

# DIFUSI DAN ADOPTSI INOVASI

Teori dan  
Aplikasinya  
dalam Riset  
Penyuluhan  
Gizi Masyarakat

# DIFUSI DAN ADOPSI INOVASI

Teori dan  
Aplikasinya  
dalam Riset  
Penyuluhan  
Gizi Masyarakat

**Dr. Akhsan Djalaluddin**



RAJAWALI PERS  
Divisi Buku Perguruan Tinggi  
**PT RajaGrafindo Persada**  
DEPOK

*Perpustakaan Nasional: Katalog dalam terbitan (KDT)*

Dr. Akhsan Djalaluddin.

Difusi dan Adopsi Inovasi: Teori dan Aplikasinya dalam Riset Penyuluhan  
Gizi Masyarakat/Akhsan Djalaluddin.

—Ed. 1, Cet. 1.—Depok: Rajawali Pers, 2022.

xii, 180 hlm., 23 cm.

Bibliografi: hlm. 161

ISBN 978-623-372-364-0

Hak cipta 2022, pada penulis

---

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apa pun,  
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit

---

**2022.3462 RAJ**

**Dr. Akhsan Djalaluddin**

***DIFUSI DAN ADOPSI INOVASI***

***Teori dan Aplikasinya dalam Riset Penyuluhan Gizi Masyarakat***

---

Cetakan ke-1, Juni 2022

---

Hak penerbitan pada PT RajaGrafindo Persada, Depok

---

Editor : Shara Nurachma

Setter : Feni Erfiana

Desain cover : Tim Kreatif RGP

---

Dicetak di Rajawali Printing

---

**PT RAJAGRAFINDO PERSADA**

Anggota IKAPI

*Kantor Pusat:*

Jl. Raya Leuwinanggung, No.112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Kota Depok 16456

Telepon : (021) 84311162

E-mail : [rajapers@rajagrafindo.co.id](mailto:rajapers@rajagrafindo.co.id) [http:// www.rajagrafindo.co.id](http://www.rajagrafindo.co.id)

*Perwakilan:*

**Jakarta**-16456 Jl. Raya Leuwinanggung No. 112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Depok, Telp. (021) 84311162.

**Bandung**-40243, Jl. H. Kurdi Timur No. 8 Komplek Kurdi, Telp. 022-5206202. **Yogyakarta**-Perum. Pondok Soragan

Indah Blok A1, Jl. Soragan, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Telp. 0274-625093. **Surabaya**-60118, Jl. Rungkut Harapan

Blok A No. 09, Telp. 031-8700819. **Palembang**-30137, Jl. Macan Kumbang III No. 10/4459 RT 78 Kel. Demang Lebar

Daun, Telp. 0711-445062. **Pekanbaru**-28294, Perum De' Diandra Land Blok C 1 No. 1, Jl. Kartama Marpoyan Damai,

Telp. 0761-65807. **Medan**-20144, Jl. Eka Rasmi Gg. Eka Rossa No. 3A Blok A Komplek Johor Residence Kec. Medan

Johor, Telp. 061-7871546. **Makassar**-90221, Jl. Sultan Alauddin Komp. Bumi Permata Hijau Bumi 14 Blok A14 No.

3, Telp. 0411-861618. **Banjarmasin**-70114, Jl. Bali No. 31 Rt 05, Telp. 0511-3352060. **Bali**, Jl. Imam Bonjol Gg 100/V

No. 2, Denpasar Telp. (0361) 8607995. **Bandar Lampung**-35115, Perum. Bilabong Jaya Block B8 No. 3 Susunan Baru,

Langkapura, Hp. 081299047094.



## PRAKATA

Atas Rahmat Allah Swt., Tuhan Yang Maha Esa, buku yang berjudul *Difusi dan Adopsi Inovasi: Teori dan Aplikasinya dalam Riset Penyuluhan Gizi Masyarakat*, telah dapat diselesaikan. Atas perkenanan-Nya pulalah maka buku ini dapat disusun dan telah selesai sesuai dengan waktu dan jadwal yang diharapkan.

Penulisan buku ini sebagian besar materi yang termuat di dalamnya diambil dari disertasi penulis. Disadari sepenuhnya, walaupun penulis sudah berusaha secara maksimal, buku ini jauh dari sempurna, masih banyak kekurangan, kesalahan, maupun kelemahan yang disebabkan oleh keterbatasan penguasaan ilmu penulis maupun kondisi yang kurang mendukung selama penulisan buku ini. Penulis menyadari tanpa bantuan berbagai pihak, penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan penulisan buku ini. Melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu rampungnya buku ini, semua informan yang telah meluangkan waktu untuk memberikan informasi kepada penulis sehingga buku ini dapat diselesaikan, semua kolega baik di Universitas Hasanuddin maupun di Universitas Sulawesi Barat, dan semua anggota keluarga, orang tua, almarhumah istri tercinta Fardiana Aco, dan anak-anak Indi, Meri, dan Ilfi yang telah banyak memberikan dukungan dalam penyelesaian penulisan buku ini.

Akhir kata seperti kata pepatah "tiada gading yang tak retak". Buku ini juga masih jauh dari kesempurnaan dan penuh dengan kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran sangat diharapkan oleh penulis untuk perbaikan buku ini. Sekian dan terima kasih.

Makassar, Januari 2022



# DAFTAR ISI

<b>PRAKATA</b>	v
<b>DAFTAR ISI</b>	vii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b>	xi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	1
A. Pengertian Difusi dan Adopsi Inovasi	1
B. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia	3
<b>BAB 2 PROSES DIFUSI INOVASI DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA</b>	7
A. Pengertian Proses Difusi Inovasi	7
B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya	10
<b>BAB 3 PROSES ADOPSI INOVASI DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA</b>	23
A. Pengertian Proses Adopsi Inovasi	23
B. Proses Adopsi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya	27

<b>BAB 4</b>	<b>PROSEDUR PENGAMATAN LAPANGAN</b>	<b>31</b>
	A. Kerangka Pemetikan Contoh	31
	B. Satuan-satuan Observasi	32
	C. Universum-universum Target	32
	D. Pengamatan	35
	E. Pengolahan Data	38
	F. Analisis Data	41
<b>BAB 5</b>	<b>HUBUNGAN ANTAR VARIABEL RISET</b>	<b>43</b>
	A. Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Difusi dan Adopsi Inovasi	43
	B. Hipotesis Riset	46
	C. Definisi Operasional	47
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN SEBAGAI SEBUAH INOVASI</b>	<b>55</b>
	A. Program-program Perbaikan Gizi	55
	B. Keadaan Pemberian Makanan Tambahan Bayi	72
	C. Praktik Pemberian Makanan pada Bayi	77
<b>BAB 7</b>	<b>PROSES DIFUSI DAN ADOPSI INOVASI SERTA FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA</b>	<b>85</b>
	A. Karakteristik Rumah Tangga Contoh	85
	B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhi	92
	C. Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Adopsi Inovasi Saluran Antarpribadi	122
<b>BAB 8</b>	<b>PENUTUP</b>	<b>153</b>
	A. Inovasi Pemberian Makanan Tambahan Bayi	153
	B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya	154

C. Relevansi Hasil Studi Dengan Program Penyuluhan Gizi Saat Ini	156
---	-----

<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>161</b>
<b>GLOSARIUM</b>	<b>169</b>
<b>INDEKS</b>	<b>173</b>
<b>BIODATA PENULIS</b>	<b>179</b>

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## DAFTAR SINGKATAN

AKE	Angka Kecukupan Energi
AKG	Angka Kecukupan Gizi
ANC	<i>Ante Natal Care</i>
ASI	Air Susu Ibu
BB	Berat Badan
BINTEK	Bimbingan Teknis
BINWIL	Bimbingan Wilayah
GERMAS	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
IMD	Inisiasi Menyusu Dini
KEP	Kurang Energi Protein
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	Kejadian Luar Biasa
KMS	Kartu Menuju Sehat
KUA	Kantor Urusan Agama
OHP	<i>Over Head Projector</i>
PAM	Perusahaan Air Minum
PBB	Pajak Bumi dan Bangunan
PIN	Pekan Imunisasi Nasional
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga

PKM	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
POKJA	Kelompok-kelompok Kerja
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
PMKM	Peningkatan Mutu Konsumsi Makanan
PPKM	Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
PRSNI	Persatuan Radio Swasta Nasional Indonesia
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RENSTRA	Rencana Strategis
RRI	Radio Republik Indonesia
SARASA	Santri Raksa Desa
SDM	Sumber Daya Manusia
SDT	Studi Diet Total
TB	Tinggi Badan
TTD	Tablet Tambah Darah
UKS	Usaha Kesehatan Sekolah
UN	United Nations
WHO	World Health Organization



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Pengertian Difusi dan Adopsi Inovasi

Beberapa konsep yang dikenal dalam ilmu sosial diambil dari konsep-konsep ilmu eksakta, termasuk konsep difusi dan adopsi yang akan digunakan dalam uraian buku ini. Istilah difusi dan adopsi inovasi sudah cukup luas digunakan oleh para ahli dan pemerhati ilmu-ilmu sosial. Secara sederhana, difusi inovasi adalah proses penyebaran suatu inovasi ke dalam sistem sosial dalam jangka waktu tertentu. Sedangkan adopsi inovasi adalah proses di mana suatu inovasi mulai diterima oleh sasaran penyuluhan melalui tahapan-tahapan keputusan inovasi.

Difusi dan adopsi inovasi dalam disiplin ilmu penyuluhan khususnya, pemakaiannya sering kali diputarbalikan dengan tanpa mempertimbangkan proses kejadiannya. Sebagai contoh urutan penyebutan antara konsep difusi terlebih dahulu disebutkan lalu konsep adopsi kemudian ataupun sebaliknya, seperti adopsi dan difusi inovasi. Sepintas, urutan penyebutan itu tidaklah berarti. Akan tetapi, sesungguhnya pemahaman yang dikandungnya sangatlah berbeda.

Kita menempatkan urutan penyebutan “Difusi dan Adopsi Inovasi” sebagai judul buku ini. Alasannya karena sumber informasi, baik perorangan atau lembaga yang akan menyebarkan inovasi tersebut telah mengadopsi secara baik inovasi yang akan disebarluaskan itu. Lalu, sumber informasi tersebut menyebarkan inovasi tadi ke dalam sistem

sosial. Kemudian, pada sasaran penyuluhan sebagai anggota sistem sosial tersebut akan berlangsung proses pengambilan keputusan inovasi yang pada gilirannya akan mengadopsi inovasi tersebut.

Jadi jelaslah bahwa jika kita menggunakan urutan penyebutan seperti ini, difusi dan adopsi inovasi, maka posisi fokus analisis kita akan berada pada bagaimana suatu sumber informasi (perorangan atau lembaga) menyebarkan inovasi ke dalam sistem sosial. Lalu bagaimana terjadinya proses pengambilan keputusan inovasi pada anggota sistem sosial. Sedangkan jika kita menempatkan posisi urutan penyebutan adopsi dan difusi inovasi, maka fokus analisis kita akan berada pada bagaimana suatu sumber informasi melakukan proses pengambilan keputusan inovasi hingga betul-betul mengadopsi inovasi tersebut. Lalu, sumber informasi tersebut menyebarkan inovasi tersebut ke dalam sistem sosial.

**Inovasi** merupakan istilah yang telah dipakai secara luas dalam berbagai bidang kehidupan: baik itu pertanian, industri, kesehatan, pemasaran maupun jasa, dan berbagai bidang lainnya. Inovasi secara sederhana dapat diartikan sebagai ide ide baru, praktik-praktik baru atau objek-objek yang dapat dirasakan sebagian atau seluruhnya benar-benar baru oleh anggota sistem sosial tertentu. Sebagai contoh: inovasi dalam bidang pertanian (bibit unggul, pupuk), inovasi dalam bidang kesehatan (obat-obatan, penggunaan sinar laser untuk pengobatan penyakit), dan sebagainya.

Berdasarkan prosesnya, inovasi dapat dibedakan meliputi: (1) *Re-invention* adalah proses di mana inovasi itu ditemukan; (2) *Diffusion* adalah proses di mana suatu inovasi disebarkan ke dalam masyarakat; dan (3) *Consequention* adalah proses di mana suatu inovasi yang telah disebarkan tersebut mengakibatkan terjadinya perubahan sosial.

Dalam penggunaan istilah inovasi di dalam masyarakat, banyak orang sering kali sulit membedakan antara inovasi dan teknologi. Atau bahkan ada segolongan orang tertentu yang menyamakan pengertian antara kedua terminologi tersebut, apalagi jika yang dimaksud teknologi adalah “teknologi baru.” Ada juga sebagian orang yang menganggap teknologi sebatas kepada mesin-mesin atau peralatan-peralatan “keteknikan.” Teknologi dapat dibedakan menjadi: teknologi perangkat lunak (*software*) dan teknologi perangkat keras (*hardware*). Sesungguhnya teknologi perangkat lunaklah yang lebih dulu ada,

lalu dilakukan standardisasi atas prosedur-prosedur mekanistik yang ada padanya dan pada gilirannya menghasilkan teknologi perangkat keras, seperti mesin-mesin dan peralatan lainnya. Jika yang dimaksud teknologi baru, maka inovasi dapat disamakan dengan teknologi. Tetapi jika yang dimaksud adalah teknologi (lama), maka itu pasti berbeda dengan inovasi.

## **B. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia**

Pada dasarnya upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dilakukan melalui 2 bentuk, yaitu: peningkatan kualitas fisik manusianya melalui upaya perbaikan status gizi masyarakat, dan peningkatan kualitas perilaku manusianya melalui kegiatan pelatihan dan penyuluhan gizi dan kesehatan. Upaya perbaikan status gizi masyarakat dilakukan melalui asupan zat-zat gizi bagi golongan rawan gizi seperti; bayi dan anak balita, ibu hamil dan menyusui. Sebagaimana masalah gizi yang dihadapi masyarakat di negara ini adalah kurang energi protein, kurang vitamin A, kurang besi, dan kurang yodium. Bahkan akhir-akhir ini terjadi perubahan dimensi masalah gizi yang dikenal dengan istilah *stunting* atau pertumbuhan tubuh yang tidak normal atau kerdil.

Perbaikan masalah gizi dan kesehatan masyarakat khususnya dengan sasaran anak balita dan ibu hamil serta ibu menyusui telah dilakukan selama ini telah berhasil meningkatkan kualitas SDM, yang ditunjukkan melalui semakin meningkatnya proporsi status gizi anak balita dengan status baik, semakin menurunnya prevalensi anak yang mengalami kurang vitamin A, semakin menurunnya ibu hamil dan menyusui yang mengalami anemia gizi besi, dan semakin menurunnya prevalensi masyarakat yang terkena gondok. Perbaikan kondisi ini dicapai baik karena intervensi kegiatan langsung zat gizi melalui Program Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) ataupun melalui program penyuluhan gizi dan kesehatan yang juga melalui Posyandu.

Peningkatan kualitas SDM juga dilakukan melalui pelatihan dan penyuluhan yang ditujukan dalam rangka terjadinya perubahan perilaku pada sasaran penyuluhan yang semakin baik. Kegiatan ini dilakukan secara berjenjang berdasarkan sasaran yang dituju, baik wilayah daerah secara administratif (kabupaten – kecamatan – desa)

maupun jenjang tenaga kesehatan (penyuluh kecamatan – desa – lapangan) . Melalui kegiatan pelatihan, target sasaran yang dituju pada umumnya adalah tenaga pengambil kebijakan yang berada di tingkat kabupaten dan kecamatan serta proses belajar berlangsung dalam jangka panjang dengan kurikulum yang bersifat tetap. Sedangkan melalui penyuluhan, target sasaran yang dituju adalah tenaga di tingkat desa bahkan kader desa dengan proses belajarnya cenderung lebih singkat dengan kurikulum yang fleksibel. Perubahan perilaku yang dihasilkan dapat berupa perubahan kawasan perilaku yang meliputi; pengetahuan, keterampilan, dan sikap. Hasil perubahan perilaku dapat pula berupa hanya peningkatan pengetahuan saja, ataupun peningkatan keterampilan saja, dan juga perubahan sikap saja.

Kebijakan Kementerian Kesehatan sejak awal telah menempatkan Program Penyuluhan Gizi dan Kesehatan sebagai salah satu Layanan Dasar Kesehatan. Oleh karena itu, setiap petugas kesehatan secara umum maupun tenaga penyuluh gizi dan kesehatan harus mampu menguasai secara lengkap komponen dan tahapan kegiatan penyuluhan. Meskipun belum tentu tenaga penyuluh kesehatan juga menguasai materi gizi dan masalah terkait.

Program Penyuluhan Gizi Masyarakat merupakan kegiatan alih pengetahuan dan teknologi yang bertujuan semakin terciptanya perilaku gizi dan kesehatan masyarakat yang semakin seimbang. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan suatu strategi penyuluhan yang didukung oleh semua unsur program, yang meliputi: tenaga penyuluh gizi, ibu hamil dan menyusui sebagai sasaran penyuluhan, materi penyuluhan atau inovasi, metode penyuluhan, teknik penyuluhan, peralatan penyuluhan, dan tempat penyuluhan.

Program Penyuluhan Gizi dan Kesehatan di Indonesia secara intensif sudah dilakukan sejak awal tahun 70-an mulai dari level pemerintah provinsi – kabupaten – kecamatan sampai ke tingkat desa. Program Penyuluhan Gizi di negara ini diawali dengan kegiatan Kampanye Perbaikan Menu Makanan Rakyat yang sangat terkenal dengan slogan “EMPAT SEHAT LIMA SEMPURNA”.

Beberapa dekade belakangan ini kegiatan penyuluhan gizi masyarakat terutama melalui posyandu intensitasnya semakin menurun bahkan terkesan dilupakan, padahal di zaman Orde Baru program

perbaiki gizi masyarakat terutama melalui kegiatan penyuluhan di posyandu itu menjadi kegiatan utama dan rutin dilaksanakan.

Dalam kondisi saat ini di mana permasalahan gizi masyarakat telah bergeser dari 4 masalah gizi utama seperti diuraikan sebelumnya berubah menjadi masalah *stunting* atau pertumbuhan badan yang mengalami gangguan termasuk masalah retardasi mental. Kondisi masalah gizi tersebut masih sangat relevan diatasi dengan menggalakkan kembali (revitalisasi) program posyandu termasuk program penyuluhan gizi masyarakat.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## BAB 2

# PROSES DIFUSI INOVASI DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA

### A. Pengertian Proses Difusi Inovasi

Model difusi merupakan model penyuluhan yang pertama kali dikenal dan diterima secara luas terutama oleh para ahli yang terlibat dalam pembangunan pertanian. Menurut Rogers dan Shoemaker (1971), difusi adalah proses tersebarnya suatu inovasi ke dalam sistem sosial melalui saluran komunikasi selama periode waktu tertentu.

Dalam kaitan dengan sistem sosial, difusi juga merupakan suatu jenis perubahan sosial, yaitu proses terjadinya perubahan struktur dan fungsi dalam suatu sistem sosial. Ketika inovasi baru diciptakan, disebarkan, dan diadopsi atau ditolak anggota sistem sosial, maka konsekuensinya yang utama adalah terjadinya perubahan sosial.

Proses difusi inovasi dalam bidang pertanian khususnya adalah menyebarnya inovasi kepada petani yang prosesnya bukan hanya selangkah demi selangkah menuju ke arah adopsi suatu inovasi, melainkan lebih jauh mengarah kepada cara inovasi tersebut menjadi diadopsi oleh lebih banyak petani (Mosher, 1978).

Proses difusi inovasi mempunyai unsur-unsur yang menyusunnya, yaitu (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983) (1) inovasi; yang (2) dikomunikasikan melalui saluran tertentu; (3) dalam jangka waktu tertentu; kepada (4) anggota suatu sistem sosial.

Yang dimaksud inovasi adalah ide-ide, tindakan, atau barang yang dianggap baru oleh seseorang atau suatu unit adopsi (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983). Lionberger dan Gwin (1991) mengartikan inovasi tidak sekadar sebagai sesuatu yang baru menurut seseorang, akan tetapi bisa lebih luas dari sesuatu yang dinilai baru oleh sekelompok masyarakat dalam suatu lokalitas tertentu. Tidak menjadi soal, seberapa jauh dihubungkan dengan perilaku manusia, apakah ide-ide itu betul-betul baru secara objektif atau tidak jika diukur dalam selang waktu sejak ditemukannya pertama kali, akan tetapi, kebaruan ide-ide itu bagi seseorang atau suatu kelompok tertentu tergantung pada reaksinya terhadap ide-ide tersebut. Jika ide-ide tersebut dianggap baru bagi seseorang atau suatu kelompok, maka hal itu merupakan inovasi baginya.

Terdapat perbedaan perilaku antara penerima inovasi dengan penerima pesan biasa. Oleh karena pesan yang disampaikan dalam proses difusi itu bersifat “baru”, maka terdapat risiko bagi penerimanya, sedangkan kajian komunikasi menelaah semua bentuk pesan dalam rangka mencari saling pengertian antara satu dengan yang lain. Dalam proses komunikasi, kita sering mengarahkan perhatian pada usaha-usaha untuk mengubah kawasan pengetahuan atau sikap saja, dengan cara mengubah bentuk sumber, pesan, saluran, atau penerima. Lain halnya dalam difusi, biasanya lebih memusatkan perhatian pada terjadinya perubahan perilaku yang kelihatan, yaitu menerima atau menolak ide-ide baru tersebut, daripada hanya sekadar mengubah pengetahuan atau sikap saja.

Telah dibahas sebelumnya bahwa saluran komunikasi berfungsi untuk menyampaikan pesan (inovasi) kepada sasaran (Berlo, 1960). Ada dua jenis saluran komunikasi yang dikenal selama ini, yaitu: (1) media massa; dan (2) antarpribadi (Rogers dan Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; dan Lionberger dan Gwin, 1991).

Biasanya pemilihan saluran komunikasi terletak di tangan sumber dan harus dilakukan dengan memperhatikan: (1) tujuan diadakannya komunikasi; dan (2) sasaran dengan orang lain saluran itu disambungkan. Jika sumber hanya ingin memperkenalkan sasaran mengenai suatu inovasi, maka lebih tepat kalau memilih saluran media massa karena lebih cepat dan lebih efisien, terutama jika sasarannya banyak dan tersebar di daerah luas. Di lain pihak, jika tujuan sumber

untuk memengaruhi sasaran agar setuju pada suatu inovasi, maka saluran interpersonal lebih tepat (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983).

Rogers (Depari dan MacAndrews, 1985) mengatakan bahwa banyak hasil penelitian telah membuktikan saluran media massa telah berperan secara aktif dan efektif dalam mengubah pendapat (misalnya menambah pengetahuan), sedangkan komunikasi antarpribadi lebih efektif dalam mengubah sikap. Pesan-pesan melalui media massa memang kurang kuat dalam mengubah sikap, kecuali jika pesan-pesan tersebut justru memperkuat nilai-nilai dan kepercayaan sasaran. Sedangkan pesan-pesan yang bertentangan dengan nilai-nilai dan kepercayaan tersebut, akan disaring oleh sasaran melalui tingkat selektivitas mereka.

Menurut Shoemaker (Jahi, 1988), ada tiga fungsi media massa dalam pembangunan, yaitu: (1) memberi tahu masyarakat tentang pembangunan nasional, memusatkan perhatian mereka pada kebutuhan untuk berubah, kesempatan untuk menimbulkan perubahan, metode dan cara menimbulkan perubahan, dan jika mungkin meningkatkan aspirasi; (2) membantu masyarakat berpartisipasi dalam proses pembuatan keputusan, memperluas dialog dan menjaga agar informasi mengalir ke atas maupun ke bawah; dan (3) mendidik masyarakat agar memiliki keterampilan.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, menurut Asngari, Pambudy dan Lumintang (1992), dengan semakin pesatnya perkembangan media komunikasi, maka saluran media massa secara langsung memengaruhi proses adopsi inovasi penerima sebesar 38 persen, dan 18 persen secara tidak langsung. Hal ini memberikan bukti bahwa saluran komunikasi media massa sudah mulai berperan dalam proses adopsi inovasi.

Menurut Rogers (1983), perkembangan efek media massa pada sasaran yang terjadi kemudian tidaklah langsung dan sedahsyat yang diperkirakan semula. Bukti-bukti menunjukkan bahwa perilaku sasaran lebih dipengaruhi oleh interaksi tatap muka sasaran dengan pemuka pendapat. Rogers mengemukakan bahwa baik ide maupun pendapat terlebih dahulu mengalir dari media massa ke pemuka pendapat, dan setelah itu diteruskan ke sasaran-sasaran lainnya.

Selain saluran komunikasi, waktu merupakan pertimbangan yang penting dalam membicarakan proses difusi. Dimensi waktu ada dalam: (1) proses pengambilan keputusan inovasi yakni proses mental sejak seseorang mulai mengenal suatu inovasi sampai menerima atau menolaknya; (2) keinovatifan seseorang yakni relatif lebih awal atau lebih lambat seseorang dalam menerima suatu inovasi; dan (3) kecepatan pengadopsian suatu inovasi dalam sistem sosial (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983)

Unsur terakhir proses difusi adalah sistem sosial. Sistem sosial dapat didefinisikan sebagai suatu kumpulan unit (anggota) yang berbeda secara fungsional dan terikat dalam kerja sama untuk memecahkan masalah, dalam rangka pencapaian tujuan bersama. Anggota sistem sosial tersebut bisa berupa perorangan (individu), kelompok informal, atau organisasi-organisasi modern (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983).

Setiap unit dalam suatu sistem sosial dapat dibedakan secara fungsional dari anggota atau unit lainnya. Semua anggota bekerja sama untuk memecahkan masalah yang dihadapi oleh sistem atau untuk mencapai suatu tujuan secara timbal balik, baik antara sistem dengan anggotanya maupun antara anggota dengan anggota sistem tersebut. Pencapaian tujuan bersama inilah yang mengikat sistem sosial (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983).

## **B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya**

Proses difusi suatu inovasi, keberhasilannya diketahui dengan cara mengukur tingkat adopsi sasaran terhadap inovasi tersebut. Tingkat adopsi inovasi adalah kecepatan relatif suatu inovasi diadopsi oleh anggota suatu sistem sosial (Rogers dan Shoemaker).

