

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Ibu hamil

Status gizi dan kesehatan ibu sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra- hamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari pertama kehidupan, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi.

Faktor penyebab masalah gizi pada 1000 hari pertama kehidupan yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Terdapat dua faktor langsung yang mempengaruhi status gizi individu, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi, keduanya saling mempengaruhi. Faktor penyebab langsung adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang yaitu beragam, sesuai kebutuhan, bersih, dan aman, misalnya bayi tidak memperoleh ASI eksklusif (Bappenas, 2012).

Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan di keluarga, khususnya pangan untuk bayi 0—6 bulan (ASI Eksklusif) dan 6—23 bulan (MP-ASI), dan pangan yang bergizi seimbang khususnya bagi ibu hamil. Semuanya itu terkait pada kualitas pola asuh anak. Pola asuh, sanitasi lingkungan, akses pangan keluarga, dan pelayanan kesehatan, dipengaruhi oleh

tingkat pendidikan, pendapatan, dan akses informasi terutama tentang gizi dan kesehatan.

Upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan baik langsung (spesifik) maupun tidak langsung (sensitif) pada kelompok 1000 HPK melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif. Intervensi gizi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, seperti imunisasi, PMT ibu hamil dan balita, monitoring pertumbuhan balita di Posyandu, suplemen tablet besi-folat ibu hamil, promosi ASI eksklusif, MP-ASI dan sebagainya. Intervensi gizi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek.

B. Antenatal Care (ANC)

Kementerian kesehatan (2007) menyatakan pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin.

1. Tujuan pelayanan antenatal care
 - a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
 - b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu

- c. Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit-penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
 - d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin
 - e. Mempersiapkan ibu agar mas nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif
 - f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran agar dapat tumbuh kembang secara normal
 - g. Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal
 - h. Mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin
2. Standar minimal pelayanan antenatal terdiri dari :
- a. Timbang berat badan
 - b. Ukur tekanan darah
 - c. Ukur tinggi fundus uteri
 - d. Pemberian imunisasi TT lengkap
 - e. Pemberian tablet zat besi
 - f. Test terhadap penyakit menular seksual
 - g. Temu wicara / konseling dalam rangka persiapan rujukan
3. Frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut :
- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama = K_1
 - b. Minimal 1 kali pada trimester kedua = K_2

c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga = K₃ dan K₄

Apabila terdapat penyulit kehamilan atau kelainan seperti mual, muntah, keracunan kehamilan, perdarahan, dan lain-lain, frekuensi pemeriksaan disesuaikan dengan kebutuhan. Pelayanan konseling ASI pada ANC dilakukan saat pemeriksaan K₄.

C. ASI eksklusif

Pemberian ASI saja pada bayi sejak usia 0-6 bulan, tanpa penambahan apapun, air juga tidak. Karena lambung bayi sangat kecil, ASI saja sudah memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi secara sempurna. Air susu ibu (ASI) adalah makanan alamiah berupa cairan dengan kandungan gizi yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan bayi, sehingga bayi tumbuh dan berkembang dengan baik. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi (Kemenkes, 2017).

Kemenkes (2007) menyatakan hal-hal penting terkait ASI yaitu, ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi. Menyusui menumbuhkan jalinan rasa kasih sayang yang penting untuk tumbuh kembang dan kecerdasan. ASI terutama mengandung klostrum yang berfungsi sebagai kekebalan tubuh. ASI bersih dan mudah diberikan (praktis).

