Dimensi ketiga adalah dimensi afektif, yang melibatkan aspek emosional dan sikap dalam menjalankan suatu keterampilan. Ketiga dimensi ini saling terkait dan membentuk keterampilan yang komprehensif.

Dalam konteks profesional, keterampilan menjadi modal utama seseorang untuk berhasil di dunia kerja. Keterampilan tidak hanya diukur dari

gelar atau sertifikat, tetapi lebih pada kemampuan praktis dalam menyelesaikan tugas dan menghadapi tantangan. Seorang profesional yang unggul adalah mereka yang mampu mengintegrasikan pengetahuan teoritis dengan keterampilan praktis, serta terus menerus mengembangkan diri sesuai dengan tuntutan zaman yang selalu berubah.

Perkembangan teknologi dan globalisasi semakin menegaskan pentingnya keterampilan dalam kehidupan modern. Individu dituntut untuk memiliki keterampilan yang adaptif, inovatif, dan lintas disiplin. Keterampilan digital, misalnya, kini menjadi keharusan di hampir semua bidang pekerjaan. Kemampuan belajar cepat (*learning agility*), berpikir kritis, dan memecahkan masalah menjadi keterampilan yang sangat dihargai dalam era digital saat ini.

Terakhir, pengembangan keterampilan adalah perjalanan personal yang membutuhkan kesabaran, konsistensi, dan keterbukaan terhadap pembelajaran. Setiap individu memiliki jalur dan kecepatan berbeda dalam mengembangkan keterampilannya. Sikap positif merupakan hal yang paling penting, kemauan untuk terus belajar, dan kemampuan untuk keluar dari zona nyaman. Keterampilan sejati lahir bukan dari bakat yang diterima begitu saja, melainkan dari kerja keras, dedikasi, dan semangat untuk selalu berkembang.

2.6.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Keterampilan

Faktor genetik merupakan fondasi awal dalam pembentukan keterampilan manusia. Setiap individu lahir dengan seperangkat potensi genetik yang unik, yang memberikan kecenderungan bakat dan kemampuan dasar. Genetik tidak hanya memengaruhi struktur fisik, tetapi juga berperan dalam kecepatan belajar, memori, dan kapasitas kognitif seseorang. Namun, penting untuk dipahami bahwa genetik bukanlah faktor penentu mutlak, melainkan sekadar potensi awal yang dapat dikembangkan melalui lingkungan dan upaya individu.

Lingkungan memainkan peran krusial dalam mengasah dan mengembangkan keterampilan. Keluarga menjadi lingkungan pertama yang memberikan stimulus dan kesempatan belajar. Pola asuh, fasilitas pendidikan,

akses terhadap sumber belajar, dan interaksi sosial akan sangat memengaruhi perkembangan keterampilan seseorang. Misalnya, anak yang dibesarkan dalam lingkungan yang mendorong kreativitas dan belajar akan memiliki peluang lebih besar untuk mengembangkan keterampilan dibandingkan mereka yang kurang mendapatkan stimulus.

Pendidikan formal dan informal memiliki kontribusi signifikan dalam pembentukan keterampilan. Kurikulum sekolah, metode pengajaran, kualitas pengajar, dan kesempatan praktik akan membentuk landasan keterampilan siswa. Kontribusi di luar pendidikan formal, pelatihan, kursus, workshop, dan program pengembangan diri juga sangat penting. Saat ini, platform digital seperti kelas *online*, *tutorial*, dan sumber belajar daring semakin memperluas akses individu untuk mengembangkan keterampilannya.

Motivasi internal menjadi faktor kunci yang seringkali membedakan keberhasilan seseorang dalam mengembangkan keterampilan. Individu dengan motivasi tinggi cenderung lebih tekun, memiliki disiplin diri yang kuat, dan mampu bertahan menghadapi tantangan dalam proses belajar. Motivasi tidak hanya sekadar keinginan, tetapi juga melibatkan keyakinan diri, tujuan jangka panjang, dan passion dalam bidang tertentu. Mereka yang memiliki motivasi kuat akan terus mendorong dirinya untuk belajar dan berkembang.

Aspek psikologis seperti kepercayaan diri, ketahanan mental, dan kemampuan mengatasi stres turut memengaruhi perkembangan keterampilan. Individu dengan kepercayaan diri tinggi akan lebih berani mengambil risiko, mencoba hal baru, dan belajar dari kegagalan. Ketahanan mental membantu seseorang tetap fokus dan termotivasi meskipun menghadapi hambatan. Kemampuan mengelola stres dan emosi akan menentukan kualitas proses belajar dan pengembangan keterampilan.

Teknologi dan perubahan zaman menjadi faktor eksternal yang semakin memengaruhi dinamika pengembangan keterampilan. Era digital membuka peluang dan sekaligus tantangan baru dalam belajar. Kecepatan perubahan teknologi menuntut individu untuk selalu adaptif, cepat belajar, dan memperbarui keterampilannya. Kemampuan untuk belajar sepanjang hayat

(*lifelong learning*) menjadi keterampilan meta yang sangat penting di era kontemporer.

Terakhir, jaringan sosial dan hubungan interpersonal turut berkontribusi dalam pengembangan keterampilan. Mentor, rekan sejawat, komunitas profesi, dan koneksi profesional dapat memberikan wawasan, dukungan, dan kesempatan untuk belajar. Pertukaran pengalaman, diskusi, dan kolaborasi menjadi media efektif dalam mempercepat proses pengembangan keterampilan. Individu yang aktif dalam membangun jejaring sosial akan memiliki akses lebih luas terhadap sumber belajar dan peluang pengembangan diri.

Studi Longitudinal yang dilakukan oleh (Shu dkk, 2023) memberikan wawasan mendalam tentang interaksi genetik dan lingkungan dalam pembentukan keterampilan. Penelitian mereka menemukan bahwa faktor genetik memberikan kontribusi sekitar 50-60% dalam variasi keterampilan individu, namun lingkungan memainkan peran krusial dalam mengoptimalkan potensi genetik.

Penelitian mutakhir dari Lippman dkk (2022) mengidentifikasi lima faktor utama yang memengaruhi pengembangan keterampilan di era digital:

1. Akses teknologi
2. Kualitas pendidikan
3. Motivasi personal
4. Jaringan sosial
5. Kesempatan praktik

Chang & Kim (2023) dalam studinya menekankan pentingnya motivasi intrinsik dan *self-efficacy* dalam pengembangan keterampilan. Mereka menemukan bahwa individu dengan keyakinan diri tinggi dan motivasi internal lebih cenderung berhasil dalam mengembangkan keterampilan baru, terlepas dari batasan lingkungan atau sumber daya yang terbatas.

2.6.3 Macam-Macam Keterampilan

Keterampilan kognitif merupakan fondasi utama dalam kemampuan berpikir dan memproses informasi. Ini mencakup kemampuan menganalisis, mengevaluasi, dan mensintesis informasi secara kritis. Berpikir kritis tidak sekadar menerima informasi, tetapi mampu mempertanyakan, membandingkan, dan menarik kesimpulan berdasarkan bukti dan logika. Individu dengan keterampilan kognitif unggul akan mampu memecahkan masalah kompleks, membuat keputusan strategis, dan menghadirkan solusi inovatif dalam berbagai situasi.

Perkembangan keterampilan kognitif dimulai sejak masa kanak-kanak melalui stimulasi intelektual. Membaca, bermain *puzzle*, diskusi, dan aktivitas yang mendorong berpikir kritis akan membantu mengasah kemampuan ini. Pendidikan formal memainkan peran penting dalam mengembangkan keterampilan kognitif melalui metode pengajaran yang mendorong analisis, kreativitas, dan pemecahan masalah. Teknologi modern seperti permainan edukasi dan *platform digital learning* turut memberikan kontribusi dalam mengembangkan keterampilan berpikir.

Keterampilan motorik melibatkan koordinasi gerak fisik dan kontrol tubuh dalam melakukan aktivitas tertentu. Ini mencakup gerakan halus (*fine motor skills*) seperti menulis, menggambar, atau mengoperasikan peralatan presisi, serta gerakan kasar (*gross motor skills*) seperti olahraga, menari, atau aktivitas fisik kompleks. Keterampilan motorik tidak hanya penting dalam bidang seni atau olahraga, tetapi juga dalam berbagai profesi yang membutuhkan ketelitian dan koordinasi gerak.

Pembentukan keterampilan motorik dipengaruhi oleh faktor genetik, latihan, dan pengalaman. Usia dini merupakan periode kritis dalam pengembangan keterampilan motorik, dimana sistem saraf dan otot berkembang pesat. Aktivitas seperti bermain musik, seni bela diri, atau olahraga dapat membantu mengasah koordinasi, keseimbangan, dan kontrol

gerak. Praktik teratur dan teknik latihan yang tepat menjadi kunci dalam mengembangkan keterampilan motorik yang optimal.

Keterampilan sosial merupakan kemampuan kompleks dalam berinteraksi, berkomunikasi, dan membangun hubungan dengan orang lain. Ini mencakup empati, komunikasi efektif, kerja sama tim, kepemimpinan, dan resolusi konflik. Keterampilan sosial tidak sekadar kemampuan berkomunikasi, tetapi juga memahami dinamika hubungan antarmanusia, membaca situasi sosial, dan merespons secara tepat. Individu dengan keterampilan sosial unggul akan lebih berhasil dalam berbagai aspek kehidupan, baik personal maupun profesional.

Perkembangan keterampilan sosial dimulai dari lingkungan keluarga dan diperluas melalui interaksi sosial di sekolah, pergaulan, dan lingkungan kerja. Metode pengembangan keterampilan sosial dapat melalui berbagai cara, seperti bermain peran, diskusi kelompok, kegiatan sosial, dan pengalaman berinteraksi dengan beragam individu. Teknologi dan media sosial juga memberikan ruang baru dalam mengembangkan keterampilan sosial, meskipun perlu disikapi secara bijak.

Pentingnya integrasi ketiga jenis keterampilan – kognitif, motorik, dan sosial – tidak dapat diabaikan dalam konteks pengembangan individu. Keterampilan sejati lahir dari kemampuan untuk mensinergikan ketiga dimensi tersebut. Seorang profesional yang unggul adalah mereka yang tidak hanya cerdas secara intelektual, tetapi juga terampil secara fisik dan memiliki kecakapan sosial yang tinggi. Proses pengembangan keterampilan adalah perjalanan berkelanjutan yang membutuhkan kesadaran, dedikasi, dan keterbukaan untuk terus belajar dan berkembang.

Penelitian Akkerman & Bakker (2022) memberikan perspektif baru tentang keterampilan lintas-disipliner. Mereka mengargumentasikan bahwa di era modern, batas antara berbagai jenis keterampilan semakin kabur, dan kemampuan untuk mengintegrasikan keterampilan dari berbagai domain menjadi kunci keberhasilan individu.

2.6.5 Kuesioner Keterampilan

Kuesioner keterampilan adalah instrumen penelitian yang dirancang untuk mengukur kemampuan responden dalam melakukan suatu aktivitas atau tugas tertentu yang melibatkan aspek motorik, prosedur, dan praktis. Berbeda dengan kuesioner pengetahuan yang mengukur aspek kognitif atau kuesioner sikap yang mengukur aspek afektif, kuesioner keterampilan berfokus pada pengukuran kemampuan teknis, kapasitas pengaplikasian, dan tingkat penguasaan responden dalam menjalankan suatu prosedur atau teknik tertentu. (Faisal dan Supriyono, 2022) kuesioner keterampilan yang baik harus mampu mengukur ketepatan, efisiensi, dan kualitas kinerja responden dalam melaksanakan serangkaian tindakan yang terstruktur dan terarah.

Jenis kalimat yang digunakan dalam kuesioner keterampilan umumnya berupa pernyataan deskriptif yang menggambarkan tahapan atau komponen dari suatu prosedur, diikuti dengan skala penilaian seperti "Mampu melaksanakan dengan sangat baik" hingga "Tidak mampu melaksanakan", atau checklist berupa "Ya/Tidak" yang menilai apakah responden dapat melakukan suatu tindakan dengan benar. Kalimat-kalimat ini sering disusun dalam format rubrik penilaian yang menjabarkan kriteria kinerja secara detail untuk setiap tingkat kemampuan. (Winarno, 2021) menggunakan pernyataan seperti "Saya dapat membuat dan mengelola dokumen digital menggunakan berbagai aplikasi produktivitas" dan "Saya mampu memecahkan masalah teknis dasar yang muncul saat menggunakan perangkat digital".

Berikut merupakan contoh kuesioner yang digunakan dengan jenis kuisisioner dengan jenis kalimat pernyataan yang memiliki pilihan benar/salah:

1. Buatlah 1 contoh menu makanan MPASI untuk anak usia 6 bulan!

2.7 Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan dengan Metode Ceramah, Diskusi dan Demonstrasi

Kader posyandu dalam melakukan kegiatan rutin posyandu salah satunya adalah pemberian penyuluhan. Salah satu permasalahan dasar posyandu adalah rendahnya tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan kader.

Hasil penelitian dari Rahmawati dkk (2019) yang dilakukan di desa Pagelaran, Kecamatan Ciomas Bogor. Dengan sampel penelitian ibu yang memiliki balita berumur 6-24 bulan yang terpilih secara acak dari hasil perhitungan sampel menggunakan rumus ukuran rumus besar sampel menurut Sastroasmoro (1995). Jumlah sampel adalah 78 ibu yang memiliki bayi dan anak usia 6-24 bulan. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa sebanyak 75 ibu memiliki data lengkap yang dapat dianalisis. Rentang usia ibu tersebut adalah 16 hingga 43 tahun, dengan 50,7% diantaranya memiliki tingkat pendidikan SLTA dan diploma. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan persentase praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) oleh ibu berdasarkan kategori, sebelum dan setelah menerima konseling dari kader. Sebelum konseling, hanya 25,3% ibu yang memiliki praktik PMBA dengan kategori baik. Setelah diberikan konseling, persentase ini meningkat menjadi 46,7%. Temuan ini menunjukkan bahwa konseling memiliki pengaruh signifikan terhadap peningkatan praktik PMBA pada anak usia 6-24 bulan ($p < 0.01$).

Waktu pemberian MP-ASI dan usia pertama kali pemberian MP-ASI sering kali tidak sesuai, yang umumnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan (Tanuwijaya dkk., 2020). Pengetahuan ibu mengenai gizi dan MP-ASI menjadi salah satu faktor penting dalam pemberian MP-ASI yang tepat kepada bayi. Kekurangan pengetahuan gizi dan kesehatan orang tua, terutama ibu, merupakan salah satu penyebab utama kekurangan gizi pada balita. Penelitian Kurniawati (2012) menunjukkan adanya hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi anak, dibuktikan melalui uji *Chi-Square* dengan nilai p sebesar 0,001. Upaya menurunkan prevalensi gizi kurang dapat dilakukan melalui praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang benar, dimulai dari inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, serta makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai usia, jumlah, dan tekstur. Hasil uji statistik menunjukkan hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang MP-ASI dengan praktik pemberian MP-ASI pada bayi ($p = 0,003$). Pengetahuan ibu memengaruhi pemberian MP-ASI dini; ibu yang memiliki pengetahuan baik cenderung tidak memberikan

MP-ASI terlalu dini karena menerapkan pola makan yang sesuai untuk bayinya. Pengetahuan terkait PMBA juga penting diberikan kepada calon ibu, karena pengetahuan, sikap, dan persepsi calon ibu terhadap PMBA menjadi prioritas penting yang akan memengaruhi pola pemberian makan anak di masa depan.

Penelitian ini menggunakan uji *Chi-Square* yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pengetahuan ibu tentang PMBA dengan status gizi bayi dan balita. Namun, penelitian Sari (2018) menemukan hasil berbeda. Walaupun ibu baduta dengan sikap positif dan pengetahuan baik tentang PMBA memiliki anak dengan status gizi baik, analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara sikap ibu terhadap PMBA dan status gizi baduta, dengan nilai $p=0,062$ dan $p=0,262$. Sebaliknya, penelitian (Akeredolu,2014) menyebutkan pengetahuan ibu tentang gizi dan PMBA memiliki hubungan signifikan dengan status gizi anak usia 0-24 bulan ($p=0,027$). Penelitian (Jemide 2016) di Nigeria juga menunjukkan hasil serupa; terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan ibu tentang PMBA dan status gizi balita pada keluarga dengan ekonomi rendah ($p=0,002$).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah *Quasi Experiment*, yaitu penelitian lapangan yang melibatkan pemberian perlakuan berupa penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi kepada kader posyandu. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur dampak atau pengaruh penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *One Group Pretest-Posttest Design*, di mana hanya satu kelompok yang diberi perlakuan tanpa adanya kelompok pembanding.

Observasi dilakukan dua kali, yaitu sebelum dan sesudah penyuluhan. Observasi pertama dilakukan di awal kegiatan dengan pemberian pretest untuk menilai kondisi awal responden. Hasil pretest ini digunakan sebagai acuan untuk mengukur perubahan setelah pelaksanaan penyuluhan. Observasi kedua dilakukan setelah penyuluhan selesai melalui pemberian posttest untuk mengevaluasi efektivitas penyuluhan yang telah diberikan.

Pengujian perubahan responden dilakukan dengan membandingkan hasil pretest dan posttest untuk melihat sejauh mana penyuluhan berdampak pada responden. Perbandingan ini memberikan gambaran tentang tingkat perubahan dalam pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader setelah mengikuti penyuluhan. Metode ini efektif untuk mengevaluasi peningkatan kemampuan kader secara sistematis (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini yakni kader posyandu balita yang terdapat di Kelurahan Ciptomulyo, wilayah kerja Puskesmas Ciptomulyo, Kota Malang sebanyak 126 orang.

3.2.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuota sampling. Setiap posyandu memiliki 2 orang perwakilan sehingga jumlah seluruh sample yang digunakan adalah 28 orang.