Kecepatan adopsi suatu inovasi biasanya diukur dengan jangka waktu yang diperlukan oleh sekian persen anggota masyarakat untuk mengadopsi inovasi tersebut (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983).

Untuk menjelaskan kecepatan adopsi, dapat dilakukan dengan menggunakan “kurva difusi.” Kurva ini menggambarkan hubungan

antara periode waktu pada sumbu horizontal dengan persentase kumulatif pada sumbu vertikal. Pada umumnya kurva difusi suatu inovasi cenderung akan meningkat secara lambat pada periode pertama, kemudian setelah beberapa saat menjadi lebih cepat, tetapi setelah sudah banyak orang yang mengadopsi inovasi tersebut, maka kecepatan adopsinya cenderung menurun kembali, sehingga kurva ini sering disebut kurva “S” (Rogers dan Shoemaker, 1971; Havelock, 1971; Mosher, 1978; Rogers, 1983; van den Ban dan Hawkins, 1988; dan Lionberger dan Gwin, 1991).

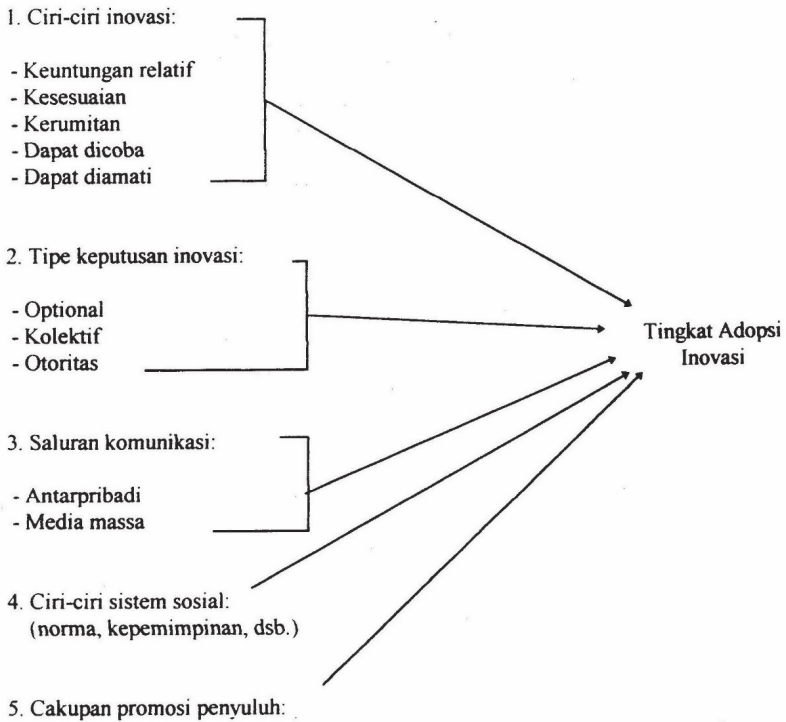
Fenomena di atas menciptakan adanya klasifikasi sasaran menjadi beberapa golongan tertentu, yaitu (Rogers dan Shoemaker, 1971; Mosher, 1978; Rogers, 1983; dan Lionberger dan Gwin, 1991): (1) inovator yakni orang-orang yang pertama mengadopsi inovasi dalam suatu daerah tertentu; (2) penerapan awal yakni orang-orang yang cepat mengikuti jejak inovator; (3) mayoritas awal yakni orang-orang yang mengadopsi inovasi karena melihat golongan inovator dan penerap awal; (4) mayoritas akhir yakni golongan orang-orang yang konservatif, sangat hati-hati dan tidak akan mengadopsi sebelum sebagian besar anggota masyarakat menerima inovasi tersebut; dan (5) penerap lambat yakni orang-orang yang paling terakhir menerima suatu inovasi.

Berikut uraian beberapa faktor yang memengaruhi tingkat adopsi inovasi (Rogers dan Shoemaker, 1971; Slamet, 1975; dan Rogers, 1983) (Gambar 1).

Menurut Rogers dan Shoemaker (1971) dan Rogers (1983), perbedaan tingkat adopsi suatu inovasi, sekitar 49-87 persen dapat dijelaskan oleh ciri-ciri inovasinya (keuntungan relatif: kesesuaian dengan adat/kebiasaan masyarakat, kerumitan, dapat dicoba, dan dapat diamati). Selanjutnya tipe keputusan inovasi (keputusan opsional, keputusan kolektif, dan keputusan otoriter) juga akan memengaruhi tingkat adopsi suatu inovasi.

Peubah Pengaruh

Peubah Terpengaruh



**Gambar 1.** Faktor-faktor yang Memengaruhi Tingkat Adopsi Inovasi (Rogers dan Shoemaker, 1971)

Demikian pula dengan saluran komunikasi (media massa dan antarpribadi) yang bervariasi penggunaannya sesuai dengan tahap keputusan inovasi tersebut. Kemudian, ciri-ciri sistem sosial juga turut memengaruhi tingkat adopsi suatu inovasi, seperti struktur sosial yang di dalamnya melahirkan struktur komunikasi, sistem norma, peranan kepemimpinan masyarakat, dan sebagainya. Terakhir, luasnya usaha promosi dari penyuluh juga turut memengaruhi tingkat adopsi inovasi tersebut.

Kelancaran proses tersebar dan diterimanya suatu inovasi sangat tergantung pada keberadaan inovasi itu sendiri. Atas dasar pengamatan sasaran, suatu inovasi mempunyai ciri-ciri tertentu. Ada lima ciri suatu inovasi, yaitu (Rogers dan Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; dan Lionberger dan Gwin, 1991):

- (1) Keuntungan Relatif (*Relative Advantage*) merupakan tingkatan suatu ide baru dianggap lebih baik daripada ide-ide yang ada sebelumnya. Tingkat keuntungan relatif ini sering kali dinyatakan dalam bentuk keuntungan ekonomi (biaya lebih rendah atau keuntungan lebih tinggi), teknis (produktivitas tinggi, tahan terhadap risiko kegagalan dan gangguan yang menyebabkan ketidakberhasilan), dan sosial-psikologis (pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikologis, dan sosiologis).
- (2) Kesesuaian (*Compatibility*) adalah tingkat suatu inovasi dianggap konsisten dengan kebutuhan, pengalaman masa lalu, kepercayaan, sistem nilai dan norma penerima atau masyarakat. Inovasi yang tidak sesuai dengan ciri-ciri sistem sosial tidak akan diadopsi secepat inovasi yang sesuai, serta jaminan keberhasilan lebih kecil dan risiko kegagalan lebih besar bagi penerima.
- (3) Kerumitan (*Complexity*) adalah tingkat suatu inovasi dianggap relatif sulit untuk dimengerti dan digunakan jika dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Suatu inovasi dapat digolongkan ke dalam kontinum “Rumit-Sederhana sampai dengan Rumit-Kompleks” berdasarkan urutan waktunya. Ini berarti makin rumit suatu inovasi bagi seseorang, maka makin lambat proses adopsinya. Kerumitan suatu inovasi dapat juga dilihat dari penerimanya, ada inovasi yang mudah diterima oleh penerima tertentu, sedangkan penerima lainnya belum tentu.
- (4) Dapat Dicoba (*Triability*) adalah tingkat suatu inovasi dapat dicoba dalam skala kecil. Inovasi yang dapat dicoba, biasanya lebih cepat diadopsi daripada inovasi yang tidak dapat dicoba lebih dahulu dan akan memperkecil risiko kegagalan bagi adopter.
- (5) Dapat Diamati (*Observability*) adalah tingkat suatu inovasi dapat diamati oleh orang lain. Beberapa inovasi tertentu mudah diamati dan dikomunikasikan kepada orang lain, dibandingkan beberapa inovasi lainnya. Semakin tinggi tingkat suatu inovasi dapat diamati, maka semakin cepat proses adopsinya di dalam masyarakat.

Sehubungan dengan berbagai ciri suatu inovasi tersebut, maka Roy (Mardikanto, 1988) mengungkapkan adanya jenjang tingkat kepentingan dari ciri-ciri inovasi berturut-turut dari besar ke kecil sebagai berikut: (1) tingkat keuntungan (*profitability*); (2) biaya yang

diperlukan (*cost of innovation*); (3) tingkat kerumitan (*complexity*); (4) kesesuaian fisik (*physical compatibility*); (5) kesesuaian budaya (*cultural compatibility*); (6) tingkat kemudahan dikomunikasikan (*communicability*); (7) penghematan tenaga kerja dan waktu (*saving labour and time*); dan (8) dapat dibagi (*divisibility*). Ini berarti ciri-ciri inovasi tersebut mempunyai pengaruh yang cukup diperhitungkan dalam menentukan tingkat adopsi suatu inovasi. Oleh sebab itu, menurut Rogers dan Shoemaker (1971), sekitar 49-87 persen perbedaan tingkat adopsi suatu inovasi ditentukan oleh ciri-ciri inovasinya itu sendiri. Semakin baik ciri-ciri kumulatif suatu inovasi, maka semakin besar tingkat adopsinya.

Dalam beberapa penelitian para ahli penyuluhan dan komunikasi menunjukkan bahwa beberapa inovasi akan berbeda tingkat kecepatan adopsinya jika dibandingkan dengan lainnya. Menurut Havelock (1971), terdapat empat kriteria yang berperan dalam mempercepat proses adopsi suatu inovasi, yaitu: validitas tinggi, kemanfaatan besar, tidak rumit, dan kesesuaiannya tinggi. Bila suatu inovasi mempunyai validitas tinggi, kemanfaatan besar, tidak rumit, dan kesesuaiannya tinggi, maka relatif akan memengaruhi seseorang untuk mengadopsi inovasi tersebut dalam jangka waktu yang singkat. Demikian pula, menurut Mosher, kecepatan adopsi suatu inovasi dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

- (1) Kesesuaian inovasi dengan kondisi lokal di daerah inovasi tersebut diperkenalkan. Dalam bidang gizi misalnya, ketersediaan pangan di daerah sasaran merupakan faktor penentu penerapan inovasi tersebut. Ini berarti meskipun inovasi sudah diperkenalkan kepada sasaran, tetapi jika kondisi dan situasi daerah tidak mendukung, maka proses adopsi tidak akan berjalan dengan baik.
- (2) Keuntungan inovasi dapat dihitung secara pasti dengan perbandingan antara harga input dan produk yang dihasilkan oleh suatu inovasi. Kecepatan difusi suatu inovasi dapat diharapkan hanya pada inovasi yang memberikan keuntungan tinggi.
- (3) Pengaturan distribusi perolehan input yang dibutuhkan inovasi tersebut.
- (4) Faktor budaya termasuk sistem nilai biasanya menghambat proses adopsi dan difusi inovasi. Kadang-kadang suatu inovasi tidak diadopsi sebagian atau semuanya oleh suatu masyarakat karena ada konflik dengan sistem nilai yang ada. Misalnya menyediakan daging babi pada daerah berpenduduk Muslim.

Tipe-tipe keputusan inovasi juga memengaruhi tingkat adopsi suatu inovasi (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983). Rogers dan Shoemaker (1971) dan Rogers (1983) mengatakan bahwa biasanya kita mengharapkan suatu inovasi yang diputuskan secara opsional diadopsi lebih cepat dibandingkan ketika inovasi tersebut diadopsi oleh suatu kelompok atau organisasi. Ini berarti, bilamana banyak orang yang terlibat dalam suatu keputusan inovasi, maka tingkat adopsinya akan menjadi lambat. Oleh karena itu dalam pengambilan keputusan inovasi sedapat mungkin melibatkan sedikit unit pengambil keputusan agar tingkat adopsinya menjadi tinggi.

Keberadaan saluran komunikasi yang juga merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kecepatan proses adopsi dan difusi inovasi sudah banyak dibuktikan, baik melalui saluran media massa (telah banyak dijelaskan pada uraian-uraian terdahulu) maupun saluran antarpribadi.

Khususnya dalam penggunaan saluran antarpribadi, pada umumnya dalam suatu program penyuluhan terdapat beberapa saluran yang efektif untuk penyampaian pesan, seperti: penyuluh (akan dijelaskan secara khusus pada bagian terakhir dalam uraian ini) dan pemuka masyarakat (pimpinan formal dan informal) (Rogers dan Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; dan Lionberger dan Gwin, 1991). Bahkan menurut Rogers dan Kincaid (1981) dan Lionberger dan Gwin (1991). Bahkan menurut Rogers dan Kincaid peranan keluarga, teman, tetangga, mertua, orang tua, dan orang-orang terpercaya lainnya dalam pembuatan keputusan untuk mengadopsi sesuatu juga telah diperhitungkan akhir-akhir ini.

Umumnya dalam suatu masyarakat, ada tokoh-tokoh tertentu yang mempunyai respons tinggi terhadap inovasi, tetapi adapula sebaliknya, rendah. Mereka ini disebut pemimpin. Seorang pemimpin biasanya memiliki kemampuan untuk memengaruhi orang lain sesuai dengan yang dikehendakinya, baik mereka itu sedang menduduki suatu jabatan formal tertentu maupun tidak. Yang jelas, mereka memiliki kemampuan menggerakkan dan berhubungan dengan masyarakat yang sangat kuat (Rogers dan Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; dan Ortiz dan Meneses, 1991), sehingga mereka dapat mempercepat tersebarnya suatu inovasi ke dalam masyarakat, tetapi dapat pula menghambatnya. Hasil penelitian Susanto (1985) menunjukkan bahwa kesinambungan proses adopsi

sayuran daun hijau pada sasaran dalam program penyuluhan yang dilakukan, hanya dapat berlangsung dengan baik bilamana ada dukungan dari pimpinan desa. Ini berarti menurut Rogers, pemimpin desa sangat berperan dalam penyampaian inovasi dari media massa ke sasaran.

Ciri pemimpin masyarakat berbeda dengan ciri pengikutnya. Misalnya, pemimpin itu memiliki hubungan sosial yang lebih luas, lebih sering berhadapan dengan media massa, lebih sering mengadakan perjalanan ke luar daerahnya, lebih sering berhubungan dengan pengantar pembaruan, dan memiliki keahlian dan kemampuan tertentu yang melebihi kemampuan orang kebanyakan.

Dengan demikian, untuk dapat menjalankan peranannya dengan baik, mereka harus selalu dekat dengan masyarakat dan harus diterima oleh pengikutnya sebagai pemimpinnya. Olehnya itu, pemimpin harus selalu aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial, dalam pertemuan-pertemuan, diskusi-diskusi lainnya, yang dalam forum itu juga inovasi itu dikomunikasikan.

Mendukung uraian di atas, hasil penelitian Esmen dan Uphoff (1984) di negara-negara berkembang menunjukkan bahwa beberapa organisasi lokal yang paling berhasil justru dipimpin oleh petani-petani yang buta huruf yang menunjuk orang lain untuk membuat administrasi organisasi, karena menurut Wharton justru ciri-ciri “kelokalan” pemimpin tersebut yang menjalin tumbuhnya jaringan komunikasi yang merupakan keuntungan, terutama dalam perencanaan dan pelaksanaan program kerja di tingkat lokal.

Dalam kaitan dengan tingkat kemampuan seseorang untuk memengaruhi perubahan perilaku orang lain, maka seorang pemimpin masyarakat ada yang bersifat monomorfik dan polimorfik (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983). Pemimpin masyarakat yang bersifat monomorfik adalah pemimpin yang hanya dapat memengaruhi satu urusan saja, misalnya masalah pertanian atau kesehatan saja. Pemimpin masyarakat yang bersifat polimorfik adalah pemimpin yang berpengaruh terhadap semua masalah kehidupan, apa saja, kapan saja, dan di mana saja. Oleh karena itu, para penyuluh harus dapat memperhatikan secara khusus pada golongan ini dan berusaha memanfaatkannya secara optimal sebagai akselerator dalam mempercepat proses diterimanya inovasi dalam rangka perubahan perilaku masyarakat.

Selain pemimpin formal dan informal masyarakat, keberadaan saluran antarpribadi lainnya seperti: dukun, tetangga, teman, mertua, orang tua, dan orang-orang kepercayaan lainnya, sangat membantu dalam mengalirkan informasi dari mereka sebagai sumber informasi kepada para ibu sebagai sasaran usaha peningkatan status gizi anak balitanya (Akhsan).

Selain peranan saluran antarpribadi seperti tersebut di atas, komunikasi di antara para ibupun sangat efektif dalam proses pertukaran informasi baik itu tentang segi-segi kehidupan secara umum, maupun masalah-masalah perbaikan gizi dan kesehatan khususnya bagi anggota keluarganya. Rogers dan Kincaid menemukan bahwa ibu-ibu yang terikat dalam suatu jaringan komunikasi terutama karena keanggotaan mereka dalam perkumpulan ibu-ibu, maka mereka akan mengadopsi KB, sedangkan ibu-ibu lain yang tidak terikat dalam jaringan komunikasi itu, hanya sedikit yang mengadopsi KB. Ini menunjukkan bahwa jaringan komunikasi sesama ibu sangat berperan dalam proses difusi.

Faktor lain yang tidak kalah penting pengaruhnya pada tingkat adopsi suatu inovasi adalah keberadaan sistem sosial (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983). Struktur sosial sebagai perwujudan sistem sosial yakni suatu gambaran keterhubungan status dan peranan para anggota masyarakat (Johnson, 1988).

Struktur sosial terbentuk karena hubungan status dan peranan para anggota dalam suatu sistem sosial yang berbeda-beda dan bersifat hierarkis. Struktur sosial ada yang bersifat formal adapula yang bersifat tidak formal. Sebagai struktur formal, organisasi menggambarkan hubungan status dan peranan yang tersusun secara hierarkis dalam posisi jabatan, ada yang menduduki posisi status ketua, dan adapula yang menjadi anggota. Demikian pula dalam organisasi sebagai struktur informal seperti keluarga, terdapat pembagian status dan peranan yang akan menentukan siapa yang boleh berhubungan dengan siapa dan dalam situasi yang bagaimana hubungan itu dilakukan (Rogers dan Shoemaker, 1971 dan Johnson, 1988).

Rogers dan Shoemaker dan Rogers mengatakan bahwa baik struktur formal ataupun informal berpengaruh terhadap perilaku manusia dan perubahannya dalam menjawab rangsangan komunikasi dalam masyarakat. Dalam proses difusi inovasi, struktur sosial mempunyai hubungan saling pengaruh yang kompleks dengan proses tersebarnya

inovasi ke dalam suatu sistem sosial. Demikian pula, struktur sosial dapat merintangikan dan memudahkan cepatnya penyebaran dan pengadopsian suatu inovasi yakni yang disebut “efek difusi,” yaitu seseorang atau suatu kelompok akan mengadopsi suatu inovasi karena ia/mereka mendapat pengaruh dari sistem sosial yang telah mengadopsi inovasi tersebut lebih dahulu. Dalam efek difusi ini, norma-norma dan hierarkis yang ada dalam sistem sosial masyarakat akan memengaruhi perilaku anggotanya.

Adanya perbedaan status dan peranan dalam suatu masyarakat, dipastikan akan menimbulkan adanya perbedaan dalam pemilikan dan penguasaan sumber daya yang ada dan pada gilirannya akan membentuk stratifikasi atau kelas-kelas sosial dalam masyarakat, baik berdasarkan tingkat ekonomi maupun lainnya (Rogers dan Shoemaker, 1971).

Homogenitas atau heterogenitas suatu masyarakat dalam kaitan dengan relatif banyaknya kelas-kelas tersebut, akan memengaruhi tersebarnya suatu inovasi ke/di dalam masyarakat tersebut. Dalam proses penyebaran suatu inovasi ke dalam sistem sosial tertentu, Rogers dan Shoemaker (1971) maupun Rogers (1983) menekankan bahwa terjadinya proses difusi tersebut, didasari asumsi bahwa inovasi yang didifusikan itu benar-benar bersifat baru. Dengan demikian semua sarannya belum pernah ada yang mengadopsi inovasi tersebut. Jadi seluruh anggota sistem sosial bagi Rogers merupakan komunitas dengan ciri-ciri yang sama. Bahkan menurut Roling (1988), golongan penerima lambat dan inovatorpun, dipertimbangkan oleh Rogers (1983) sebagai anggota sistem sosial yang sama, karena mereka hidup dalam sistem sosial yang sama. Padahal dalam kenyataannya, populasi pada suatu daerah tertentu tidak mungkin homogen sempurna. Oleh karena itu, Roling (1988) mencoba mengkaji sasaran inovasi dari segi kesamaan ciri-cirinya yang dikelompokkan ke dalam sasaran yang bersifat homogen atau heterogen.

Selanjutnya Roling (1988) memberikan contoh bahwa pada suatu populasi yang bersifat heterogen, suatu inovasi yang didifusikan dengan menggunakan strategi petani maju, akan sulit menembus kelas-kelas sosial yang ada, sehingga perlu dilakukan homogenisasi dengan cara mengelompokkan sasaran menjadi beberapa golongan baik atas dasar ekonomi maupun aspek sosial, adanya fungsi kepentingan, pemilikan sumber daya alam, fisik, serta kemampuan yang berbeda. Lebih khusus

Engel (Jahi, 1988) mengatakan bahwa dalam kampanye informasi publik, besar sasaran dan kemampuan menjangkau mereka melalui saluran komunikasi tertentu merupakan landasan kategorisasi yang penting. Dengan demikian, kategorisasi sasaran akan memudahkan proses difusi suatu inovasi, karena kebutuhan, kemampuan sumber daya fisik dan kemampuan lainnya relatif sama antara sasaran dalam golongan kelasnya.

Kegagalan suatu program penyuluhan tidak sedikit disebabkan oleh kondisi sasaran yang tidak memungkinkan untuk menerima inovasi yang diberikan kepadanya, tanpa adanya penyesuaian-penyesuaian tertentu terhadap paket inovasi tersebut. Sebagai contoh dikemukakan oleh Roling (1988), ketika keadaan populasi tidak homogen (heterogen) pada suatu daerah pertanian di saat diperkenalkan suatu inovasi, maka petani yang tidak mengadopsi inovasi tersebut, bukan berarti mereka bodoh, tradisional, konservatif, atau berbagai sifat-sifat lain yang melekat padanya, melainkan kebanyakan dari sawah mereka tidak dilalui jalur irigasi, yang berarti tanpa pengawasan air yang baik akan menyebabkan penggunaan pupuk tidak mungkin dapat berhasil dengan baik. Ini berarti petani sebagai sasaran inovasi tidak dapat disamakan semuanya, sehingga perlu penggolongan petani (paling tidak atas dasar sawah beririgasi dan tidak beririgasi) agar perlakuan pada masing-masing sasaran dapat berlainan.

Menurut Slamet (1978), karakteristik individu sangat besar pengaruhnya terhadap cepat lambatnya proses adopsi suatu inovasi, seperti: umur, pendidikan, status sosial ekonomi, pola hubungan (lokalit/kosmopolit), keberanian mengambil risiko, sikap terhadap sesuatu, motivasi berkarya, aspirasi, fatalisme atau ketidakmampuan membaca masa depan, dan dogmatisme atau sistem kepercayaan tertutup.

Selain faktor di atas, keinovatifan (*innovativeness*) sasaran juga berperan mempercepat proses adopsi suatu inovasi. Keinovatifan adalah tingkatan seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya relatif cepat mengadopsi suatu inovasi dari anggota sistem sosial lainnya. Menurut Rogers dan Shoemaker (1971), Rogers (1983) dan Roling (1988), ciri-ciri sosial ekonomi, ciri-ciri kepribadian, dan ciri-ciri komunikasi golongan masyarakat yang lebih inovatif adalah sebagai berikut: (1) ciri-ciri sosial ekonomi: lebih berpendidikan, mempunyai status sosial lebih

tinggi, mempunyai mobilitas lebih tinggi, mempunyai usaha yang lebih luas, lebih berorientasi pada ekonomi komersial, mempunyai sikap yang lebih positif, dan mempunyai pekerjaan yang lebih spesifik; (2) ciri-ciri kepribadian, yaitu: memiliki simpati lebih besar, dogmatis, mempunyai kemampuan abstraksi lebih besar, mau mengambil risiko, mempunyai inteligensi tinggi, bersikap positif terhadap perubahan, lebih rasional, tidak menyerah pada nasib, dan mempunyai motivasi dan aspirasi untuk meningkatkan taraf hidup; dan (3) ciri-ciri komunikasi, yaitu: partisipasi sosialnya tinggi, sering mengadakan komunikasi antarpribadi dengan anggota sistem sosial lainnya, sering mengadakan hubungan dengan agen pembaru atau orang asing, kemampuan memimpinya lebih baik, selalu mencari inovasi, dan bernorma lebih modern.

Roling (1988) selanjutnya menyeleksi dan memberi kejelasan bentuk pengaruh peubah-peubah keinovatifan tersebut, sebagai berikut: (1) peubah sosial ekonomi, yaitu: pendidikan (positif), literasi (positif), status sosial (pendapatan, kesehatan, strata sosial) (positif), dan luas usaha (positif); (2) peubah kepribadian, yakni: rasionalitas (positif), sikap terhadap perubahan (positif), sikap terhadap ilmu pengetahuan (positif), dan fatalisme (negatif); dan (3) peubah komunikasi, yaitu: partisipasi sosial (positif), kekosmopolitan (positif), kontak dengan pengantar pembaharuan (positif), keterdedahan dalam media massa (positif), penggunaan saluran komunikasi antarpribadi (positif), keaktifan mencari informasi (positif), dan kemampuan memimpin (positif).

Norma atau kebiasaan adalah pedoman tingkah laku yang telah mapan dan diakui bersama yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat dan merupakan bagian tak terpisahkan dari suatu sistem sosial. Norma-norma tersebut akan membatasi boleh tidaknya suatu perilaku dilakukan dalam sistem sosial tersebut. Norma-norma ini memengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat dalam mengadopsi suatu inovasi, yaitu dapat menunjang atau merintanginya masuknya suatu inovasi ke dalam sistem sosial (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983).