Bayi dikatakan ASI eksklusif salah satunya jika melakukan IMD. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah bayi diberi kesempatan mulai (inisiasi) menyusui sendiri segera setelah bayi lahir (dini) dengan meletakkan langsung bayi yang baru lahir di dada ibunya dan membiarkan bayi ini merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusui (Kemenkes, 2007). Manfaat IMD

yaitu :

1. Bayi hangat berada di kulit-ke-kulit dengan ibu.
2. Melatih penciuman. Bayi mencari puting ibu melalui bau.
3. Pernafasan tenang, detak jantung stabil. Bayi jarang rewel.
4. Bakteri baik dari kulit ibu, menempel pada kulit bayi, memberikan perlindungan dari kuman berbahaya.
5. ikatan awal ibu dan bayi. Cinta, hangat dan aman. Merangsang hormon yang membuat ibu tenang, semakin cinta bayi, Ibu semakin kuat menahan nyeri
6. Bayi mendapat Kolostrum (cairan kental kekuningan). Kaya akan zat kekebalan tubuh.
7. Bayi mendapat ASI pertama. Usus bayi akan mencerna ASI dengan baik, tidak menimbulkan masalah dan alergi.
8. Ketika bayi menghisap puting ibu, Hormon oksitoksin keluar, rahim berkontraksi, membantu mengeluarkan plasenta, mengurangi pendarahan ibu.

Salah satu materi yang diberikan saat konseling menyusui yaitu mengajari ibu cara pemerah dan menyimpan ASI. Fungsi pemerah ASI yaitu, mengurangi bengkak payudara, mengurangi sumbatan atau ASI statis, memberi ASI perah kepada bayi yang 'menolak' menyusui, memberi ASI perah kepada BBLR yang tidak bias menyusui, memberi ASI perah kepada bayi yang sakit, mempertahankan pasokan ketika ibu atau bayinya sakit, meninggalkan ASI untuk bayi ketika ibu bekerja, mencegah ASI menetes sewaktu ibu jauh dari

bayinya, membantu bayi melekat pada payudara yang penuh, memerah ASI langsung ke mulut bayi, dan mencegah puting atau areola menjadi kering atau lecet (Kemenkes, 2007).

Data Susenas maupun Riskesdas menunjukkan adanya kecenderungan penurunan pemberian ASI eksklusif. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif rata-rata nasional baru sekitar 15.3 persen. Data DHS 2010 mencatat 32,4 persen ASI- Eksklusif 24 jam sebelum interview, ibu-ibu desa lebih banyak yang ASI eksklusif. Ibu-ibu yang berpendidikan SMA lebih sedikit (40,2%) yang ASI eksklusif dibanding yang tidak berpendidikan (56%). Data yang menarik dari DHS bahwa ibu-ibu yang melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan terlatih ASI eksklusifnya lebih sedikit (42,7%) dari pada ibu-ibu yang tidak ditolong tenaga kesehatan (54,7%) (USAID *Indonesian Nutrition Assessment Report*, 2010). Meskipun data-data diatas memerlukan validasi, yang jelas cakupan ASI eksklusif masih jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015 yaitu sebesar 80 persen. Selain masih kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya ASI, juga maraknya promosi susu formula yang diwaktu yang lalu, menurut UNICEF, "*out of control*", merupakan hambatan yang menyebabkan tidak efektifnya promosi ASI Eksklusif. Dengan dikeluarkannya PP No. 33 tahun 2012 tentang ASI sebagai peraturan pelaksanaan Undang-Undang No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang diharapkan dapat dilakukan tindakan hukum yang lebih tegas bagi penghambat pelaksanaan ASI eksklusif.

Faktor yang mempengaruhi pemberian asi eksklusif terdiri dari lima

kategori yaitu; 1) Individu - sejarah, kepercayaan, sikap, dan pengalaman individu; 2) Jaringan sosial dan sistem pendukung interpersonal, seperti keluarga, teman dan kelompok kerja; 3) Organisasi dan organisasi organisasi sosial, serta peraturan dan peraturan formal dan informal dimana mereka beroperasi; 4) Hubungan masyarakat antara organisasi, institusi, dan jaringan informal dan batas-batas yang ditetapkan; dan 5) Kebijakan dan kebijakan kebijakan-lokal, negara bagian, dan nasional (McLeroy et al., 1988; Newes-Adeyi et al., 2000 dalam *the Ohio Department of Health*).