3.3 Waktu dan Tempat

Penelitian dilakukan di Balai Pertemuan RW 5 di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang. Penelitian dilakukan pada 13 Januari 2025.

3.4 Variable Penelitian

1. Variabel bebas : Pemberian penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, demonstrasi
2. Variabel terikat : Pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu

3.5 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional dari penelitian ini digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 3. Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara	Hasil pengukuran	Skala
Penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi	Intervensi yang dilakukan untuk memberikan informasi dan pelatihan kepada kader posyandu tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Menggunakan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi. Serta	-	Ceramah, diskusi, demonstrasi, dan pengisian kuisisioner	-	Deskriptif

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara	Hasil pengukuran	Skala
	pengambilan post test dengan jarak waktu 40-80 menit setelah dilakukannya penyuluhan				
Tingkat pengetahuan kader posyandu	Tingkat kemampuan kader posyandu dalam menjawab dan memahami materi PMBA sebelum dan sesudah penyuluhan	Kuisisioner pre test dan post test dengan soal pilihan ganda		Pengkategorian tingkat pengetahuan kader tentang PMBA menggunakan nilai mean dan SD (Standar Deviasi): Baik : $x > \text{mean} + \text{SD}$ Cukup : $\text{mean} - \text{SD} < x < \text{mean} + \text{SD}$ Kurang : $x < \text{mean} - 2\text{SD}$	Rasio
Sikap	Sikap kader dalam memahami dan memberikan konseling terkait PMBA dalam kehidupan sehari-hari sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan	Kuisisioner skala likert		Menggunakan skala dengan penilaian sebagai berikut (Skala Likert): Nilai 1 apabila jawaban setuju Nilai 0 apabila jawaban ragu-ragu Nilai -1 apabila jawaban tidak setuju Hasil dikategorisasi: Baik: $x > \text{mean} + \text{SD}$ Cukup: $\text{mean} - \text{SD} < x < \text{mean} + \text{SD}$ Kurang: $x < \text{mean} - 2\text{SD}$	Rasio

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara	Hasil pengukuran	Skala
Keterampilan	Kemampuan kader posyandu untuk melakukan praktik penerapan PMBA secara tepat	Formulir checklist observasi		Menggunakan skoring Menurut Nursalam (2008) dengan penilaian sebagai berikut: Salah jika praktik < 80% dengan praktik benar Benar jika praktik > 80% dengan praktik benar	Rasio

3.6 Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Formulir data personal kader posyandu.
2. Soal pre-post test untuk pengetahuan kader posyandu.
3. Formulir pre-post test untuk sikap kader posyandu.
4. Formulir pre-post test untuk keterampilan kader posyandu.
5. Alat tulis.
6. Leaflet.
7. Poster.

3.7 Cara Pengumpulan Data

1. Data Karakteristik Responden

Pengumpulan data karakteristik responden yaitu kader posyandu dengan memberikan formulir pengisian karakteristik responden. Formulir yang diberikan berisi data pribadi dari kader posyandu tersebut, seperti nama, umur, pendidikan terakhir, lama menjadi kader posyandu, jenis pelatihan yang pernah dilakukan, dan lain-lain.

2. Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan

Data pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden kader posyandu diperoleh dari pengisian formulir kuesioner yang diisi oleh responden. Tes yang dilakukan oleh responden sebanyak 2 kali yaitu *pre-test* dan *post-test*. Berikut adalah uraiannya:

- a. Data penyuluhan dengan metode ceramah dan diskusi untuk mengetahui perubahan pengetahuan dan sikap dari responden yaitu dengan diberikan soal post test setelah sekitar 30 menit diberikan penyuluhan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang dikerjakan sendiri oleh responden.
- b. Data penyuluhan dengan metode demonstrasi untuk mengetahui perubahan keterampilan dari responden yaitu dengan diberikan formulir post test setelah sekitar 15 menit diberikan demonstrasi tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

3.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Berikut ini langkah-langkah dalam pengolahan data :

a. *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan pada setiap kuisisioner yang telah diisi oleh responden. Hal tersebut dilakukan untuk memeriksa apakah jawaban dari responden dapat dibaca, semua pertanyaan telah dijawab, terdapat ketidaksesuaian jawaban dengan pertanyaan, dan kesalahan lainnya. Jika kuesioner terjadi kesalahan atau terdapat pertanyaan yang belum lengkap dapat dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi jawaban tersebut.

b. *Coding*

Data yang telah didapatkan berupa kalimat atau huruf diubah menjadi data angka atau kode. Kode yang digunakan memiliki arti yang mudah dimengerti.

c. Cleaning

Kegiatan yang dilakukan untuk mengecek kembali untuk memastikan tidak terdapat kesalahan pengisian kode atau kesalahan lainnya, jika terjadi kesalahan akan dilakukan pembetulan atau koreksi.

a. Entry Data

Data yang telah didapatkan dan dirubah menjadi berbentuk kode, kemudian dimasukkan dalam program atau software komputer.

2. Data Karakteristik Responden

Data karakteristik responden diperoleh dengan mengisi formulir yang diberikan kepada responden. Kemudian data diolah dengan cara ditabulasi dan dianalisis secara tabulasi.

3. Data Pengetahuan

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pengetahuan adalah kuis/tes/soal dengan jawaban berbentuk pilihan ganda. Cara pengolahan data dengan memberikan skor pada jawaban benar mendapatkan skor 1 dan jawaban salah mendapatkan skor 0, selanjutnya dihitung menggunakan rumus untuk setiap responden pada pre test dan post test dengan rumus, sebagai berikut :

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jawaban benar}}{\text{jumlah pertanyaan}} \times 100\%$$

Kemudian menghitung rata-rata nilai pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan yang kemudian nilai rata-rata dikategorikan, sebagai berikut :

Baik	: $\geq 80\%$
Cukup	: 60-79%
Kurang	: $< 60\%$

3.8.1 Data Sikap

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data sikap adalah formulir kuisioner sikap yang kemudian jawaban diberikan skor, sebagai berikut :

- 5 : Sangat setuju
- 4 : Setuju
- 3 : Netral
- 2 : Tidak setuju
- 1 : Sangat tidak setuju

Kemudian menjumlahkan skor dari setiap pertanyaan untuk menghasilkan skor total sikap sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan. Selanjutnya menghitung rata-rata nilai sikap sebelum dan sesudah penyuluhan yang kemudian nilai rata-rata dikategorikan, sebagai berikut:

- Positif : $\geq 75\%$
- Netral : 50-74%
- Negatif : $<50\%$

3.8.2 Data Keterampilan

Menggunakan formulir observasi atau *checklist* dengan kriteria penilaian dan aspek penilaian, sebagai berikut :

- **Kriteria Penilaian**

- 1 : Terampil
- 2 : Tidak Terampil

- **Aspek Penilaian**

- Keterampilan mereka dalam melakukan konseling kepada orang tua mengenai pemberian makanan yang baik untuk bayi dan anak.
- Kemampuan kader dalam menerapkan teknik komunikasi yang efektif.

3.8.3 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan untuk menguji pengaruh antara *independent variable* (variabel bebas) dengan *dependent variable* (variabel terikat). Analisis ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pemberian penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu.

Untuk menguji hipotesis dalam analisis ini menggunakan aplikasi IBM *SPSS Statistics* dengan melakukan uji normalitas terlebih dahulu. Data dinyatakan terdistribusi normal jika signifikan $> 0,05$. Kemudian dilakukan uji statistik untuk menganalisis pengaruh pemberian penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu adalah uji *Paired Sample T-test* pada tingkat 95% dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$. Hasil uji statistik akan bermakna, jika menunjukkan $p < 0,05$. Apabila uji statistik tidak bermakna akan menunjukkan $p > 0,05$. Sesuai dengan hipotesis yang diajukan peneliti adalah, sebagai berikut :

H_0 : Tidak terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu dengan penyuluhan menggunakan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang.

H_1 : Terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu dengan penyuluhan menggunakan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang.

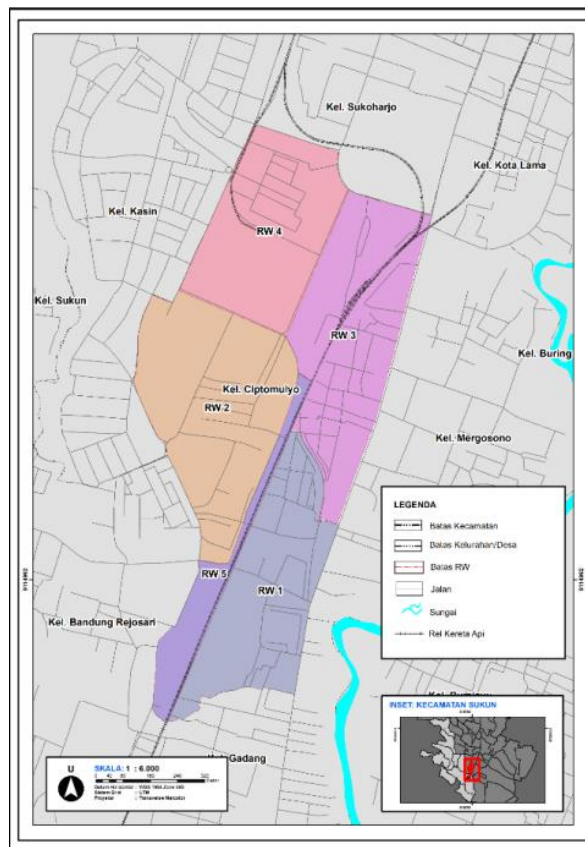
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran umum kelurahan ciptomulyo

Ciptomulyo merupakan sebuah kelurahan yang berada di wilayah kecamatan sukun, kota malang, provinsi Jawa Timur dengan kondisi geografis berada pada 450 m dp. Luas kelurahan sebesar 896,99 ha dengan memiliki 5 RW dan 62 RT. Batas wilayah di Kelurahan Ciptomulyo yaitu sebagai berikut:

1. Utara : kelurahan Sukoharjo
2. Timur : Kelurahan Mergosono
3. Selatan: Kelurahan Gadang
4. Barat: kelurahan Kasin dan Bandungrejosari.



Gambar 1. Peta Kelurahan Ciptomulyo

Pada Gambar juga terlihat bahwa RW yang paling luas adalah RW 2, yang terlihat dari warna oranye yang mendominasi. Lalu wilayah terluas kedua pada RW 4, dan wilayah terluas ketiga ialah pada RW 1 (Balqis dkk. 2023). Terdapat 14 posyandu yang tersebar di Kelurahan Ciptomulyo yaitu Posyandu Mawar 1, Posyandu Mawar 2, Posyandu Mawar 3, Posyandu Anggrek 1, Posyandu Dahlia 1, Posyandu Dahlia 5, Posyandu Melati 1, Posyandu Kantil 1, Posyandu Kantil 3, Posyandu Kenanga, Posyandu Latulip, Posyandu Bougenvile, Posyandu Teratai, Posyandu Sri Rejeki, dan Posyandu Seruni.

4.2 Gambaran Umum Program

Kelurahan Ciptomulyo merupakan salah satu kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Sukun, Kota Malang. Kelurahan Ciptomulyo memiliki sebanyak 14 Posyandu dan memiliki 126 kader yang tersebar tiap posyandunya.

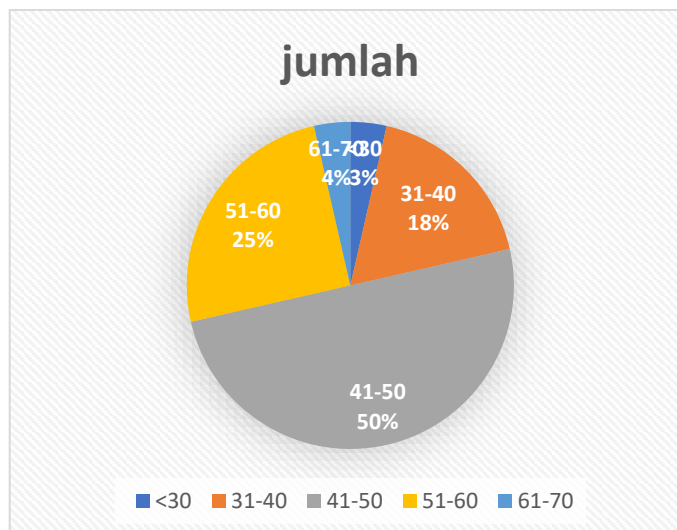
Pada bulan September 2023 jumlah balita dengan risiko stunting ada sebanyak 29 dari jumlah populasi balita di daerah kelurahan ciptomulyo sebanyak 143 balita, sedangkan jumlah balita risiko stunting pada bulan yang sama pada tahun 2022 kelurahan Ciptomulyo memiliki total 40 balita dengan risiko stunting dengan jumlah balita yang ditimbang sebanyak 144 balita. Jika dibandingkan dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan jumlah balita yang stunting. Salah satu program yang ada di Kelurahan Ciptomulyo yang telah diterapkan ialah program PMT Pemulihan yang dilakukan selama 120 hari. Program kerja ini memiliki kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) berbahan dasar bahan pangan lokal.

4.3 Gambaran Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah kader posyandu yang berada di Kelurahan Ciptomulyo yang telah menghadiri penyuluhan di Posyandu Mawar 1 sebanyak 28 orang kader.

1. Distribusi kader posyandu menurut umur

Karakteristik usia responden terbagi menjadi lima kategori usia. Lima kategori tersebut adalah usia <30 tahun, 31-40 tahun, 41-50 tahun, 51-60 tahun, dan 61-70 tahun.



Gambar 2. Karakteristik responden berdasarkan distribusi usia

Berdasarkan gambar, jumlah presentase terbesar usia kader di kelurahan ciptomulyo adalah 50% dengan kisaran usia kader 41-50 tahun sejumlah 14 kader. Usia responden paling sedikit ialah usia <30 tahun sejumlah 1 kader atau sebanyak 3% responden. Kisaran usia 31-40 tahun sebesar 18% dengan jumlah kader sebanyak 5 kader. Selanjutnya, usia 51-60 tahun sebesar 25% dengan jumlah kader sebanyak 7 kader. Rentang usia 61-78 tahun sebesar 4% dengan jumlah kader sebanyak 1 kader posyandu. Dari data yang telah di dapatkan diketahui bahwa mayoritas kader yang berada di kelurahan ciptomulyo adalah kader pada usia produktif.

Usia produktif dapat berperan aktif serta memiliki aktivitas yang lebih padat dan memiliki kemampuan kognitif yang baik. Daripada usia muda orang dewasa akan semakin bertanggung jawab, disiplin, bermoral dan lebih berbakti, (Prawiroharjo,2011). Pada usia produktif, kader akan melakukan tugasnya secara optimal dikarenakan kader dapat membagi waktu untuk aktif pada kegiatan posyandu. Kader yang produktif akan lebih mudah untuk mengembangkan kegiatan pada saat mengisi waktu senggang untuk orang dewasa dan dengan adanya perubahan minat dan tanggung jawab dan kegiatan yang berorientasi pada keluarga (Abigael,2015)

2. Tingkat Pendidikan

Karakteristik tingkat pendidikan responden terbagi menjadi lima kategori . Kategori pertama yaitu kader yang menempuh pendidikan hingga tamat SD/Sederajat, kategori kedua ialah kader yang menempuh pendidikan hingga tamat SMP/Sederajat, kategori ketiga ialah kader yang menempuh pendidikan hingga tamat SMA/Sederajat, kategori ke-empat ialah kader yang menempuh pendidikan hingga tamat D3, dan kategori terakhir yaitu kader yang menempuh pendidikan hingga tamat S1/Sederajat. Sebaran kader dijelaskan pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan Terakhir	n	%
SD/Sederajat	1	3,5
SMP/Sederajat	4	14,2
SMA/ Sederajat	21	75
D3/Sederajat	1	3,5
S1/Sederajat	1	3,5
Jumlah	28	100

Menurut tabel 4 dijelaskan bahwa 1 orang kader (3,5%) menempuh pendidikan hingga lulus SD/ Sederajat, 4 orang kader (14,2%) menempuh pendidikan hingga lulus SMP/ Sederajat, 21 orang kader (75%) menempuh pendidikan hingga lulus SMA/ Sederajat, 1 orang kader (3,5%) menempuh pendidikan hingga lulus D3, 1 orang kader (3,5%) menempuh pendidikan hingga lulus S1/ Sederajat.

Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang untuk menerima informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari media massa maupun dari orang lain, (Notoatmojo,2012).

Berdasarkan penelitian (Hardiyanti dkk., 2018), pendidikan kader menghasilkan perbedaan pada hal melakukan penimbangan. Kader dengan lulusan SLTP/SLTA/PT memiliki nilai lebih baik daripada kader dengan lulusan SD. Berdasarkan penilaian tersebut membuktikan bahwa pendidikan dapat mempengaruhi pemahaman seorang kader dalam memahami informasi.

Menurut penelitian Chahayanto dkk (2019), peningkatan pengetahuan kader mengenai informasi dasar posyandu berhubungan dengan tingkat pendidikan kader. Semakin tinggi pendidikan kader maka daya terima kader terhadap informasi yang ada semakin mudah. Tingkat pendidikan menjadi dasar pengembangan wawasan serta sarana yang digunakan agar mempermudah kader dapat menerima pengetahuan, sikap, dan keterampilan.

3. Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan responden terbagi menjadi tiga kategori . Tiga kategori tersebut adalah kategori pekerjaan Ibu Rumah Tangga, Wiraswasta, Dll. Sebaran tersebut dijelaskan pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.

Pekerjaan	Jumlah	
	n	%
Ibu Rumah Tangga	26	93
Wiraswasta	2	7
Jumlah	28	100

Pada tabel 5 menjelaskan bahwa 26 (93%) orang kader memiliki kesibukan sebagai Ibu Rumah Tangga dan 2 orang (7%) kader memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta. Presentase kader aktif tertinggi adalah kader yang memiliki kesibukan sebagai Ibu rumah tangga. Hal ini dikarenakan kader yang memiliki kesibukan sebagai ibu rumah tangga memiliki waktu yang lebih fleksibel dibandingkan dengan kader yang memiliki kesibukan bekerja (profita,2018).