Satu hal yang berkaitan dengan masalah norma dalam masyarakat adalah kepercayaan (tabu). Tabu, biasanya dalam bentuk pantangan atau anjuran untuk mengonsumsi jenis pangan tertentu dan juga dalam bentuk perilaku-perilaku tertentu. Menurut Hubeis (1985) dan Susanto (1985), masyarakat yang berada pada strata menengah cenderung

untuk tetap mempertahankan tabu bahkan melestarikannya melalui keturunannya dengan anggapan bahwa menjalankan tabu adalah orang yang mempunyai pengetahuan dan pemahaman terhadap kehidupan. Masyarakat strata atas dan bawah cenderung tidak melestarikan tabu karena golongan atas lebih mudah terdedah oleh berbagai informasi yang menyebabkan mereka mampu mensubstitusi pangan atau perilaku yang ditabukan tadi dengan pangan atau perilaku lainnya yang terjangkau oleh daya beli mereka, sedangkan pada masyarakat golongan bawah cenderung tidak melestarikan tabu karena pada umumnya pangan atau perilaku yang ditabukan tersebut tidak dapat terjangkau oleh daya beli mereka.

Penyuluh sebagai salah satu faktor yang memengaruhi tingkat adopsi inovasi adalah orang yang aktif berusaha menyebarkan inovasi ke dalam suatu sistem sosial. Mereka adalah tenaga profesional yang biasanya mewakili lembaga-lembaga tertentu yang berusaha mengadakan pembaruan dalam masyarakat. Tugas utamanya adalah berusaha memengaruhi keputusan anggota masyarakat dalam rangka melaksanakan program yang telah ditetapkan oleh lembaga tempat mereka bekerja (Rogers dan Shoemaker, 1971 dan Rogers, 1983).

Terdapat beberapa peran penyuluh dalam kaitannya dengan perubahan berencana, yaitu (Lippitt, Watson, dan Westley, 1958; dan Slamet, 1985): (1) menumbuhkan kebutuhan untuk berubah pada sasaran; (2) membangun hubungan untuk perubahan; (3) mendiagnosis dan menjelaskan masalah yang dihadapi oleh sasaran perubahan; (4) mencari dan menemukan berbagai alternatif yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah; (5) mengubah tekad menjadi usaha nyata ke arah pencapaian tujuan perubahan; (6) memperluas dan memantapkan perubahan; dan (7) memutuskan hubungan untuk perubahan agar sikap ketergantungan dari sasaran kepada penyuluh dapat segera diakhiri demi kelangsungan perubahan.

Dalam dimensi lain, Harun (1995) mengatakan bahwa dalam penyuluhan pertanian khususnya, penyuluh harus bertindak sebagai mitra/kawan terdekat petani. Tanpa menjadi mitra terdekat, akan sulit bagi penyuluh tersebut untuk “masuk” dan diterima dalam lingkungan petani. Karena itu para penyuluh harus mempunyai karakteristik yang diharapkan seperti: (1) memiliki keyakinan bahwa petani dan keluarganya mempunyai kemampuan yang potensial; (2) bertindak

selaku fasilitator, bukan sebagai guru atau pendidik; (3) bergaya hidup sesuai dengan lingkungan masyarakat petani: sederhana, jujur, berdedikasi, dan sabar; (4) mengenal masyarakat yang dilayaninya serta keadaan dan masalah sosial ekonominya; (5) menguasai metode analisis, sintesis, dan pemecahan masalah; (6) mampu mengubah peran dari fasilitator menjadi konsultan usaha/agribisnis bagi petani; (7) bertanggung jawab atas profesinya sebagai fungsional penyuluh pertanian; dan (8) pengembangan profesional diri secara berkelanjutan.

Oleh karena kemampuan mereka itu dalam membina hubungan dengan para petani, maka mereka ini biasanya sangat dipercaya oleh masyarakat. Menurut hasil penelitian Rogers dan Svening (Rogers dan Shoemaker, 1971; dan Rogers, 1983), para petani Kolombia relatif menaruh kepercayaan lebih tinggi kepada penyuluh pertanian dibandingkan sumber-sumber informasi lainnya.

Dalam menyebarkan inovasi, penyuluh sering kali bekerja sama dengan pemuka pendapat dalam suatu masyarakat. Pemuka pendapat sering menjadi pembantu yang berjasa bagi agen pembaru dalam penyebaran inovasi tadi. Namun demikian, menurut hasil penelitian menunjukkan bahwa para pemuka pendapat ini biasanya “dilupakan” setelah inovasi berhasil diadopsi oleh masyarakat tersebut (Rogers dan Shoemaker, 1970 dan Rogers, 1983).



## BAB 3

# PROSES ADOPTI INOVASI DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA

### A. Pengertian Proses Adopsi Inovasi

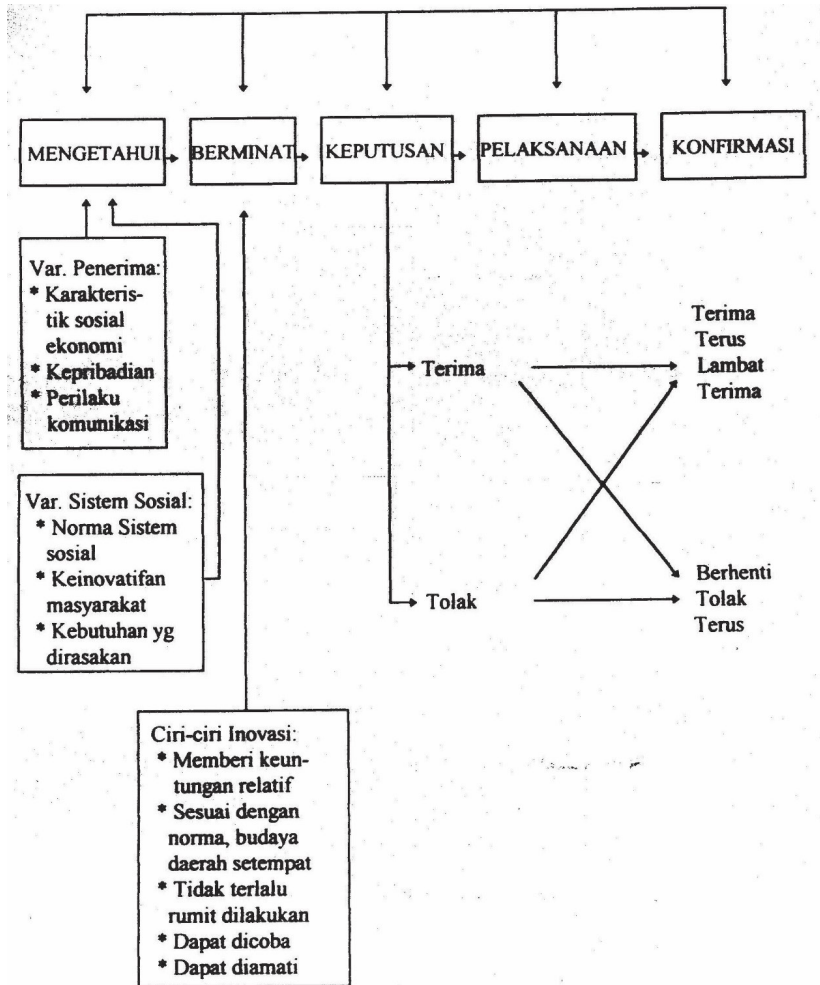
Dalam pandangan tradisional, proses keputusan inovasi disebut proses adopsi. Proses adopsi merupakan serangkaian kegiatan dalam memutuskan untuk menerima atau menolak suatu inovasi selama periode waktu tertentu (Rogers dan Shoemaker, 1971). Proses ini mempunyai lima tahapan, yaitu:

- (1) Tahap Sadar, yaitu seseorang sudah mulai mengenal adanya suatu inovasi, tetapi ia masih kekurangan informasi mengenai hal tersebut.
- (2) Tahap Minat, yaitu seseorang mulai mengembangkan minat pada inovasi tersebut dan mencari informasi tambahan tentang hal itu.
- (3) Tahap Penilaian, yaitu seseorang mulai membuat penilaian terhadap inovasi yang dihubungkan dengan situasi dirinya di masa sekarang dan mendatang serta menentukan menerima atau menolaknya.
- (4) Tahap Mencoba, yaitu seseorang mulai mencoba inovasi tersebut meskipun pada skala kecil untuk menentukan kegunaan dan kesesuaian inovasi itu pada dirinya.
- (5) Tahap Adopsi, yaitu seseorang telah menggunakan inovasi tersebut secara tetap dalam skala yang lebih luas.

Konseptualisasi proses adopsi telah sangat dikenal dan dipakai oleh para peneliti difusi selama ini, tetapi beberapa kritik mengatakan bahwa model ini terlalu sederhana (Rogers dan Shoemaker, 1971), seperti:

- (1) Proses tersebut selalu diakhiri dengan keputusan untuk mengadopsi, padahal kenyataannya mungkin saja diakhiri dengan penolakan. Oleh karena itu dibutuhkan suatu istilah yang dapat menampung kedua pengertian tersebut.
- (2) Kelima tahap proses tersebut, tidak selalu dilalui secara berurutan. Mungkin beberapa tahap proses tersebut terloncati, khususnya tahap mencoba. Penilaian biasanya terjadi pada keseluruhan proses, tidak hanya salah satu tahap saja.
- (3) Proses tersebut jarang berakhir dengan mencari informasi pendukung itu berlanjut dengan mencari informasi pendukung untuk mengonfirmasi atau menguatkan keputusan tersebut.

Atas dasar uraian di atas, maka Rogers (1983) merumuskan kembali pengertian proses adopsi inovasi sebagai berikut: “proses keputusan inovasi adalah proses yang terjadi pada seseorang atau unit pembuat keputusan lainnya, sejak pertama kali mengetahui adanya suatu inovasi sampai mengambil suatu keputusan mengadopsi atau menolak dan mengimplementasikan serta mengonfirmasi keputusan tersebut. (Rogers dan Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; dan Lionberger dan Gwin, 1991), proses keputusan inovasi tersebut berlangsung melalui 5 tahapan (Gambar 2) yaitu:



**Gambar 2.** Proses Pengambilan Keputusan Inovasi (Rogers dan Shoemaker, 1971, dan Rogers, 1983)

- (1) Tahap mengetahui yaitu ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mengetahui adanya suatu inovasi dan memperoleh beberapa pengertian mengenai berfungsinya inovasi itu secara umum.
- (2) Tahap berminat, yaitu ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya membentuk sikap berkenan atau tidak terhadap suatu inovasi dan berusaha mencari informasi yang lebih banyak tentang keberadaan inovasi itu.

- (3) Tahap keputusan, yaitu ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya berada dalam kegiatan penilaian terhadap inovasi, dihubungkan dengan dirinya saat sekarang dan di masa yang akan datang yang mengarah pada pemilihan untuk menerima atau menolak inovasi tersebut.
- (4) Tahap pelaksanaan, yaitu ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mulai menggunakan inovasi tersebut, meskipun dalam skala kecil.
- (5) Tahap konfirmasi, yaitu ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mencari bukti-bukti untuk memperkuat keputusan yang telah diambilnya.

Rogers (1986) mengatakan bahwa proses keputusan tersebut terdiri atas rentetan aktivitas dan pemilihan sepanjang waktu melalui seseorang atau suatu organisasi dalam rangka mengevaluasi suatu inovasi dan memutuskannya sesuai atau tidaknya untuk dilaksanakan. Berarti pada proses tersebut, terkandung cakupan pengertian tentang keputusan inovasi opsional, kolektif, dan otoritas.

Sejalan dengan uraian di atas, maka Feder, Just, dan Zilberman (1982) mengatakan bahwa pengambilan keputusan inovasi oleh suatu organisasi atau kumpulan individu (*aggregate*) merupakan implikasi dari proses tersebarnya teknologi baru dalam suatu daerah tertentu. Ini berarti, adopsi inovasi tersebut diukur dengan cara menilai tingkatan jumlah (satu tingkat penggunaan (*level of use*) inovasi tersebut.

Terdapat tiga aspek utama yang berbeda dalam proses keputusan ini (Rogers, 1986), yaitu: (1) sifat kritis sasaran (*critical mass nature*), yang berarti bahwa setiap nilai komunikasi teknologi baru meningkat pada sasaran akan merupakan akibat peningkatan pada sasaran sebelumnya; (2) penyempurnaan (*re-invention*) inovasi, yaitu tingkat suatu inovasi dapat diubah atau dimodifikasi (penyesuaian) oleh sasaran dalam proses adopsi berlangsung; dan (3) penekanan pada tahap pelaksanaan lebih dari hanya sekadar keputusan untuk mengadopsi.

## **B. Proses Adopsi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya**

Menurut Lionberger dan Gwin, kelancaran proses pengambilan keputusan inovasi sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti keberadaan sasaran, jenis-jenis informasi yang dibutuhkan oleh sasaran berdasarkan tahapan proses adopsinya, dan sumber-sumber atau saluran komunikasi bagi informasi sesuai dengan tahapan proses adopsinya (Gambar 2).

Keberadaan sasaran (adopter) baik sebagai individu maupun kelompok atau masyarakat perlu diperhatikan secara saksama. Individu sebagai sasaran inovasi pembangunan memiliki dua kondisi sebagai perubahnya, yaitu: (1) peubah kepribadian yang meliputi kemampuan mengolah, kemampuan belajar dari masalah, kepekaan terhadap masalah, keberanian mengambil risiko, dan orientasi untuk berprestasi; dan (2) peubah situasional yang mencakup: lingkungan sosial (lingkungan ke kelompok persahabatan kelompok kerja, kelompok kepercayaan, dan kelompok rujukan), lingkungan sumber daya fisik, dan sistem nilai dan kepercayaan yang melingkupi kehidupan mereka.

Dalam kaitannya dengan penerimaan suatu inovasi, jenis-jenis informasi inovasi yang dibutuhkan sasaran selayaknya disesuaikan dengan tahapan proses adopsinya (Rogers, Lionberger, dan Gwin). Lebih lanjut Lionberger dan Gwin mengemukakan bahwa pada tahap sadar, jenis informasi yang dibutuhkan lebih bersifat umum atau pemberitahuan saja, misalnya kebendaan inovasi (Gambar 2). Lebih khusus lagi Rogers mengatakan bahwa dalam tahap pengenalan terdapat tiga tipe informasi yang dibutuhkan, yaitu: (1) informasi tentang adanya inovasi; (2) informasi teknis (cara atau prosedur penggunaan inovasi); dan (3) informasi prinsip, yakni berkenaan dengan prinsip-prinsip berfungsinya suatu inovasi.

Pada tahap minat, jenis informasi yang dibutuhkan lebih ke arah operasionalisasi dan kegunaan inovasi, misalnya: cara bekerjanya inovasi itu, manfaatnya untuk pemakainya, dan sebagainya (Lionberger dan Gwin). Menurut Rogers, aktivitas mental yang bekerja pada tahap persuasi adalah afektif, yakni seseorang akan membentuk sikap berkenaan atau tidak terhadap suatu inovasi. Berarti sasaran membutuhkan informasi ciri-ciri inovasi yaitu: ( 1) keuntungan relatif

inovasi; (2) kesesuaian inovasi dengan aspek sosial budaya sasaran; (3) tidak rumit dilakukan bagi sasaran; (4) dapat dicoba; dan (5) dapat diamati.

Menurut Rogers, pada tahap keputusan sasaran membutuhkan informasi menyangkut bahan pertimbangan untuk menerima atau menolak suatu inovasi. Secara khusus menurut Lionberger dan Gwin, informasi yang dibutuhkan pada tahap ini lebih bersifat saran pertimbangan untuk melakukan evaluasi terhadap inovasi tersebut, seperti: konsekuensi sosial, ekonomi dan budayanya, penilaian-penilaian dari orang-orang yang dipercaya terhadap inovasi tersebut, dan hasil percobaan-percobaan pada tingkat lokal/regional.

Pada tahap pelaksanaan, proses keputusan inovasi tidak lagi berpusat pada aktivitas mental, tetapi sudah melibatkan perubahan perilaku sebagai pelaksanaan dari ide-ide itu. Rogers selanjutnya mengatakan bahwa informasi yang dibutuhkan dalam tahap ini seperti: asal inovasi diperoleh, cara menggunakan inovasi, masalah operasional yang dihadapi, cara memecahkan masalah tersebut, dan sebagainya.

Secara rinci Lionberger dan Gwin mengatakan pada tahap melaksanakan, jenis informasi yang dibutuhkan lebih bersifat aplikasi atau cara kerja inovasi, misalnya: berapa jumlah yang harus digunakan, bentuknya, tingkatannya, waktu harus digunakan, frekuensinya, intervalnya, dan sebagainya.

Pada tahap konfirmasi, jenis informasi yang dibutuhkan lebih ke arah hasil-hasil percobaan inovasi yang telah dilakukan selama ini baik secara langsung oleh sasaran maupun oleh orang lainnya, yang akan semakin memperkuat keputusannya (Lionberger dan Gwin). Bukti-bukti penelitian empiris menunjukkan bahwa proses keputusan suatu inovasi tidak berakhir setelah orang mengambil keputusan untuk menerima atau menolak inovasi itu (Rogers). Menurut Mason (Rogers), seseorang akan mencari informasi untuk menguatkan keputusannya. akan tetapi mungkin juga ia akan mengubah keputusannya semula jika ia memperoleh pesan-pesan yang bertentangan dengan inovasi itu. Pada tahap ini seseorang berusaha untuk menghindari kenyataan yang menyimpang dan bertentangan dengan keputusannya. Gonzalez mengatakan bahwa jika hasil inovasi dapat dengan cepat dilihat, maka calon pengadopsi lainnya tidak perlu lagi menjalani tahap mencoba melainkan dapat terus ke tahap adopsi. Ini bukan berarti bahwa calon

pengadopsi langsung memulai dari tahap adopsi untuk menerima suatu inovasi, tetapi mereka itu juga menjalani keempat tahap sebelumnya, namun dalam waktu relatif singkat.

Menurut Rogers dan Shoemaker dan Rogers, unsur saluran komunikasi juga penting dalam mempercepat proses adopsi inovasi karena merupakan alat bagi ide-ide baru diperoleh dari seseorang dan diberikan kepada orang lainnya. Saluran komunikasi tersebut sangat penting dalam menentukan keputusan sasaran, untuk menerima atau menolak suatu inovasi.

Pada dasarnya terdapat dua saluran komunikasi yaitu: (1) saluran antarpribadi, yakni segala bentuk pertukaran pesan antar dua orang atau lebih secara langsung (tatap muka) dengan atau tanpa alat bantu yang memungkinkan semua pihak yang berkomunikasi dapat memberikan umpan balik secara langsung; dan (2) saluran media massa, yakni segala bentuk media massa (baik media cetak maupun media elektronik) yang memungkinkan seseorang atau sekelompok kecil orang tertentu dapat menyampaikan pesan kepada masyarakat luas.

Jika dikaitkan dengan peranan masing-masing saluran komunikasi terhadap tahap-tahap proses adopsinya, maka menurut Rogers dan Shoemaker, Rogers dan Lionberger dan Gwin, pada tahap sadar dan minat, saluran komunikasi yang efektif digunakan adalah media massa karena mampu menjangkau sasaran secara cepat dan luas dalam rangka memberikan informasi dan pengertian tentang suatu inovasi. Pada tahap proses berikutnya, peran media massa kurang efektif lagi.

Di samping media massa menurut Shoemaker dalam sejumlah kampanye gizi dan KB di beberapa negara dunia ketiga, saluran-saluran antarpribadi bahkan berhasil menyebarkan informasi penting sebelum kampanye tersebut dimulai. Menurut hasil penelitian Pardoko dan Soemartono sumber-sumber pemberitaan KB yang paling banyak memberikan informasi dan pengertian bagi ibu akseptor KB di Jawa Timur adalah petugas kesehatan (41,6%); petugas pemerintahan (32,6%); anggota keluarga dan teman (10,4%); dan petugas lapangan Keluarga Berencana (8,1%), sedangkan saluran media massa hanya sebesar 3,0 persen. Ini berarti selain saluran media massa, saluran antarpribadi juga berperan dalam tahap sadar dan minat, sedangkan pada tahap menilai, mencoba dan adopsi, menurut Rogers dan Shoemaker, Rogers dan Lionberger dan Gwin, saluran antarpribadi yang paling efektif.

Rogers dan Shoemaker mencoba membedakan saluran komunikasi saat pertama kali para sasaran antara golongan penerap awal dan penerap lambat dalam mengetahui suatu inovasi. Menurut hasil penelitian Ryan dan Gross, golongan petani penerap awal (*earlier adopter*) pertama kali mendengar inovasi bibit jagung hibrida melalui penjual (*salesman*) bibit jagung tersebut, sedangkan golongan petani penerap lambat (*later adopter*) mendengar pertama kali melalui tetangganya. Ini menandakan bahwa masing-masing golongan sasaran penerima inovasinya mempunyai perbedaan saluran komunikasi yang digunakan untuk mengadopsi suatu inovasi.

Selain pemakaian saluran komunikasi oleh sasaran, secara sendiri-sendiri, menurut Rogers dan Shoemaker, interaksi komunikasi massa dan komunikasi antarpribadi sangat efektif untuk mengubah perilaku sasaran. Rogers dan Shoemaker mengemukakan bahwa pengombinasian saluran komunikasi ini disebut forum media, dengan sasaran beberapa anggota masyarakat diorganisasikan dalam suatu kelompok yang bertemu secara teratur untuk menerima pesan-pesan media massa dan selanjutnya mendiskusikan dengan anggota kelompoknya. Di Indonesia, menurut Hanafi, kelompok ini disebut Kelompok Pendengar, Pembaca, dan Pemirsa.



# BAB 4

## PROSEDUR PENGAMATAN LAPANGAN

### A. Kerangka Pemetikan Contoh

Kerangka pemetikan contoh bertingkat dirumuskan sebagai berikut.

- 1) Kabupaten Bogor dipilih secara sengaja sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan bahwa fenomena yang merupakan masalah dalam penelitian ini telah terjadi dan mudah ditemukan dalam masyarakat.
- 2) Kecamatan-kecamatan Ciawi dan Cijeruk keduanya termasuk wilayah Kabupaten Bogor sengaja dipilih masing-masing mewakili daerah perkotaan dan daerah pedesaan.
- 3) Dari kedua kecamatan disebutkan di atas, masing-masing didaftarkan semua desa dari kategori perkotaan dan pedesaan, yaitu sesuai dengan penetapan pemilihan kecamatannya.
- 4) Dari sejumlah 11 desa tipe perkantoran di Kecamatan Ciawi dipilih secara acak dua desa dalam hal ini yang terpilih ialah desa Bendungan dan Harjasari. Sedangkan dari sejumlah 21 desa di Kecamatan Cijeruk seleksi acak menghasilkan terpilihnya Desa Ciburuy dan Pasir Jaya.

## **B. Satuan-satuan Observasi**

Satuan-satuan observasi adalah sebagai berikut.

### (A) Tingkat Kabupaten Bogor

- 1) Kepala Dinas Kesehatan;
- 2) Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan;
- 3) Kepala Seksi PKM Dinas Kesehatan;
- 4) Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Dinas Kesehatan;
- 5) Ketua PKK;
- 6) Ketua Kelompok Kerja (Pokja) IV PKK.

### (B) Tingkat kecamatan diseleksi

- 1) Kepala Puskesmas;
- 2) Kepala Seksi Gizi Puskesmas;
- 3) Kepala Seksi PKM Puskesmas;
- 4) Kepala Seksi KIA;
- 5) Ketua PKK;
- 6) Ketua Pokja IV PKK.

### (C) Tingkat desa terseleksi

- 1) Ketua-ketua RT;
- 2) Pengurus-pengurus PKK;
- 3) Bidan-bidan;
- 4) Kader-kader Posyandu;
- 5) Dukun-dukun bayi;
- 6) Mertua/Orang tua-mertua/orang tua ibu;
- 7) Teman/tetangga-teman/tetangga;
- 8) Penjual-penjual bahan makanan bayi;
- 9) Ibu-ibu yang mempunyai bayi usia dua tahun atau kurang.

## **C. Universum-universum Target**

Universum-universum target terdefiniskan dari satuan-satuan observasi terhadap suatu contoh/universum petik sebagai berikut.

(A) Tingkat Kabupaten Bogor

Masing-masing satu orang informan, yaitu kepala/ketua:

- 1) Dinas Kesehatan;
- 2) Seksi Gizi Dinas Kesehatan;
- 3) Seksi PKM Dinas Kesehatan;
- 4) Seksi KIA Dinas Kesehatan;
- 5) PKK;
- 6) Pokja IV PKK.

(B) Tingkat kecamatan diseleksi

Masing-masing satu orang informan, yaitu kepala/ketua:

- 1) Puskesmas;
- 2) Seksi Gizi Puskesmas;
- 3) Seksi PKM Puskesmas;
- 4) Seksi KIA Puskesmas;
- 5) PKK.

(C) Pokja DPR

Tingkat desa terseleksi

Universum dan contoh dari masing-masing subjek responden:

- 1) Ketua-ketua RT;
- 2) Pengurus-pengurus PKK;
- 3) Bidan;
- 4) Kader-kader Posyandu;
- 5) Dukun-dukun bayi;
- 6) Mertua/Orang tua-mertua/orang tua ibu;
- 7) Teman/tetangga-teman/tetangga;
- 8) Penjual-penjual bahan makanan bayi;
- 9) Ibu-ibu yang mempunyai bayi usia dua tahun atau kurang.

Universum-universum target terdefiniskan dari satuan-satuan observasi terhadap suatu contoh/universum petik sebagai berikut.

(A) Tingkat Kabupaten Bogor

Masing-masing satu orang informan, yaitu kepala/ketua:

- 1) Dinas Kesehatan;
- 2) Seksi Gizi Dinas Kesehatan;
- 3) Seksi PKM Dinas Kesehatan;
- 4) Seksi KIA Dinas Kesehatan;
- 5) PKK;
- 6) Pokja IV PKK.

(B) Tingkat kecamatan diseleksi

Masing-masing satu orang informan, yaitu kepala/ketua:

- 1) Puskesmas;
- 2) Seksi Gizi Puskesmas;
- 3) Seksi PKM Puskesmas;
- 4) Seksi KIA Puskesmas;
- 5) PKK;
- 6) Pokja IV DPR.

(C) Tingkat desa terseleksi

Ukuran contoh dan universum petik dari masing-masing subjek responden dapat:

- 1) Ketua-ketua RT;
- 2) Pengurus-pengurus PKK;
- 3) Bidan/bidan;
- 4) Kader-kader Posyandu;
- 5) Dukun-dukun bayi;
- 6) Mertua/Orang tua-mertua/orang tua ibu;
- 7) Teman/tetangga-teman/tetangga;
- 8) Penjual-penjual makanan bayi;
- 9) Ibu-ibu yang mempunyai bayi usia dua tahun atau kurang.