Perubahan pada masing-masing faktor dapat secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi perilaku individu. Perubahan kebijakan yang luas, misalnya, dapat mempengaruhi kebijakan di tempat kerja, yang mengubah norma dan kepercayaan bersama dari waktu ke waktu, yang mengarah pada adopsi individu dari keyakinan tersebut, dan pada akhirnya perbedaan perilaku.

Pratama (2013) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu terhadap ASI eksklusif. Faktor eksternal terdiri dari pekerjaan, dukungan suami terhadap pemberian ASI eksklusif dan dukungan suami terhadap pemberian susu formula. Faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, perilaku dan lingkungan (Satino dan Yuyun, 2014).

Kemenkumham (2012) menyatakan beberapa kendala dalam hal pemberian ASI eksklusif karena ibu tidak percaya diri bahwa dirinya mampu

menyusui dengan baik sehingga mencukupi seluruh kebutuhan gizi Bayi. Hal ini antara lain disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu, kurangnya dukungan Keluarga serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang manfaat pemberian ASI eksklusif. Selain itu kurangnya dukungan Tenaga Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan produsen makanan bayi untuk keberhasilan ibu dalam menyusui bayinya.

D. Konseling

Salah satu upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga tentang gizi dapat dilakukan melalui konseling. Konseling merupakan serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, serta perilaku sehingga membantu klien atau pasien mengenali atau mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman. Salah satu manfaat konseling adalah membantu klien untuk mengenali permasalahan kesehatan dan gizi yang dihadapi (Persagi, 2016).

1. Manfaat konseling

Dalam melakukan konseling diperlukan hubungan timbal balik yang saling membantu antara konselor dengan klien melalui kesepakatan untuk bekerja sama, melakukan komunikasi, dan terlibat dalam proses berkesinambungan dalam upaya memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalian potensi, serta sumber daya (Persagi, 2016).

Proses konseling diharapkan dapat memberikan manfaat pada klien sebagai berikut :

- a. Membantu klien untuk mengenali permasalahan kesehatan dan gizi yang dihadapi.
- b. Membantu klien mengatasi masalah.
- c. Mendorong klien untuk mencari cara pemecahan masalah.
- d. Mengarahkan klien untuk memilih cara pemecahan yang paling sesuai baginya.
- e. Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.

2. Tujuan dan sasaran

a. Tujuan

Konseling gizi bertujuan untuk membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga meningkatkan kualitas gizi dan kesehatan klien. Tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang diubah meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan dibidang gizi (Supariasa, 2012).

b. Sasaran

Sasaran konseling gizi bukan hanya individu yang memiliki masalah gizi, tetapi juga individu yang sehat atau individu yang memiliki berat badan ideal agar kesehatan optimal tetap dapat dipertahankan atau berat badan ideal tetap dapat dipertahankan serta

bagaimana mencegah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan gizi (Supariasa, 2012).

Sasaran konseling atau klien adalah orang yang memiliki masalah gizi, baik yang sedang menjalani pengobatan di pelayanan kesehatan ataupun orang yang ingin melakukan tindakan pencegahan penyakit serta meningkatkan status gizinya ke arah yang lebih baik. Persagi (2016) menyatakan bahwa sasaran konseling gizi sebagai berikut :

- 1) Klien yang memiliki masalah kesehatan terkait dengan gizi.
- 2) Klien yang ingin melakukan tindakan pencegahan.
- 3) Klien yang ingin mempertahankan dan mencapai status gizi optimal.

Peran keluarga sangat penting dalam keberhasilan konseling gizi. Anggota keluarga yang lain dapat mendukung pelaksanaan perubahan pola makan, disamping ikut memantau tentang aturan dan disiplin makan klien. Pada akhirnya klien menerapkan pola makan yang baik sesuai dengan kondisi kesehatannya (Supariasa, 2012).

3. Tempat dan waktu konseling

Konseling pada prinsipnya dapat dilakukan dimana saja asal memenuhi konsep kenyamanan dan informasi yang disampaikan klien tidak didengar orang yang tidak berkepentingan serta dijamin kerahasiaannya (Supariasa, 2012). Persagi (2016) menyatakan bahwa lingkungan yang dipilih harus memenuhi syarat sebagai berikut.