Menurut penelitian (Zaki dkk., 2018), menunjukkan bahawa tidak ada perbedaan signifikan antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan kader

posyandu 0,328 ($p > 0,05$). Kader posyandu yang tidak bekerja memiliki kemungkinan untuk mempunyai pengetahuan baik lebih besar daripada kader posyandu yang bekerja, begitupula sebaliknya.

Berdasarkan penelitian (Fitriani & Purwaningtyas, 2020) keaktifan kader dalam pelaksanaan posyandu tidak berpengaruh pada pekerjaan kader. Hal ini dikarenakan bahwa jadwal posyandu telah ditetapkan sehingga tidak mengganggu kinerja para kader posyandu.

4. Lama Menjadi Kader

Karakteristik tingkat lama menjadi kader responden terbagi menjadi empat kategori. Empat kategori tersebut adalah kurang dari 1 tahun, 1-5 tahun, 6-10 tahun, lebih dari 10 tahun. Distribusi responden tersebut dijelaskan pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjadi Kader.

Lama menjadi kader	Jumlah	
	n	%
>1 tahun	1	3
1-5 tahun	10	36
6-10 tahun	7	25
Lebih dari 10 tahun	10	36
jumlah	28	100

Menurut tabel 6 sebanyak 1 (3%) orang kader menjabat kurang dari 1 tahun, 10 (36%) orang menjadi kader selama 1-5 tahun, 7 (25%) orang menjadi kader selama 6-10 tahun, dan 10 (36%) orang menjabat sebagai kader lebih dari 10 tahun.

Menurut penelitian (Fretty dkk., 2020) Mayoritas kader cenderung dapat melakukan tugasnya dan lebih percaya diri karena sering atau terbiasa melakukan kegiatan tersebut karena berbagai kegiatan posyandu dilaksanakan dengan kebiasaan dan keahlian. Semakin lama kader menjadi kader dapat berpengaruh pada kinerja kader dalam melakukan tugas kader.

5. Distribusi Kader Posyandu Menurut Frekuensi Keikutsertaan Pelatihan

Tabel 6. Distribusi Responden Menurut Frekuensi Keikutsertaan Pelatihan.

Keaktifan ikut serta pelatihan	Jumlah	
	n	%
1-3 kali	20	71
4-6 kali	2	7
>6 kali	6	22
Jumlah	28	100

Berdasarkan data yang ditampilkan dalam tabel, dapat dilihat bahwa sebagian besar kader posyandu (71%) 20 orang telah mengikuti pelatihan sebanyak 1-3 kali. Sementara itu, hanya sebagian kecil (7%) 2 orang yang telah mengikuti pelatihan 4-6 kali, dan 6 orang (22%) kader telah mengikuti pelatihan lebih dari 6 kali. Total responden dalam penelitian ini adalah 28 kader Posyandu.

Temuan ini menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan dalam frekuensi pelatihan yang diikuti oleh kader Posyandu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sistiarani dkk., 2013) yang menemukan bahwa pelatihan kader merupakan faktor penting yang mempengaruhi kinerja kader dalam pelayanan Posyandu. Dalam penelitiannya, kader yang lebih sering mengikuti pelatihan menunjukkan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam melaksanakan tugas-tugas di Posyandu.

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Kurrachman, 2015) juga mengungkapkan bahwa frekuensi pelatihan berkorelasi positif dengan motivasi dan kepercayaan diri kader dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kader yang telah mengikuti pelatihan lebih dari 6 kali cenderung memiliki pemahaman yang lebih komprehensif tentang program-program Posyandu dan mampu mengatasi berbagai tantangan yang muncul di lapangan.

Penelitian (Suhat dan Hasanah, 2014) menambahkan bahwa pelatihan yang berkelanjutan sangat penting untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan Posyandu. Mereka menemukan bahwa kader yang jarang mengikuti pelatihan cenderung mengalami kesulitan dalam mengikuti perkembangan program dan informasi kesehatan terbaru.

4.4 Pengetahuan kader sebelum dan sesudah penyuluhan

Pengetahuan kader posyandu dapat di stimulasi kembali dengan cara diingatkan kembali atau adanya pelatihan, sehingga dapat terkecapaian kinerja yang optimal dalam melakukan kegiatan posyandu. Penelitian ini dilakukan dengan metode ceramah dengan melakukan pre-test dan post-test untuk mengetahui perubahan yang dialami kader sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi. Hasil perubahan pengetahuan responden disajikan dalam tabel 7.

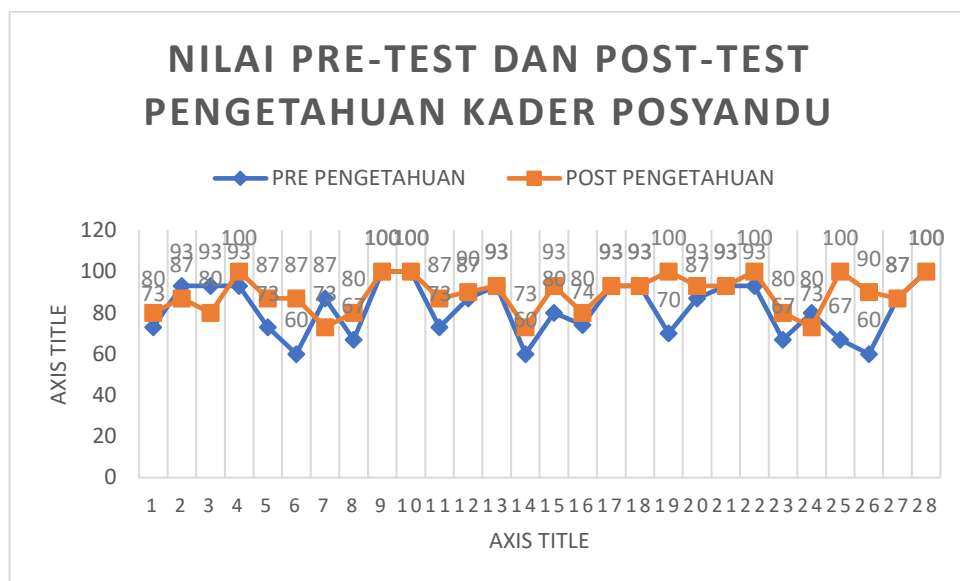
Tabel 7. Hasil perubahan pengetahuan responden menurut pengetahuan.

Kategori	Hasil Perubahan Pengetahuan			
	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Kurang	0	0	0	0
Cukup	24	85	18	55
Baik	4	14	10	35
total	28	100	28	100

Dari data yang disajikan dalam tabel, terlihat adanya perubahan yang cukup signifikan pada tingkat pengetahuan kader Posyandu sebelum dan sesudah intervensi. Saat *pre-test*, 18% kader berada pada kategori kurang, 71% pada kategori cukup, dan 11% pada kategori baik. Setelah intervensi, hasil *post-test* menunjukkan perkembangan positif, tidak ada lagi kader yang berada pada kategori kurang (0%), sementara kategori cukup sedikit naik menjadi 75%, dan kategori baik meningkat cukup signifikan menjadi 25%.

Secara keseluruhan, peningkatan kader dengan pengetahuan baik dari 11% menjadi 25% serta hilangnya kategori kurang pada post-test menunjukkan bahwa intervensi berhasil. Namun, masih ada tantangan dalam memahami

prinsip MP-ASI (soal nomor 8), sehingga pelatihan mendatang perlu memberikan penekanan lebih pada aspek tersebut.



Gambar 3. Grafik nilai *Pre-Test Post-Test* Pengetahuan Kader

Analisis terhadap data yang disajikan dalam kedua tabel memberikan gambaran yang rinci mengenai karakteristik responden dan hubungannya dengan tingkat pengetahuan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Pola yang muncul dari data ini memperlihatkan interaksi yang kompleks antara berbagai faktor seperti pendidikan, pengalaman, frekuensi pelatihan, dan dampak intervensi penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan para kader. Tabel 8 adalah karakteristik responden dengan nilai terendah tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan mengenai pmba

Tabel 8. Karakteristik Responden Dengan Nilai Terendah Tingkat Pengetahuan Terendah Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA.

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R6	60	SMP	64	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

R14	60	SMP	52	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R26	60	SLTA	46	IRT	6-10 TAHUN	>5x
SESUDAH						
R24	73	SMA	57	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Sebelum penyuluhan, Tiga responden mencatatkan nilai terendah (60). Dua di antaranya berpendidikan SMP (R6 dan R14), sementara satu lagi berpendidikan SLTA (R26). Meski ketiganya sudah berpengalaman sebagai kader selama lebih dari 6 tahun dan rutin mengikuti pelatihan lebih dari 5 kali per tahun, tingkat pendidikan formal tampaknya sangat memengaruhi kemampuan mereka dalam memahami konsep PMBA. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kusumawati et al. (2015), yang menemukan adanya hubungan positif antara tingkat pendidikan formal kader dengan pengetahuan mereka tentang kesehatan anak. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa pendidikan formal memberikan dasar pemahaman yang lebih baik untuk menguasai konsep-konsep kesehatan yang lebih rumit. Tabel 9 berikut merupakan karakteristik responden dengan nilai tertinggi tingkat pengetahuan tertinggi sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan mengenai PMBA

Tabel 9. Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Pengetahuan Tertinggi Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R9	100	SMA	49	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R10	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R28	100	D3	29	Wiraswasta	1-5 Tahun	2x

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SESUDAH						
R3	100	SMA	57	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R4	100	SMA	57	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R9	100	SMA	49	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R10	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R12	100	SMK	44	IRT	4 tahun	>5x
R19	100	SMK	50	IRT	1-5 Tahun	>5x
R22	100	D3	29	Wiraswasta	3 Tahun	2x
R25	100	SMA	57	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R26	100	SLTA	46	IRT	6-10 tahun	>5x
R27	100	SMA	47	IRT	6-10 tahun	>5x
R28	100	SMA	38	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Responden dengan nilai tertinggi (100) sebelum penyuluhan memiliki tingkat sebelum penyuluhan menunjukkan karakteristik yang berbeda secara signifikan. Ketiga responden ini (R9, R10, dan R28) memiliki latar belakang pendidikan yang lebih tinggi, yaitu SMA dan D3. Sebuah temuan yang sangat menarik terlihat pada kasus R28, dimana dengan latar belakang pendidikan D3, meski baru memiliki pengalaman 1-5 tahun sebagai kader dan hanya mengikuti pelatihan 2 kali per-tahun, mampu mencapai nilai maksimal. Fenomena ini sejalan dengan penelitian Handayani dan Sulistyowati (2018) yang mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat mengompensasi relatif minimnya pengalaman dalam hal pemahaman materi kesehatan. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa pendidikan tinggi mengembangkan kemampuan analitis dan pemahaman konseptual yang

memungkinkan seseorang untuk lebih cepat memahami dan mengintegrasikan informasi baru.

Jumlah responden yang mencapai nilai maksimal (100) meningkat dari 3 menjadi 6 orang. Terjadi peningkatan substansial dalam nilai minimum yang dicapai menjadi 73 (R24). Jumlah responden yang mencapai nilai sempurna (100) mengalami peningkatan yang dramatis dari 3 menjadi 6 orang. Sebuah temuan yang patut mendapat perhatian khusus adalah masuknya dua responden dengan latar belakang SMK (R19 dan R22) ke dalam kelompok nilai tertinggi, dimana salah satunya hanya mengikuti pelatihan 2 kali per tahun. Fenomena ini memperkuat hasil penelitian Pratiwi dkk. (2017) yang mendemonstrasikan bahwa metode penyuluhan yang efektif dan terstruktur dapat menghasilkan peningkatan pengetahuan yang signifikan pada kader, terlepas dari frekuensi pelatihan yang telah diikuti sebelumnya. Penelitian tersebut menggarisbawahi pentingnya metode penyampaian materi yang tepat dan sesuai dengan karakteristik peserta.

Faktor usia tampaknya tidak menjadi penentu utama tingkat pengetahuan, data menunjukkan bahwa faktor ini tidak menjadi determinan utama dalam tingkat pengetahuan kader. Hal ini terlihat dari distribusi nilai yang bervariasi pada rentang usia yang berbeda, mulai dari yang termuda (29 tahun) hingga yang paling senior (64 tahun). Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian (Nurhayati, 2016) yang mengungkapkan bahwa motivasi internal dan kemampuan adaptasi dalam proses pembelajaran memiliki pengaruh yang lebih signifikan dibandingkan faktor usia dalam peningkatan pengetahuan kader. Penelitian tersebut juga menekankan bahwa kader dengan motivasi tinggi, terlepas dari usia mereka, cenderung menunjukkan peningkatan pengetahuan yang lebih baik setelah mengikuti program pelatihan atau penyuluhan.

Status pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) yang dominan di Santara responden juga memberikan perspektif menarik. Meskipun sebagian besar responden adalah IRT, hal ini tidak menghalangi mereka untuk mencapai nilai maksimal setelah penyuluhan. Kondisi ini menunjukkan bahwa status

pekerjaan formal tidak menjadi prasyarat untuk pencapaian pengetahuan yang optimal dalam konteks PMBA. Sebaliknya, fleksibilitas waktu yang dimiliki oleh IRT mungkin justru memberikan kesempatan lebih besar untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan Posyandu dan mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh.

Walaupun nilai pengetahuan kader 100 belum menentukan bahwa sikap dan keterampilan pada satu kader tersebut memiliki nilai yang baik. Terdapat 9 responden yang dengan hasil *post test* pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang sempurna (100) yaitu responden R3, R4, R9, R10, R19, R25, R26, R27, R28. Terdapat faktor yang berpengaruh pada hasil tersebut, faktor tersebut pengalaman tiap responden selama menjadi kader. Kader dengan hasil postest Pengetahuan, sikap dan keterampilan yang sempurna (100) telah mengikuti pelatihan kader >5x. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sistiarani dkk., 2013) yang menemukan bahwa pelatihan kader merupakan faktor penting yang mempengaruhi kinerja kader dalam pelayanan Posyandu. Dalam penelitiannya, kader yang lebih sering mengikuti pelatihan menunjukkan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam melaksanakan tugas-tugas di Posyandu.

Responden R12 dan R22 memiliki hasil post test pengetahuan yang sempurna (100) sedangkan untuk hasil *post test* sikap dan keterampilan nya memiliki nilai yang sama yaitu pada R12 sebesar (87) dan pada responden R22 sebesar (93). Hasil *post test* responden menunjukkan bahwa sikap dan keterampilan kader tidak mempengaruhi hasil pengetahuan kader. Hal ini sejalan dengan penelitian (Yuswandi dkk., 2023) mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan elemen awal dalam membentuk persepsi individu, yang selanjutnya dapat memengaruhi sikap dan akhirnya menghasilkan tindakan atau keterampilan tertentu. Namun, temuan ini juga menekankan bahwa pengetahuan saja tidak cukup untuk memastikan perubahan sikap atau keterampilan. Tanpa adanya motivasi, dorongan eksternal, atau faktor pendukung lainnya, pengetahuan sering kali gagal diterjemahkan menjadi sikap yang positif atau keterampilan yang terampil. Dengan kata lain, meskipun pengetahuan merupakan fondasi yang penting, keberhasilan dalam

membentuk sikap dan keterampilan memerlukan pendekatan yang lebih holistik, termasuk upaya untuk meningkatkan motivasi, menyediakan pengalaman praktis, dan menciptakan lingkungan yang mendukung proses pembelajaran secara menyeluruh.

Tabel 10. Distribusi Materi yang Diperoleh Kader Posyandu dalam Pelatihan

N O	Pertanyaan	Jawaban Benar				%Peningkatan pengetahuan
		Pre test		Post test		
		n	%	n	%	
1	4 standar emas PMBA	26	92	28	100	8
2	Manfaat IMD bagi Ibu	20	71	26	92	21
3	Manfaat IMD bagi bayi	20	71	26	92	21
4	Langkah langkah IMD	20	71	26	92	21
5	Manfaat ASI eksklusif bagi ibu	15	53	25	89	36
6	Manfaat ASI eksklusif bagi bayi	21	75	23	82	7
7	Cata melakukan Pijit oksitosin	21	75	28	100	25
8	Posisi dan peletakan yang baik ketika menyusui	24	85	25	89	4
9	Mitos dan fakta mengenai menyusui	19	67	21	75	8
10	Pilihan manakan untuk anak usia 6-8 bulan	28	100	28	100	0
11	Pilihan makanan untuk anak usia 9-11 bulan	23	82	28	100	18
12	5 kunci aman makanan dan kebersihan	24	85	27	96	11
13	Prinsip MP-ASI	12	42	19	67	25
14	Hal-hal yang harus dihindari pada saat	27	96	28	100	4

N O	Pertanyaan	Jawaban Benar				%Peningkatan pengetahuan
		Pre test		Post test		
		n	%	n	%	
	pemberian makan anak					
15	Peran kader posyandu mengenai PMBA	28	100	28	100	0

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut, peningkatan nilai tertinggi dari pengetahuan terletak pada materi nomor 5 yaitu manfaat ASI eksklusif bagi ibu sejumlah 36%. Terdapat 53% responden menjawab benar pada *pre-test* dan 89% dalam menjawab *post-test*. Rata-rata *pre test* adalah 100% pada materi nomor 10 dan 15 dengan materi MP-ASI dan Peran kader posyandu mengenai PMBA sedangkan pada *post test* nilai paling tinggi di dapatkan pada soal nomor 7, 10, 11, 14, 15 dengan 100% kader menjawab benar pada 5 materi tersebut.