## D. Pengamatan

Peubah-peubah yang diamati dalam penelitian ini berkaitan dengan Gambar 1 berdasarkan jenis satuan observasi. Pengamatan terhadap semua satuan observasi dilakukan dengan teknik wawancara. Untuk keperluan ini digunakan instrumen-instrumen berupa kuesioner dan petunjuk wawancara. Sumber informasi pada tingkat kabupaten dan kecamatan lebih banyak memberikan keterangan yang berkaitan dengan keragaan program penyuluhan gizi yang telah dilakukan di Kabupaten Bogor selama ini. Sedangkan pada tingkat desa beberapa sumber memberikan informasi tentang kondisi masyarakat.

**Tabel 1.** Ukuran Masing-Masing Universum dan Contoh di Keempat Desa Penelitian

No.	Satuan Amat	Desa			
		Harjasari	Bendungan	Ciburuy	Pasirjaya
1	Ketua RT - Universum - Contoh	35	42	27	22
		2	2	2	2
2	Pengurus PKK - Universum - Contoh	43	50	20	40
		2	2	2	2
3	Bidan - Universum - Contoh	1	1	1	1
		1	1	1	1
4	Kader Posyandu -Universum -Contoh	30	18	20	25
		2	2	2	2
5	Dukun Bayi -Universum -Contoh	3	3	3	3
		2	2	2	2
6	Mertua/Orang Tua -Universum -Contoh	256	324	239	219
		2	2	2	2
7	Teman/Tetangga -Universum -Contoh	256	324	239	219
		2	2	2	2
8	Penjual makan bayi -Universum -Contoh	89	107	92	51
		89	107	92	51

No.	Satuan Amat	Desa			
		Harjasari	Bendungan	Ciburuy	Pasirjaya
9	Ibu-ibu				
	-Universum	256	324	239	219
	-Contoh	54	54	54	54

Keragaan program penyuluhan, sumber yang memberikan informasi tentang keadaan ketersediaan sumber bahan makanan bayi di daerah penelitian, dan satu sumber lainnya memberikan informasi mencakup semua keterangan yang terdapat dalam tabel 1 keterangan-keterangan yang diperoleh dari sumber informasi pada tingkat kabupaten, kecamatan, dan sebagian besar pada tingkat desa, digunakan untuk mendukung Pengujian Hipotesis, sedangkan keterangan yang diperoleh dari suatu sumber informasi pada tingkat desa (ibu-ibu), digunakan untuk kebutuhan Pengujian Hipotesis penelitian titik untuk lebih jelasnya informasi yang diberikan oleh setiap sumber informasi pada tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa, dapat diuraikan berikut ini.

(A) Pada tingkat kabupaten dan kecamatan:

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor memberikan data tentang kebijaksanaan perbaikan gizi yang telah dilakukan di wilayah Kabupaten Bogor dan Kepala Puskesmas Ciawi dan Cijeruk memberikan data tentang pelaksanaan program peningkatan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya dan perbaikan gizi pada khususnya di wilayahnya masing-masing.
- (2) Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan Kepala Seksi Gizi Puskesmas Ciawi dan Cijeruk memberikan data tentang pelaksanaan program perbaikan gizi di wilayahnya masing-masing.
- (3) Kepala Seksi PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan Kepala Seksi PKM Puskesmas Ciawi dan Cijeruk memberikan data tentang pelaksanaan program penyuluhan kesehatan masyarakat di wilayahnya masing-masing.
- (4) Kepala Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan Kepala Seksi KIA Puskesmas Ciawi dan Cijeruk memberikan data tentang pelaksanaan program KIA di wilayahnya masing-masing.

- (5) Ketua Umum dan Ketua Pokja IV PKK Kabupaten Bogor serta Ketua Umum dan Ketua Pokja IV PKK Kecamatan Ciawi dan Cijeruk memberikan data tentang pelaksanaan program PKK pada umumnya dan upaya-upaya perbaikan gizi pada khususnya di wilayahnya masing-masing.

(B) Pada tingkat desa:

- (1) Sumber informasi yaitu: mertua/orang tua, bidan, kader posyandu, dukun baik, pengurus PKK, ketua RT, dan teman/tetangga, memberikan keterangan yang berkaitan dengan peubah-peubah yang tergolong faktor kondisi masyarakat dan keragaan program penyuluhan untuk melengkapi penjelasan pengujian hipotesis.
- (2) Sumber informasi penjual makanan bayi pada tingkat desa/kelurahan memberikan keterangan tentang ketersediaan sumber bahan makanan bayi di masing-masing desa penelitian untuk melengkapi uraian penjelasan pengujian hipotesis.

Pengumpulan data dari sumber-sumber informasi pada tingkat kabupaten, kota, kecamatan, sampai tingkat desa, dilakukan dengan teknik wawancara mendalam dengan menggunakan petunjuk wawancara, dan teknik kelompok diskusi terarah (*Focus Group Discussion*).

Sumber informasi ibu-ibu pada tingkat desa memberikan keterangan tentang peubah-peubah yang dipakai untuk Pengujian Hipotesis penelitian dengan menggunakan teknik wawancara disertai dengan pengisian kuesioner. Peubah-peubah tersebut digolongkan ke dalam 5 kelompok peubah, yaitu: (1) kelompok karakteristik sasaran (pengetahuan gizi, sikap ibu terhadap pangan, keterampilan pangan ibu, kepercayaan ibu terhadap pangan, keterdedahan media massa, peran ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi, pendidikan Ibu, status pekerjaan, status keluarga, dan pendapatan rumah tangga); (2) kelompok kondisi masyarakat (persepsi ibu-ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat dalam penyuluhan gizi, keinovatifan masyarakat dan norma pangan masyarakat); (3) kelompok keragaan program penyuluhan (materi penyuluhan/inovasi, penyesuaian inovasi, jenis informasi, saluran komunikasi antarpribadi, saluran bidan desa, saluran media massa, tipe keputusan, teknik penyuluhan, peralatan penyuluhan dan tempat penyuluhan); (4) kelompok peubah proses adopsi dan difusi inovasi; (5) kelompok peubah status gizi bayi.

Untuk memudahkan pemberian makna kepada hipotesis penelitian maka dilakukan penguraian terhadap peubah-peubah pendukung hipotesis tersebut melalui pengungkapan cara-cara pengukuran terhadap faktor-faktor, peubah-peubah ataupun item-itemnya. Penyelesaian inovasi diukur dengan melihat jawaban ibu-ibu yang mengarah pada adanya upaya melakukan penyesuaian inovasi atau tidak untuk mengukur peran saluran komunikasi (antarpribadi, bidan desa, dan media massa) pada setiap tahap proses adopsi (mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi), maka dapat dilihat perbandingan pemanfaatan ketiga saluran komunikasi tersebut pada setiap tahap adopsi, kemudian membandingkan antara daerah perkotaan dengan pedesaan untuk mengukur pemanfaatan jenis informasi pada setiap tahap proses adopsi, dapat dilihat perbandingan jumlah pemanfaatan jenis informasi tersebut antara daerah perkotaan dengan pedesaan. Demikian pula, untuk menentukan status sosial ekonomi ibu-ibu responden, maka dapat digambarkan oleh peubah-peubah pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan rumah tangga mereka yang perhitungannya dapat dilihat pada hasil analisis regresi. Untuk peubah-peubah Line yang terdapat dalam hipotesis penelitian, cara pengukurannya dapat dilihat dalam uraian definisi operasional dan pengolahan data.

## E. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari lapang terlebih dahulu dilakukan penyuntingan dengan maksud koreksi terhadap lapangan titik. Setelah itu dilakukan pemasukan data (*data entry*) ke komputer dengan menggunakan paket statistika *Minitab Release 19.1.1*. Langkah berikutnya adalah melakukan pemeriksaan data dengan maksud mencegah munculnya kategori-kategori baru yang tidak diinginkan karena kesalahan pemasokan atau kesalahan pengolahan data lainnya.

Ada dua jenis peubah yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: peubah-peubah yang tidak digubah dan peubah-peubah yang digubah. Peubah-peubah yang tidak digubah adalah sebagai berikut.

- (1) Untuk mengukur saluran komunikasi bidan desa ( $X_{18}$ ) yang digunakan pada setiap tahap adopsi inovasi (mengetahui,

berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi), dipertimbangkan lima item pertanyaan sesuai dengan kelima tahapan proses adopsinya. Masing-masing item pertanyaan tersebut dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan lanjutan dengan masing-masing dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.

- (2) Untuk mengukur saluran komunikasi media massa ( $X_{19}$ ) yang digunakan pada setiap tahap adopsi inovasi (mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi), dipertimbangkan lima item pertanyaan sesuai dengan kelima tahapan proses adopsinya. Masing-masing item pertanyaan tersebut dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan lanjutan dengan masing-masing dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.
- (3) Untuk mengukur tipe pemukiman dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan dengan dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.
- (4) Untuk mengukur status pekerjaan ( $X_8$ ), dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan dengan dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.
- (5) Untuk mengukur pendapatan seluruh anggota rumah tangga ( $X_{10}$ ), diajukan pertanyaan langsung untuk memperoleh jawaban dalam nilai rasional.
- (6) Untuk mengukur status keluarga ( $X_9$ ), dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan dengan dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.
- (7) Untuk mengukur peran ibu dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga ( $X_6$ ), dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan masing-masing dengan empat sandi/ kategori jawaban yang mungkin terjadi.
- (8) Untuk mengukur penyesuaian inovasi (*re-invention*) ( $X_{15}$ ), dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan dengan dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.
- (9) Untuk mengukur tipe keputusan inovasi ( $X_{20}$ ), dipertimbangkan penilaian atas satu item pertanyaan dengan dua sandi/kategori nominal yang mungkin terjadi.

Khusus data antropometri bayi (bobot badan) untuk mengetahui status gizinya, diukur dengan menggunakan timbangan bayi dengan ketelitian 100g yang tersedia di posyandu (Jelliffe). Begitu pula data PMP untuk bayi dikumpulkan dengan menggunakan metode “recall” konsumsi bayi selama 24 jam sebelumnya (Suharjo).

Data sekunder berupa potensi wilayah Provinsi Jawa Barat pada umumnya Kabupaten Bogor yang meliputi desa-desa Kecamatan Ciawi dan Kecamatan Cijeruk pada khususnya, seperti: data geografis, topografis, dan administratif, serta data keadaan sosial ekonomi masyarakat terutama yang berkaitan dengan penelitian ini, dikumpulkan melalui instansi pemerintah dan swasta terkait.

Peubah-peubah yang akan direduksi dengan cara membangkitkan peubah-peubah baru adalah peubah dengan skala nilai nominal menjadi “cacah”, peubah dengan skala nilai tingkat intensitas menjadi “peringkat median” dan peubah dengan skala nilai hedonik menjadi “normit” (du Toit, Steyn, dan Stumpf). Dalam uraian selanjutnya, peubah tahap proses adopsi dilambangkan dengan (i), seperti terlihat pada peubah saluran komunikasi ( $X_{16i}$ ) sebagai berikut.

- (1) Saluran antarpribadi ( $X_{17i}$ ) =  $\sum_{l=1}^7 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = jenis saluran antarpribadi ke-j.
- (2) Jenis informasi ( $X_{16i}$ ) =  $\sum_{l=1}^5 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = macam jenis informasi ke-j.
- (3) Teknik penyuluhan ( $X_{21i}$ ) =  $\sum_{l=1}^5 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = jenis teknik penyuluhan ke-j.
- (4) Pengetahuan gizi ( $X_{1i}$ ) =  $\sum_{l=1}^{10} q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = item-item pertanyaan pengetahuan gizi ke-j.
- (5) Keterampilan pangan ( $X_{3i}$ ) =  $\sum_{l=1}^5 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = item-item pertanyaan keterampilan pangan ke-j.
- (6) Keterdedahan m massa ( $X_{5i}$ ) =  $\sum_{l=1}^3 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = item-item pertanyaan keterdedahan m. Massa ke-j.
- (7) Peralatan penyuluhan ( $X_{22i}$ ) =  $\sum_{l=1}^6 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = jenis peralatan penyuluhan ke-j.
- (8) Tempat penyuluhan ( $X_{23i}$ ) =  $\sum_{l=1}^5 q_{li}$ , sedangkan  $q_{li}$  = jenis tempat penyuluhan ke-j.

- (9) Kepercayaan pangan ( $X_4$ ) =  $\sum_{I=1}^5 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan kepercayaan pangan ke-j.
- (10) Pendidikan ibu ( $X_7$ ) =  $\sum_{I=1}^1 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item pertanyaan pendidikan ibu ke-j.
- (11) Keterlibatan pemimpin ( $X_{11}$ ) =  $\sum_{I=1}^5 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan pemimpin masyarakat dalam masyarakat ke-j penyuluhan gizi.
- (12) Keinovatifan masyarakat ( $X_{12}$ ) =  $\sum_{I=1}^4 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan keinovatifan masyarakat ke-j.
- (13) Norma pangan masyarakat ( $X_{13}$ ) =  $\sum_{I=1}^6 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan norma pangan masyarakat ke-j.
- (14) Tingkat adopsi ( $Y$ ) =  $\sum_{I=1}^{24} q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan tingkat adopsi ke-j.
- (15) Sikap terhadap pangan ( $X_2$ ) =  $\sum_{I=1}^{10} q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan sikap ibu terhadap pangan ke-j.
- (16) Materi/Inovasi ( $X_{14}$ ) =  $\sum_{I=1}^5 q_{II}$ , sedangkan  $q_{II}$  = item-item pertanyaan materi penyuluhan/inovasi ke-j.

## F. Analisis Data

Analisis data dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan pengujian hipotesis yang dapat dibedakan menjadi: (1) untuk mengetahui kecenderungan adanya hubungan asosiasi pada peubah tahap-tahap proses adopsi (mengetahui, berminat, mengambil keputusan, pelaksanaan, dan konfirmasi) inovasi PMT bayi antara tipe pemukiman perkotaan dan pedesaan, maka dapat dipertimbangkan penggunaan tabel frekuensi- frekuensi mutlak dan nisbi, dan tabel statistik-statistik deskripsi; dan (2) untuk mengetahui hubungan menentukan - ditentukan antara peubah-peubah yang diduga memengaruhi tingkat adopsi dalam proses difusi inovasi PMT bayi, maka dapat dipertimbangkan penggunaan analisis regresi (Steel dan Torrie, dan Jackson). Selanjutnya, untuk memperkuat dukungan uraian di atas Pengujian Hipotesis tersebut, digunakan juga analisis data lainnya menurut jenis hubungan peubah-peubah yang ada. Untuk mengetahui

pengaruh tipe pemukiman terhadap peubah-peubah dengan skala nilai rasional atau peubah yang dapat diperlakukan sebagai skala nilai rasional, maka dapat dipertimbangkan penggunaan analisis ragam rancangan pengumpulan data. Begitu pula untuk mengetahui hubungan-hubungan asosiatif antara peubah-peubah tertentu, maka dapat dipertimbangkan penggunaan analisis korelasi (Steel dan Torrie).



# BAB 5

## HUBUNGAN ANTAR VARIABEL RISET

### A. Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Difusi dan Adopsi Inovasi

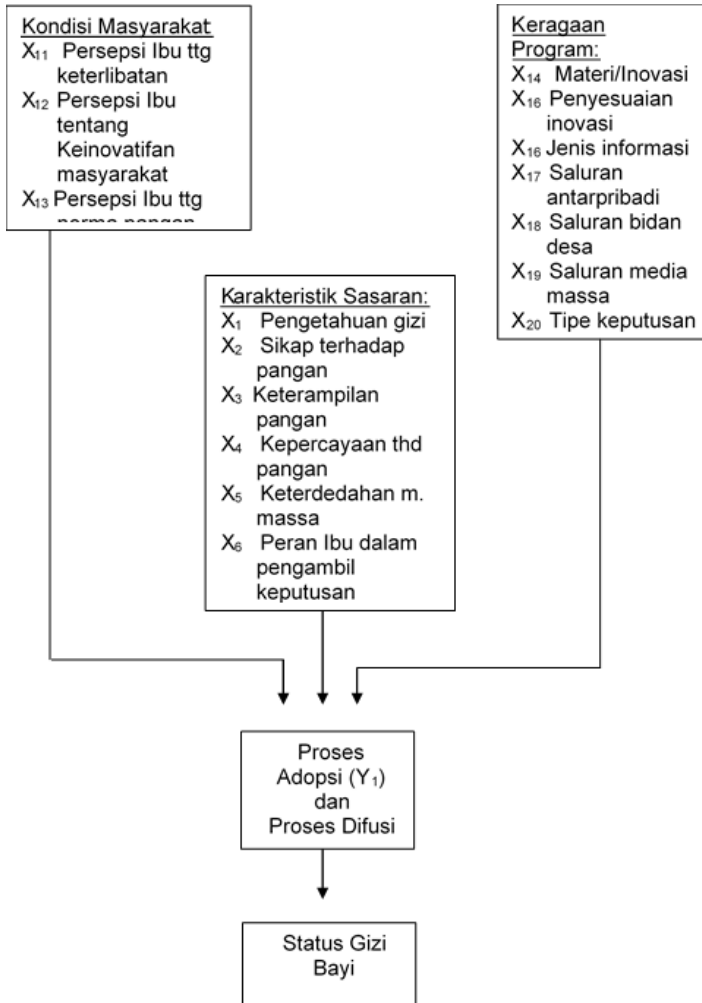
Proses difusi inovasi merupakan proses tersebarnya inovasi ke dalam masyarakat melalui saluran komunikasi dalam jangka waktu tertentu. Inovasi sebagai materi yang didifusikan ke dalam masyarakat, mempunyai ciri-ciri tertentu yakni keuntungan relatif, tingkat kesesuaian, tingkat kerumitan, dapat diamati dan dapat dicoba. Selain inovasi, saluran komunikasi seperti yang telah diterangkan sebelumnya, juga merupakan unsur pendukung proses difusi. Masyarakat sebagai sasaran difusi, terdiri atas berbagai unsur yang ada seperti: ibu-ibu, para pemimpin, sistem norma, keinovatifan masyarakat, ketersediaan bahan makanan (PMT) bayi, dan sebagainya. Demikian pula waktu sebagai batasan periode kerja proses difusi menentukan tingkat keinovatifan masyarakat.

Untuk mengetahui keberhasilan proses difusi inovasi PMT bayi ke dalam masyarakat khususnya pada ibu-ibu, dapat dilakukan dengan cara mengukur tingkat adopsi (kecepatan adopsi) inovasi PMT bayi ibu sebagai sasaran penyuluhan. Tingkat adopsi inovasi PMT bayi adalah kecepatan relatif inovasi PMT bayi diadopsi oleh ibu-ibu sebagai anggota masyarakat yang biasanya diukur dengan lamanya jangka waktu yang dibutuhkan oleh ibu-ibu untuk mengadopsi inovasi tersebut yang dinyatakan dalam persen.

Dalam penelitian ini diduga terdapat berbagai faktor yang memengaruhi proses adopsi dan difusi inovasi PMT bayi pada ibu-ibu, yaitu: (1) karakteristik sasaran (ibu-ibu), meliputi: perilaku (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) pangan dan gizi, kepercayaan terhadap pangan, keterdedahan media massa, peran ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi, status keluarga, dan status sosial ekonomi (pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan) sasaran; (2) kondisi masyarakat yang meliputi: persepsi ibu-ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat dalam penyuluhan gizi, persepsi ibu tentang keinovatifan masyarakat, dan persepsi ibu tentang norma pangan masyarakat; dan (3) keragaan program penyuluhan, meliputi: materi/ inovasi (keuntungan relatif PMT yang baru bila dibandingkan dengan PMT sebelumnya, tingkat kesesuaiannya dengan nilai-nilai sosial budaya masyarakat, tingkat kerumitannya jika dibandingkan dengan PMT sebelumnya, dapat diamati, dan dapat dicoba meskipun dalam skala kecil), penyesuaian inovasi (*reinvention*), jenis informasi, saluran komunikasi (antarpribadi, bidan desa, dan media massa), tipe keputusan keputusan opsional (keputusan yang diambil oleh ibu sendiri), keputusan kolektif (keputusan yang diambil secara kelompok oleh ibu-ibu), dan keputusan otoritas (keputusan yang diambil oleh pihak berwenang), teknik (nasihat, diskusi, demonstrasi, anjangan, dan sebagainya), peralatan (leaflet, poster, lembar peraga, dan sebagainya), dan tempat penyuluhan (posyandu, balai desa, puskesmas, rumah sasaran, dan tempat pengajian).

Proses adopsi inovasi PMT bayi (Y1) dipengaruhi oleh saluran komunikasi antarpribadi (X17); saluran komunikasi bidan desa (X18); saluran komunikasi media massa (X19); teknik penyuluhan (X21); dan jenis informasi (X16) (Gambar 3). Begitu pula tingkat adopsi inovasi sebagai indikator keberhasilan proses difusi inovasi PMT bayi (Y2) dipengaruhi oleh beberapa faktor yang lebih kompleks dan dirangkum dalam tiga kelompok peubah utama (Gambar 3) yaitu:

- (1) Faktor karakteristik sasaran penyuluhan meliputi: pengetahuan gizi (X1), sikap ibu terhadap pangan (X2), keterampilan pangan (X3), kepercayaan ibu terhadap pangan (X4), keterdedahan media massa (X5), peran ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi (X4), pendidikan (X7), status pekerjaan (Xs), status keluarga (X9), dan pendapatan rumah tangga (Xw).



**Gambar 3.** Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Adopsi dan Difusi Inovasi PMT Bayi pada Ibu-ibu

- (2) Faktor kondisi masyarakat meliputi: persepsi ibu tentang keterlibatan PMT masyarakat dalam penyuluhan gizi, (X11), persepsi ibu tentang keinovatifan masyarakat (X12), dan persepsi ibu tentang norma pangan masyarakat (X13).
- (3) Faktor keragaan program penyuluhan meliputi: materi penyuluhan (inovasi) (X14), penyesuaian inovasi (X15), jenis informasi (X16), saluran komunikasi antarpribadi (X17), saluran komunikasi bidan desa (X18), saluran komunikasi media massa (X19), tipe keputusan

inovasi (X20), teknik penyuluhan (X21), peralatan penyuluhan (X22), dan tempat penyuluhan (X23).

Keberhasilan proses adopsi dan difusi inovasi PMT bayi ibu-ibu diduga dapat menyebabkan meningkatnya status gizi bayi mereka.

## B. Hipotesis Riset

Hipotesis utama penelitian ini adalah: (1) proses adopsi inovasi PMT bayi dipengaruhi oleh sumber informasi (saluran komunikasi antarpribadi, bidan desa, dan saluran media massa) dan jenis-jenis informasi, serta kelangsungan proses tersebut lebih baik di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan; dan (2) proses difusi inovasi PMT bayi, kecepatannya ditentukan oleh peubah-peubah status sosial ekonomi, status keluarga, pengetahuan gizi, sikap ibu terhadap pangan, keterampilan pangan, dan persepsi ibu-ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat dalam penyuluhan gizi, keinovatifan masyarakat, dan norma pangan masyarakat. Untuk pengujian hipotesis utama tersebut, perlu diuraikan menjadi hipotesis-hipotesis kerja sebagai berikut (Kerlinger).

- (1) Penyuluh dan ibu-ibu melakukan penyesuaian inovasi (*re-invention*) PMT bayi pada situasi lapangan sebelum inovasi tersebut diadopsi sepenuhnya oleh ibu-ibu.
- (2) Peran bidan desa sebagai “penyuluh gizi” secara nyata lebih lemah daripada saluran antarpribadi lainnya (mertua/orang tua, kader, dukun, ketua RT, dan teman/tetangga) pada tahap mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi.
- (3) Peran saluran komunikasi antarpribadi secara nyata lebih kuat daripada saluran media massa pada tahap mengetahui dan berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi.
- (4) Pemanfaatan jenis-jenis informasi pada setiap tahap proses adopsi (mengetahui, berminat, mengambil memutuskan, melaksanakan dan konfirmasi) inovasi PMT bayi secara nyata lebih bervariasi pada ibu-ibu di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan.
- (5) Tingkat adopsi inovasi PMT bayi sasaran berstatus sosial ekonomi tinggi dan rendah secara nyata lebih tinggi daripada mereka yang berstatus sosial ekonomi sedang.

- (6) Tingkat adopsi inovasi PMT bayi secara nyata lebih tinggi pada sasaran yang mempunyai pengetahuan gizi, sikap terhadap pangan, dan keterampilan pangan yang tinggi, daripada sasaran yang mempunyai pengetahuan gizi, sikap terhadap pangan, dan keterampilan pangan yang sedang dan rendah.
- (7) Tingkat adopsi inovasi PMT bayi secara nyata lebih tinggi pada sasaran yang mempunyai persepsi tentang keterlibatan pemimpin masyarakat, keinovatifan, dan norma pangan masyarakat yang tinggi daripada sasaran yang mempunyai persepsi sedang dan rendah.
- (8) Peran dominan ibu-ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi secara nyata lebih lemah di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan.
- (9) Tingkat adopsi inovasi PMT bayi sasaran berstatus keluarga luas secara nyata lebih tinggi daripada sasaran berstatus keluarga inti.