- a. Aman, yaitu memberikan rasa aman pada klien untuk dapat berbicara bebas tanpa didengar dan diamati oleh orang lain.
- b. Nyaman, yaitu membuat suasana yang mendukung proses konseling.
- c. Tenang, yaitu lingkungan yang mendukung untuk penyampaian informasi dapat jelas tersampaikan baik dari pihak klien maupun dari konselor.

Waktu pelaksanaan konseling sangat bergantung pada kasus yang ditangani, berat ringannya masalah, keaktifan klien/keluarga, dan waktu kunjungan. Secara umum, waktu pelaksanaan konseling berkisar antara 30-60 menit, dengan pembagian waktu kurang lebih 30 menit untuk menggali data dan 30 menit berikutnya untuk diskusi dan pemecahan masalah (Supriasa, 2012).

E. Metode *Home Visit*

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan menda tangi keluarga atau *home visit*. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2016). Peran keluarga sangat penting dalam keberhasilan konseling gizi. Anggota keluarga yang lain dapat mendukung pelaksanaan perubahan pola makan, disamping ikut memantau tentang aturan

dan disiplin makan klien. Pada akhirnya klien menerapkan pola makan yang baik sesuai dengan kondisi kesehatannya (Supriasa, 2012).

Metode *home visit* yang dilakukan pada penelitian ini sebagai upaya penanganan masalah belum tercapainya target cakupan ASI eksklusif dengan cara mengunjungi rumah responden untuk menangani ibu hamil yang kurang dalam pengetahuan dan sikap tentang ASI Eksklusif.

1. Tujuan *home visit*

Kemenkes (2016) menyatakan pendekatan keluarga atau *home visit* adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga. Tujuan dari pendekatan keluarga adalah sebagai berikut.

1. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.
2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) Kabupaten/Kota dan SPM Provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.
3. Mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015–2019

Berdasarkan fungsi konseling tersebut, metode konseling ASI eksklusif bertujuan untuk memahami pengetahuan dan sikap responden mengenai ASI Eksklusif. *Home visit counseling* juga berfungsi untuk mewujudkan lingkungan yang kondusif dimana keluarga responden dilibatkan untuk mendukung keberhasilan ASI eksklusif melalui pelayanan promotif dan preventif.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Huriah (2017) menunjukkan program *home visit* dapat meningkatkan asupan nutrisi balita pada kelompok intervensi. Hasil analisis menunjukkan sebelum intervensi *home visit* tidak terdapat peningkatan yang signifikan dengan $p\text{-value}=0,28$ sedangkan setelah intervensi terdapat peningkatan dengan $p\text{-value}=0,03$ sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi *home visit* dapat meningkatkan persentase angka kecukupan gizi balita malnutrisi akut berat. Ramlan (2015) menyatakan terdapat peningkatan pengetahuan, sikap, dan pemberian ASI eksklusif dalam 1 bulan setelah dilakukan konseling intensif dengan cara *home visit*.

Ambarwati, dkk (2013) menyatakan terdapat peningkatan pengetahuan, sikap, dan pemberian ASI eksklusif dalam 3 bulan setelah diberi konseling laktasi intensif. Maywati dan Lilik (2014) menyatakan Terdapat perbedaan ketahanan pangan keluarga antara kelompok yang diberi konseling gizi *home visit* berpengaruh terhadap peningkatan ketahanan pangan keluarga ($P\text{ Value}=0,019$).

F. Pendidikan Kesehatan

Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan memiliki dampak yang timbul memakan waktu yang lama dibandingkan dengan paksaan. Pendidikan kesehatan bila berhasil diadopsi masyarakat maka akan menetap lama selama hidup. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang berdimensi luas untuk mengubah perilaku masyarakat sehingga norma hidup sehat dapat dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari (Supariasa, 2012).

1. Komunikasi Kesehatan

Notoadmodjo (2012) menyatakan komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program kesehatan yaitu :

a. Komunikasi antarpribadi dalam kesehatan

Komunikasi antarpribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Bentuk komunikasi antarpribadi yaitu penyuluhan kelompok dan konseling kesehatan.