Rata-rata paling rendah *pre test* dan *post-test* pengetahuan terdapat pada nomor 13 dengan materi prinsip MP-ASI yang benar dengan jumlah kader yang menjawab benar sebanyak 12 orang (42%) menjawab benar pada *pre-test* dan 19 (67%) kader menjawab benar pada *post-test*. Materi nomor 13 memiliki pertanyaan sebagai berikut, “Prinsip MP-ASI untuk balita usia 6-11 bulan yang benar mencakup?” dengan pilihan jawaban a. pemberian makanan cair tanpa tekstur, b. variasi makanan bergizi sesuai usia anak, c. MP-ASI dimulai sejak lahir, d. hanya menggunakan makanan instan, dan e. jawaban a dan b benar. Mayoritas kader menjawab “e” pada pertanyaan tersebut, pilihan e pada nomor 13 adalah jawaban menjebak karena terdapat jawaban salah dan benar dikarenakan jawaban benar adalah jawaban B. Terdapat faktor yang mempengaruhi yaitu kurang telitinya responden untuk membaca pilihan jawaban, hal ini sejalan dengan penelitian (Nur’aziza ,2013) Kurangnya ketelitian responden dalam mengisi *pre-test* dan *post-test* dapat memengaruhi keakuratan hasil penelitian. Menurut sumber yang ditemukan, responden sering tidak teliti dalam menjawab sehingga ada pertanyaan yang terlewat tidak dijawab, dan hal ini sulit diulang kembali kepada responden tersebut.

Selain itu, gangguan pada konsentrasi peserta saat mengisi *pre-test* dan *post-test* dapat mempengaruhi pengetahuan responden yang diukur.

4.5 Sikap Kader Sebelum dan Sesudah

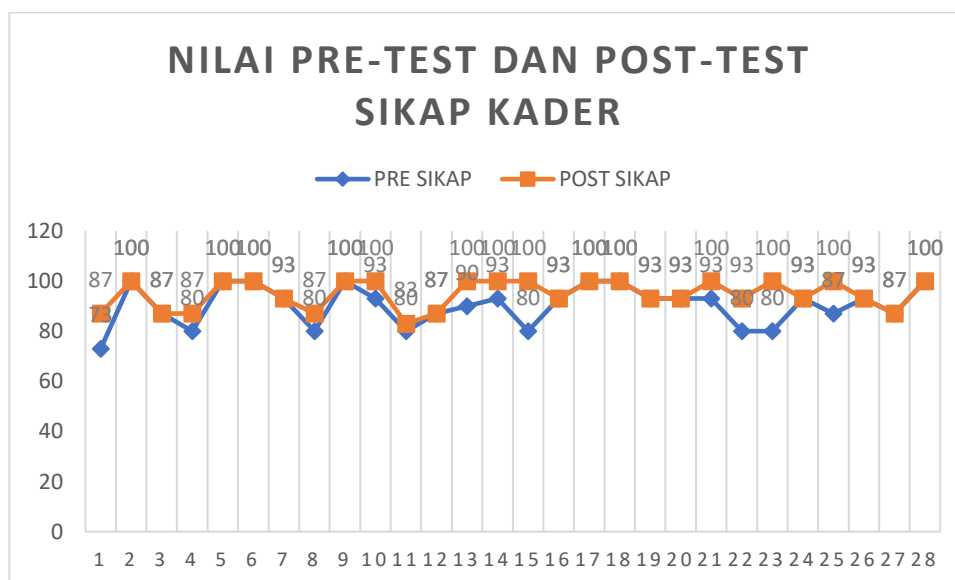
Analisis terhadap perubahan sikap kader Posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) menunjukkan beberapa temuan penting. Data yang disajikan memberikan gambaran menyeluruh tentang bagaimana penyuluhan memengaruhi sikap kader dan faktor-faktor yang mendukung perubahan tersebut. Perubahan sikap yang terjadi mencerminkan efektivitas penyuluhan dan menunjukkan pemahaman kader yang lebih baik tentang aspek-aspek PMBA.

Tabel 11. Distribusi sikap kader sebelum dan sesudah penyuluhan.

Kategori	Sikap kader sebelum dan sesudah			
	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Kurang	1	4	1	0
Cukup	20	71	17	60
Baik	7	25	11	40
total	28	100	28	100

Distribusi sikap kader sebelum dan sesudah penyuluhan memperlihatkan perkembangan yang positif. Berdasarkan data awal, sebelum penyuluhan dilaksanakan, sebanyak 4% kader berada pada kategori sikap kurang, sementara mayoritas kader, yakni 57%, berada dalam kategori cukup, dan 39% sisanya telah mencapai kategori baik. Setelah kegiatan penyuluhan berlangsung, terjadi perubahan yang menggembirakan, dimana tidak ada lagi kader yang masuk dalam kategori sikap kurang (0%). Sebaliknya, terdapat peningkatan pada kategori cukup menjadi 60%, sedangkan kategori baik tetap stabil di angka 40%.

Pola perubahan ini mencerminkan dampak positif penyuluhan terhadap sikap kader, meskipun pergeseran ke arah kategori baik belum signifikan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Rahmawati dkk. (2016) yang menjelaskan bahwa program penyuluhan kesehatan mampu secara efektif mengurangi sikap negatif pada individu. Namun, pembentukan sikap yang lebih positif cenderung memerlukan proses yang bertahap dan waktu yang lebih panjang untuk mencapai hasil yang lebih substansial. Hal ini mengindikasikan bahwa perubahan sikap bukanlah hal yang instan, melainkan sebuah proses yang membutuhkan penguatan dan pendampingan secara berkelanjutan.



Gambar 4. Grafik nilai *Pre test post test* Sikap Kader

Sebuah temuan yang menarik terlihat pada perubahan sikap kader terhadap pernyataan nomor 7 yang berkaitan dengan mitos seputar praktik menyusui. Sebelum penyuluhan, mayoritas responden menunjukkan ketidaksetujuan terhadap pernyataan, "Mitos tentang menyusui masih sering menghambat praktik pemberian ASI kepada balita." Namun, setelah mengikuti penyuluhan, terjadi perubahan pandangan yang signifikan, dimana responden mulai menyatakan persetujuan terhadap pernyataan tersebut.

Perubahan ini mencerminkan adanya peningkatan kesadaran kritis kader terhadap pengaruh kompleks faktor sosial-budaya yang sering menjadi

hambatan dalam keberhasilan pemberian ASI. Transformasi sikap ini menegaskan pentingnya edukasi dalam membangun pemahaman yang lebih dalam mengenai dinamika sosial yang memengaruhi praktik menyusui. Fenomena ini juga sejalan dengan penelitian Sulistyowati dan Handayani (2018), yang menggarisbawahi bahwa pengenalan dan pemahaman terhadap hambatan sosial-budaya merupakan elemen penting dalam meningkatkan efektivitas program ASI eksklusif di tingkat masyarakat.

Tabel 12. Karakteristik Responden Dengan Nilai Terendah Tingkat Sikap Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R1	73	SLTA	37	IRT	1-5 Th	2x
SESUDAH						
R7	80	SMP	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Analisis terhadap karakteristik responden dengan nilai terendah mengungkap pola yang memberikan wawasan penting mengenai dinamika pembelajaran dan perubahan sikap. Sebelum penyuluhan, R1 mencatatkan nilai terendah sebesar 73, dengan latar belakang pendidikan SLTA, pengalaman yang masih tergolong baru (1-5 tahun), dan frekuensi pelatihan yang minim (2 kali per tahun). Namun, setelah penyuluhan, nilai terendah justru diperoleh oleh R7, yang memiliki pengalaman lebih dari 10 tahun dan rutin mengikuti pelatihan lebih dari 5 kali per tahun, meskipun nilai yang dicapai meningkat menjadi 80.

Fenomena ini menunjukkan bahwa durasi pengalaman dan frekuensi pelatihan tidak selalu menjamin pembentukan sikap yang lebih positif terhadap praktik kesehatan yang mutakhir. Temuan ini mendukung penelitian Nurhayati (2019), yang menyatakan bahwa lamanya pengalaman tidak selalu berkorelasi langsung dengan perubahan sikap positif. Faktor lain, seperti kualitas pelatihan, pendekatan yang digunakan, dan keterbukaan individu terhadap informasi baru,

mungkin memiliki peran yang lebih signifikan dalam membentuk sikap yang lebih adaptif terhadap perkembangan praktik kesehatan.

Tabel 13. Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Sikap Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R2	100	SMP	64	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R5	100	SMP	52	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R6	100	SLTA	46	IRT	6-10 TAHUN	>5x
R9	100	SMA	49	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R10	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
SESUDAH						
R2	100	SMA	57	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R5	100	SMEA	51	IRT	6-10 tahun	2x
R6	100	SMA	55	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R9	100	SMA	49	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R10	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R13	100	SMA	38	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R14	100	SMA	53	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R15	100	SMA	52	IRT	6-10 tahun	2x

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
R17	100	SMA	55	IRT	1-5 tahun	2x
R18	100	SLTA	46	IRT	1-5 tahun	>5x
R21	100	SMA	57	IRT	1-5 tahun	>5x
R23	100	SMA	49	IRT	1-5 tahun	>5x
R25	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R28	100	SMA	38	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Sebelum pelaksanaan penyuluhan, terdapat lima kader yang berhasil mencapai nilai maksimal (100), dengan karakteristik yang cukup beragam namun memiliki kesamaan yang mencolok. Dari kelima kader tersebut, dua di antaranya memiliki latar belakang pendidikan SMP (R2 dan R5), satu SLTA (R6), dan dua SMA (R9 dan R10). Meski tingkat pendidikan mereka berbeda, mayoritas dari mereka memiliki pengalaman panjang sebagai kader (lebih dari 10 tahun) serta frekuensi pelatihan yang tinggi (lebih dari 5 kali per tahun). Temuan ini mendukung penelitian Handayani dan Sulistyowati (2018), yang menyebutkan bahwa pengalaman praktis dan frekuensi pelatihan dapat menjadi kompensasi atas keterbatasan pendidikan formal dalam membentuk sikap positif terhadap program kesehatan.

Setelah pelaksanaan penyuluhan, terjadi lonjakan signifikan dalam jumlah kader yang mencapai nilai maksimal, dari 5 menjadi 14 orang. Peningkatan ini mencerminkan efektivitas program penyuluhan dalam memperkuat sikap positif kader terhadap PMBA. Hal ini sejalan dengan penelitian Pratiwi et al. (2017), yang menemukan bahwa intervensi edukasi yang dirancang secara terstruktur mampu memfasilitasi perubahan sikap secara signifikan, terutama jika materi disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik peserta.

Muncul kader dengan pengalaman relatif baru (1-5 tahun) dalam kelompok nilai tertinggi setelah penyuluhan (R17, R18, R21, R23). Fenomena

ini mengindikasikan bahwa keterbukaan terhadap informasi baru dan kemampuan adaptasi memiliki peran penting, bahkan melampaui durasi pengalaman, dalam membentuk sikap positif. Temuan ini sejalan dengan penelitian Nurhayati (2019), yang menekankan pentingnya motivasi dan kesiapan belajar dalam proses perubahan sikap.

Dalam hal tingkat pendidikan, terjadi perubahan signifikan setelah penyuluhan, dengan mayoritas kader yang mencapai nilai tertinggi berlatar belakang pendidikan SMA atau sederajat. Temuan ini mendukung penelitian Widiastuti dan Kristiani (2020), yang menemukan korelasi positif antara tingkat pendidikan dengan kemampuan untuk menyerap dan menerapkan informasi baru dalam konteks kesehatan.

Dari perspektif usia, distribusi responden dengan nilai tertinggi tetap merata dalam rentang usia 38 hingga 64 tahun, baik sebelum maupun sesudah penyuluhan. Ini mengindikasikan bahwa usia tidak menjadi faktor penentu utama dalam pembentukan sikap positif terhadap PMBA, sebagaimana yang diungkapkan oleh Rahmawati et al. (2016), yang menekankan bahwa motivasi internal dan keterbukaan terhadap perubahan lebih berpengaruh dibanding usia.

Mayoritas responden dengan nilai tertinggi berstatus sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT), memberikan gambaran menarik tentang peran ganda mereka dalam mendukung implementasi program PMBA. Fleksibilitas waktu memungkinkan mereka untuk lebih intensif mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh dalam kehidupan sehari-hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyowati dkk. (2018), mengungkapkan pentingnya pengalaman praktis dan intensitas pelatihan dalam membentuk sikap positif terhadap program kesehatan. Mereka menyarankan bahwa meskipun tingkat pendidikan formal seseorang mungkin terbatas, pengalaman yang luas dalam lapangan dan frekuensi pelatihan yang tinggi dapat menjadi pengganti yang sangat efektif. Dalam konteks kader Posyandu, pengalaman lebih dari 10 tahun memberi mereka wawasan langsung tentang tantangan yang dihadapi dalam mengedukasi masyarakat dan menjalankan program kesehatan. Selain itu, pelatihan yang dilaksanakan secara rutin

memberikan kesempatan untuk memperbarui pengetahuan mereka dengan pendekatan terbaru dalam kesehatan masyarakat. Hal ini berarti bahwa kualitas dan kedalaman pengalaman serta pelatihan menjadi kunci utama dalam membentuk sikap positif, mengarah pada peningkatan efektivitas mereka dalam menjalankan program seperti Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), meskipun pendidikan formal mereka lebih rendah

Dari aspek frekuensi pelatihan, setelah penyuluhan terlihat variasi yang lebih luas, di mana beberapa kader dengan pelatihan minimal (2 kali per tahun) mampu mencapai nilai maksimal. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas dan relevansi materi pelatihan lebih penting dibanding kuantitasnya dalam membentuk sikap positif. Penemuan ini mendukung rekomendasi Kusumawati dkk. (2015) menyoroti bahwa kualitas dan relevansi materi penyuluhan lebih penting daripada kuantitas pelatihan dalam membentuk sikap positif. Temuan ini relevan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa meskipun beberapa kader memiliki frekuensi pelatihan minimal, mereka tetap berhasil mencapai nilai maksimal setelah mengikuti penyuluhan. Hal ini menunjukkan bahwa bukan hanya jumlah pelatihan yang diikuti yang mempengaruhi perubahan sikap kader, tetapi juga kualitas dan relevansi materi yang diajarkan. Dengan penyuluhan yang dirancang secara efektif dan relevan dengan kebutuhan lokal serta kemampuan kader, program dapat memberikan dampak yang lebih besar terhadap perubahan sikap kader, sehingga mereka lebih siap untuk menerapkan pengetahuan yang didapat dalam tugas sehari-hari mereka.

Konsistensi beberapa kader (R2, R5, R6, R9, R10) dalam mempertahankan nilai maksimal sebelum dan sesudah penyuluhan juga patut diapresiasi. Hal ini menunjukkan bahwa sikap positif yang telah terbentuk dapat diperkuat melalui intervensi edukasi yang berkesinambungan. Temuan ini mendukung konsep pembelajaran berkelanjutan yang diadvokasi dalam berbagai penelitian kesehatan masyarakat, menegaskan pentingnya kesinambungan program edukasi untuk meningkatkan kapasitas kader secara berkelanjutan.

4.6 Keterampilan kader sebelum dan sesudah

Analisis terhadap perubahan keterampilan kader Posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) mengungkapkan beberapa temuan penting yang perlu dicermati. Data yang disajikan memberikan gambaran komprehensif mengenai bagaimana penyuluhan mempengaruhi keterampilan kader dan faktor-faktor yang mendukung perubahan tersebut. Perubahan keterampilan yang teramati menunjukkan efektivitas penyuluhan dan menggambarkan peningkatan kemampuan kader dalam menerapkan pengetahuan PMBA secara lebih baik.

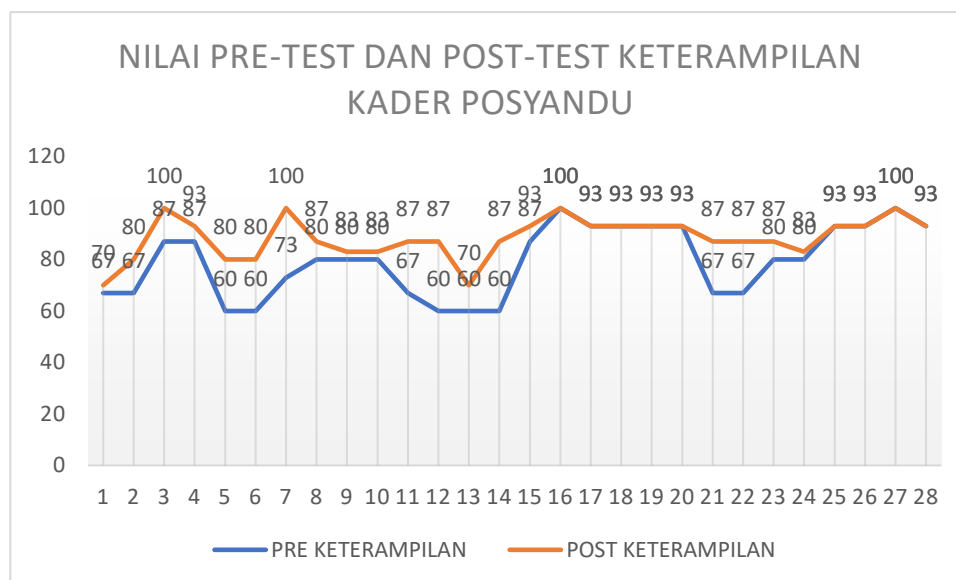
Tabel 14. Distribusi Keterampilan kader sebelum dan sesudah penyuluhan.

Kategori	Keterampilan kader sebelum dan sesudah			
	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Kurang	0	0	2	14
Cukup	26	93	22	78
Baik	2	7	4	14
total	28	100	28	100

Data yang menunjukkan distribusi keterampilan kader sebelum dan setelah penyuluhan juga memberikan gambaran yang positif terkait dampak dari intervensi edukasi yang dilakukan. Sebelum penyuluhan, terdapat 18% kader yang berada dalam kategori keterampilan kurang, 50% dalam kategori cukup, dan 32% dalam kategori baik. Namun, setelah penyuluhan dilaksanakan, hasilnya sangat menggembirakan, karena tidak ada lagi kader yang tergolong dalam kategori kurang (0%), terjadi peningkatan yang signifikan dalam kategori cukup yang mencapai 64%, serta sedikit peningkatan dalam kategori baik yang mencapai 36%. Hal ini menunjukkan bahwa penyuluhan yang dilakukan mampu memberikan dampak positif yang signifikan terhadap keterampilan kader Posyandu.