### **C. Definisi Operasional**

Dalam rangka memudahkan pembahasan peubah-peubah penelitian dalam uraian selanjutnya, maka dilakukan perumusan definisi operasional peubah yang dimaksudkan untuk memperjelas pengertian tentang peubah yang diteliti dan cara mengukurnya. Batasan-batasan tersebut adalah:

- (1) Bayi adalah segala bentuk makanan tambahan utama yang diberikan pada bayi sampai usia dua tahun, yang “sebagian atau seluruh cara kerja atau produk tersebut benar-benar baru diketahui ibu-ibu” sejak mereka mempersiapkan diri menjadi “ibu” sampai telah mengasuh anak-anaknya. Inovasi tersebut di atas mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: (a) keuntungan relatif inovasi adalah perbandingan manfaat yang diperoleh ibu baik secara fisik maupun nonfisik antara ide-ide PMT yang baru dan PMT yang telah lama dikenal. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dalam skala nilai hedonik dari: sangat menguntungkan: 5; menguntungkan: 4; sama saja: 3; tidak menguntungkan: 2; dan sangat tidak menguntungkan: 1; (b) kesesuaian inovasi adalah kecocokan antara budaya, nilai, norma yang tumbuh dalam masyarakat dengan ide-ide baru PMT yang disuluhkan kepada

ibu. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dalam skala nilai hedonik dari: sangat sesuai: 5; sesuai: 4; sama saja: 3; tidak sesuai: 2; dan sangat tidak sesuai: 1; (c) kerumitan inovasi adalah tingkat kesulitan untuk dipahami antara ide-ide PMT yang baru dibandingkan dengan ide-ide PMT yang sudah lama. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dalam skala nilai hedonik dari: sangat gampang: 5; gampang: 4; sama saja: 3; tidak gampang: 2; dan sangat tidak gampang: 1; (d) inovasi yang dapat dicoba adalah dapat dipraktikkannya suatu ide-ide baru PMT yang telah disuluhkan kepada ibu terutama dalam skala kecil. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dalam skala nilai hedonik dari: sangat mudah dicoba: 5; mudah dicoba: 4; sama saja: 3; tidak mudah dicoba: 2; dan sangat tidak mudah dicoba: 1; dan (e) inovasi yang dapat diamati adalah dapat disaksikannya secara nyata suatu ide-ide baru PMT yang disuluhkan kepada ibu di masyarakat. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dalam skala nilai hedonik dari: sangat jelas teramati: 5; jelas teramati: 4; sama saja: 3; tidak jelas teramati: 2; dan sangat tidak jelas teramati: 1.

- (2) Penyesuaian inovasi (*Re-Invention*) adalah modifikasi atau perubahan inovasi PMT bayi sebagian atau seluruhnya yang dilakukan oleh penyuluh dan sasaran sebelum inovasi tersebut sepenuhnya diadopsi. Peubah ini diukur dengan memperoleh jawaban dalam skala nilai nominal dari ibu tentang ada tidaknya usaha melakukan modifikasi inovasi.
- (3) Difusi inovasi adalah proses dikomunikasikannya suatu hal baru ke dalam sistem sosial melalui saluran komunikasi tertentu selama periode waktu tertentu. Proses difusi inovasi diukur dengan cara mengetahui tingkat adopsi masing-masing ibu.
- (4) Tingkat adopsi inovasi PMT adalah suatu kondisi “pemahaman” terhadap materi penyuluhan berupa inovasi PMT bayi yang telah diadopsi oleh sasaran melalui kegiatan penyuluhan selama jangka waktu tertentu. Tingkat adopsi tersebut diukur berdasarkan skala nilai tingkat intensitas dengan jawaban yang bertingkat mulai dari: jauh di bawah anjuran: 1; sedikit di bawah anjuran: 2; sesuai dengan anjuran: 3; dan jawaban lainnya: 4.
- (5) Adopsi inovasi adalah suatu proses yang melibatkan aktivitas mental pertama kali suatu hal baru diketahui oleh seseorang

sampai kepada diterima atau ditolak untuk dilakukan, kemudian dilaksanakan, dan dikonfirmasi. Cara mengukur peubah ini adalah melakukan pengukuran terhadap setiap tahap proses adopsi, yaitu: mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi.

- (6) Tahap Mengetahui, ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mengetahui adanya suatu hal dan memperoleh beberapa pengertian mengenai bagaimana hal baru itu berfungsi. Tahap ini diidentifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada sasaran yang jawabannya mengarah kepada jenis informasi yang sifatnya keterangan umum keberadaan inovasi.
- (7) Tahap Berminat, ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya membentuk sikap berkenaan atau tidak terhadap suatu hal baru dan berusaha mencari informasi lebih banyak tentang hal baru tersebut. Tahap ini diidentifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada sasaran yang jawabannya mengarah kepada jenis informasi inovasi yang sifatnya kegunaan inovasi dan ciri-ciri inovasi (misalnya: keuntungan relatif inovasi, kesesuaian dengan adat/kebiasaan, dapat diamati secara jelas, dan sebagainya).
- (8) Tahap Keputusan, ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya berada dalam kegiatan penilaian terhadap hal baru yang dihubungkan dengan dirinya sekarang dan di masa mendatang yang mengarah pada pemilihan untuk menerima atau menolak suatu hal baru. Tahap ini diidentifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada sasaran yang jawabannya mengarah kepada jenis informasi inovasi yang sifatnya penilaian, seperti: keuntungan dalam rupiah, keuntungan kerja sama kelompok, dan sebagainya.
- (9) Tahap Pelaksanaan, ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mulai menggunakan hal baru tersebut, meskipun dalam skala kecil. Tahap ini diidentifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada sasaran yang jawabannya mengarah kepada jenis informasi inovasi yang sifatnya prosedur kerja inovasi, seperti: berapa banyak, di mana, dan kapan digunakan.
- (10) Tahap Konfirmasi, ketika seseorang atau unit pengambil keputusan lainnya mencari bukti-bukti untuk memperkuat keputusan yang

telah diambilnya. Tahap ini diidentifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada sasaran yang jawabannya mengarah kepada jenis informasi inovasi yang sifatnya hasil-hasil penelitian lokal/regional atau pengalaman orang-orang terpercaya.

- (11) Tipe keputusan inovasi adalah jenis-jenis cara pengambilan keputusan yang dilakukan oleh unit pengambil keputusan, seperti: keputusan opsional, keputusan kolektif, dan keputusan otoriter.
- (12) Jenis informasi adalah macam keterangan inovasi PMT berdasarkan tahap adopsinya, yakni: (a) keterangan umum tentang PMT baru (pemberitahuan); (b) manfaat dan ciri-ciri PMT baru (operasionalisasi); (c) keuntungan sosial ekonomi PMT baru (penilaian); (d) cara membuat PMT baru (aplikasi); dan (e) keberhasilan penerapan PMT baru selama ini (hasil-hasil).
- (13) Saluran komunikasi, dalam penyuluhan gizi adalah jalur antarpribadi (pimpinan formal-informal, dukun, kader, tetangga, mertua/orang tua, dan orang-orang terpercaya lainnya), jalur media massa (radio, televisi, dan koran), dan jalur bidan desa sebagai “penyuluh gizi”.
- (14) Metode Penyuluhan Gizi adalah cara menyampaikan pesan dari penyuluh kepada sasaran, yaitu: metode perorangan, kelompok dan massal.
- (15) Teknik Penyuluhan Gizi adalah cara yang digunakan penyuluh untuk mempertemukan sasaran dengan materi penyuluhan, misalnya: anjangan, demonstrasi, ceramah, diskusi, televisi, media cetak, dan sebagainya.
- (16) Peralatan Penyuluhan Gizi adalah benda-benda yang digunakan untuk membantu penyuluh memperjelas materi penyuluhan yang diberikan pada sasaran, misalnya: bahan cetakan, barang tiruan, barang asli, dan alat proyeksi.
- (17) Tempat Penyuluhan Gizi adalah wadah yang digunakan oleh penyuluh untuk melakukan penyuluhan gizi, seperti: posyandu, pengajian, rumah, dan sebagainya.
- (18) Pengetahuan gizi ibu adalah kondisi tingkat pemahaman ibu terhadap masalah gizi yang dinyatakan dalam nilai skor. Hal ini diukur dari benar salahnya jawaban yang diberikan ibu terhadap sepuluh item pertanyaan tentang masalah gizi yang telah diajukan kepadanya.

- (19) Sikap ibu terhadap pangan adalah kecenderungan ibu untuk memberikan penilaian atau respons terhadap masalah gizi baik secara positif maupun secara negatif. Respons ini menyangkut keadaan suka atau tidak suka terhadap sesuatu dan diukur dengan skala nilai ordinal (Singarimbun dan Effendi, Oppenheim) atau skala hedonik dengan lima alternatif jawaban berjenjang dengan skor 1 sampai 5 atau 5 sampai 1, yaitu: sangat setuju, setuju, tidak tahu, tidak setuju, sangat tidak setuju.
- (20) Keterampilan Pangan Ibu adalah kemampuan respons ibu dalam menyiapkan pangan yang bergizi berdasarkan penilaian terhadap pemilihan dan pengolahan pangan dalam upaya memperkecil kehilangan zat gizi dan dalam melakukan pemeliharaan kesehatan bayi dan ibunya. Hal ini diukur dari benar salahnya jawaban yang diberikan ibu terhadap lima item pertanyaan tentang masalah pangan yang telah diajukan kepadanya. Kriteria pengukuran yang digunakan adalah kebenaran melakukan pekerjaan dan ketepatan dalam mengatur bahan-bahan/tata cara yang diperlukan untuk pekerjaan tersebut.
- (21) Kepercayaan ibu terhadap pangan adalah pandangan ibu tentang sesuatu hal yang biasanya membolehkan atau tidak untuk melakukan kegiatan tertentu dalam kaitannya dengan masalah pemberian ASI, pemberian makanan tambahan, pemeliharaan kesehatan bayi, perbaikan konsumsi pangan dan pemeliharaan kesehatan ibu. Kepercayaan gizi diukur dengan skala nilai tingkat intensitas dengan jawaban yang bertingkat dari: tidak ada: 4; ada dan tidak mengikat: 3; ada dan mengikat: 2; dan ada dan sangat mengikat: 1.
- (22) Keterdedahan Media Massa adalah keterlibatan ibu pada beberapa sarana komunikasi melalui membaca (majalah, koran, "leaflet"), mendengar (radio), dan menonton (televisi dan film), dan diukur dengan frekuensi melakukan dalam seminggu. Jika ibu terlibat, maka diberi skor 1 dan jika tidak, diberi skor 2.
- (23) Peran ibu dalam Pengambilan Keputusan PMT bayi adalah pihak-pihak yang terlibat secara dominan dalam proses penetapan PMT pada bayi seperti: ibu, bapak, kakek nenek, paman-bibi, ibu-bapak mertua, pembantu, dan sebagainya. Jika perannya dominan, maka diberi skor 1 dan jika tidak, diberi skor 0.

- (24) Pendidikan ibu adalah pernah tidaknya ibu duduk di bangku sekolah formal baik yang mendapatkan ijazah negeri maupun tidak, yaitu: Tidak Pernah Sekolah, Sekolah Dasar (SD), Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP), Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA), dan Perguruan Tinggi (PT).
- (25) Status Pekerjaan adalah keadaan ibu, bekerja atau tidak. Ibu bekerja adalah ibu yang melakukan kegiatan di luar rumah dan memperoleh penghasilan, diberi skor 1, sedangkan ibu tidak bekerja adalah ibu yang melakukan pekerjaan di dalam rumah atau sebagai ibu rumah tangga penuh, diberi skor 2.
- (26) Status Keluarga Ibu adalah keadaan keluarga ibu, keluarga luas atau keluarga inti. Keluarga luas adalah unit keluarga yang terdiri atas sejumlah besar orang meliputi: bapak, ibu, anak-anak, kakek-nenek, paman-bibi, kemenakan, dan orang lain yang ikut tinggal bersama dalam satu rumah, diberi skor 1. Sebaliknya, keluarga inti adalah unit keluarga yang terdiri atas sejumlah orang, meliputi; bapak, ibu, dan anak-anak mereka yang tinggal dalam satu rumah, diberi skor 2.
- (27) Pendapatan Rumah Tangga Ibu adalah jumlah penghasilan seluruh anggota keluarga yang bekerja, dinyatakan dalam bentuk pendapatan rata-rata rupiah per bulan selama setahun terakhir.
- (28) Persepsi Ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat dalam penyuluhan gizi adalah tingkat keterlibatan tokoh formal dan informal desa terhadap kegiatan-kegiatan penyebaran inovasi gizi ke dalam masyarakat. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dari ibu tentang bentuk dan frekuensi keterlibatan tokoh formal atau informal desa dalam skala nilai tingkat intensitas dengan jawaban yang bertingkat dari: tidak pernah: 4; jarang: 3; sering: 2; dan selalu: 1.
- (29) Persepsi Ibu tentang keinovatifan masyarakat adalah tingkat suatu anggota masyarakat di dalam menunjukkan sifat-sifat kekosmopolitan atau kelokalitasannya dalam menanggapi situasi-situasi promosi inovasi gizi dan kesehatan yang memasuki daerahnya. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dari ibu (mewakili masyarakat) tentang mudah tidaknya masyarakat pada umumnya menerima pesan-pesan berupa gaya hidup

yang dikembangkan oleh saluran media massa maupun saluran antarpribadi dalam skala nilai tingkat intensitas dengan jawaban yang bertingkat dari: tidak ada: 5; ada tetapi sebagian kecil: 4; ada dan seimbang dengan yang tidak: 3; ada dan sebagian besar: 2; dan semua anggota masyarakat: 1.

- (30) Persepsi ibu tentang norma pangan masyarakat adalah suatu kebiasaan-kebiasaan, pegangan, aturan/tatanan terutama yang berkaitan erat dengan masalah gizi dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak yang biasanya dianut oleh anggota masyarakat. Peubah ini diukur dengan cara memperoleh jawaban dari ibu tentang keterikatan norma yang berlaku dalam masyarakat dalam skala nilai tingkat intensitas dengan jawaban yang bertingkat dari: tidak ada: 4; ada tetapi tidak mengikat: 3; ada dan mengikat: 2; dan ada dan sangat mengikat: 1.
- (31) Ketersediaan sumber bahan makanan tambahan bayi dalam masyarakat adalah banyaknya jenis bahan makanan untuk makanan tambahan bayi yang tersedia dalam masyarakat yang dapat diperoleh di toko-toko, pasar, warung-warung, kios-kios, dan tempat penjualan lainnya, seperti: berbagai jenis bahan sayuran, lauk-pauk, buah-buahan, makanan instan bayi termasuk susu buatan, dan sebagainya.
- (32) Ibu adalah wanita usia subur yang mempunyai anak kandung berusia 0-24 bulan.
- (33) Bayi, adalah anak yang berumur 0-24 bulan.
- (34) Makanan Tambahan Bayi adalah pangan untuk bayi selain ASI dan susu buatan.
- (35) Pemberian Makanan Tambahan Bayi adalah praktik pemberian pangan yang meliputi tata cara dan jenis serta jumlah pangan yang diberikan pada bayi sampai usia saat penelitian ini dilakukan.
- (36) Makanan Pengganti ASI adalah pangan untuk bayi selain susu buatan yang diberikan dengan maksud untuk mengganti peranan ASI terutama pada masa pralaktasi.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## BAB 6

# PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN SEBAGAI SEBUAH INOVASI

### A. Program-program Perbaikan Gizi

Peningkatkan status gizi dan kesehatan masyarakat khususnya di Kabupaten Bogor, berbagai program dari dinas-dinas instansi terkait telah dan sedang dilakukan. Khususnya program-program Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang berkaitan dengan upaya perbaikan gizi di antaranya dilakukan oleh Seksi Gizi, Seksi KIA, dan Seksi PKM.

Selama tahun 1994 program-program yang dilakukan adalah melengkapi peralatan posyandu melalui sumbangan dari berbagai instansi terkait berupa dana untuk pembelian timbangan “dacin.” Selain itu, bagi perusahaan-perusahaan swasta yang ingin membuka klinik kesehatan, kepada mereka diwajibkan membina paling sedikit dua buah posyandu dalam segala bentuk, bisa berupa sumbangan dana, bisa dalam bentuk lainnya. Rekomendasi atau izin tersebut barulah dapat dikeluarkan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor jika perusahaan tersebut telah menepati janjinya. Pada bulan September 1995, telah dilakukan penyuluhan ke sekitar 89 desa-desa tertinggal di Kabupaten Bogor dengan materi pentingnya PMT bayi. Kemudian, untuk tahun anggaran 1995/1996 dari APBD II, telah diadakan pertemuan lintas sektoral di IO kecamatan yang dihadiri oleh tenaga kader, petugas gizi, petugas lapangan Keluarga Berencana, penyuluh pertanian lapangan, dan instansi terkait lainnya untuk membicarakan tentang pelatihan

Peningkatan Mutu Konsumsi Makanan (PMKM). Pelatihan PMKM di tingkat desa lebih ditekankan kepada PMT bayi dan Program Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) yang dibiayai oleh APBD II, sedangkan kegiatan pembinaan pemberian konsumsi makanan yang sesuai dengan sasaran manula dibiayai oleh APBD I.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor bahwa promosi PMT bayi produk pabrik boleh saja dilakukan petugas-petugas kesehatan secara pribadi atau instansi kesehatan kepada ibu-ibu pada umumnya, tetapi jika menyangkut salah satu jenis susu formula maka hal itu sama sekali tidak boleh dilakukan karena akan mengganggu pelaksanaan program “ASI Eksklusif” (menyusui bayi sampai usia empat bulan tanpa memberikan makanan tambahan) yang telah dicanangkan pemerintah selama ini. Bahkan papan nama praktik dokter atau bidanpun sama sekali tidak dibenarkan bila disponsori oleh produk-produk susu formula. Jika ditemukan demikian, maka oknum-oknum yang melanggar akan dikenakan sanksi yang sesuai.

Diterapkan juga aturan bahwa setiap rumah sakit, puskesmas atau klinik bersalin yang ada rawat inapnya harus melakukan prinsip “sayang bayi,” yang berarti bahwa bayi yang baru lahir tidak bisa dipisahkan dari ibunya supaya dapat melakukan proses penyusuan dengan baik dan tidak menyebabkan proses penyusuan menjadi terganggu. Program seperti ini sudah dilakukan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, hal ini akan diikuti oleh rumah sakit/puskesmas atau klinik-klinik bersalin di kota-kota lainnya dalam wilayah Jawa Barat. Setiap perlombaan bayi sehat di wilayah Kabupaten Bogor, pertimbangan utama pemilihan peserta selalu dengan syarat bayi peserta harus diberikan “ASI Eksklusif”. Lomba Balita disponsori oleh perusahaan produsen makanan bayi. Bagi peserta yang mendapat juara selain diberikan piala juga diberikan “sampel” makanan bayi sebagai bingkisan tambahan bagi peserta. Selain sponsor dari perusahaan makanan bayi, APBD II juga merupakan penyumbang dana lomba posyandu. Meskipun keterlibatan perusahaan makanan bayi cukup aktif dalam kegiatan promosi, tetapi ASI masih tetap merupakan makanan utama bayi. Dalam lomba tersebut, tidak dibenarkan untuk menampilkan poster-poster promosi penggunaan makanan bayi apalagi menyampaikan pesan-pesan tentang makanan bayi tersebut.

Program “Santri Raksa Desa” (Sarasa) yang dicetuskan secara resmi oleh R. Nuriana. Gubernur Jawa Barat, sekitar bulan April 1996 telah

dilaksanakan di beberapa kabupaten atau kotamadya dalam wilayah pemerintahan Provinsi Jawa Barat, seperti halnya di Kabupaten dan Kotamadya Bogor. Sejak Desa Harjasari bergabung ke Kotamadya Bogor pada tahun anggaran 1995/1996, maka program “Sarasa” sejak saat itu telah berjalan di desa ini. Pelaksanaan “Sarasa” khususnya di Kabupaten Bogor baru dilakukan di dua kecamatan, yaitu: Kecamatan Jasinga dan Gunung Sindur. Sejumlah 15 orang santri yang berperan sebagai “penggerak pembangunan” turun ke desa untuk mengajarkan agama dan program pembangunan lainnya, seperti: kesehatan lingkungan, sarana desa, pembuatan jamban keluarga, rehabilitasi rumah penduduk, dan sebagainya. Melihat keadaan ini, masyarakat jadi tergugah dan termotivasi untuk membangun desanya dengan melakukan pengumpulan dana swadaya dari masyarakat. Bahkan hasilnya, masyarakat desa lokasi program tersebut mampu mengumpulkan dana dengan jumlah dua kali lipat dari dana yang digunakan oleh santri pada program pembangunan sebelumnya.

Untuk menunjang dana pembangunan yang berasal dari APBN, APBD I, dan APBD II maka pengadaan dana pembangunan dari sumber lainnya di Provinsi Jawa Barat dilakukan dengan cara “Rereongan Sarupi.” Dana “Rereongan Sarupi” dari masyarakat Jawa Barat diperuntukkan pada berbagai program pembangunan yang saat ini sudah berlangsung dua tahun. Namun demikian, pada tahun anggaran 1996/1997 sektor kesehatan barulah mendapat kesempatan khususnya untuk usaha peningkatan gizi anak sekolah melalui PMT-AS pada sekolah-sekolah yang berada di desa-desa tertinggal. Sumber dana APBD I, II dan “Rereongan Sarupi” menyediakan dana sebesar 50 juta rupiah kepada Seksi Gizi dan Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor untuk melaksanakan PMT-AS. Dana tersebut dimaksudkan untuk menyediakan PMT pada sekitar 90 anak sekolah selama delapan hari dalam waktu empat bulan di enam SD yang terpilih. Kriteria pemilihan SD ditentukan oleh camat dengan pertimbangan SD-SD yang terpilih dapat melakukan percontohan pada SD-SD lain yang ada di sekitarnya, sedangkan kriteria pemilihan kelas dilakukan dengan melihat KMS-AS dan Tinggi Badan Anak Sekolah (TB-AS). Bila memilih SD yang mutunya jelek atau jauh dari sumber fasilitas, belum tentu terjadi proses percontohan kepada SD-SD lainnya. Adapun SD-SD yang berada pada desa-desa IDT yang dikenai PMT-AS mulai pada bulan Juli tahun anggaran 1996/1997, adalah:

- (1) SD Cibatok 2 mewakili Desa Cibungbulan, di bawah koordinasi Puskesmas Cibungbulan di Kecamatan Cibungbulan.
- (2) SD Jambu Luwuk 2 mewakili Desa Jambu Luwuk, di bawah koordinasi Puskesmas Banjarsari di Kecamatan Cariu.
- (3) SD Palasari I mewakili Desa Maper, di bawah koordinasi Puskesmas Gendoang di Kecamatan Cileungsi.
- (4) SD Jambu mewakili Desa Jambu, di bawah koordinasi Puskesmas Cimandala di Kecamatan Sukaraja.
- (5) SD Pabambon mewakili Desa Pabambon, di bawah koordinasi Puskesmas Leuwiliang di Kecamatan Leuwiliang.
- (6) SD Tapos II mewakili Desa Tapos, di bawah koordinasi Puskesmas Tapos di Kecamatan Cimanggis.

Sebagai langkah awal pelaksanaan PMT-AS yang diselenggarakan di enam buah SD yang telah dipilih adalah melakukan pembuatan "*Food Model*" dari bahan "gip" yang terdiri atas 48 unit dengan rincian alokasi yaitu: 34 unit untuk kecamatan yang SD-SDnya mempunyai usaha kesehatan sekolah terbaik, delapan unit untuk kecamatan yang mempunyai SD percontohan, dan enam unit untuk SD yang dikenai PMT-AS. Materi "*Food Model*" tersebut terdiri atas sejumlah 53 macam bahan makanan yang berisi: 50 cc sari tomat dengan kalori 10, protein 0,5 gram, vitamin A 750 SI, kalsium 15 mg, dan sebagainya. Adapun biaya pembuatan untuk satu unit "*Food Model*" tersebut adalah sekitar Rp200.000.

Kegiatan pelatihan "Orientasi Gizi" kepada tenaga gizi dan PKM diikuti oleh 125 puskesmas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang berlangsung dalam dua angkatan selama dua hari dengan materi utama perbaikan gizi dan kesehatan serta peningkatan motivasi kerja. Satu angkatan pelatihan dilakukan sebanyak dua kali pertemuan per hari, yakni pagi dan sore hari. Kegiatan tersebut biasanya berlangsung pada awal tahun anggaran kira-kira pada bulan Mei, Juni, atau Juli pada tahun berjalan. Bahan pelatihan yang diberikan adalah: PMT buruh, PMT-AS, TB-AS, penyuluhan gizi lintas sektoral, program yodisasi (ditetes), pemberian vitamin A dan besi (Fe). Di samping usaha-usaha tersebut di atas, dilakukan pula penyuluhan gizi dan kesehatan di panti-panti seperti: pesantren, panti wreda, dan panti sosial.

Pengawasan dalam upaya pemantauan keberhasilan program kesehatan pada umumnya dan gizi khususnya, selalu dilakukan dengan cara “Pembinaan Kewilayahan” di semua kecamatan dalam wilayah Kabupaten Bogor pada setiap tanggal 27 ke atas, sedangkan “Pembinaan Teknis” akan dilakukan per program di setiap puskesmas pada setiap sebelum tanggal 26 pada bulan yang bersangkutan.

Di samping berbagai program tersebut di atas, pembinaan melalui penyuluhan kepada tim penggerak PKK dan tim usaha kesehatan sekolah di setiap kecamatan dilakukan dengan pendekatan lintas sektoral yang melibatkan BKKBN, Departemen Agama, P&K, dan instansi terkait lainnya di Kabupaten Bogor. Menurut Seksi PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, program penyebarluasan pesan-pesan pembangunan kesehatan di Kabupaten Bogor semuanya dilakukan melalui radio, buletin, warta Radio Republik Indonesia dan poster-poster, serta spanduk-spanduk. Spanduk-spanduk tersebut berjumlah 100 lembar ditempatkan di daerah perbatasan dan di tempat-tempat keramaian. Kabupaten Bogor mempunyai 484 desa yang harus terjangkau pesan-pesan kesehatan, tetapi jumlah spanduk yang tersedia tidak mencukupi sehingga pihak-pihak di tingkat kecamatan biasanya menyediakan sendiri kebutuhan spanduknya terutama dalam pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional (PIN). Demikian pula pembuatan slide untuk promosi PIN yang ditayangkan di 34 bioskop. Rata-rata produksi slide per tahun untuk pesan-pesan kesehatan adalah lima buah.

Selain itu dilakukan juga kerja sama dengan Kepala Bagian Perekonomian Pemerintah Daerah Kabupaten Bogor agar perusahaan-perusahaan yang akan mengambil izin usaha supaya diwajibkan untuk membuat pesan-pesan kesehatan dengan tema yang telah disepakati bersama. Misalnya, Persatuan Radio Siaran Swasta Nasional Indonesia membuat pesan tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit AIDS dan Diare.

Demikian pula usaha peningkatan penerimaan pesan gizi dan kesehatan dilakukan melalui penggunaan kelompok-kelompok potensial di Kabupaten Bogor, yaitu: para pemuka agama (misalnya: Majelis Ulama Indonesia menyampaikan pesan-pesan tentang AIDS, rokok, dan narkoba), pertemuan kepala-kepala sekolah mulai dari TK sampai SLTA, juru penerangan, dharmawanita, DPRD, dharmapertiwi, PKK, dan para ibu camat. Di samping itu, diaktifkan pula usaha kesehatan bersumber dana masyarakat melalui posyandu, Usaha Kesehatan Kerja, Tanaman Obat Keluarga (Toga), pos-pos

kesehatan, Usaha Kesehatan Sekolah, dan Dana Sehat. Khusus pembuatan kebun Toga percontohan dengan pembinaan teknis dari puskesmas telah dilaksanakan dalam tahun anggaran 1995/1996.