Metode komunikasi antarpribadi yang paling baik adalah konseling, karena di dalam cara ini antara komunikator atau konselor dengan komunikan atau klien terjadi dialog. Klien dapat lebih terbuka menyampaikan masalah dan keinginan-keinginannya, karena tidak ada pihak ketiga yang hadir.

b. Komunikasi massa dalam kesehatan

2. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok, atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Upaya perilaku kesehatan dapat berjalan efektif sebelumnya perlu dilakukan intervensi berupa diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku. Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku terdiri dari tiga faktor utama yaitu, faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat (Notoadmodjo, 2012).

a. Faktor predisposisi

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Contoh perilaku kesehatan misalnya pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil, diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu

tentang manfaat pemeriksaan kehamilan baik bagi kesehatan ibu maupun janinnya (Notoadmodjo, 2012).

b. Faktor pemungkin

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan (Notoadmodjo, 2012).

c. Faktor penguat

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan (Notoadmodjo, 2012).

3. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2012). Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan semakin luas pula pengetahuannya, tetapi bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah berarti berpengetahuan rendah. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dengan pendidikan formal saja, tetapi dapat diperoleh dengan non formal. Pengetahuan seseorang mengandung

dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap positif terhadap objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2010).

a. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2012) mempunyai 6 tingkatan. Pertama tahu, tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kedua memahami, memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Ketiga aplikasi, aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

Kemudian keempat analisis, analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kelima sintesis, sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Keenam evaluasi, evaluasi ini

berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Wawan dan Dewi (2010) menyatakan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu :

1) Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

b) Pekerjaan

c) Umur

2) Faktor eksternal

a) Faktor lingkungan

b) Sosial budaya

4. Sikap

Menurut Notoadmodjo (2012) sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan

merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai sesuatu penghayatan terhadap objek.

a. Komponen pokok sikap

Allport (1954) dalam Notoadmodjo (2012) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok.

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Baron, Byrne, Myers dan Gerungan dalam Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa ada 3 komponen yang membentuk sikap yaitu :

1) Komponen kognitif

Komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap sikap

2) Komponen afektif

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional atau disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3) Komponen konatif

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang.

Komponen ini berisi kecenderungan untuk bertindak terhadap sesuatu.