Perubahan yang terlihat sangat konsisten dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rahmawati dkk.,2016), yang menemukan bahwa intervensi edukasi yang terstruktur dan disesuaikan dengan kebutuhan peserta dapat

secara efektif meningkatkan keterampilan kader kesehatan. Hal ini semakin memperkuat argumen bahwa pendekatan yang tepat dalam penyuluhan dapat membawa perubahan yang sangat positif dalam peningkatan keterampilan kader kesehatan.



Gambar 5. Grafik nilai *Pre test post test* Keterampilan Kader

Salah satu temuan yang perlu mendapat perhatian adalah kecenderungan mayoritas responden yang mengidentifikasi "pencegahan perdarahan pasca melahirkan" sebagai manfaat dari ASI eksklusif pada soal nomor 4, padahal manfaat tersebut sebenarnya terkait dengan praktik IMD. Hal ini menunjukkan adanya kesalahan identifikasi yang perlu segera diatasi, karena dapat berpotensi mengarah pada ketidakakuratan dalam implementasi program kesehatan. Kesalahan ini mengindikasikan adanya kebingungan konseptual yang perlu diselesaikan, agar kader dapat lebih tepat dalam memahami dan mengaplikasikan pengetahuan yang mereka miliki. Penelitian Handayani dan Sulistyowati (2018) mengungkapkan bahwa kesalahpahaman seperti ini sering terjadi karena adanya keterkaitan yang erat antara praktik IMD dan ASI eksklusif. Meskipun kedua praktik tersebut memiliki manfaat yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak, namun keduanya secara spesifik memberikan manfaat yang berbeda. Hal ini menunjukkan pentingnya

penyuluhan yang lebih terperinci agar kader dapat memahami perbedaan mendalam antara keduanya dan dapat menerapkannya dengan lebih efektif.

Tabel 15 Karakteristik Responden Dengan Nilai Terendah Tingkat keterampilan Tertinggi Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R1	60	SLTA	37	IRT	1-5 Th	2x
R5	60	SMP	52	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R6	60	SMA	55	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R12	60	SMK	37	IRT	6-10 tahun	2x
R13	60	SMA	38	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
SESUDAH						
R1	70	SLTA	37	IRT	1-5 Th	2x
R13	70	SMA	38	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Analisis terhadap karakteristik responden dengan nilai terendah sebelum penyuluhan mengungkapkan adanya variasi yang menarik. Lima responden yang mencatatkan nilai 60 (R1, R5, R6, R12, R13) memiliki latar belakang pendidikan dan pengalaman yang beragam. Dua di antaranya bahkan memiliki pengalaman lebih dari 10 tahun dan frekuensi pelatihan yang cukup tinggi (>5 kali/tahun), namun tetap mencatatkan nilai yang relatif rendah. Fenomena ini memperkuat temuan dalam penelitian Nurhayati (2019), yang menyatakan bahwa lamanya pengalaman tidak selalu berkorelasi positif dengan tingkat keterampilan yang dimiliki oleh individu. Ini menunjukkan bahwa faktor-faktor lain seperti kesiapan mental, motivasi untuk belajar, serta kemampuan untuk mengadaptasi pengetahuan baru juga sangat berperan dalam menentukan tingkat keterampilan kader.

Setelah penyuluhan, hanya dua responden (R1 dan R13) yang mencatatkan nilai terendah dengan angka 70, yang meskipun lebih tinggi dibandingkan nilai terendah sebelum penyuluhan, tetap menunjukkan peningkatan yang signifikan. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa penyuluhan yang dilakukan memiliki efektivitas dalam meningkatkan keterampilan dasar kader, yang sebelumnya tergolong dalam kategori rendah. Fenomena ini mendukung temuan yang diungkapkan oleh Pratiwi et al. (2017) tentang pentingnya intervensi edukasi dalam meningkatkan kompetensi dasar kader kesehatan. Intervensi yang dilakukan dengan pendekatan yang tepat dapat membantu meningkatkan standard minimum keterampilan kader, yang pada akhirnya akan berdampak positif pada pelaksanaan program kesehatan di tingkat masyarakat.

Tabel 16. Karakteristik Responden Dengan Nilai Tertinggi Tingkat Keterampilan Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Penyuluhan mengenai PMBA

Responden	Nilai	Tingkat Pendidikan	Umur	Pekerjaan	Lama menjadi kader	Pelatihan kader (berapa kali/tahun)
SEBELUM						
R16	100	SMK	31	IRT	1-5 tahun	1x
R25	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
SESUDAH						
R3	100	SMA	49	ITR	6-10 tahun	2x
R7	100	SMP	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x
R16	100	SMK	31	IRT	1-5 tahun	1x
R25	100	SMA	47	IRT	Lebih dari 10 tahun	>5x

Responden dengan nilai tertinggi (100) juga menunjukkan keragaman yang menarik, yang memberikan wawasan lebih dalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelatihan. Sebelum penyuluhan, dua responden (R16 dan R25) berhasil mencapai nilai maksimal, meskipun memiliki karakteristik yang sangat kontras. R16, yang memiliki pengalaman

minimal (1-5 tahun) dan frekuensi pelatihan yang rendah (hanya 1 kali), berhasil mencapai nilai maksimal, sementara R25 yang memiliki pengalaman lebih dari 10 tahun dengan frekuensi pelatihan tinggi (>5 kali/tahun) juga berhasil mencapai nilai yang sama. Setelah penyuluhan, jumlah responden yang mencapai nilai maksimal meningkat menjadi empat orang, dengan latar belakang yang lebih beragam. Hal ini memperkuat temuan dari penelitian Widiastuti dan Kristiani (2020), yang menekankan bahwa keberhasilan pembelajaran dalam perubahan sikap dan keterampilan lebih dipengaruhi oleh motivasi pribadi dan kemampuan adaptasi seseorang, ketimbang hanya mengandalkan faktor pengalaman atau frekuensi pelatihan yang mereka ikuti. Temuan ini menunjukkan bahwa kemampuan untuk beradaptasi terhadap informasi baru dan motivasi untuk belajar memegang peranan yang lebih dominan dalam mencapai hasil yang maksimal.

Kesenjangan pemahaman yang terungkap dalam penelitian ini mengenai manfaat ASI eksklusif dan IMD. Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan strategi pembelajaran yang lebih efektif untuk membantu kader membedakan dan memahami dengan lebih jelas manfaat spesifik dari masing-masing intervensi kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, diperlukan metode pembelajaran yang lebih mendalam, yang mampu memfasilitasi pemahaman kader yang lebih baik, agar kader dapat lebih efektif dalam menerapkan pengetahuan tersebut di lapangan. Penelitian (Sulistyowati dkk., 2018) juga merekomendasikan penggunaan metode pembelajaran yang tidak hanya fokus pada penyampaian materi, tetapi juga pada bagaimana kader dapat mencerna dan mengimplementasikan pengetahuan yang mereka peroleh dalam konteks sosial dan budaya yang ada di masyarakat.

4.7 Analisis Perubahan Pengetahuan, sikap dan keterampilan kader posyandu

Tabel 17. Uji Normalitas Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

Variabel	P	Keterangan
Pengetahuan		

Variabel	P	Keterangan
Pre test	0,105	Normal
Post test	0,149	Normal
Sikap		
Pre test	0,152	Normal
Post test	0,108	Normal
Keterampilan		
Pre test	0,200	Normal
Post test	0,200	Normal

Pada tabel diatas menunjukkan data pengetahuan, sikap dan keterampilan pada saat pre-test dan post-test dengan dilakukan uji normalitas dengan menggunakan kolmogorov-Smirnov atau uji K-S terdistribusi normal ($p > 0,05$) maka jenis uji yang digunakan agar mengetahui pengaruh penyuluhan tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader posyandu menggunakan uji statistik paired sample t-test.

Tabel 18. Uji *Paired Sample T-test* Pengetahuan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

Variabel	Std. Deviation	Selisish rata-rata	Mean	P
Pengetahuan				
Sebelum	13,3	7,3	83,7	0,008
Sesudah	9,2		91	

Berdasarkan tabel hasil uji statistik dengan menggunakan Independent Sample T-Test menghasilkan nilai P value pengetahuan 0,008 ($p < 0,005$) yang artinya terdapat perbedaan nilai rata rata pengetahuan kader posyandu selisish rata rata pre-test dan post-test sebesar 7,3. Penyadaran masyarakat dalam meningkatkan pengetahuan gizi dapat dilakukan melalui berbagai kegiatan, seperti penyediaan materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) melalui penyuluhan gizi. Penyuluhan gizi adalah bagian dari program gizi dalam mempromosikan perilaku makan sehat (Arrish dkk., 2014). Hal ini sejalan dengan penelitian (Sutrio dkk.,2022) yang menunjukkan hasil serupa.

Penelitian ini menggunakan uji Independent Sample T-Test untuk melihat kesetaraan karakteristik subjek dari dua kelompok pada awal penelitian. Hasilnya menunjukkan perbedaan yang nyata dengan p-value 0,008, yang mengindikasikan adanya peningkatan signifikan dalam asupan energi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah intervensi.

A. Analisis rata-rata Pengetahuan, Sikap, dan Pengetahuan

Tabel 19. Uji *Paired Sample T-test* Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

Variabel	Std. Deviation	Selisish rata-rata	Mean	P
Pengetahuan				
Sebelum	13,3	7,3	83,7	0,008
Sesudah	9,2		91	
Sikap				
Sebelum	8,2	8,3	89	0,000
Sesudah	4,5		97,3	
Keterampilan				
Sebelum	12,6	13,3	80,7	0,000
Sesudah	7,7		94	

Tabel tersebut menjelaskan rata-rata skor pengetahuan responden setelah pemberian penyuluhan mengenai pemberian makan bayi dan anak (PMBA) untuk *pre-test* yaitu 83,7 sedangkan untuk hasil *post - test* mengalami peningkatan yaitu 91. Hasil uji *paired simple t-Test* menunjukkan *pre-test* dan *post-test* dengan nilai p $(0,008) < (0,05)$, artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari penyuluhan pemberian makan bayi dan anak (PMBA) terhadap peningkatan pengetahuan kader posyandu Kelurahan Ciptomulyo.

Rata-rata skor sikap responden setelah pemberian penyuluhan mengenai pemberian makan bayi dan anak (PMBA) untuk *pre-test* yaitu 89 sedangkan untuk hasil *post-test* mengalami peningkatan yaitu 97,3. Hasil uji *paired simple t-Test* menunjukkan pada kelompok *pre-test* dan *post-test* nilai p $(0,000)$, artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari penyuluhan dengan

media animasi terhadap peningkatan sikap kader posyandu Kelurahan Ciptomulyo.

Sedangkan rata-rata skor keterampilan responden setelah pemberian penyuluhan mengenai pemberian makan bayi dan anak (PMBA) untuk pre-test yaitu 80,7 sedangkan untuk hasil post-test mengalami peningkatan yaitu 94. Hasil uji *Paired Simple T-Test* menunjukkan pada kelompok *pre-test* dan post-test nilai p (0,000), artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari penyuluhan dengan media animasi terhadap peningkatan Keterampilan kader posyandu Kelurahan Ciptomulyo.

Tabel 20. Rerata Hasil Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

Variabel	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	Peningkatan
Pengetahuan	53	100	83,7	91	7,3
Sikap	73	100	89	97,3	8,3
Keterampilan	60	100	80,7	84	13,3

Metode paling berhasil diantara ceramah, diskusi dan demonstrasi dalam penelitian ini yaitu pada metode demonstrasi guna untuk meningkatkan keterampilan kader. Hal ini dikaitkan dengan faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengetahuan kader di Kelurahan Ciptomulyo menggunakan metode demonstrasi yaitu peneliti menggunakan media video untuk melakukan demonstrasi. Metode ini dapat meningkatkan interaksi langsung antara prmateri dengan responden sehingga apabila peserta belum mengetahui mengenai materi yang sedang di tampilkan dapat di tanyakan langsung.

Kelebihan dari penelitian ini yaitu peran aktif peneliti dan responden dalam melakukan demonstrasi pada saat penyuluhan serta efisiensi waktu pada saat penyampaian materi pada saat penyuluhan. Namun kekurangan dari metode demonstrasi juga memiliki kekurangan yaitu peneliti tidak dapat mengetahui tingkat pemahaman responden secara *real-time* sehingga perlu adanya tanya jawab pada akhir demonstrasi.

Terdapat hubungan antara sikap dan keterampilan kader posyandu pada saat penyuluhan, hal ini sejalan dengan Penelitian (Wahyudi, dkk. 2022) menunjukkan adanya korelasi signifikan antara sikap dan keterampilan kader dalam pelaksanaan tugas, yang dibuktikan dengan nilai $P = 0,001$ ($P < 0,05$). Sikap terbentuk sebagai respons terhadap kebutuhan mencapai kepuasan, baik dari faktor internal maupun eksternal individu. Penelitian ini menegaskan bahwa kualitas keterampilan kader dalam kinerjanya berbanding lurus dengan sikap positif yang dimiliki.

Walaupun nilai pengetahuan kader 100 belum menentukan bahwa sikap dan keterampilan pada satu kader tersebut memiliki nilai yang baik. Terdapat 9 responden yang dengan hasil post test pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang sempurna (100) yaitu responden R3, R4, R9, R10, R19, R25, R26, R27, R28. Terdapat faktor yang berpengaruh pada hasil tersebut, faktor tersebut pengalaman tiap responden selama menjadi kader. Kader dengan hasil posttest Pengetahuan, sikap dan keterampilan yang sempurna (100) telah mengikuti pelatihan kader $>5x$. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sistiarani dkk., 2013) yang menemukan bahwa pelatihan kader merupakan faktor penting yang mempengaruhi kinerja kader dalam pelayanan Posyandu. Dalam penelitiannya, kader yang lebih sering mengikuti pelatihan menunjukkan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam melaksanakan tugas-tugas di Posyandu.

Responden R12 dan R22 memiliki hasil post-test pengetahuan yang sempurna (100) sedangkan untuk hasil post-test sikap dan keterampilan nya memiliki nilai yang sama yaitu pada R12 sebesar (87) dan pada responden R22 sebesar (93). Hasil post test responden menunjukkan bahwa sikap dan keterampilan kader tidak mempengaruhi hasil pengetahuan kader. Hal ini sejalan dengan penelitian (yuswandi dkk., 2023) mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan elemen awal dalam membentuk persepsi individu, yang selanjutnya dapat memengaruhi sikap dan akhirnya menghasilkan tindakan atau keterampilan tertentu. Namun, temuan ini juga menekankan bahwa pengetahuan saja tidak cukup untuk memastikan perubahan sikap atau keterampilan. Tanpa adanya motivasi, dorongan eksternal, atau faktor

pendukung lainnya, pengetahuan sering kali gagal diterjemahkan menjadi sikap yang positif atau keterampilan yang terampil. Dengan kata lain, meskipun pengetahuan merupakan fondasi yang penting, keberhasilan dalam membentuk sikap dan keterampilan memerlukan pendekatan yang lebih holistik, termasuk upaya untuk meningkatkan motivasi, menyediakan pengalaman praktis, dan menciptakan lingkungan yang mendukung proses pembelajaran secara menyeluruh.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan Ciptomulyo, Kecamatan Sukun, Kota Malang tentang Pengaruh Ceramah, Diskusi Dan Demonstrasi Tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Kader Posyandu Di Kelurahan Ciptomulyo, Kecamatan Sukun, Kota Malang didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Pengetahuan dengan kategori baik setelah penyuluhan meningkat sebesar 7,3%.
2. Sikap dengan kategori baik setelah penyuluhan meningkat sebesar 8,3%.
3. Keterampilan dengan kategori baik setelah penyuluhan meningkat sebesar 13,3%.
4. Ada perbedaan yang signifikan tingkat pengetahuan kader sebelum dan sesudah penyuluhan ($p\ value = 0,008$).
5. Ada perbedaan yang signifikan sikap kader sebelum dan sesudah penyuluhan ($p\ value = 0,0000$).
6. Ada perbedaan yang signifikan keterampilan kader sebelum dan sesudah penyuluhan ($p\ value = 0,0000$).

4.4 Saran

Peningkatan pengetahuan dan sikap kader sebagai upaya peningkatan kinerja posyandu perlu dilakukan beberapa cara sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas

Dapat mengadakan kegiatan penyuluhan kader untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap terutama pada Pemberian Makanan Bayi dan Anak. Metode peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kader yang tidak mengalami perbedaan sama sekali dapat menggunakan metode simposium, diskusi kelompok dan demonstrasi. Alat peraga yang dapat digunakan video pembelajaran,

leaflet atau booklet yang lebih mudah digunakan dalam pembelajaran kader.

2. Bagi peneliti lain

Perlu penelitian lebih lanjut menggunakan alat peraga lain yang dapat digunakan saat penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader posyandu balita.

Daftar pustaka

- Aini, Nurul. *Hubungan Pelatihan Terhadap Keterampilan Kader Dalam Memberikan Penyuluhan Tentang Status Gizi Balita Di Desa Suko Jember Kecamatan Jelbuk*. 2019
- AL Rahmad AH, Miko A, Hadi A. *Kajian Kejadian Pendek pada Anak Balita Ditinjau dari Pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, Status Imunisasi dan Karakteristik Keluarga di Kota Banda Aceh*. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*. 2013
- Amar,dkk.*Penyuluhan Dan Pembuatan Mp-Asi Lokal Dengan Bahan Dasar Bmc (Bahan Makanan Campuran) Untuk Balita Pada Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Cikulur Kabupaten Lebak* . 2019
- Azwar, S. (2015). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Erlangga.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI. (2017). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman Umum Penyuluhan Kesehatan*.
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*.
- Gerungan, W. A. (2004). *Psikologi Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Gibney, M. J. (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Handayani, S., & Sulistyowati, T. (2018). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengalaman Kader dengan Tingkat Pengetahuan tentang Kesehatan Anak di Posyandu. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 14(2), 98-107.
- Isjoni. (2006). *Pendidikan Sebagai Investasi Masa Depan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Panduan Gizi Lengkap Ibu dan Anak*.