Usaha perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat juga dilakukan oleh Tim Penggerak PKK Kabupaten Bogor. Program-program kerja PKK yang dilakukan selama tahun anggaran 1995/1996, diorganisasikan dalam kelompok-kelompok kerja (Pokja). Program kerja yang berkaitan dengan perbaikan gizi masyarakat yang telah dilakukan oleh Pokja I adalah: (1) menjadi anggota tim monitoring kegiatan “Rereongan Sarupi”; (2) memberikan penyuluhan di desa lokasi Program Peningkatan Peranan Wanita Menuju Keluarga Sehat dan Sejahtera (P2WKSS), yakni Desa Bojong Mumi, Desa Bojong Kerta Kecamatan Ciawi dengan materi konsep diri ibu, pola asuh anak dalam keluarga, 10 program pokok PKK, dan gerakan “Rereongan Sarupi”; dan (3) memberikan materi dalam pelatihan kader P2WKSS untuk pengurus PKK kecamatan dan desa di Desa Pasir Gaok dan Desa Pabuaran.

Program kerja yang telah dilakukan Pokja II adalah: (1) membina kelompok bina keluarga balita; (2) mengadakan lomba kelompok bina keluarga balita; (3) melaksanakan pembinaan Kelompok Pencapir (Kelompok Pendengar, Pembaca, dan Pemirsa); (4) melaksanakan lomba kader berprestasi tingkat Kabupaten Bogor; dan (5) mengikuti lomba kader berprestasi tingkat Provinsi Jawa Barat.

Realisasi program kerja yang telah dilakukan Pokja III PKK Kabupaten Bogor adalah: (1) mengikuti pelatihan “makanan jajanan” yang diadakan oleh IPB bekerja sama dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Bogor; (2) melaksanakan penyuluhan “makanan jajanan” yang baik kepada para pedagang di Kecamatan Cibinong, Dramaga dan Ciawi; (3) mengadakan lomba menu sehat bergizi nonberas tingkat Kabupaten Bogor dalam Hari Ulang Tahun Kemerdekaan Republik Indonesia ke-50; (4) mengadakan lomba cipta menu sehat bergizi tingkat Kabupaten Bogor; (5) mengadakan praktik pembuatan “wedang jahe” dan “wedang sereh” di Kelompok Wanita Tani Mekar Indah Desa Sukamahi, Kecamatan Megamendung Kabupaten Bogor; (6) mengadakan lomba rumah sehat hatinya PKK tingkat Wilayah II Bogor; dan (7) penyuluhan dan pemasarakatan tentang pemanfaatan lahan pekarangan sebagai warung hidup, lumbung hidup, dan Toga di seluruh desa/kecamatan.

Realisasi program kerja yang telah dilakukan Pokja IV adalah: (1) aktif berperan serta dalam kegiatan lomba-lomba seperti: lomba bayi/balita sejahtera, lomba ibu ASI, lomba Toga, lomba leader berprestasi, dan lomba posyandu berprestasi; (2) mengikuti rapat, pertemuan, dan latihan-latihan yang diselenggarakan oleh tingkat provinsi dan kemudian meneruskannya kepada kecamatan dalam pertemuan rutin PKK tingkat kabupaten dengan materi: pemantapan pembinaan posyandu sesuai Undang-Undang No. 9 Tahun 1990; menelaah kemandirian posyandu; pelaksanaan kegiatan PIN pada tanggal 13 September dan 18 Oktober 1995 dengan cakupan 108 persen; dan pendataan keluarga sejahtera melalui leader dasa wisma; (3) meningkatkan kualitas penyuluhan di posyandu; (4) melengkapi peralatan posyandu dengan memberikan sumbangan timbangan ibu hamil sebanyak 500 buah; (5) mengikuti kegiatan penilaian lomba posyandu dalam rangka Hari Kesehatan Nasional tahun 1995; (6) menjadi juri dalam lomba bayi dan balita sehat tingkat kabupaten; dan (7) mengikuti lomba desa UPGK tingkat Kabupaten Bogor.

Badan Perbaikan Gizi Daerah Kabupaten Bogor juga memberikan kontribusinya dalam rangka perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat dalam tahun anggaran 1995/1996. Hasil-hasil yang telah dicapai dalam pelaksanaan Program Kerja Badan Perbaikan Gizi Daerah terutama yang berkaitan langsung dengan program UPGK adalah:

- (1) Penimbangan anak balita di posyandu dengan cakupan hasil sebagai berikut: S adalah jumlah anak Balita yang terdaftar di wilayah kerja posyandu = 447.295 orang; K adalah jumlah anak balita yang mempunyai KMS = 309.371 orang; D adalah jumlah anak balita yang datang ke posyandu = 262.355 orang; N adalah jumlah anak balita yang ditimbang dan naik berat badannya = 178.251 orang; K/S adalah cakupan program posyandu = 64,8 persen; D/S adalah cakupan partisipasi masyarakat dalam program = 54,9 persen; N/S adalah cakupan keberhasilan program = 37,3 persen; D/K adalah cakupan kontinuitas penimbangan = 67,9 persen; dan DO adalah cakupan *drop out* dari program = 17,9 persen.
- (2) Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada anak balita selama periode Agustus I 1995 di 530 desa dan 4883 buah posyandu sebanyak 361.785 anak dengan cakupan 76,5 persen, sedangkan periode Februari 1996 sebesar 352.047 dengan cakupan 74,6 persen.

- (3) Pemantauan distribusi pemanfaatan pit Besi (Fe) adalah IO I. 957 ibu hamil dengan cakupan 73,7 persen dan PMT penyuluhan pada ibu hamil dengan harapan agar mereka dapat memanfaatkan bahan makanan setempat.
- (4) Pemilihan desa UPGK terbaik di Kabupaten Bogor tahun anggaran 1995/1996.
- (5) PMT penyuluhan pada anak Balita dengan memanfaatkan bahan makanan yang ada di sekitar rumah.
- (6) PMT penyuluhan dalam rangka PMKM dengan mengutamakan sumber bahan pangan di sekitar rumah dengan tahapan kegiatan: pertemuan lintas sektoral tingkat kecamatan, pelatihan tingkat desa, pelaksanaan PMT penyuluhan, dan pertemuan kader.
- (7) Pelatihan Kelompok Pelaksana Perbaikan Gizi Daerah untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan anggota dalam analisis data SKDN, Vitamin A, dan pit Besi (Fe).

## **1. Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Tingkat Kecamatan**

Seperti halnya di tingkat kabupaten, pelaksanaan program perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan juga diselenggarakan oleh berbagai instansi terkait, seperti: puskesmas, pengurus PKK, pertanian, BKKBN, P&K, dan instansi lainnya. Demikian pula halnya di Kecamatan Ciawi dan Cijeruk Kabupaten Bogor sebagai daerah sampel penelitian.

Khususnya di Kecamatan Ciawi, pelaksanaan program-program perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat relatif kurang bervariasi dibandingkan di Kecamatan Cijeruk. Hal ini disebabkan oleh sejak tahun anggaran 1995/1996 terjadi perubahan struktur pemerintahan berupa penciutan desa-desa yang termasuk dalam wilayah administrasi Kecamatan Ciawi, dilimpahkan ke wilayah Kotamadya Bogor (bahkan Desa Harjasari sebagai salah satu desa penelitian saat ini sudah termasuk wilayah administrasi Kecamatan Bogor Selatan). Jadi pelaksanaan program pembangunan pada umumnya dan program perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat khususnya di Kecamatan Ciawi saat ini sedang mengalami masa transisi dalam rangka mencari model pembinaan yang sesuai.

Sebagai akibat pemekaran Kotamadya Bogor dan sebaliknya penciptaan Kecamatan Ciawi yang sekarang ini menjadi empat desa saja, maka mulai 1 Februari 1996 secara administratif setiap desa dibina oleh dua orang tenaga para medis (sebelumnya satu desa satu orang tenaga para medis). Oleh karena satu desa biasanya terdiri atas 8-10 posyandu, maka saat ini setiap satu orang tenaga medis akan membina 4-5 Posyandu. Secara umum yang menjadi motor penggerak program posyandu adalah puskesmas melalui tenaga para medis, sedangkan PKK hanya menyediakan kader yang akan dilatih di Puskesmas Ciawi. Sudah sekitar dua tahun tidak ada pelatihan kader di Kecamatan Ciawi, mungkin hal ini berkaitan dengan perubahan struktur pemerintahan. Demikian pula di Kecamatan Cijeruk, pelatihan kader terakhir kali dilakukan Puskesmas Cijeruk pada tahun anggaran 1993/1994. Hal ini berarti bahwa perekrutan kader sulit dilakukan karena biasanya mereka itu lebih senang bekerja di pabrik-pabrik untuk memperoleh pendapatan dibandingkan mereka menjadi tenaga sukarela di posyandu. Pada tahun anggaran 1996/1997 akan dilaksanakan penyegaran melalui pelatihan sekitar 70 orang kader posyandu yang berasal dari tujuh desa dalam wilayah kerja Puskesmas Cijeruk dengan dukungan dana Inpres Bantuan Desa.

Penyelenggaraan Posyandu sangat memerlukan dukungan dana terutama dalam penyediaan PMT anak Balita. Penentuan jenis dan jadwal “PMT penyuluhan” anak Balita di posyandu biasanya berbeda-beda sesuai keaktifan dan dukungan dana posyandu. Puskesmas Kecamatan Bogor Selatan sebagai pembina posyandu-posyandu di Desa Harjasari telah mengeluarkan jadwal dan jenis PMT yang diberikan kepada anak balita setiap pelaksanaan posyandu pada setiap bulannya, sedangkan Puskesmas Ciawi sebagai pembina Desa Bendungan dan Puskesmas Cijeruk sebagai pembina Desa Pasir Jaya dan Ciburuy belum menjadwalkan jenis PMT yang akan diberikan pada anak balita setiap pelaksanaan kegiatan posyandu.

Beberapa cara dilakukan untuk mendapatkan dana Posyandu baik berupa uang kontan maupun barang. Baik di Kecamatan Ciawi maupun Cijeruk, biasanya bantuan dana “PMT penyuluhan” di posyandu diperoleh dari puskesmas yang disalurkan lewat tenaga para medis. Selain itu, dana PMT juga dapat diperoleh dari pelaksanaan posyandu itu sendiri, misalnya dari hasil penjualan alat kontrasepsi KB (sekitar

Rp500) yang disisihkan untuk mengisi kas posyandu yang akan digunakan untuk pengadaan PMT penyuluhan dan biaya transportasi kader.

Pengumpulan dana posyandu untuk PMT anak balita di posyandu yang dilakukan Pengurus PKK Kecamatan Ciawi berasal dari sumbangan 5-10 persen hasil penjualan tanah yang diperoleh dari kepala desa di lingkungan Kecamatan Ciawi. Cara lain yang ditempuh oleh PKK Kecamatan Ciawi adalah mengajak setiap penduduk Jakarta yang mempunyai villa di wilayah kecamatan ini diharapkan ikut berpartisipasi membantu dana posyandu, berupa: barang (timbangan) dan uang untuk PMT penyuluhan. Selain itu, berbagai jenis bibit dan tanaman yang banyak tumbuh di rumah mereka sebagian dipindahkan ke rumah-rumah penduduk. Bahkan beberapa orang kader diundang makan malam di rumah orang Jakarta tersebut. Kebijakan tersebut di atas belum ditemukan di Kecamatan Cijeruk sebab frekuensi penjualan tanah di masyarakat saat ini masih relatif rendah.

Begitu pula di Desa Harjasari yang sekarang ini termasuk wilayah Kecamatan Bogor Selatan, dana PMT penyuluhan anak balita diperoleh dari perusahaan meubel PT Olympic di Wilayah Kotamadya Bogor sebesar Rp17.000 setiap kali pelaksanaan Posyandu. Sebaliknya, upaya-upaya kerja sama seperti di atas belum dilakukan oleh pihak pemerintah Kabupaten Bogor padahal perusahaan-perusahaan dari skala kecil sampai besar cukup banyak beroperasi di wilayah ini.

Lain halnya dengan upaya yang dilakukan produsen makanan bayi buatan pabrik. Mereka telah melakukan promosi ke Puskesmas Ciawi dan Cijeruk dengan memberikan bantuan produknya pada setiap posyandu. Bagi bayi-bayi yang diketahui mengalami gizi kurang setelah penimbangan, mereka mendapatkan 1-2 bungkus produk untuk upaya pemulihan status gizi bayi tersebut. Dampak yang mereka harapkan dari kegiatan tersebut adalah bilamana bubur bayi instan buatan pabrik tersebut habis, maka kemungkinan ibu-ibu dari anak tersebut akan mencari produk tersebut di warung/toko. Dampak negatifnya dapat juga merugikan program pemerintah, yakni program ASI Eksklusif. Mengenai penyuluhan kelompok yang dilakukan oleh tenaga profesional (bidan desa) dari Puskesmas Ciawi dan Cijeruk, biasanya sulit dilaksanakan karena peserta posyandu datangnya secara sendiri-sendiri, sehingga pada saat akan dilaksanakan penyuluhan gizi dan kesehatan peserta

lainnyapun sudah banyak yang pulang. Niat untuk mengadakan penyuluhan kelompok selalu ada pada tenaga para medis atau petugas puskesmas tersebut, tetapi pelaksanaan niat itu terbentur pada masalah jumlah peserta yang kurang banyak. Misalnya saat dilakukan imunisasi pada anak, biasanya memerlukan waktu lama karena banyak peserta lain juga mendapat pelayanan serupa, sehingga peserta lainnya banyak yang pulang karena tidak tahan menunggu lama. Jadi mereka tidak pernah berkumpul dalam jumlah yang cukup untuk mendapatkan penyuluhan kelompok. Strategi untuk mengatasi hal tersebut di atas, sedang dicari oleh kedua puskesmas tersebut.

Penyuluhan perorangan telah dilakukan pada saat setiap kali posyandu dilaksanakan, akan tetapi hasilnya tidak efektif karena banyak peserta yang harus dilayani sementara petugas hanya sendiri dan petugas juga dibatasi oleh waktu. Petugas dan peserta hanya dapat melakukan bincang-bincang secara terbatas, kemudian pelaksanaan pelayanan posyandu sudah selesai. Berbeda pada sasaran lainnya, penyuluhan gizi dan kesehatan kepada pemuka masyarakat telah dilakukan dengan baik oleh seksi gizi dan seksi PKM di kedua kecamatan tersebut.

Pada umumnya materi penyuluhan yang diberikan di posyandu adalah gizi dan kesehatan, sedangkan penyuluhan di tempat lainnya baik yang dilakukan di Kecamatan Ciawi maupun Cijeruk adalah: pajak bumi dan bangunan, perusahaan air minum, telepon masuk desa, dan penanganan sampah.

Dalam rangka mengevaluasi pelaksanaan program perbaikan gizi di setiap wilayah puskesmas pada setiap akhir bulan, maka dilakukan rapat koordinasi baik di tingkat kecamatan maupun di tingkat desa yang biasanya dihadiri oleh instansi lintas sektoral di kedua kecamatan di antaranya: kepala puskesmas, ibu kepala desa, tenaga para medis, pos KB, petugas lapangan Keluarga Berencana, PKK, serta para kader posyandu. Rapat koordinasi di Puskesmas Ciawi berlangsung sederhana dengan dihadiri oleh beberapa orang kader, pos KB, dan tenaga para medis utusan dari keempat desa untuk melaporkan pelaksanaan posyandu di desanya masing-masing, sedangkan di Puskesmas Cijeruk “Lokakarya Mini” dipusatkan di masing-masing desa secara bergilir yang dihadiri oleh instansi terkait secara lengkap. Biasanya giliran terakhir kegiatan lokakarya tersebut dilakukan di Puskesmas Cijeruk yang dihadiri oleh

semua desa dalam wilayah koordinasi puskesmas tersebut. Selain itu, di wilayah Puskesmas Cijeruk sering juga diadakan temu koordinasi antar instansi terkait sekali setiap bulan untuk memberikan informasi pelaksanaan program perbaikan gizi dan kesehatan serta masalah-masalah yang dihadapi. Pemilihan tempatnya dilakukan secara bergilir di setiap desa yang dihadiri oleh wakil instansi kesehatan. Pertanian, KB, P & K, Kantor Urusan Agama, dan instansi lainnya. Lain halnya di Desa Harjasari, untuk mengevaluasi program gizi dan kesehatan pada setiap akhir bulan dilakukan “Rapat Koordinasi” yang dihadiri oleh dokter Kepala Puskesmas Kecamatan Bogor Selatan, kepala desa, bidan desa, PKK desa, dan para kader posyandu.

Tim Penggerak PKK Kabupaten Bogor memberikan tugas kepada Tim Penggerak PKK Kecamatan Ciawi dan Cijeruk agar mereka dapat membina satu “posyandu lengkap” dengan sistem lima meja, menerima keluhan-keluhan dan membantu memberikan rujukan ke puskesmas. Di samping itu, baik PKK Kecamatan Ciawi maupun Cijeruk sering melakukan lomba cerdas cermat kader dan balita sehat tingkat kecamatan dengan maksud memotivasi masyarakat termasuk kader posyandu agar senantiasa memperhatikan kesehatan anak dan keluarganya. Dalam beberapa kali pelaksanaan lomba akhir-akhir ini biasanya disponsori oleh perusahaan makanan bayi buatan pabrik. Dalam lomba tersebut dibagikan juga kepada kedua puskesmas sejumlah spanduk PIN untuk ditayangkan di lingkungannya dan kepada setiap peserta serta kader posyandu yang mengikuti lomba tersebut diberikan paket makanan bayi. Selain itu juga dilakukan lomba keaktifan posyandu setiap tiga bulan sekali. Bagi posyandu-posyandu juara mereka mendapatkan hadiah berupa mangkuk, panci dan gelas untuk kelengkapan peralatan posyandu.

Selain berbagai jenis lomba, masih ada beberapa cara yang dilakukan baik di Kecamatan Ciawi maupun di Cijeruk untuk memotivasi kader posyandu agar mereka tetap gesit melaksanakan tugasnya. Kegiatan arisan bagi kader dan anggota PKK lainnya dilaksanakan sebulan sekali. Selain itu, dilakukan juga rekreasi ke berbagai daerah tujuan wisata setiap tiga bulan sekali dengan dana yang diperoleh dari para kader sendiri, sedangkan PKK kecamatan dan desa hanya membantu menambahkan jumlah dana tersebut sesuai kebutuhan saja. Begitu pula, kedua puskesmas tersebut memberikan kartu khusus kepada para kader yang dapat digunakan untuk pengobatan secara gratis.

Masih banyak program pembangunan terutama yang berkaitan langsung atau tidak dengan program perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat yang telah dan sedang dilaksanakan oleh tim penggerak PKK di kedua kecamatan tersebut seperti: P2WKSS, bina keluarga balita, dasa wisma dengan berbagai kegiatannya (Tapolaga, Toga, apotek hidup, Hatinya, dan PKK), pembinaan makanan jajanan, dana sehat bagi masyarakat yang kurang mampu, tim bina wilayah untuk pengawasan pelaksanaan program pembangunan, dan jumat bersih.

## **2. Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Tingkat Desa**

Pada umumnya program pembangunan masyarakat di tingkat desa dilaksanakan secara terpadu oleh instansi terkait yang dimotori oleh pengurus PKK desa yang bersangkutan. Program-program kerja tersebut dialokasikan pada masing-masing Pokja dengan pembagian tugas yang telah ditentukan. Pokja IV yang menangani bidang kesehatan, KB dan lingkungan hidup, merupakan Pokja yang erat kaitannya dengan program perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat yang diwujudkan dalam kegiatan posyandu. Namun demikian, ada juga beberapa kegiatan yang berkaitan dengan masalah di atas yang ditangani oleh Pokja-pokja lainnya.

Oleh karena pelaksanaan kegiatan posyandu merupakan salah satu kunci keberhasilan program perbaikan gizi dan kesehatan di tingkat desa, maka keberadaannya di daerah penelitian perlu mendapat perhatian. Adapun keadaan posyandu di desa-desa penelitian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.

Pada Tabel 2 terlihat bahwa jumlah posyandu di desa perkotaan lebih banyak (Desa Harjasari ada 13 buah dan Bendungan ada 10 buah) dibandingkan di daerah pedesaan (Desa Ciburuy dan Pasir Jaya masing-masing 8 buah). Demikian pula jumlah kader aktifnya, Desa Harjasari sekitar 30 orang sedangkan Desa Bendungan hanya 18 orang.

**Tabel 2.** Keadaan Posyandu di Empat Desa Penelitian

No	Uraian	Keadaan Posyandu			
		Harjasari	Bendungan	Ciburuy	Pasir Jaya
1	Posyandu	13 buah	10 buah	8 buah	8 buah
2	Kader aktif	30 orang	18 orang	20 orang	25 orang
3	Tenaga para medis	1 orang	2 orang	1 orang	1 orang

Berbeda dengan desa-desa perkotaan, Desa Ciburuy dan Pasir Jaya sebagai desa-desa pedesaan jumlah kadernya masing-masing sebesar 25 dan 20 orang. Adapun keadaan tenaga para medisnya, hanya Desa Bendungan saja yang mempunyai dua orang sebagai tenaga profesional posyandu, sedangkan desa-desa lainnya hanya satu orang saja. Hal ini disebabkan Desa Bendungan merupakan salah satu desa yang termasuk dalam Kecamatan Ciawi yang telah mengalami restrukturisasi wilayah menjadi empat desa, sehingga tenaga para medisnya berlebihan jumlahnya.

Pelaksanaan program kerja posyandu baik antar desa dalam desa-desa perkotaan dan dalam desa-desa pedesaan maupun antar desa-desa perkotaan dan pedesaan cukup bervariasi, sangat ditentukan oleh aktivitas dan kreativitas ibu-ibu pengurus PKK, tenaga para medis, kader, pos KB, ketua RW/RT, dan pihak-pihak lainnya. Bantuan tenaga dari anggota karang taruna desa sering kali diperoleh dalam bentuk sebagai kader posyandu “pembantu” yang mempersiapkan pelaksanaan posyandu maupun tenaga bantuan di dalam penyiapan kegiatan lomba-lomba tertentu, seperti: lomba posyandu, cerdas cermat kader posyandu, dan lomba bayi sehat.

Secara keseluruhan pelaksanaan kegiatan posyandu di Desa Harjasari, Desa Ciburuy dan Desa Pasir Jaya lebih aktif dan bervariasi dibandingkan di Desa Bendungan. Namun demikian jika dibandingkan antara desa-desa perkotaan maka kegiatan posyandu di Desa Harjasari lebih aktif daripada posyandu di Desa Bendungan. Sebagai contoh, pelaksanaan posyandu di Desa Harjasari berlangsung secara teratur sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan karena sangat didukung oleh tenaga medis, kader, pengurus PKK, ketua RW/RT, dan karang taruna desa. Bahkan jadwal menu PMT untuk setiap posyandu di desa ini sudah ditentukan oleh Puskesmas Bogor Selatan melalui bidan desa

sebagai pembina lapangan, akan tetapi menu PMT bayi tidak terikat dan dapat diubah sewaktu-waktu sesuai kebutuhan. Lain halnya di Desa Bendungan, posyandu sering kali dilakukan tidak sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan karena kader berhalangan hadir, dan bahkan kegiatan posyandu kadang-kadang batal dilaksanakan karena ketidakhadiran tenaga para medis. Pada umumnya masyarakat sebagai sasaran posyandu tidak ingin hadir jika tidak ada tenaga para medis yang hadir di sana. Kegiatan posyandu di desa-desa pedesaan, pelaksanaannya berlangsung secara teratur baik di Desa Ciburuy maupun di Desa Pasir Jaya karena keduanya didukung oleh tenaga para medis, kader, pengurus PKK, dan ketua RW/RT yang aktif tentang pelaksanaan PMT bayi di posyandu-posyandu pada kedua desa tersebut, dalam praktiknya banyak ditentukan oleh inisiatif kader dan pengurus PKK-nya karena dana PMT masih sangat terbatas dan bimbingan penentuan menu PMT khususnya belum diperoleh dari Puskesmas Cijeruk.

Aktivitas kader dan pengurus PKK sangat berperan dalam menunjang keberadaan posyandu secara melembaga, khususnya dari segi struktur organisasi dan tersedianya tempat untuk melakukan aktivitasnya. Namun demikian, beberapa posyandu baik di desa-desa perkotaan maupun pedesaan yang sudah terbentuk susunan organisasinya, akan tetapi pada umumnya masih sedikit yang memiliki tempat khusus penyelenggaraan kegiatan-kegiatannya. Sebagai contoh di Desa Pasir Jaya, baru ada tiga dari delapan posyandu yang melakukan aktivitasnya di tempat yang telah dibangunnya sendiri, sedangkan pelaksanaan kegiatan posyandu lainnya umumnya dilakukan di rumah ketua RW/RT atau di rumah kader posyandu.

Pelatihan kader Posyandu dilakukan oleh PKK kecamatan bekerja sama dengan puskesmas, baik dari segi dana, tenaga dan fasilitas lainnya, sedangkan pihak desa hanya menyediakan kader yang akan dilatih dan memberinya biaya konsumsi dan transportasi selama pelatihan berlangsung. Jadi, pelatihan kader posyandu di desa-desa penelitian sangat tergantung pada aktivitas puskesmas dan pengurus PKK di tingkat kecamatan.

Berbagai cara ditempuh pemerintah desa-desa penelitian untuk mengumpulkan dana dalam rangka menunjang pelaksanaan PMT penyuluhan di posyandu, misalnya: “Beras Jimpitan”, hasil penjualan KMS atau alat-alat pelayanan posyandu lainnya, “Rereongan Sarupi”,

permintaan bantuan dari perusahaan-perusahaan swasta di wilayahnya masing-masing dan upaya-upaya lainnya. “Beras Jimpitan” merupakan kegiatan yang ditempuh oleh semua desa-desa penelitian untuk mengumpulkan dana pembangunan desa khususnya bagi PMT bayi di posyandu. Mekanisme “Beras Jimpitan” dilakukan dengan cara pada setiap hari tiap-tiap rumah tangga memasukkan dua sampai tiga sendok makan beras ke dalam gelas yang sudah disiapkan di tempat khusus di depan rumah masing-masing penduduk. Kemudian diperkirakan dalam waktu seminggu telah terkumpul sekitar segelas beras, dan selanjutnya dikumpulkan oleh tenaga yang telah ditunjuk dan kemudian disetorkan kepada pengurus PKK desa.