b. Berbagai tingkatan sikap

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

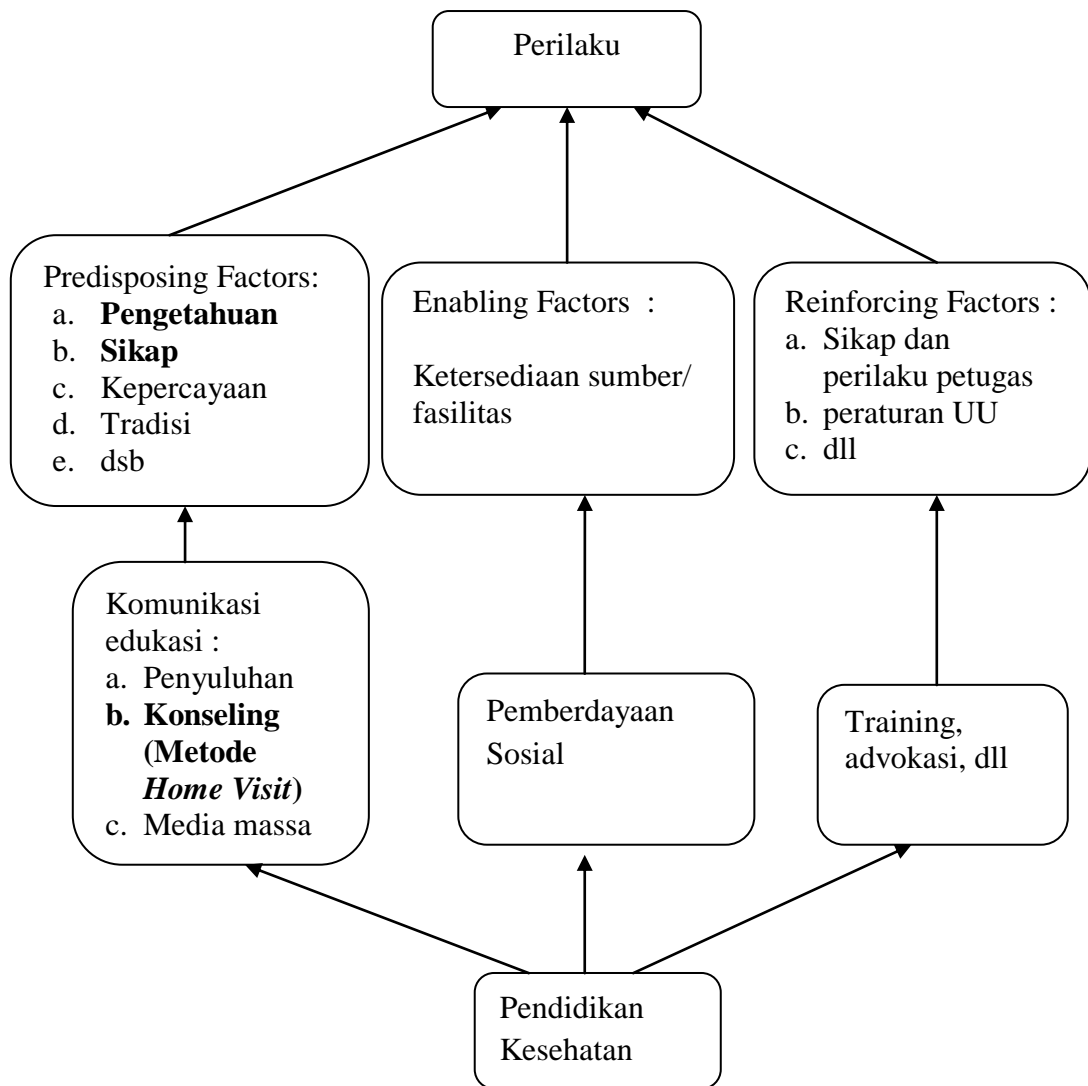
3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

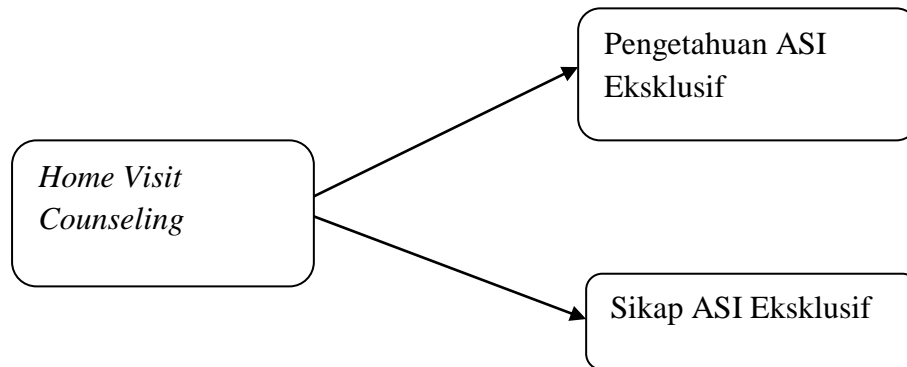
G. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Notoadmodjo (2011)

H. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

I. Hipotesis

1. Pengetahuan tentang ASI Eksklusif setelah *home visit counseling* dan *non home visit counseling* meningkat dibandingkan pengetahuan sebelumnya.
2. Sikap tentang ASI Eksklusif setelah *home visit counseling* dan *non home visit counseling* meningkat dibandingkan sikap sebelumnya.
3. *Home visit counseling* lebih efektif terhadap peningkatan pengetahuan tentang ASI Eksklusif.
4. *Home visit counseling* lebih efektif terhadap peningkatan sikap tentang ASI Eksklusif .