- KTAVIANI, Diani; SUPRAPTI, Suprapti; MULYANI, Endah. *Pelatihan Pembuatan MP-ASI Berbasis Pangan Lokal Di Desa Domas, Kabupaten Gresik. Indonesian Journal of Community Dedication in Health (IJCDH) jan. 2023.*
- Kurrachman, T. (2015). *Hubungan Frekuensi Pelatihan dengan Kinerja Kader Posyandu di Kabupaten Semarang.* Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia, 10(2), 64-71.
- Kusumawati, Y., Astuti, D., & Ambarwati. (2015). Hubungan antara Pendidikan dan Pengetahuan Kader Posyandu dengan Keterampilan dalam Pemantauan Pertumbuhan Balita. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 10(1), 82-91.
- Mubarak, W. I. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Sagung Seto.
- Newcomb, T. M. (1968). Psikologi Sosial. Bandung: CV Diponegoro.
- Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan.
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). Manajemen Sumber Daya Manusia (Teori dan Praktik). Jakarta: Rajawali Pers.
- Nurhayati, S. (2016). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu Setelah Pelatihan.* Jurnal Ilmu Kesehatan, 8(2), 67-75.
- Nurhayati, S. (2019). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Sikap Kader Posyandu dalam Implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak.* Jurnal Kebidanan dan Kesehatan, 12(3), 145-156.
- Nurhayati, S. (2019). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu Setelah Pelatihan. Jurnal Ilmu Kesehatan, 8(2), 67-75.

- Pratiwi, R. D., Suyatno, & Nugraheni, S. A. (2017). Efektivitas Program Edukasi Kesehatan dalam Mengubah Sikap dan Praktik Kader Posyandu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(4), 356-363.
- Pratiwi, R. D., Suyatno, & Nugraheni, S. A. (2017). Pengaruh Penyuluhan Metode Permainan Edukatif dan Metode Ceramah terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Tentang Pencegahan Penyakit Diare pada Murid SD di Kecamatan Poasia Kota Kendari. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(4), 356-363.
- Purnamasari, D. U., Kusumawati, Y., & Wuryaningsih, C. E. (2018). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemahaman Kader Posyandu tentang MP-ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Jaten. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 12(1), 45-53.
- Rahmawati, E., Sudargo, T., & Paramastri, I. (2016). Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita Gizi Kurang dan Buruk di Kabupaten Kotawaringin Barat Provinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 4(2), 69-77.
- Rahmawati, E., Sudargo, T., & Paramastri, I. (2016). Perubahan Sikap dan Perilaku Kader Posyandu Setelah Program Pelatihan Komprehensif. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 13(2), 69-77.
- Sari, F., & Ernawati, E. (2018). *Hubungan Sikap Ibu Tentang Pemberian Makanan Bayi Dan Anak (PMBA) Dengan Status Gizi Bayi Bawah Dua Tahun (Baduta)*.
- Sarwono, S. W. (2009). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Empat.
- Sears, D. O., Freedman, J. L., & Peplau, L. A. (1991). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Erlangga.
- SIDIQ, Rapitos. *Efektivitas penyuluhan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang pencegahan pneumonia pada balita*. **AcTion: Aceh Nutrition Journal**, 22-27, July 2018.


- Sistiarani, C., Nurhayati, S., & Suratman. (2013). *Faktor yang Mempengaruhi Peran Kader dalam Penggunaan Buku KIA*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 77-84.
- Slamet, M. (2006). *Membentuk Pola Perilaku Manusia Pembangunan*. Bogor: IPB Press.
- Sofiana, Liena. Dkk. (2021). *Pelatihan Pembuatan MP ASI Dalam Mewujudkan Pemenuhan Gizi Balita di Kampung Penumping, Gowongan, Jetis*.
- Sudirman, A. M. (2007). *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Suhardjo. (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Suhat, & Hasanah, R. (2014). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam Kegiatan Posyandu di Puskesmas Palasari Kabupaten Subang*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 73-79.
- Sulistyowati, T., & Handayani, S. (2018). *Faktor Sosial Budaya dalam Praktik Pemberian ASI Eksklusif: Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 14(2), 98-107.
- Sumardilah, dewi sri.dkk. *Pelatihan Pembuatan Mp-Asi Who Berbasis Pangan Lokal Bagi Kader Posyandu Dan Ibu Baduta Di Desa Sidosari*. 2018
- Suryadi, A. (2009). *Manajemen Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Tanuwijaya, Rani. Dkk. *Hubungan Pengetahuan Pemberian Makanan Bayi Dan Anak (Pmba) Ibu Terhadap Status Gizi Pada Balita*. 2018
- UNICEF. (2019). *Nutrition and Child Health Report*.
- Wahdah, S., Juff rie, M., Huriyati, E. (2015). *Faktor risiko kejadian stunting pada anak umur 6-36 bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat*. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*.

- Wahyuhandani E, Mahmudiono T. *Hubungan Pengetahuan Gizi Dan Pekerjaan Ibu Terhadap Pemberian Mp-Asi Dini Di Puskesmas Telaga Biru Kota Pontianak Tahun 2014. Amerta Nutr. 2017*
- Widiastuti, A., & Kristiani, E. E. (2020). *Evaluasi Program Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu: Analisis Faktor Keberhasilan. Jurnal Keperawatan Indonesia, 23(1), 45-57.*
- Widyaningsih, N. N., Kusnandar, K., Anantanyu, S. (2018). *Keragaman pangan, pola asuh makan dan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan. Jurnal Gizi Indonesia.*
- Windayanti, H., Masruroh, M., & Cahyaningrum, C. (2019). *Pemberian Informasi Tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak Usia 24 Bulan. INDONESIAN JOURNAL OF COMMUNITY EMPOWERMENT (IJCE), 1(2).*
- Departemen Kesehatan RI. (2022). *Pedoman Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.*
- Handayani, S., Wijaya, M., & Kusuma, R. (2019). *Efektivitas Program PMT Penyuluhan terhadap Peningkatan Status Gizi Balita di Kabupaten Malang. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 15(2), 78-89.*
- Hartono, A., Prasetyo, B., & Widodo, S. (2023). *Sistem Monitoring dan Evaluasi Program PMT Pemulihan: Studi Kasus di Provinsi Jawa Timur. Jurnal Gizi Indonesia, 46(1), 12-25.*
- Kusuma, R., Santoso, B., & Widyastuti, P. (2023). *Analisis Formulasi Makanan Tambahan dalam Program PMT Pemulihan. Jurnal Teknologi Pangan, 12(3), 145-158.*
- Pratiwi, N., & Suhartono, E. (2021). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Program PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan, 17(4), 234-247.*
- Pusat Penelitian Gizi dan Makanan. (2024). *Laporan Evaluasi Program PMT Pemulihan di Indonesia. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.*

- Rahman, A., Hasanuddin, K., & Syafruddin, D. (2022). *Pengaruh PMT Pemulihan terhadap Status Gizi Balita di Sulawesi Selatan*. Makassar Medical Journal, 11(2), 67-82.
- Sulistiyowati, E. (2020). *Dampak Program PMT Penyuluhan terhadap Status Gizi Balita: Studi Longitudinal di Jawa Tengah*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia, 16(3), 112-125.
- Widyastuti, R., Nugroho, A., & Pratama, S. (2021). *Pemanfaatan Bahan Pangan Lokal dalam Program PMT Penyuluhan*. Jurnal Pangan dan Gizi, 12(1), 45-58.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 *tentang Standar Produk Suplementasi Gizi*.

LAMPIRAN

Lampiran 1.



Kemenkes

Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nomor : DP.02.01/F.XXI.17/ 3917 /2024 Malang, 18 Desember 2024
 Lampiran : -
 Perihal : Surat Permohonan Ijin Penelitian
 Dalam Memenuhi Penyusunan Tugas Akhir KTI

Kepada Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang
2. Kepala Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang

di
Tempat

Dalam rangka pemenuhan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah, bersama ini kami hadapkan Vania Shava Kaila,(NIM.P17110223056) Mahasiswa Program Studi D3 Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Malang. Mahasiswa yang bersangkutan dapat diijinkan untuk melakukan Penelitian, pada:

Tanggal : 13 Januari sd 03 Februari 2025
 Waktu : 08.00 – selesai
 Tempat : Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang


Dengan judul :

Pengaruh Ceramah, Diskusi dan Demonstrasi tentang pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Kader Posyandu di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang.

Data yang diambil :

- Pengetahuan kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan
- Sikap kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan
- Keterampilan kader posyandu sebelum dan sesudah penyuluhan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.




An. Ketua Jurusan Gizi
Kaprod Tr. Gizi dan Dietetika

Stigma Sam Teguh K, SKM., M.Kes
NIP. 512051989032002

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Kelurahan Ciptomulyo
2. Bidan Kelurahan Ciptomulyo

Lampiran 2. Surat Rekomendasi Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Malang



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN

Jl. Simpan L.A. Sucipto No. 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879
www.dinkes.malangkota.go.id-mail : dinkes@malangkota.go.id
MALANG Kode Pos : 65124

Nomor : 072/ 699 / 135.73.402/2024 Malang, 27 DEC 2024
Sifat : Biasa Kepada
Lampiran : - Yth. Kepala Puskesmas Ciptomulyo

Perihal : Ijin penelitian di
MALANG

Dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswa politeknik kesehatan kementerian kesehatan Malang tersebut di bawah ini :


NO	NAMA	NIM
1.	VANIA SHAVA KAILA	P17110223056

akan melaksanakan penelitian mulai tanggal 13 Januari s/d 3 Februari 2025 dengan judul: pengaruh ceramah, diskusi dan demonstrasi tentang pemberian makan bayi dan anak (PMBA) terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan kader posyandu di Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang.

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon Saudara untuk membantu memberikan data atau informasi yang diperlukan. Bagi Mahasiswa yang telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian wajib melaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang.

Demikian untuk mendapatkan perhatian.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MALANG
Sekretaris,



SUKARDI, S.KM.MSi
Pembina
NIP. 19721231 199303 1 044


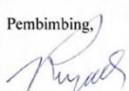
Lampiran 3. Persetujuan Pembimbing

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI)
"Pengaruh Ceramah, Diskusi, dan Demonstrasi Pada Pemberian Makanan Bayi
dan Anak Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Kader Posyandu di
Kelurahan Ciptomulyo Kota Malang"

Disusun oleh
VANIA SHAVA KAILA
P17110223056

telah diperiksa dan setuju untuk diujikan pada tanggal :
25 Januari 2025

<p>Mengetahui, Ketua Prodi D3 Gizi</p>  <p><u>Maryam Razak, STP., M.Si</u> NIP. 19701191994032001</p>	<p>Pembimbing,</p>  <p><u>B. Doddy Rivadi, SKM., MM</u> NIP. 196601201988031001</p>
--	---

Lampiran 4. Lembar Identitas Kader

IDENTITAS KADER

1. Nama Kader
2. Nama Posyandu
3. Umur
4. Jenis Kelamin
5. Tamatan Pendidikan Terakhir
6. Pekerjaan Utama
 - a. Petani
 - b. Peternak
 - c. PNS
 - d. Pedagang
 - e. Karyawan Swasta
 - f. Wiraswasta
 - g. Lain-lain, sebutkan
7. Sudah berapa lama menjadi kader
 - a. Kurang dari 1 tahun
 - b. 1 – 5 tahun
 - c. 6 – 10 tahun
 - d. Lebih dari 10 tahun
8. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan kader selama menjadi kader?
 - a. Pernah, berapa kali?

- b. Tidak pernah
9. Kapan terakhir kali mengikuti pelatihan kader?
hari/bulan/tahun*) yang lalu
10. Materi apa sajakah yang diperoleh dalam latihan?
- a. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
 - b. Pemberian ASI Eksklusif
 - c. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)
 - d. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak (Pengisian KMS)
 - e. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
 - f. Makanan dan Jajanan Sehat
 - g. Pencegahan dan Penanggulangan Diare
 - h. Kekurangan Vitamin A
 - i. Anemia Gizi Besi (Fe)
 - j. Kurang Energi Protein / KEP
 - k. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)
 - l. Jamban Sehat
 - m. Lain-lain, sebutkan

Lampiran 5. Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Judul kegiatan	: Penyuluhan Gizi dan Kesehatan
Pokok Bahasan	: Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
Sub Pokok Bahasan	: Pentingnya Mengenal PMBA
Jenis Penyuluhan	: Penyuluhan Kelompok
Metode	: Ceramah, Diskusi, dan Demonstrasi
Media	: Poster
Sasaran	: Kader posyandu di Kelurahan Ciptomulyo, Kota Malang
Durasi	: 90 menit
Tempat	: Balai Kelurahan Ciptomulyo
Evaluasi	: Pre-test dan Post-test

1. Tujuan

a. Tujuan Umum :

Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan Keterampilan kader tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dalam kehidupan sehari hari

b. Tujuan Khusus :

- Mengetahui apa itu definisi dari Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
- Mengetahui dan dapat menerapkan 4 standar emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
- Menjelaskan pentingnya penerapan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dalam kehidupan sehari-hari
- Mengetahui peran kader dalam penerapan PMBA (Pemberian Makan bayi dan Anak)

2. Materi

- Pengertian Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
- 4 Standar emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)
- Penjelasan tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- Penjelasan Mengenai ASI eksklusif
- Mitos dan Fakta tentang menyusui
- Penjelasan tentang Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)
- 5 kunci aman makanan dan kebersihan
- Mitos dan fakta pada pemberian MP-ASI

3. Metode

- Ceramah
- Diskusi
- Demonstrasi

4. Media

- Poster
- PPT

Lampiran 6. Materi Penyuluhan

B. Konsep Dasar PMBA

1. Pengerian PMBA

Salah satu langkah untuk mencegah *stunting* adalah dengan meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pemberian makan bayi dan anak balita (PMBA), yang mencakup pemberian ASI eksklusif selama 0-6 bulan. Setelah itu, bayi mulai diperkenalkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sambil tetap memberikan ASI lanjutan hingga usia 2 tahun atau lebih. Pemberian MP-ASI mulai pada usia 6 bulan sangat penting, karena pada usia 6-11 bulan, kontribusi ASI dalam memenuhi kebutuhan gizi hanya mencapai dua per tiga, sedangkan sepertiganya harus dipenuhi melalui MP-ASI. Seiring bertambahnya usia, peran MP-ASI menjadi semakin krusial. Pada usia 12-23 bulan, dua per tiga dari kebutuhan gizi harus dipenuhi oleh MP-ASI (Mufida et al., 2015).

pemberian ASI eksklusif selama 0-6 bulan yang sangat dianjurkan karena ASI mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi selama periode tersebut. Pemberian ASI eksklusif juga memberikan perlindungan terhadap infeksi dan membantu membangun sistem kekebalan tubuh bayi.

Setelah usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) sambil tetap melanjutkan pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih. MP-ASI diperlukan untuk memenuhi kebutuhan gizi tambahan yang tidak lagi dapat dipenuhi sepenuhnya oleh ASI. Pengantarannya harus dilakukan dengan hati-hati, dimulai dengan tekstur yang halus dan secara bertahap ditingkatkan sesuai kemampuan makan bayi.

Pada usia 6-11 bulan, kontribusi ASI dalam memenuhi kebutuhan gizi anak hanya mencapai dua per tiga, sehingga sepertiganya harus dipenuhi melalui MP-ASI. Hal ini menunjukkan pentingnya kualitas dan kuantitas MP-ASI yang diberikan. MP-ASI yang kaya akan energi, protein,

vitamin, dan mineral sangat diperlukan untuk mendukung pertumbuhan yang optimal pada fase ini.

Seiring bertambahnya usia anak, peran MP-ASI menjadi semakin penting. Pada usia 12-23 bulan, kebutuhan gizi anak semakin besar, dan dua per tiga dari kebutuhan tersebut harus dipenuhi oleh MP-ASI. Dengan demikian, orang tua perlu memastikan MP-ASI yang diberikan mengandung beragam jenis makanan yang bergizi seimbang agar dapat mendukung pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif anak secara optimal.

Dalam pemberian MP-ASI, penting untuk memperhatikan kuantitas dan kualitasnya agar memenuhi prinsip gizi seimbang, tidak hanya tinggi karbohidrat tetapi juga mencakup kebutuhan karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral. MP-ASI dapat berupa produk pabrikan atau berbasis pangan lokal. Keduanya dapat diberikan, namun MP-ASI berbasis pangan lokal lebih berkelanjutan karena memanfaatkan sumber pangan yang tersedia di masyarakat (Kemenkes RI, 2014).

Praktik PMBA berfokus pada dua aspek utama, yaitu:

6. Pemberian ASI Eksklusif

Bayi diberikan Air Susu Ibu (ASI) saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selama enam bulan pertama kehidupan. ASI eksklusif ini sangat penting karena mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh kembang optimal, sekaligus memberikan perlindungan terhadap penyakit melalui zat kekebalan yang ada di dalam ASI.

7. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Setelah bayi berusia enam bulan, ASI tetap diberikan, tetapi mulai ditambahkan dengan MPASI. MPASI harus memenuhi syarat kelengkapan gizi, cukup energi, protein, dan mikronutrien untuk mendukung kebutuhan tumbuh kembang bayi yang meningkat.