Ada juga cara yang ditempuh oleh desa-desa penelitian untuk mengumpulkan dana PMT bayi yaitu melakukan penjualan KMS dan alat-alat kontrasepsi KB. Hasil penjualan tersebut sebagian disetorkan kembali ke puskesmas untuk digunakan membiayai pembuatan KMS baru dan alat kontrasepsi KB (pit KB dan jarum suntik), sedangkan sebagian dana lainnya digunakan untuk pengadaan PMT bayi di posyandu. Di samping itu, cara lain yang ditempuh oleh desa-desa penelitian untuk pengadaan dana PMT bayi adalah meminta bantuan kepada perusahaan-perusahaan swasta yang beroperasi di wilayah kecamatan masing-masing. Khususnya untuk cara tersebut, Desa Harjasari telah mendapat bantuan dari PT Olympic sebanyak Rp17.000 sebagai biaya operasional setiap posyandu pada setiap bulannya. Bantuan dana khususnya untuk PMT bayi di posyandu dari PT Olympic tersebut diperoleh melalui Pemerintah Daerah Kotamadya Bogor, sedangkan desa-desa penelitian yang berada di wilayah Kabupaten Bogor belum mendapat bantuan dana dari perusahaan manapun.

Sumber dana lain yang cukup potensial dari swadaya masyarakat adalah melalui program “Rereongan Sarupi.” Program ini secara resmi baru dicetuskan oleh Pemerintah Daerah Jawa Barat setahun yang lalu dan pembangunan sektor kesehatan barulah mendapat kesempatan untuk memperoleh bantuan tersebut.

Pengawasan pelaksanaan kegiatan posyandu oleh instansi terkait di tingkat desa di desa-desa penelitian, dilakukan dengan cara mengadakan Rapat Koordinasi (biasa juga disebut Lokakarya Mini) pada setiap akhir bulan di tingkat desa yang dihadiri oleh para kader posyandu, tenaga para medis, para pengurus PKK, pos KB desa, dan para pembina

program perbaikan gizi dan kesehatan di tingkat puskesmas. Kegiatan serupa yang dilakukan di Desa Harjasari selain dihadiri oleh tenaga para medis dan para pengurus posyandu lainnya, juga oleh dokter puskesmas Kecamatan Bogor Selatan. Berbeda dengan rapat koordinasi posyandu di Desa Bendungan akhir-akhir ini jarang dilakukan karena pelaksanaan posyandu juga berjalan kurang lancar sehingga rapat koordinasi hanya dilakukan di tingkat Puskesmas Ciawi pada setiap akhir bulan. Materi utama yang dibicarakan dalam kegiatan tersebut adalah berkaitan dengan pemantauan pelaksanaan posyandu di desa-desa penelitian yang meliputi: prevalensi masalah gizi (SKDN), kegiatan kader, pelaksanaan PIN, KB, dan KIA, diare, dan berbagai kegiatan terkait lainnya.

Untuk meningkatkan motivasi kader dalam pengabdian di posyandu di desa-desa penelitian pada umumnya dilakukan berbagai macam cara, seperti: senam kesegaran jasmani secara bergilir di setiap posyandu atau kadang-kadang dipusatkan di kantor kecamatan, rekreasi ke berbagai daerah tujuan wisata dalam setiap tiga bulan, pengadaan pakaian seragam kader, pembuatan kartu berobat gratis, arisan dengan ibu-ibu PKK dan pegawai/aparat desa lainnya, mempermudah dalam pengurusan surat-surat administrasi baik di tingkat desa dan bahkan kecamatan, lomba kader teladan, dan tabungan kader untuk biaya-biaya tak terduga (pernikahan keluarga kader).

Selain melalui Posyandu, penyuluhan gizi kepada masyarakat juga dilakukan melalui kegiatan-kegiatan pengajian di RW/RT yang biasanya dijadwalkan sekali atau dua kali dalam seminggu serta dalam pertemuan-pertemuan pemuda di tingkat desa.

Pemerintah Daerah Jawa Barat beberapa waktu lalu telah mencetuskan program “Jumat Bersih” yang ditujukan untuk memelihara kesehatan lingkungan rumah dan kerja dalam rangka menciptakan suasana kehidupan bersih dan sehat. Demikian pula dalam setahun terakhir ini juga telah dicetuskan program Sarasa yang pendanaannya berasal dari pemerintah daerah dan swadaya masyarakat daerah Jawa Barat. Program Sarasa ditujukan di samping untuk meningkatkan mutu perilaku kehidupan beragama, juga untuk meningkatkan swadaya masyarakat dalam perbaikan dan kebersihan rumah, air bersih, kakus, sampah, dan air limbah. Khususnya di Kabupaten Bogor, Program Sarasa telah dilakukan dengan menurunkan sejumlah 15 orang santri ke desa dengan maksud memberikan bantuan dana pada masyarakat

sekitar Rp1.000.000 untuk perbaikan lantai rumah, dinding rumah, ventilasi, pagar rumah, dan sarana mandi, cuci, kakus, di samping bantuan peningkatan segi-segi kehidupan beragama.

## **B. Keadaan Pemberian Makanan Tambahan Bayi**

### **1. Inovasi Pemberian Makanan Tambahan**

Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bayi dalam upaya perbaikan gizi masyarakat yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dimaksudkan untuk memenuhi dua kebutuhan utama, yaitu untuk: (1) pemulihan status gizi buruk di rumah sakit/puskesmas dan posyandu (di luar kajian penelitian ini); dan (2) penyuluhan gizi di posyandu.

Inovasi PMT bayi adalah segala bentuk makanan tambahan utama yang diberikan pada bayi sampai usia dua tahun, yang sebagian atau seluruh cara kerja atau produk tersebut benar-benar baru diketahui ibu-ibu sejak mempersiapkan diri menjadi ibu-ibu sampai telah menjadi ibu-ibu dalam mengasuh anak-anaknya. Yang dimaksud dengan inovasi PMT bayi yang baru diketahui adalah tidak hanya melingkupi jenis makanan tambahan yang merupakan “produk pabrik” yang benar-benar baru diketahui ibu-ibu, akan tetapi juga melingkupi jenis makanan tambahan “buatan sendiri” yang cara pembuatan dan pemberiannya sebagian atau seluruhnya benar-benar baru diketahui ibu-ibu tersebut.

Inovasi makanan tambahan utama bayi yang dikenal secara umum dalam kaitannya sebagai materi penyuluhan gizi yang telah disuluhkan baik oleh tenaga para medis, kader posyandu, maupun saluran antarpribadi lainnya termasuk para sales produk makanan jadi selama ini, dapat dibedakan menjadi: (1) bubur/nasi tim buatan sendiri yang semua bahan-bahannya dapat diperoleh di sekitar rumah atau dibeli di pasar; dan (2) bubur bayi instan produksi pabrik yang dapat dengan mudah diperoleh di warung-warung.

Sebenarnya inovasi bubur/nasi tim ini sudah lama dikenal oleh sebagian besar masyarakat sebagai makanan utama bayi untuk menjamin pertumbuhan berikutnya. Namun demikian, tidak semua aspek dari makanan tambahan tersebut telah diketahui oleh ibu-ibu, melainkan baru berkisar pada cara-cara pembuatannya (itupun sebagian besar dari mereka masih melakukannya dengan sangat sederhana). Pembuatan bubur/nasi tim yang dilakukan ibu-ibu responden selama ini

dapat dibedakan menjadi dua cara, yaitu: (1) cara pertama: 2-3 sendok makan bubur/nasi yang sudah “diaroni,” kemudian dimasak bersama-sama dengan hati ayam/telur dan sayuran (bayam, wortel, kentang, dan tomat) di atas nasi yang telah dikukus; dan (2) cara kedua: 2-3 sendok makan bubur/nasi yang sudah “diaroni,” kemudian dimasak terpisah dengan hati ayam/telur, dan sayuran (bayam, wortel, kentang, dan tomat). Setelah semuanya matang, barulah dicampur dengan bahan-bahan lain yang telah tersedia dengan maksud supaya bubur/nasi tim tidak bau amis.

Beberapa tahun belakangan ini mulai diperkenalkan bubur bayi instan oleh produsen makanan bayi dengan harapan akan dapat menggantikan posisi makanan-makanan bayi yang sudah memasyarakat. Produsen bubur bayi instan ini telah menyalurkan ke seluruh lapisan masyarakat dengan berbagai paket ukuran keluarga, dimulai dari produk-produk untuk konsumsi konsumen golongan pendapatan menengah ke bawah sampai dengan golongan pendapatan menengah ke atas.

Pada dasarnya kedua jenis makanan tambahan bayi tersebut mempunyai kandungan zat gizi yang relatif sama, sehingga memberikan manfaat yang relatif sama pula pada bayi, yakni menjaga agar pertumbuhan dan perkembangan bayi senantiasa berada dalam keadaan seimbang sesuai dengan pertambahan usianya. Namun demikian, kemungkinan terjadinya kontaminasi dari produk-produk tersebut dengan beberapa bakteri patogen atau berbagai mikroorganisme lainnya selalu ada karena telah tersimpan “lama” di warung-warung dengan kondisi penyimpanan yang sangat sederhana.

Dalam penerapan suatu inovasi biasanya dilakukan penyesuaian-penyesuaian (*reinvention*) dengan situasi sasaran yang dimaksudkan untuk memudahkan penerapan inovasi tersebut. Ibu-ibu responden di daerah penelitian tidak ada yang melakukan penyesuaian-penyesuaian dalam pengolahan sampai siap konsumsi kedua jenis inovasi PMT bayi tersebut karena cukup mudah mempraktikkannya. Hal ini berarti bahwa pembuatan bubur/nasi tim dengan cara memisahkan hati ayam dengan bubur/nasi bukanlah merupakan upaya penyesuaian inovasi karena cara tersebut adalah hasil sosialisasi dari orang tua mereka. Dengan demikian, hipotesis I yang diajukan dalam penelitian ini ditolak.

Cara dan waktu pemberian PMT bayi jika dikaitkan dengan kondisi pertumbuhan dan usianya, maka sebagian besar ibu-ibu belum mengetahui secara menyeluruh. Pedoman pemberian makanan pada bayi seperti yang tertera di KMS didasarkan pada perkembangan usia bayi. Pada usia 0-4 bulan, bayi hanya diberikan ASI karena zat-zat gizi yang terkandung dalam ASI dapat memenuhi kebutuhan gizi seorang bayi sampai usia empat bulan. Ini merupakan program pemerintah yang telah dicetuskan beberapa waktu lalu dengan nama “ASI Eksklusif”. Pada usia 5-6 bulan, bayi terus diberikan ASI disertai dengan makanan lunak. Pada usia bayi 7-12 bulan, bayi terus diberikan ASI disertai dengan makanan lembek. Pada usia bayi 13-24 bulan, bayi masih terus diberikan ASI disertai dengan makanan orang dewasa. Demikian pula, kegiatan pemberian makanan pada bayi yang umumnya dilakukan masyarakat adalah dengan cara menyuapi sambil jalan-jalan. Sangat jarang ditemui ibu-ibu memberi makan anaknya dengan cara menyuapi sambil duduk di meja makan.

Kondisi rendahnya perilaku (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) ibu-ibu terhadap praktik pemberian makanan tambahan bayi yang telah dilakukan selama ini, dianggap masih kurang memenuhi standar kaidah gizi sehingga tetap menuntut perhatian untuk menempatkannya sebagai inovasi PMT bayi.

Dalam upaya mengatasi masalah gizi kurang atau gizi buruk pada bayi/balita di posyandu, selain dilakukan secara langsung melalui pemberian tablet/pit tertentu yang telah disediakan, juga melalui penyampaian pesan-pesan gizi. Dalam penyuluhan gizi tersebut, kedua bentuk inovasi PMT bayi (bubur/nasi tim dan bubur bayi instan) telah disampaikan oleh bidan desa dan tenaga-tenaga “sukarela” posyandu lainnya.

Materi bubur/nasi tim buatan sendiri yang telah disampaikan oleh bidan desa kepada ibu-ibu biasanya meliputi pemilihan bahan-bahan sampai kepada cara-cara pembuatannya, bahkan dianjurkan pula agar bahan yang digunakan sebaiknya mudah diperoleh di sekitar rumah dan harganya murah.

Lain halnya dalam upaya memperkenalkan inovasi bubur bayi instan buatan pabrik kepada masyarakat, selain dilakukan oleh produsen melalui warung/pasar/toko dan tempat-tempat promosi lainnya, juga inovasi tersebut disalurkan oleh produsen-produsen makanan bayi

kepada posyandu melalui puskesmas dengan alasan untuk mengatasi bayi/balita yang mengalami gizi kurang atau bahkan gizi buruk. Setiap pelaksanaan posyandu, bidan desa atau kader sering memberikan 1-2 bungkus bubur bayi instan buatan pabrik kepada ibu-ibu secara gratis. Berbeda dengan kebijakan yang ditempuh produsen makanan bayi lainnya. Pembagian produk bubur bayi instan dilakukan tidak secara gratis seperti kebijakan yang ditempuh oleh perusahaan lainnya, melainkan harus dibeli oleh ibu-ibu peserta posyandu dengan harga lebih murah dari harga di pasaran. Jika produk tersebut banyak terjual, maka bidan desa atau kader posyandu yang menjual produk tersebut diberikan bonus oleh perusahaan. Selain upaya-upaya tersebut di atas, salah satu perusahaan tersebut menempuh cara menjadi sponsor pada lomba kader teladan, bayi, dan balita sehat. Beberapa bentuk hadiah bagi pemenang lomba tersebut di antaranya adalah bubur bayi instan.

Dari uraian terakhir di atas, disadari atau tidak, sebenarnya produsen-produsen makanan bayi telah menjalin kerja sama dengan pihak puskesmas dalam menyuluhkan inovasi PMT bayi bubur bayi instan ke dalam masyarakat khususnya melalui posyandu.

Inovasi PMT bayi khususnya bubur bayi instan buatan pabrik cukup unik dibandingkan dengan inovasi-inovasi pembangunan lainnya. Pemasarakan inovasi makanan bayi buatan pabrik berlangsung atas inisiatif sepenuhnya oleh pihak-pihak produsen. Hal ini berarti bahwa inovasi bubur bayi instan buatan pabrik sangat berbeda dengan inovasi pembangunan lainnya yang pemasarannya lebih banyak “dibantu” oleh pemerintah melalui kebijakan-kebijakan tertentu.

Keunikan inovasi PMT bayi juga terletak pada pengambilan keputusan, mengadopsinya, yakni lebih banyak menggunakan keputusan secara opsional atau pribadi. Pengambilan keputusan secara opsional lebih bersifat demokratis dibandingkan dengan keputusan-keputusan lainnya karena lebih mampu menempatkan ibu-ibu sebagai pemilih tidak dipikirkan sehingga keputusan-keputusan yang diambil umumnya bersifat tanpa “tekanan” dan berlangsung lama. Hal ini disebabkan inovasi PMT bayi secara langsung berguna untuk memenuhi kebutuhan substansi diri ibu dan keluarganya secara fisik, tidak seperti tujuan inovasi lainnya secara langsung untuk memenuhi kebutuhan meningkatkan pendapatan keluarga.

## 2. Ketersediaan Makanan Tambahan Bayi dalam Masyarakat

Ketersediaan pangan baik pada tingkat individu, rumah tangga maupun masyarakat, sangat tergantung pada kegiatan produksi, distribusi dan konsumsi pangan. Kegiatan ini telah ditangani oleh pemerintah melalui peningkatan produksi, distribusi dan konsumsi dalam rangka terciptanya keamanan pangan masyarakat. Salah satu cara penyediaan pangan secara nasional yang telah dilakukan selama ini adalah melalui program penganekaragaman produksi dan konsumsi pangan. Dalam kaitan dengan program yang disebutkan terakhir, penganekaragaman konsumsi pangan dilaksanakan dengan cara industri transformasi bahan makanan menjadi siap untuk konsumsi. Demikian pula dengan makanan tambahan bubuk instan yang siap dikonsumsi bayi, ini merupakan hasil transformasi bahan makanan dengan menggunakan formula-formula makanan yang telah lama dikenal masyarakat, sehingga mereka tidak lagi mengalami kesulitan untuk mengadopsi jenis makanan bayi tersebut.

Beberapa perusahaan makanan bayi buatan pabrik sekaligus berfungsi sebagai produsen dan distributor yang tergolong besar di Indonesia. Dalam distribusi makanan bayi tersebut salah satu perusahaan menempati pangsa pasar tertinggi sekitar 60-70 persen. Bahkan perusahaan tersebut memiliki dua jenis produk untuk segmen sasaran yang berbeda. Salah satu jenis produk tersebut ditujukan pada golongan masyarakat status sosial ekonomi menengah ke atas, sedangkan produk lainnya diperuntukkan pada golongan masyarakat status sosial ekonomi menengah ke bawah. Sekitar 30-40 persen produksi makanan bayi lainnya merupakan pangsa pasar perusahaan-perusahaan lainnya.

Berbagai cara digunakan oleh beberapa perusahaan makanan bayi dalam memperkenalkan produknya kepada masyarakat, di antaranya melalui promosi di posyandu dengan pemberian produk-produk dalam ukuran-ukuran tertentu secara cuma-cuma. Di samping itu, mereka juga sering menjadi sponsor tunggal lomba-lomba posyandu terbaik, kader posyandu terbaik, bayi-bayi sehat, dan lomba-lomba lainnya.

## **C. Praktik Pemberian Makanan pada Bayi**

### **1. Praktik Pemberian Air Susu Ibu**

Dari sejumlah 160 contoh responden dalam penelitian ini, maka sekitar 90 persen ibu-ibu responden masih memberikan ASI, sedangkan sekitar 10 persen ibu tidak lagi memberikan ASI pada bayinya. Pola ini berlaku juga di daerah perkotaan (87,5 % dan 12,5 %) dan di daerah pedesaan (92,5 % dan 7,5 %). Sama halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan di Makassar, yaitu sebagian besar ibu-ibu (89,2 %) masih memberikan ASI, sedangkan 10,8 persen lainnya tidak lagi memberikan ASI pada bayinya. Jika dibandingkan antara daerah pusat kota dan pinggiran kota, maka pola menyusui di Bogor sama dengan pola menyusui di Makassar, yakni sekitar 85,0 dan 15,0 persen di pusat kota, sedangkan di pinggiran kota berkisar 93,4 dan 6,6 persen (Akhsan). Ini berarti bahwa kepercayaan masyarakat terhadap ASI masih dapat dipertahankan sebagai makanan utama bayi di kedua daerah tersebut. Hal ini sesuai dengan pendapat Martin dan Monk dan Martin dan White (King dan Ashworth, 1994) bahwa alasan utama memberikan ASI pada bayi karena ASI adalah makanan yang terbaik dan sangat cocok untuk bayi.

Jika ditelusuri dari saat ibu melahirkan, maka pola pemberian ASI seperti tergambar di atas telah mendapat dukungan ibu-ibu dari semula, yakni sejumlah 98,1 persen ibu-ibu responden telah memproduksi ASI pada minggu-minggu pertama setelah mereka melahirkan, sedangkan hanya sekitar 1,9 persen ibu ASI-nya belum keluar pada minggu pertama setelah melahirkan. Ibu-ibu responden memberikan ASI pada bayinya berlangsung sampai saat ini berdasarkan beberapa macam alasan tertentu dengan persentase tertinggi dijumpai.

Belum saatnya bayi disapih (95,1%), bayi masih mau menyusui (62,5%), ASI masih cukup untuk bayi (56,2%), ASI cocok untuk bayi (49,3%), dan alasan lainnya (menjarangkan kelahiran, supaya anak cerdas, dan takut anak kerdil) sekitar 2,9 persen. Hal ini berarti bahwa setiap ibu memberikan alasan menyusui bayi, bisa satu macam atau bisa juga lebih dari satu macam.

Pada umumnya (75%) ibu responden memberikan ASI pada saat setiap kali bayinya menangis, kemudian 11,1 persen ibu memberikan ASI pada bayinya sesuai dengan kesempatan ibu, dan selebihnya sekitar 6,9 persen ibu memberikan ASI pada bayinya masing-masing sesuai

dengan jadwal yang diatur ibu dan jawaban lainnya (ASI keluar terus, kemauan anak, naluri ibu, dan sebagainya).

Sesaat setelah ibu melahirkan bayinya, kemungkinan ASI-nya tidak segera keluar. Oleh karena itu, beberapa jenis makanan pertama yang diberikan pada bayi adalah madu (66,2%), kolostrum (63,8%), lainnya (telur, kopi, dan pisang) sekitar 14,4 persen, susu buatan sekitar 13,1 persen, dan selebihnya air putih sebesar 5,0 persen. Pemberian madu pada bayi segera setelah lahir disebabkan ASI belum keluar, sedangkan bayi selalu menangis lagipula sudah menjadi kebiasaan masyarakat yang telah lama dilakukan secara turun temurun. Pemberian madu pada bayi biasanya dilakukan oleh anggota keluarga dekat yang sudah berpengalaman dengan cara mengolesi madu pada bibir bayi dengan menggunakan kapas yang digulung.

Ada juga beberapa orang ibu yang ASI-nya sudah keluar pada hari pertama karena pada usia kehamilan delapan bulan, payudara ibu selalu diurut sambil dibersihkan sesuai dengan saran bidan. Jadi, pada saat setelah melahirkan ibu langsung dapat memberikan kolostrum pada bayinya yang dimaksudkan sebagai zat kekebalan tubuh terhadap penyakit sesuai dengan petunjuk bidan pada saat ibu memeriksakan kehamilannya.

Sebagian besar ibu (88,8%) masih menyusui bayinya sampai saat ini. Pemberian ASI saja sejak lahir (ASI Eksklusif) pada bayi umumnya berlangsung hanya sampai 3 bulan dari empat bulan yang dianjurkan pemerintah. Sama halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan di Ujung Pandang (Akhsan), maka meskipun program “ASI Eksklusif” belum berhasil dengan baik namun demikian ditemukan sejumlah 1,2 persen ibu-ibu telah menyapih bayinya sebelum usia dua tahun. Pada umumnya usia penyapihan bayi di daerah penelitian adalah dua tahun. Hal ini sesuai dengan saran “orang tua”, bidan, dan dalam ajaran Agama Islam bahwa menyusui bayi sebaiknya dilakukan selama dua tahun penuh bagi ibu yang ingin menyempurnakan penyusuan. Berbeda dengan hasil penelitian di Ujung Pandang, maka usia penyapihan bayi di wilayah penelitian ini adalah sekitar satu sampai enam bulan (10,8%). Hal ini dilakukan dengan alasan utama yaitu ASI ibu tidak keluar dan ibu bekerja untuk menambah nafkah keluarga (Akhsan).

## **2. Praktik Pemberian Makanan Tambahan pada Bayi**

Jenis makanan tambahan yang diberikan kepada bayi saat ini di daerah penelitian cukup bervariasi baik di daerah perkotaan dan pedesaan maupun

antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan. Misalnya: bubur tim, nasi tim, bubur instan, dan sebagainya. Setiap responden memberikan makanan tambahan pada bayinya lebih dari satu macam (Tabel 3).

Dari 80 ibu-ibu contoh di daerah perkotaan, sebesar 56,2 persen memberikan bubur tim; 22,5 persen memberikan nasi tim; 17,5 persen memberikan bubur instan; 31,2 persen memberikan nasi halus; 11,2 persen memberikan pisang halus; 53,8 persen memberikan biskuit; dan 65,0 persen memberikan jenis makanan lain pada bayinya selain yang telah disebutkan di atas.

**Tabel 3.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jenis Makanan Tambahan yang Diberikan pada Bayi dan Tipe Pemukiman

No	Jenis Makanan	n (%)	Tipe Pemukiman		Beda Kota - Desa (%)
			Perkotaan*)	Pedesaan*)	
1.	Bubur tim,	n (%)	45 (56,2)	47 (58,8)	(-2,6)
2.	Nasi tim,	n (%)	18 (22,5)	42 (52,5)	(-30,0)
3.	Bubur instan,	n (%)	14 (17,5)	50 (62,5)	(-45,0)
4.	Nasi halus,	n (%)	25 (31,2)	8 (10,0)	(20,2)
5.	Pisang halus,	n (%)	9 (11,2)	17 (21,2)	(-10,0)
6.	Biskuit,	n (%)	43 (53,8)	34 (42,5)	(11,2)
7.	Makanan lain,	n (%)	52 (65,0)	35 (43,8)	(21,2)

\*) Banyaknya responden antara daerah perkotaan dan pedesaan adalah sama, yaitu masing-masing 80 orang.

Begitu pula dari 80 ibu-ibu contoh di daerah pedesaan, sebesar 58,8 persen memberikan bubur tim; 52,5 persen memberikan nasi tim; 62,5 persen memberikan bubur instan; 10,0 persen memberikan nasi halus; 21,2 persen memberikan pisang halus; 42,5 memberikan biskuit; dan 43,8 persen memberikan makanan lain pada bayinya. Jika dibandingkan antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan, maka dijumpai pemberian bubur tim (56,2 dan 58,8 %); pisang halus (11,2 dan 21,20); dan biskuit (53,8 dan 42,5%) yang cenderung tidak menampakkan perbedaan yang nyata antara daerah perkotaan dengan pedesaan. Hal ini berarti bahwa perbedaan sekitar 10 persen praktik pemberian makanan tertentu pada bayi antara daerah perkotaan dengan pedesaan tidak menimbulkan perbedaan yang berarti dalam kehidupan masyarakat di kedua tipe pemukiman tersebut.

Pemberian nasi tim (22,5 dan 52,5%) dan bubur instan (17,5 dan 62,5%) kepada bayi berbeda sangat nyata antara daerah perkotaan dan pedesaan, yakni lebih rendah di daerah perkotaan daripada di pedesaan. Sebaliknya pemberian nasi halus (31,2 dan 10,0%) dan jenis makanan lainnya (65,0 dan 43,8%) pada bayi mempunyai beda nyata yaitu lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan. Hal ini berarti bahwa secara keseluruhan ditemukan perbedaan yang nyata dalam praktik pemberian makanan tambahan pada bayi antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan karena ketersediaan bahan makanan tambahan bayi yang berbeda pula.