Dalam pelaksanaannya, PMBA didasarkan pada beberapa prinsip utama, yaitu:

1. Kesesuaian Usia dan Kebutuhan

PMBA harus disesuaikan dengan usia bayi dan anak, mulai dari ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan hingga makanan keluarga saat anak mendekati usia 2 tahun.

2. Kualitas dan Kuantitas yang Memadai

Makanan yang diberikan harus mengandung energi dan zat gizi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan anak, mencakup karbohidrat, protein, lemak, serta vitamin dan mineral.

3. Keamanan dan Kebersihan

Proses penyajian makanan harus memperhatikan aspek kebersihan untuk mencegah kontaminasi yang dapat menyebabkan penyakit infeksi.

4. Frekuensi dan Responsif

Pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal yang teratur, dan orang tua atau pengasuh memberikan respons terhadap tanda lapar atau kenyang pada anak.

PMBA merupakan salah satu intervensi penting dalam seribu hari pertama kehidupan anak, periode yang dikenal sebagai masa kritis untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal. Oleh karena itu, edukasi dan bimbingan mengenai praktik PMBA yang benar sangat diperlukan bagi orang tua dan pengasuh.

2. Tujuan PMBA

Tujuan utama dari program PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) adalah memastikan setiap anak mendapatkan nutrisi optimal yang mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Nutrisi yang memadai sejak dini sangat penting untuk menciptakan generasi yang sehat, cerdas, dan tangguh. Oleh karena itu, program ini menekankan pentingnya

pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan dan makanan pendamping ASI yang tepat setelahnya.

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) juga untuk memastikan setiap bayi dan anak mendapatkan nutrisi yang optimal guna mendukung tumbuh kembangnya secara sehat dan seimbang. PMBA bertujuan mencegah masalah gizi seperti *stunting*, *wasting*, dan kekurangan mikronutrien yang dapat berdampak pada kualitas hidup anak di masa depan. Hal ini penting karena periode awal kehidupan, terutama dalam 1.000 hari pertama, merupakan masa kritis di mana pemberian makanan yang tepat sangat menentukan perkembangan fisik, mental, dan emosional anak. Dengan menyediakan pola makan yang sesuai usia dan kebutuhan gizi, PMBA membantu anak mencapai potensi maksimalnya.

PMBA dirancang untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi dan anak balita. Salah satu caranya adalah dengan mempromosikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan. ASI adalah makanan terbaik untuk bayi karena mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan dan membantu meningkatkan daya tahan tubuh anak. Setelah enam bulan, PMBA melanjutkan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang berkualitas, sambil tetap memberikan ASI hingga usia dua tahun atau lebih. Langkah ini terbukti dapat meningkatkan ketahanan anak terhadap penyakit dan mendukung pertumbuhan optimal.

Selain itu, PMBA bertujuan untuk menciptakan kebiasaan makan yang sehat sejak dini. Dengan memberikan makanan yang seimbang, beragam, dan sesuai kebutuhan usia, anak-anak diajarkan pentingnya asupan gizi yang baik. Hal ini juga mengurangi risiko penyakit tidak menular di masa depan, seperti obesitas atau diabetes. Melalui edukasi kepada orang tua, PMBA berusaha mendorong pemahaman tentang pentingnya memilih bahan makanan berkualitas dan cara pengolahan yang benar untuk anak. Edukasi ini menjadi bagian integral dari program karena kebiasaan makan yang baik sering kali dimulai dari lingkungan keluarga.

Tujuan lain dari PMBA adalah memperkuat ikatan emosional antara ibu dan anak. Melalui pemberian ASI dan pemberian makan secara langsung, anak tidak hanya mendapatkan nutrisi yang diperlukan, tetapi juga merasa lebih dekat dengan orang tua. Ikatan emosional ini memiliki peran penting dalam perkembangan psikososial anak, yang dapat memengaruhi kepercayaan diri dan kemampuan berinteraksi sosialnya di kemudian hari. Dengan begitu, PMBA tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga memperhatikan kesejahteraan emosional anak.

PMBA juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan masyarakat dalam hal pemberian makan bayi dan anak. Melalui penyuluhan, pelatihan, dan pendampingan, program ini membekali orang tua dan pengasuh dengan informasi tentang cara memberikan makanan bergizi secara praktis dan terjangkau. Hal ini sangat penting, terutama di daerah-daerah yang memiliki tingkat kesadaran rendah atau akses terbatas terhadap bahan makanan bergizi. Dengan keterlibatan masyarakat, tujuan PMBA dapat tercapai secara lebih luas dan berkelanjutan.

PMBA memainkan peran penting dalam mendukung pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada tujuan kedua, yaitu mengakhiri kelaparan dan segala bentuk malnutrisi. Dengan mengatasi *stunting* dan kekurangan gizi, program ini berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup generasi mendatang. Anak-anak yang tumbuh sehat memiliki peluang lebih besar untuk mencapai potensi mereka, baik secara akademik maupun dalam kehidupan sosial, sehingga dapat berkontribusi lebih besar pada pembangunan bangsa di masa depan.

Selain mendukung kesehatan anak, PMBA juga memiliki tujuan untuk meningkatkan peran keluarga dalam menjaga pola makan sehat. Orang tua, terutama ibu, diberdayakan untuk menjadi pengelola utama dalam memberikan makanan yang bergizi bagi anak. Dengan mengajarkan cara memilih bahan makanan lokal yang bernutrisi dan teknik memasak yang baik, PMBA membantu keluarga memanfaatkan sumber daya yang

ada secara optimal. Hal ini tidak hanya mendukung kesehatan anak, tetapi juga membantu meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

Program PMBA dirancang untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak melalui praktik pemberian makan yang benar dan aman. Dengan menerapkan panduan yang sesuai, program ini bertujuan untuk mengurangi risiko penyakit infeksi dan kekurangan gizi pada anak-anak. Hal ini menjadikan PMBA sebagai salah satu upaya penting dalam meningkatkan kesehatan anak.

Program PMBA juga untuk membiasakan perilaku makan sehat sejak dini. Hal ini dilakukan dengan memperkenalkan pola makan yang bervariasi dan bergizi seimbang, serta membangun kebiasaan makan yang positif. Dengan begitu, anak-anak diharapkan tumbuh menjadi individu yang sadar akan pentingnya pola makan sehat sepanjang hidup mereka.

3. Keunggulan PMBA

1. Optimalisasi Pertumbuhan Fisik

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat memiliki peran fundamental dalam mendukung pertumbuhan fisik optimal. Setiap tahapan pemberian makan dirancang secara spesifik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai usia perkembangan anak. Proses ini memastikan asupan gizi yang seimbang, mendukung pertumbuhan tulang, otot, dan organ-organ vital. Keseimbangan nutrisi yang komprehensif membantu anak mencapai potensi pertumbuhan maksimal, mencegah *stunting*, dan mendukung perkembangan postur tubuh yang ideal.

2. Peningkatan Sistem Kekebalan Tubuh

PMBA yang berkualitas secara signifikan meningkatkan sistem kekebalan tubuh anak. Melalui pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang kaya akan zat gizi, anak akan mendapatkan antibodi dan komponen imunologis penting. Nutrisi yang tepat membantu membentuk sel-sel kekebalan tubuh,

meningkatkan produksi sel darah putih, dan melindungi anak dari berbagai penyakit infeksi. Proses ini membentuk fondasi pertahanan tubuh yang kuat sejak dini.

3. Pengembangan Kecerdasan Kognitif

Nutrisi yang diberikan secara tepat dan terencana memiliki korelasi langsung dengan perkembangan kecerdasan kognitif anak. Zat-zat gizi seperti omega-3, zat besi, dan protein berkualitas tinggi berperan penting dalam pembentukan sel-sel otak dan jaringan syaraf. PMBA yang komprehensif mendukung pembentukan koneksi syaraf, meningkatkan kapasitas memori, kemampuan belajar, dan kecerdasan intelektual anak.

4. Pembentukan Kebiasaan Makan Sehat

PMBA bukan sekadar memberikan nutrisi, melainkan juga membentuk kebiasaan makan sehat yang berkelanjutan. Melalui pendekatan yang tepat, anak diperkenalkan dengan berbagai jenis makanan bergizi, tekstur berbeda, dan rasa beragam. Proses ini membangun pola makan seimbang, meningkatkan keragaman diet, dan mencegah pemilahan makanan di kemudian hari. Kebiasaan makan sehat yang terbentuk sejak dini akan bertahan hingga dewasa.

5. Pencegahan Masalah Gizi

PMBA merupakan strategi preventif yang efektif dalam menanggulangi berbagai masalah gizi. Melalui pemantauan berkala, pengukuran antropometri, dan intervensi dini, risiko malnutrisi dapat diminimalisir. Pendekatan sistematis dalam pemberian makan membantu mendeteksi dan mengatasi potensi kekurangan gizi, kelebihan berat badan, serta gangguan pertumbuhan lainnya.

6. Dukungan Psikologis dan Emosional

Proses pemberian makan memiliki dimensi psikologis yang mendalam. PMBA yang tepat tidak hanya memenuhi kebutuhan

fisik, tetapi juga mendukung ikatan emosional antara orangtua dan anak. Momen pemberian makan menjadi wahana komunikasi, ekspresi kasih sayang, dan pembentukan rasa aman. Interaksi positif selama proses makan berkontribusi pada perkembangan kesehatan mental dan sosial anak.

7. Adaptasi Budaya dan Lokal

PMBA modern memberikan fleksibilitas dalam mengintegrasikan praktik pemberian makan tradisional dengan pengetahuan gizi mutakhir. Pendekatan ini memungkinkan pemanfaatan bahan makanan lokal yang kaya nutrisi, mempertahankan kearifan budaya setempat sambil mengadopsi prinsip-prinsip gizi ilmiah. Strategi ini tidak hanya menjamin ketersediaan pangan, tetapi juga melestarikan warisan kuliner.

8. Keberlanjutan Ekonomi Keluarga

Implementasi PMBA yang tepat dapat memberikan manfaat ekonomis bagi keluarga. Dengan fokus pada pencegahan penyakit melalui nutrisi optimal, keluarga dapat mengurangi biaya kesehatan. ASI eksklusif dan MPASI berbasis bahan lokal lebih ekonomis dibandingkan produk impor atau suplemen mahal. Investasi dini dalam gizi anak berpotensi menurunkan risiko gangguan kesehatan di masa depan.

9. Pemberdayaan Komunitas

PMBA tidak sekadar intervensi individual, melainkan gerakan komunitas. Melalui edukasi, penyuluhan, dan pendampingan, pengetahuan gizi menyebar secara horizontal. Kader kesehatan, orangtua, dan masyarakat terlibat aktif dalam mendukung praktik pemberian makan yang berkualitas. Pendekatan komprehensif ini menciptakan ekosistem yang peduli dan bertanggung jawab terhadap gizi generasi mendatang.

4. Kelemahan PMBA

1. Keterbatasan Akses Informasi

Meskipun PMBA memiliki konsep yang komprehensif, masih terdapat kesenjangan informasi yang signifikan. Di wilayah pedesaan dan daerah terpencil, akses terhadap edukasi gizi sangat terbatas. Kurangnya penyuluhan, keterbatasan tenaga kesehatan, dan rendahnya literasi kesehatan menjadi hambatan utama. Orangtua seringkali hanya mengandalkan pengetahuan turun-temurun atau informasi tidak valid dari lingkungan sekitar.

2. Kendala Ekonomi

Implementasi PMBA ideal membutuhkan sumber daya ekonomi yang memadai. Tidak semua keluarga mampu mengakses bahan makanan berkualitas, suplemen gizi, atau mengikuti protokol pemberian makan yang direkomendasikan. Kemiskinan, keterbatasan penghasilan, dan mahalnya bahan bergizi berkualitas menjadi penghalang utama. Keluarga dengan kondisi ekonomi rendah seringkali terpaksa memilih alternatif makanan yang kurang optimal.

3. Konflik Budaya dan Tradisi

Praktik pemberian makan tradisional seringkali bertentangan dengan rekomendasi ilmiah terkini. Kepercayaan turun-temurun, mitos gizi, dan kebiasaan yang sudah mengakar menjadi tantangan tersendiri. Misalnya, pemberian makanan tambahan dini, penggunaan air gula, atau pembatasan jenis makanan tertentu yang tidak sesuai dengan standar gizi modern. Perubahan pola pikir membutuhkan waktu dan pendekatan persuasif.

4. Kompleksitas Informasi Gizi

Rekomendasi gizi berkembang pesat dan seringkali membingungkan. Orangtua dihadapkan pada berbagai teori, penelitian, dan panduan yang kadang saling bertentangan. Informasi dari media sosial, para influencer, dan sumber tidak kredibel dapat

menimbulkan kebingungan. Kurangnya kemampuan membedakan informasi valid menyulitkan pengambilan keputusan tepat dalam pemberian makan.

5. Keterbatasan Tenaga Ahli

Jumlah tenaga ahli gizi dan konsultan pemberian makan bayi masih sangat terbatas. Rasio antara ahli gizi dan populasi yang membutuhkan tidak seimbang, terutama di daerah pedesaan. Kurangnya pendampingan profesional mengakibatkan banyak orangtua yang tidak mendapatkan bimbingan komprehensif dalam praktik PMBA.

6. Faktor Psikologis Orangtua

Tekanan sosial, kecemasan, dan ketidakpercayaan diri seringkali menghambat implementasi PMBA optimal. Orangtua, terutama ibu baru, mengalami stres dan keraguan dalam menghadapi berbagai rekomendasi. Kekhawatiran berlebih tentang asupan gizi, pertumbuhan anak, dan komparasi dengan anak lain dapat mengganggu proses pemberian makan yang alamiah.

7. Keterbatasan Waktu dan Tenaga

Implementasi PMBA membutuhkan dedikasi waktu dan energi yang signifikan. Orangtua dengan pekerjaan padat, tunggal, atau memiliki multiple children seringkali kesulitan menerapkan protokol pemberian makan ideal. Persiapan makanan khusus, pemantauan berkala, dan pendokumentasian memerlukan komitmen tinggi yang tidak semua orangtua mampu penuhi.

8. Variasi Individual yang Kompleks

Setiap anak memiliki keunikan biologis, genetis, dan metabolisme berbeda. Pendekatan baku dalam PMBA tidak selalu cocok untuk semua anak. Alergi, intoleransi, kondisi medis khusus, dan variasi kebutuhan gizi individual memerlukan pendekatan

personal yang kompleks dan membutuhkan pemantauan profesional berkelanjutan.

9. Risiko Overnutrisi dan Undernutrisi

Implementasi PMBA yang tidak tepat dapat berisiko menghasilkan kondisi gizi berlebih atau kurang. Kelebihan pemberian makanan berisiko obesitas, sementara pembatasan berlebih dapat menghambat pertumbuhan. Keseimbangan yang dinamis dan pemantauan berkala menjadi kunci, namun tidak selalu mudah dicapai oleh semua orangtua.

5. Jenis Jenis PMBA

Terdapat beberapa jenis pemberian makan bayi dan anak yang penting untuk dipahami. Pertama, ASI eksklusif merupakan jenis pemberian makan yang direkomendasikan untuk bayi usia 0-6 bulan. Air Susu Ibu (ASI) mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi pada enam bulan pertama kehidupannya. ASI mengandung antibodi, zat gizi, dan komponen penting lainnya yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal.

Kedua, makanan pendamping ASI (MPASI) mulai diperkenalkan pada usia 6 bulan. Jenis makanan ini bertujuan melengkapi kebutuhan gizi bayi yang sudah tidak dapat dipenuhi oleh ASI saja. MPASI dimulai dengan makanan lunak dan bernutrisi tinggi, seperti bubur tim, buah-buahan yang dihaluskan, dan sayuran. Proses introduksi MPASI harus dilakukan secara bertahap dan memperhatikan tanda-tanda kesiapan bayi menerima makanan padat.

Jenis pemberian makan ketiga adalah makanan keluarga yang disesuaikan dengan kebutuhan anak. Seiring bertambahnya usia, anak mulai dapat makan bersama keluarga dengan menu yang sama namun porsi dan tekstur yang disesuaikan. Penting untuk memperhatikan variasi makanan, memastikan asupan gizi seimbang, dan menghindari makanan yang dapat menimbulkan alergi atau tidak sesuai dengan kebutuhan gizi anak.

Keempat, pemberian makanan tambahan atau suplemen gizi dapat menjadi salah satu jenis pemberian makan yang diperlukan dalam kondisi tertentu. Hal ini biasanya dilakukan atas rekomendasi tenaga medis untuk mengatasi defisiensi gizi atau mendukung pertumbuhan anak yang memiliki kebutuhan khusus. Pemberian suplemen harus dilakukan dengan tepat dan tidak boleh menggantikan makanan bergizi.

Terakhir, pemberian makan untuk anak dengan kebutuhan khusus memerlukan pendekatan yang berbeda. Anak dengan kondisi tertentu seperti alergi, gangguan metabolisme, atau penyakit kronis membutuhkan perhatian khusus dalam hal pemberian makan. Diperlukan konsultasi dengan ahli gizi atau dokter anak untuk merancang diet yang sesuai dengan kondisi spesifik anak.

4. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah proses menyusui bayi segera setelah lahir, dalam waktu satu jam pertama. Bayi diletakkan di dada ibu untuk merasakan kehangatan tubuh dan memperkuat ikatan emosional. Secara alami, bayi akan mencari puting untuk menyusui, yang merangsang hormon prolaktin dan oksitosin guna mendukung produksi ASI. Proses ini memungkinkan bayi menerima kolostrum, cairan kaya nutrisi dan antibodi, yang penting untuk melindungi bayi dari infeksi. IMD juga meningkatkan peluang keberhasilan ASI eksklusif dengan membantu bayi belajar menyusui dengan baik.

5. ASI Eksklusif Selama 6 Bulan

ASI eksklusif berarti memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain kepada bayi berusia 0–6 bulan. Pada usia ini, kebutuhan bayi dapat sepenuhnya dipenuhi oleh ASI tanpa perlu air putih atau makanan lain. Pemberian cairan lain dapat membuat bayi cepat kenyang, sehingga mengurangi frekuensi menyusui dan menurunkan produksi ASI. ASI eksklusif tidak hanya bermanfaat bagi bayi, tetapi juga bagi ibu, seperti menurunkan risiko kanker payudara,

mempercepat pemulihan pasca melahirkan, dan memperkuat ikatan emosional ibu dan bayi.

6. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Setelah usia 6 bulan, bayi membutuhkan Makanan Pendamping ASI (MPASI) karena ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi seiring pertumbuhan dan perkembangan bayi. MPASI mendukung perkembangan seperti merangkak, berjalan, dan berbicara, dengan memenuhi kebutuhan gizi secara optimal.

Menurut Kementerian Kesehatan jenis makanan untuk MP-ASI yang sesuai dengan usianya dibagi menjadi 3 kategori, yaitu makanan lumat untuk usia anak 6 – 8 bulan, makanan cincang atau lunak untuk usia anak 9 – 11 bulan, dan makanan keluarga untuk usia 12 bulan keatas. Penentuan jenis makanan MP-ASI sesuai usia ditentukan karena adanya beberapa faktor, antara lain kesiapan pencernaan anak yang berbeda-beda setiap usia, perkembangan motorik, kebutuhan nutrisi yang berbeda, dan mencegah resiko tersedak.

Lampiran 7. Kuisisioner Pre Test dan Post Test

9. Memisahkan penyimpanan serta membedakan pisau dan talenan untuk bahan makanan mentah dengan makanan matang adalah salah satu 5 kunci aman makanan dan kebersihan.
- A. Setuju
B. Ragu-ragu
C. Tidak Setuju
10. Memberikan informasi yang akurat tentang MP-ASI penting untuk mengatasi mitos yang berkembang itu penting pada saat penyuluhan mengenai PMBA.
- A. Setuju
B. Ragu-ragu
C. Tidak Setuju
11. Tertagut beberapa makanan dan praktik yang harus dihindari saat memberi makan anak
- A. Setuju
B. Ragu-ragu
C. Tidak Setuju
12. Edukasi PMBA yang rinci kepada ibu balita sangat penting untuk meningkatkan praktik pemberian makan yang baik
- A. Setuju
B. Ragu-ragu
C. Tidak Setuju

13 13

KUESIONER SIKAP KADER

Petunjuk pengisian : Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda silang (X) pada pilihan setuju, ragu-ragu, dan tidak setuju yang tersedia.

1. Standar emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) adalah praktik terbaik yang mencakup Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan, dilanjutkan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang adekuat, aman, dan sesuai kebutuhan gizi anak, sambil tetap melanjutkan pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih.
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
2. IMD membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu pascapersalinan
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
3. Kontak kulit dengan kulit segera setelah lahir adalah kunci utama IMD
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
4. ASI Eksklusif memberikan nutrisi lengkap dan optimal bagi bayi.
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
5. Pijat oksitosin efektif membantu pengeluaran ASI
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
6. Posisi dan pelekatan yang benar menjamin efektivitas pemberian ASI
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
7. Mitos tentang menyusui sering menghambat praktik pemberian ASI yang benar.
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju
8. MP-ASI harus dimulai pada usia 6 bulan dengan memperhatikan variasi dan nutrisi.
 A. Setuju
 B. Ragu-ragu
 C. Tidak Setuju

- A. Memaksa anak makan saat ia menolak.
 - B. Memberikan makanan secara bertahap sesuai usia.
 - C. Memberikan variasi makanan bergizi.
 - D. Makan bersama anak untuk mencontohkan pola makan yang baik
- Jawaban B dan D Benar

12. Cara memberikan edukasi PMBA yang efektif adalah:

- A. Memberikan materi dalam bentuk tertulis tanpa penjelasan.
- B. Menggunakan metode demonstrasi dan diskusi interaktif.
- C. Mengandalkan ibu untuk mencari informasi sendiri.
- D. Menyampaikan informasi hanya secara lisan tanpa alat bantu visual.
- E. Semua Jawaban Benar

- A. Menekan area payudara dengan keras untuk mempercepat produksi ASI.
- B. Memijat lembut sepanjang punggung ibu, terutama di sekitar tulang belakang.
- C. Menggunakan alat khusus untuk memijat payudara secara langsung.
- D. Memberikan kompres dingin pada punggung ibu.
- E. Jawaban A dan C Benar
6. Ciri-ciri pelekatan yang baik saat menyusui adalah?
- A. Mulut bayi hanya menempel di ujung puting ibu.
- B. Dagu bayi menyentuh payudara ibu, dan areola sebagian besar masuk ke mulut bayi.
- C. Bayi menelan dengan suara keras dan cepat.
- D. Bibir bayi menutup rapat tanpa menyentuh payudara.
- E. Jawaban A dan C Benar
7. Manakah pernyataan berikut yang merupakan fakta tentang menyusui?
- A. ASI encer tidak mengandung nutrisi yang cukup.
- B. Ibu dengan puting kecil tidak dapat menyusui.
- C. ASI selalu cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi jika menyusui dilakukan sesuai jadwal.
- D. ASI mengandung berbagai antibodi untuk membantu proses penyembuhan bayi ketika sakit.
- E. Bayi terus menerus menangis karena lapar
8. Prinsip MP-ASI yang benar mencakup:
- A. Pemberian makanan cair tanpa tekstur.
- B. Variasi makanan bergizi sesuai usia anak.
- C. MP-ASI dimulai sejak lahir.
- D. Hanya menggunakan makanan instan.
- E. Jawaban A dan B benar
9. Manakah yang tidak termasuk dalam 5 kunci aman makanan?
- A. Menjaga kebersihan tangan dan peralatan.
- B. Memasak makanan pada suhu yang sesuai.
- C. Menyimpan makanan di suhu ruang selama lebih dari 4 jam.
- D. Menggunakan bahan makanan yang aman.
- E. Menggunakan air dan bahan baku yang aman
10. Contoh makanan MP-ASI untuk anak usia 9-11 bulan adalah:
- A. Susu formula cair saja.
- B. Nasi lembut, sayuran cincang halus, dan tahu.
- C. Keripik dan makanan instan.
- D. Jus buah manis sebagai pengganti makanan utama.
- E. Sama dengan makanan keluarga

11. Hal yang tidak disarankan saat memberikan makan pada anak adalah:

Rani
Anggret 1

KUESIONER PENGETAHUAN KADER
Pemberian Makan Bayi dan Anak

10 12
12 15

Petunjuk Pengisian:

- Pilih salah satu jawaban yang paling tepat dengan memberi tanda silang (X) pada huruf A, B, C, D, atau E
- Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum menjawab

Soal Pilihan Ganda

1. Apa saja yang termasuk dalam standar emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)?
 - A. ASI eksklusif hingga usia 6 bulan, MP-ASI setelah usia 6 bulan, pemberian susu formula, dan menyapih dini.
 - B. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada bayi Baru Lahir, ASI eksklusif hingga usia 6 bulan, MP-ASI setelah usia 6 bulan, pemberian ASI hingga 2 tahun atau lebih.
 - C. MP-ASI sejak lahir, pemberian susu formula, pemberian ASI hingga usia 1 tahun, dan pola makan tanpa panduan gizi.
 - D. Pemberian susu formula sejak lahir, ASI hingga 3 bulan, MP-ASI setelah usia 3 bulan, dan pengurangan makanan tinggi protein.
 - E. Jawaban A dan D benar
2. Manfaat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah:
 - A. Mencegah perdarahan pascapersalinan
 - B. Mendukung sistem imun bayi dengan kolostrum.
 - C. Meningkatkan ikatan emosional antara ibu dan bayi.
 - D. Semua jawaban benar.
 - E. Menghangatkan Bayi
3. Apa langkah pertama dalam pelaksanaan IMD?
 - A. Memisahkan bayi dari ibu selama satu jam pertama setelah lahir.
 - B. Menempatkan bayi di dada ibu segera setelah lahir untuk kontak kulit ke kulit.
 - C. Memberikan susu formula sebagai makanan pertama bayi.
 - D. Menyuntikkan vitamin pada bayi sebelum kontak dengan ibu.
 - E. Memandikan bayi yang baru lahir
4. Manakah yang **bukan** manfaat dari ASI eksklusif?
 - A. Melindungi bayi dari infeksi.
 - B. Membantu pertumbuhan optimal.
 - C. Memenuhi kebutuhan gizi bayi hingga usia 1 tahun.
 - D. Mempererat ikatan antara ibu dan bayi.
 - E. Meningkatkan daya tahan tubuh bayi
5. Apa langkah utama dalam melakukan pijat oksitosin?

Lampiran 8. Media Penyuluhan

Poster:

PEMBERIAN MAKANAN BAYI DAN ANAK

"1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) adalah periode emas mulai dari 270 hari dalam kandungan hingga usia 2 tahun, dimana terjadi perkembangan otak yang kritis dan kekurangan gizi pada masa ini dapat menyebabkan stunting (gagal tumbuh) serta gangguan pertumbuhan fisik dan kecerdasan."

INISIASI MENYUSUI DINI (IMD)

- Proses meletakkan bayi di dada ibu untuk menyusui dalam 1 jam pertama setelah lahir
- Dilakukan pada ibu & bayi sehat, dipantau tenaga kesehatan

Manfaat bagi Bayi:

1. Mendapat bakteri baik dari kulit ibu
2. Pernapasan & detak jantung lebih stabil
3. Mendapat kehangatan alami
4. Menciptakan ikatan dengan ibu
5. Membuat bayi lebih tenang

Manfaat bagi Ibu:

- Mencegah perdarahan pasca persalinan
- Memberikan ketenangan & kenyamanan
- Menguatkan ikatan dengan bayi





Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
Pada bayi baru lahir



Menyusui Eksklusif
(0-6 bulan)



Pemberian MP ASI
Mulai usia 6 bulan



Melanjutkan menyusui sampai
usia 2 tahun atau lebih

ASI EKSKLUSIF DAN PIJAT OKSITOSIN

- Pemberian ASI saja hingga bayi 6 bulan
- Tidak ada tambahan makanan/minuman lain
- Kecuali vitamin, mineral, obat sesuai indikasi medis

Manfaat untuk Bayi:

1. Optimal untuk otak & pertumbuhan
2. Meningkatkan imunitas
3. Mudah dicerna
4. Memperkuat ikatan dengan ibu

Manfaat untuk Ibu:

5. Pemulihan rahim lebih cepat
6. Mencegah perdarahan pascapersalinan
7. Mengurangi risiko kanker payudara
8. Alternatif KB (MAL)

PIJAT OKSITOSIN
Persiapan:

- Cuci tangan
- Ibu duduk menunduk, lepas BH
- Payudara menggantung ke bawah

Teknik Pijat:

9. Tekan dengan kedua ibu jari di sisi kanan-kiri tulang belakang (jangan tekan tulangnya)
10. Pijat dari tengkuk hingga batas BH
11. Ulangi beberapa kali dengan arah sama

MELANJUTKAN MENYUSUI SAMPAI 2 TAHUN ATAU LEBIH

Tips Menyusui Berkelanjutan:

1. Sesuaikan jadwal dengan aktivitas
2. Kombinasikan dengan MPASI setelah 6 bulan
3. Pertahankan produksi ASI dengan menyusui rutin
4. Dukung gizi ibu dengan makanan bergizi



PEMBERIAN MP-ASI

- Makanan & cairan tambahan untuk bayi usia 6+ bulan
- Diberikan saat ASI saja tidak cukup memenuhi kebutuhan gizi
- Usia 6-8 bulan: 30% makanan lumat 70% ASI
- Usia 9-11 bulan: 50% makanan cincang dan 50% ASI
- Usia > 12 bulan: makanan keluarga sepenuhnya

5 RUNCI AMAN MAKANAN DAN REBERSIHAN

1. Mencuci:
 - Cuci tangan dengan sabun di air mengalir
 - Cuci bahan makanan
2. Pisahkan:
 - Penyimpanan bahan mentah & matang
 - Gunakan pisau & talenan terpisah
3. Masak:
 - Pastikan matang sempurna
 - Terutama protein hewani
4. Simpan:
 - Pada suhu yang aman
5. Bahan:
 - Pisahkan makanan mentah & matang
 - Gunakan air bersih
 - Pilih bahan baku yang aman




Leaflet penyuluhan



PMBA

Untuk mencapai tumbuh kembang anak yang optimal dan mencegah kekurangan gizi, maka kementerian kesehatan telah menetapkan strategi pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) dengan rekomendasi standar emas PMBA yaitu:



IMD adalah proses menyusui segera yang dilakukan dalam satu jam pertama setelah bayi lahir



Berikan ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan



Berikan MP-ASI setelah bayi berusia 6 bulan



Teruskan menyusui sampai bayi berusia 2 tahun

MENGAPA PMBA PENTING?

Angka Kejadian stunting yang masih tinggi
Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis, terutama pada 1000 hari pertama kehidupan. Gangguan terhadap tumbuh kembang anak tidak dapat diperbaiki setelah usia 2 tahun.

PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) adalah strategi kunci mencegah stunting melalui pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan dilanjutkan MP-ASI yang tepat sesuai usia, dengan prinsip gizi seimbang (protein, sayur, buah, karbohidrat), kebersihan, dan pemantauan pertumbuhan rutin melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan yang dicatat dalam KMS/buku KIA.



MASALAH DALAM PMBA

MASALAH PADA PEMBERIAN ASI

- Makanan Prelakteal yang diberikan tanpa indikasi medis
- pada bayi: bayi bingung puting, posisi dan peletakan yang kurang baik, kesulitan menghisap pada bayi prematur, kesulitan pemberian asi bagi bayi
- masalah yang dialami ibu: payudara bengkak, puting lecet, ASI tidak cukup, mastitis

MASALAH PADA PEMBERIAN MPASI

- MP-ASI dini
- MP-ASI terlambat
- MP-ASI yang diberikan tidak sesuai rekomendasi
- Masalah lainnya: anak tidak mau makan, rasa ingin muntah pada anak, gerakan tutup mulut, pilih pilih makanan dan lain-lain

MITOS DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT

- Kolostrum dibuang
- BBLR lemah untuk menyusui
- Ibu bekerja atau berpauhan dari bayi tidak akan sukses menyusui
- Ibu kurang gizi tidak akan bisa menghasilkan ASI yang cukup
- Cairan tidak boleh diberikan pada bayi diare
- makan daging dapat menjadikan anak cacangan
- banyak faktor penyebab anak bergizi baik dan sehat yang tidak dipahami

INISIASI MENYUSUI DINI

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) ialah proses menyusui dimulai segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera dalam waktu 1 (satu) jam setelah kelahiran dan berlangsung minimal 1 (satu) jam

MENGAPA IMD PENTING?

- Satu jam pertama kelahiran bayi adalah saat paling penting karena masa satu jam pertama menjadi fase kehidupan yang mempengaruhi proses menyusui
- IMD merupakan proses bayi menemukan puting susu ibunya lalu menyusui pada 1 jam pertama
- IMD dapat mencegah bayi hipotermia atau kedinginan
- IMD membuat produksi ASI lebih lancar
- Bayi mendapatkan kekebalan tubuh dari kolostrum
- Mencegah pendarahan pasca persalinan



Berikan ASI EKSKLUSIF



Pemberian ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa makanan atau minuman lain, kecuali vitamin, mineral atau obat-obatan dalam bentuk sirup (WHO, 2003). ASI eksklusif diberikan mulai lahir sampai 6 Bulan

MANFAAT ASI

- Sumber makanan terbaik sampai 6 bulan
- bayi tidak mudah sakit
- meningkatkan kasih sayang ibu dan anak
- menunjang tumbuh kembang lebih optimal

PIJAT OKSITOSIN



1. Cuci tangan sebelum melakukan pijat
2. Ibu melepas BH dan posisi menunduk hingga payudara menggantung ke arah bawah
3. tekan dengan kedua ibu jari pada kedua bagian kanan dan kiri tulang belakang (Hindari menekan tulang belakang)
4. Menekan dimulai dari arah tangkuk ibu ke bawah hingga atas tali BH, lakukan beberapa kali dengan arah yang sama

Fungsi pijat oksitosin:

- Membantu ibu merasa lebih rileks dan lebih nyaman dalam menyusui banyinya sehingga ASI dapat mengalir dengan baik saat bayi menyusui

MAKANAN PENDAMPING ASI

Makanan Pendamping ASI: makanan lokal yang tersedia (dari dapur, pasar atau kebun) yang tepat digunakan sebagai makanan pendamping ASI ketika ASI tidak lagi mencukupi untuk memenuhi kebutuhan bayi

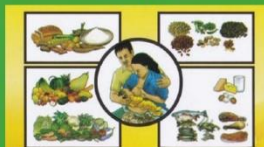
- Usia 6-8 bulan: 30% makanan lumpat 70% ASI
- Usia 9-11 bulan: 50 % makanan cincang dan 50% ASI
- Usia > 12 bulan: makanan keluarga sepenuhnya

Pemberian MP-ASI harus memenuhi kebutuhan gizi, proses penyiapan menggunakan bahan dan peralatan yang aman, bersih dan higienis, dan diberikan secara konsisten sesuai dengan sinyal lapar atau kenyang anak

5 KUNCI UNTUK MAKANAN YANG AMAN

- Jagalah kebersihan (tangan, tempat kerja, peralatan)
- Pisahkan makanan mentah dengan makanan yang sudah dimasak
- Gunakan makanan segar dan masak sampai matang (daging, ayam, telur, dan ikan)
- Simpan makanan dalam suhu yang tepat sesuai dengan jenis makanannya
- Gunakan air bersih yang aman

Teruskan pemberian ASI sampai 2 tahun dan penuhi asupan gizi ibu menyusui



PMBA

pemberian makanan bayi dan anak

VANIA SHAVA KAILA (P17110223056)

Lampiran 9. Hasil Foto Kegiatan