Jika ditelusuri lebih jauh praktik pemberian berbagai jenis makanan tambahan pada bayi menurut tipe pemukiman, maka ada kecenderungan pola pemberian di daerah perkotaan berbeda dengan di pedesaan. Pada daerah perkotaan, sejumlah 22,5 persen ibu-ibu memberikan satu jenis makanan tambahan (bubur bayi instan dan susu buatan, makanan jajanan/roti/ dan buah-buahan, (selanjutnya disingkat makanan lain) pada bayi; 32,5 persen ibu-ibu memberikan dua jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur tim, makanan lain, biskuit, bubur bayi instan, nasi halus, dan nasi tim); 21,2 persen ibu-ibu memberikan tiga jenis makanan tambahan (kombinasi dari biskuit, bubur tim, makanan lain, nasi halus, nasi tim, bubur bayi instan, dan pisang halus); 16,2 persen ibu-ibu memberikan empat jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur tim, biskuit, nasi tim, nasi halus, makanan lain, bubur bayi instan, dan pisang halus); 5,0 persen ibu-ibu memberikan lima jenis makanan

tambahan (kombinasi dari nasi halus, pisang halus, biskuit, makanan lain, bubur tim, nasi tim, dan bubur bayi instan); dan 2,5 persen ibu-ibu memberikan enam jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur tim, nasi tim, nasi halus, pisang halus, biskuit, bubur bayi instan, dan makanan lain). Hal ini berarti bahwa meskipun ada kecenderungan semakin meningkat jumlah jenis pemberian makanan tambahan bayi maka semakin menurun persentase responden yang memberikan, akan tetapi kombinasi jenis makanan yang diberikan adalah tetap.

Pemberian makanan tambahan bayi di daerah pedesaan sejumlah 27,5 persen ibu-ibu memberikan satu jenis makanan tambahan (bubur bayi instan, bubur tim, nasi tim, dan nasi halus); 28,8 persen ibu-ibu memberikan dua jenis makanan tambahan (kombinasi dari makanan lain, nasi tim, bubur tim, nasi halus, bubur bayi instan, biskuit, dan pisang halus); 5,0 persen ibu-ibu memberikan tiga jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur bayi instan, bubur tim, biskuit, makanan lain, nasi halus, dan pisang halus); 12,5 persen ibu-ibu memberikan empat jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur bayi instan, bubur tim, biskuit, nasi tim, pisang halus, dan makanan lain); 16,2 persen ibu-ibu memberikan lima jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur tim, nasi tim, bubur bayi instan, biskuit, makanan lain, dan pisang halus); dan 10,0 persen ibu-ibu memberikan enam jenis makanan tambahan (kombinasi dari bubur tim, nasi tim, bubur bayi instan, pisang halus, biskuit, dan makanan lain). Hal ini menunjukkan bahwa meskipun persentase pemberian tiga jenis makanan tambahan dijumpai cukup rendah, akan tetapi persentase pemberian empat, lima, dan enam jenis makanan tambahan terbilang cukup tinggi. Bila dibandingkan praktik pemberian makanan tambahan menurut tipe pemukiman, maka sekitar 40 persen ibu-ibu di daerah pedesaan memberikan lebih dari empat jenis makanan tambahan pada bayinya, sedangkan di daerah perkotaan hanya sekitar 20 persen saja. Meskipun kombinasi jenis makanan tambahan yang diberikan pada bayi tersebut, adalah cenderung sama (enam sampai tujuh jenis makanan tambahan) baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Hal ini berarti bahwa upaya diversifikasi menu makanan tambahan bayi cenderung lebih baik di daerah pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan. Hal ini disebabkan ketersediaan makanan tambahan bayi lebih tinggi di daerah pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan metode “recall” konsumsi pangan bayi adalah pemberian makanan tambahan pada bayi sehari-hari dilakukan tiga kali sehari, yaitu: pagi hari, siang hari, dan sore hari. Rata-rata usia bayi saat pertama kali diberi jenis makanan lain selain ASI berbeda antara daerah perkotaan dan pedesaan. Tampaknya di daerah perkotaan rata-rata usia bayi lebih rendah (2,3 bulan) dibandingkan di daerah pedesaan (2,6 bulan). Ini berarti bahwa baik daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan praktik “ASI Eksklusif” belum berjalan dengan baik. Oleh karena itu penyuluhan program “ASI Eksklusif” perlu lebih ditingkatkan agar pemahaman masyarakat terhadap manfaat ASI sebagai makanan yang cocok untuk bayi dapat lebih diamalkan masyarakat.

Sebenarnya anjuran-anjuran menyusui sampai usia bayi empat bulan sudah diketahui oleh masyarakat khususnya para responden dalam penelitian ini, akan tetapi keraguan ibu terhadap kemampuan ASI yang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi bayi masih besar sehingga mereka menganggap bahwa tampaknya bayi makannya kurang bila hanya dari ASI saja. Oleh sebab itu, ibu-ibu responden mencoba untuk memberikan makanan tambahan bubur bayi instan buatan pabrik dan ternyata bayinya mau makan bahkan menyukainya. Pada usia antara 4-6 bulan, bayi biasanya masih disusui sesuai dengan kehendak ibu di samping diberi bubur bayi instan dua kali sehari, pagi dan sore dengan porsi satu mangkok kecil kira-kira 25 gram. Setelah usia tersebut bayi mulai tidak mau atau bosan dengan bubur instan dan pada saatnya makanan bayi tersebut diganti dengan bubur tim yakni bubur nasi yang dicampur dengan wortel, bayam, dan hati ayam/telur yang biasanya dibuat sendiri dan diberikan sampai usia sembilan bulan. Cara pembuatan bubur/nasi tim adalah hati ayam/telur, wortel diparut, bayam dipotong-potong, kemudian semuanya dimasukkan ke dalam nasi/bubur tim yang sudah terlebih dahulu dimasak agar sayuran dan lauknya dapat meresap dan bercampur dengan baik. Namun demikian, di daerah penelitian cara lain yang biasanya dilakukan adalah sesuai dengan keinginan anak dan ibunya, yakni hati ayam tidak dimasak bersamaan nasi/bubur karena menyebabkan bubur/nasi tim menjadi bau amis sehingga anak tidak mau makan karena tidak tahan dengan baunya. Sejak usia sembilan bulan, bayi sudah mulai diberi makan nasi tim atau nasi lembek dengan kuah sayur dan lauk seperti tahu, tempe,

maupun ayam, karena bayi sudah bosan makan bubur tim. Pola makan bayi seperti ini berlangsung hingga usia bayi satu tahun (tanpa diberi ikan terutama ikan asin) dan sejak saat itu, bayi mulai diperkenalkan makanan orang dewasa seperti: lauk ikan, sayuran, dan sebagainya.

Bayi usia 12-24 bulan di samping masih disusui sekehendak ibunya juga pada pagi, siang, dan sore hari diberi makan bubur/nasi tim satu mangkok (sekitar 40 gram) yang dicampur dengan wortel, bayam, telur, dan kadang-kadang hati ayam. Selain itu bayi kadang-kadang juga diberi makanan jajanan seperti biskuit roma dua potong, pepaya, jeruk, dan buah lainnya. Bayi yang berumur 17 bulan biasanya diberi makan satu mangkok kecil nasi dan satu atau setengah bagian telur mata sapi pada pagi hari. Siang hari bayi diberi makan satu mangkok kecil nasi, satu potong tempe/tahu, sekitar beberapa sendok mie instan dan satu buah biskuit roma. Kadang-kadang pada siang hari makanannya lebih bervariasi, seperti biskuit wafer satu potong, camilan satu bungkus, satu potong pisang goreng, dan satu potong pepaya atau buah-buahan lainnya. Pada sore hari bayi kembali diberi makan satu mangkok kecil nasi dan satu sendok ikan teri goreng, kadang-kadang diberi sayur bayam satu sendok. Meskipun pemberian makanan tambahan dengan frekuensi seperti tersebut di atas, akan tetapi pemberian ASI pada bayinya masih tetap dilaksanakan sesuai kehendak ibu.

Praktik pemberian makanan seperti ini berlangsung hingga usia bayi dua tahun yang sebagian besar ibu-ibu responden mengikutinya dengan pemberian ASL. Namun demikian, sekitar 11 persen ibu-ibu telah menyapih bayinya sebelum usia dua tahun. Rata-rata usia penyapihan bayi responden di daerah penelitian berbeda antara daerah perkotaan dan pedesaan, yaitu usia penyapihan bayi di daerah perkotaan lebih rendah (4,5 bulan) dibandingkan di daerah pedesaan (8,5 bulan). Hal ini berarti bahwa ibu-ibu responden di daerah pedesaan masih yakin bahwa ASI dapat memberikan tambahan gizi untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi dan kebutuhan lainnya di samping beberapa jenis makanan lain.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 7

## PROSES DIFUSI DAN ADOPSI INOVASI SERTA FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHINYA

### A. Karakteristik Rumah Tangga Contoh

Jumlah anggota rumah tangga contoh berkisar antara 3-13 orang di daerah perkotaan dan 3-11 orang di pedesaan. Jika diperhatikan rata-rata jumlah anggota rumah tangga menurut tipe pemukiman, maka dijumpai rata-rata jumlah anggota rumah tangga lebih rendah sekitar enam orang di daerah perkotaan dibandingkan sekitar tujuh orang di pedesaan.

Distribusi kepala keluarga (ayah) secara keseluruhan menurut pendidikan formal, paling tinggi adalah SD (46,2 persen), kemudian SLTA (29,4 persen), selanjutnya SLTP (20,0 persen), dan selebihnya PT (4,4 persen). Hal ini akan berbeda jika dibandingkan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Pendidikan formal kepala keluarga pada daerah perkotaan, paling tinggi adalah SLTA (40 %), SD (36,2 %), SLTP (17,5 %), dan paling rendah PT (6,2 %). Sebaliknya di daerah pedesaan, paling tinggi dijumpai pada SD sebesar 56,2 persen, SLTP sebesar 22,5 persen, SLTA sebesar 18,8 persen, dan selebihnya PT sebesar 2,5 persen. Tingginya tingkat pendidikan formal suami responden menunjukkan ketersediaan dan semakin mudah memperoleh fasilitas pendidikan di daerah perkotaan. Pola distribusi pendidikan ibu-ibu responden cenderung sama dengan kepala keluarga, yaitu persentase tertinggi masing-masing dijumpai pada SD (57,5 dan 77,5 %), SLTA (25,0 dan 10,0 %), SLTP (17,5 dan 10,0 %), sedangkan ada sekitar 2,5 persen

ibu responden khususnya di pedesaan tidak pernah duduk di bangku sekolah. Ini menunjukkan bahwa meskipun polanya sama, akan tetapi distribusi pendidikan di daerah perkotaan cenderung lebih bervariasi. Ini berarti bahwa pendidikan ibu-ibu responden lebih tinggi di daerah perkotaan.

Pola distribusi status pekerjaan ibu-ibu responden di daerah perkotaan dan pedesaan cenderung sama, yaitu persentase ibu-ibu yang bekerja masing-masing sebesar 7,5 persen di perkotaan dan 6,2 persen di pedesaan dapat dilihat pada Tabel 4. Hal ini berarti bahwa baik ibu-ibu responden di daerah perkotaan maupun di pedesaan cenderung belum mau bekerja untuk menambah penghasilan rumah tangga karena pendapatan yang tersedia masih dapat memenuhi kebutuhan konsumsinya sehari-hari. Jika diamati rataan pendapatan seluruh anggota rumah tangga ibu-ibu responden, maka rentang nilai minimum (Rp11.818) dan maksimum (Rp400.000) di daerah perkotaan lebih lebar daripada di pedesaan (nilai minimum adalah Rp20.000 dan maksimum adalah Rp214.286) (Tabel 4 dan Tabel 5). Jika diamati pula nilai Q1 dan Q3, maka daerah perkotaan (Rp28.128 dan Rp62.500) cenderung sama dengan daerah pedesaan (Rp30.000 dan Rp59.400). Ini menunjukkan bahwa pendapatan rumah tangga ibu-ibu responden antara daerah perkotaan dan pedesaan adalah cenderung sama, akan tetapi hal ini tidak selalu berakibat pada terjadinya kesamaan perilaku masyarakat pada kedua tipe pemukiman tersebut.

**Tabel 4.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut, Peran Dominan dalam Pengambilan Keputusan PMT Bayi, Penyebaran Inovasi, Status Kerja Ibu, Keluarga Luas, Keputusan Opsional, dan Tipe Pemukiman

No.	Uraian	Tipe Pemukiman		Jumlah dan Persentase
		Perkotaan	Pedesaan	
1.	Peran dominan (n)	71	79	150
	ibu PMT bayi (%)	88,8	98,8	93,8
2.	Penyebaran (n)	22	46	68
	inovasi (%)	27,5	57,5	42,5
3.	Status kerja ibu (n)	6	5	11
	(%)	7,5	6,2	6,9
4.	Keluarga luas (n)	35	24	59
	(%)	43,5	30,0	36,9

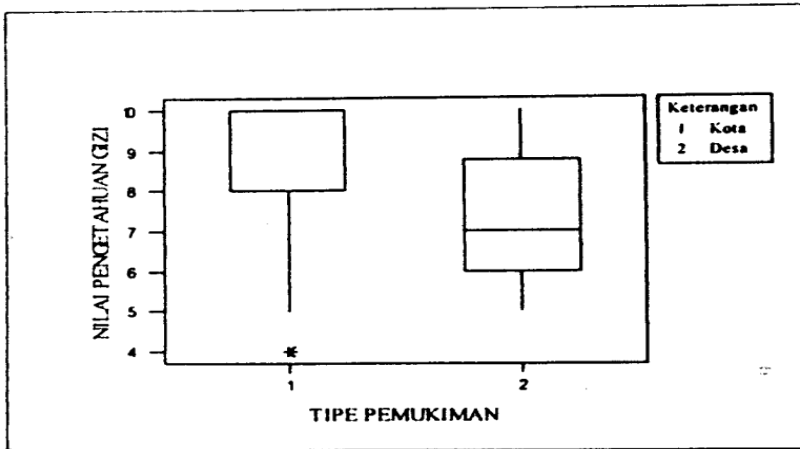
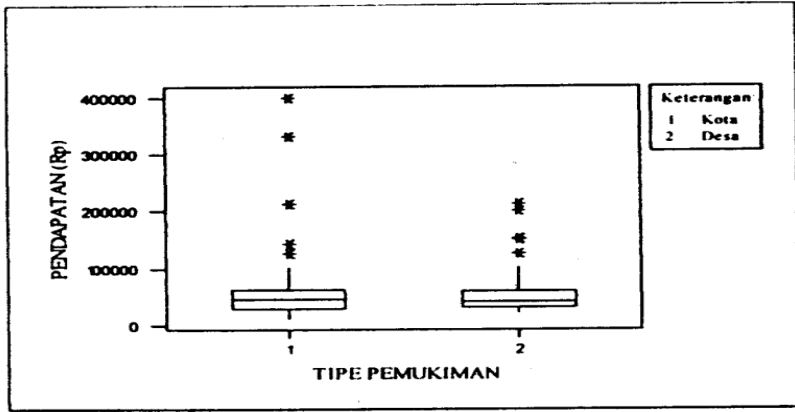
No.	Uraian	Tipe Pemukiman		Jumlah dan Persentase
		Perkotaan	Pedesaan	
5.	Keputusan (n)	76	75	151
	opsional (%)	95,0	93,8	94,4
	Jumlah (n)	80	80	160
	(%)	100,0	100,0	100,0

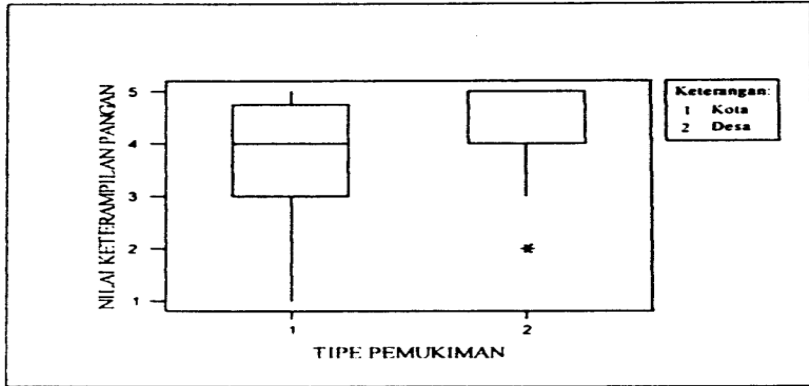
Rentang nilai minimum (4,0) dan maksimum ( 10,0) pengetahuan gizi ibu-ibu responden di daerah perkotaan lebih lebar daripada di pedesaan (nilai minimum 5,0 dan maksimum 10,0) dapat diamati pada Tabel 5 dan Gambar 4.

**Tabel 5.** Deskripsi Statistik Peubah Tingkat Adopsi, Inovasi, Kepercayaan Pangan, Pengetahuan Gizi, Keterampilan Pangan Sikap terhadap Pangan, Persepsi tentang Keterlibatan Pimpinan Masyarakat dalam Penyuluhan Gizi, Persepsi tentang Keinovatifan Masyarakat, dan Norma Pangan Masyarakat, Pendidikan, Pendapatan Rumah Tangga, Status Gizi Bayi dan Tipe Pemukiman

Peubah	Pemukiman	Minimum	Q1	Median	Rataan	Q3	Maksimum
Pengetahuan Gizi	Kota	4,0000	8,0000	8,0000	8,3250	10,0000	10,0000
	Desa	5,0000	6,0000	7,0000	7,3750	8,7500	10,0000
Sikap Pangan	Kota	-1,0922	-0,2152	0,0564	-0,0036	0,2097	0,9784
	Desa	-1,2019	-0,2346	0,0374	-0,0012	0,2864	1,1486
Keterampilan	Kota	1,0000	3,0000	4,0000	3,7130	4,7500	5,0000
	Desa	2,0000	4,0000	4,0000	4,1500	5,0000	5,0000
Kepercayaan	Kota	0,2408	0,4017	0,4875	0,4796	0,5532	0,6254
	Desa	0,0751	0,1800	0,1908	0,2740	0,3258	0,6254
Pendidikan	Kota	0,3502	0,3502	0,3502	0,5616	0,8729	0,9119
	Desa	0,0070	0,3502	0,3502	0,4384	0,3502	0,9119
Pendapatan	Kota	11.818	28.728	44.097	58.092	62.500	400.000
	Desa	20.000	30.000	40.000	52.564	59.400	214.286
Pemimpin Masy	Kota	0,1661	0,3128	0,4607	0,4827	0,6292	0,9050
	Desa	0,2541	0,4095	0,5231	0,5173	0,6072	0,8239
Keinovatifan	Kota	0,0920	0,3643	0,4571	0,4664	0,6100	0,7270
	Desa	0,2395	0,4423	0,5140	0,5310	0,6638	0,7067
Norma Masy	Kota	0,2098	0,4724	0,5619	0,5406	0,6295	0,6591
	Desa	0,1459	0,4724	0,4724	0,4594	0,4724	0,6591
Inovasi/Materi	Kota	-0,9773	-0,3351	-0,0670	0,0264	0,1675	1,4293
	Desa	-0,8734	-0,2153	0,0408	0,0182	0,2029	0,8542

Peubah	Pemukiman	Minimum	Q1	Median	Rataan	Q3	Maksimum
Tingkat Adopsi	Kota	0,2713	0,4024	0,4613	0,4724	0,5354	0,8093
	Desa	0,2980	0,4463	0,4987	0,5276	0,6403	0,7797
Status Gizi	Kota	60,0	87,2	96,7	98,5	107,2	165,7
	Desa	38,6	86,5	96,2	98,6	106,4	165,7





**Gambar 4** Diagram Kotak Garis Peubah Pendapatan Rumah Tangga, Pengetahuan Gizi, dan Keterampilan Pangan Menurut Tipe Pemukiman

Jika diamati lebih jauh nilai Q1 (8,0) dan Q3 ( 10,0) daerah perkotaan dibandingkan nilai Q1 (6,0) dan Q3 (8,8) daerah pedesaan, maka lebih dari 50 persen ibu-ibu responden di daerah perkotaan memiliki pengetahuan gizi lebih tinggi daripada ibu-ibu di pedesaan (perhatikan nilai Q1 (8,0) daerah perkotaan mendekati nilai Q3 (8,8) daerah pedesaan). Ini berarti bahwa pengetahuan gizi ibu-ibu responden di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi dibandingkan di daerah pedesaan. Demikian pula, rentang nilai minimum (1,0) dan maksimum (5,0) keterampilan pangan ibu-ibu responden di daerah perkotaan lebih lebar daripada di pedesaan (nilai minimum 2,0 dan maksimum 5,0). (Tabel 5 dan Gambar 4) jika ditelusuri lebih jauh nilai Q1 (3,0) dan Q3 (4,8) daerah perkotaan dibandingkan nilai Q1 (4,0) dan Q3 (5,0) daerah pedesaan, maka lebih dari 50 persen ibu-ibu responden di daerah perkotaan memiliki keterampilan pangan lebih rendah daripada di pedesaan. Berbeda dengan sikap ibu-ibu responden terhadap pangan di daerah penelitian. Rentang nilai minimum (-1,20) dan maksimum (1, 15) sikap ibu terhadap pangan di daerah pedesaan lebih lebar daripada di daerah perkotaan (nilai minimum -1,09 dan maksimum 0,98) (Tabel 5). Jika diperhatikan nilai Q1 dan Q3 daerah pedesaan (-0,23 dan 0,28) dibandingkan nilai Q1 dan Q3 daerah perkotaan (-0,22 dan 0,21 ), maka ada kecenderungan sikap ibu-ibu terhadap pangan antara daerah perkotaan dengan pedesaan adalah sama. Namun demikian, meskipun pengetahuan gizi ibu-ibu di daerah perkotaan lebih tinggi

dibandingkan di pedesaan, keterampilan pangan ibu-ibu lebih rendah di daerah perkotaan daripada di pedesaan, dan sikap ibu-ibu terhadap pangan di daerah perkotaan dan pedesaan adalah cenderung sama, akan tetapi belum menjamin kelancaran proses adopsi dan difusi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan karena masih banyak faktor pengaruh lainnya.

Pola pemanfaatan media massa antara daerah perkotaan dan pedesaan adalah cenderung sama, yaitu masing-masing persentase tertinggi dijumpai pada satu jenis media (36,2 dan 41,2%), dua jenis media (masing-masing 32,5%), tiga jenis media (masing-masing 22,5%), dan selebihnya tidak satupun ibu-ibu responden yang memanfaatkan media (8,8 dan 3,8%). Jika diperhatikan lebih jauh, sejumlah 55 persen ibu-ibu responden telah memanfaatkan dua jenis media atau lebih. Ini berarti bahwa sebagian besar responden telah terdedah oleh media massa baik media cetak, media radio, maupun media televisi.

Peranan ibu dalam melakukan aktivitas rumah tangga sehari-hari banyak dibantu oleh anggota keluarga lain seperti: anak, mertua/orang tua, saudara, dan sebagainya. Di samping kegiatan rutin rumah tangga terdapat sekitar 52 persen ibu rumah tangga contoh yang melakukan kegiatan lain di luar rumah, seperti: arisan, pengajian, PKK, Dharma Wanita, kursus-kursus, dan sebagainya.

Sebagian besar ibu-ibu contoh (91,9%) mengikuti kegiatan posyandu sebagai media memperoleh pelayanan gizi dan kesehatan di daerah penelitian, sedangkan selebihnya (8,1%) tidak mengikuti kegiatan posyandu dengan berbagai macam alasan. Jika ditelusuri lebih jauh di daerah perkotaan sejumlah 86,2 persen ibu-ibu mengikuti kegiatan posyandu sedangkan sejumlah 13,8 persen tidak mengikuti kegiatan posyandu dengan alasan di antaranya: mereka lebih senang ke dokter karena pelayanannya lebih meyakinkan atau karena rumah dokter berdekatan dengan rumah beberapa orang responden. Sebaliknya hampir semua ibu-ibu sampel (97.5 %) di daerah pedesaan menggunakan posyandu sebagai tempat pelayanan gizi dan kesehatan bagi mereka dan anaknya.

Lama ibu-ibu responden menjadi peserta posyandu bervariasi mulai dari satu sampai dengan 19 tahun. Namun demikian, ditemukan perbedaan lama ibu-ibu menjadi peserta posyandu antara daerah perkotaan (1 sampai 13 tahun dan ada 3 orang yang telah menjadi

peserta posyandu 18 dan 19 tahun) dan daerah pedesaan (1 sampai 16 tahun). Ini berarti bahwa rata-rata ibu-ibu responden di daerah pedesaan telah lama mengadopsi inovasi posyandu (waktu itu masih merupakan kegiatan penimbangan dalam program UPGK), sedangkan di daerah perkotaan partisipasi ibu-ibu responden dalam posyandu barulah tiga tahun kemudian.

Persentase tertinggi lamanya ibu-ibu di daerah perkotaan dan pedesaan mengikuti kegiatan posyandu adalah satu tahun (19,7%), kemudian dua tahun (12,2%), tujuh tahun (9,2%), enam dan delapan tahun (8,8%), lima tahun (8,2%), empat tahun (6,1%), 10, 11, dan 12 tahun (4,5%), tiga dan sembilan tahun (3,4%), dan selebihnya 13 sampai 19 tahun sekitar 1,5 %. Hal ini berarti bahwa ibu-ibu peserta posyandu banyak (sekitar 40%) yang baru mempunyai anak satu sampai dua orang.

Jumlah anak yang dilahirkan hidup oleh responden berkisar antara satu sampai 11 orang. Jika dibandingkan antara daerah perkotaan dan pedesaan, jumlah anak yang dilahirkan hidup berkisar antara satu sampai 11 anak di daerah perkotaan, sedangkan di daerah pedesaan berkisar antara satu sampai delapan anak. Jumlah dan persentase anak yang dimiliki responden cenderung semakin menurun seiring dengan menurunnya jumlah anak, yaitu: tertinggi satu anak (26,9%), dua anak (24,4%), tiga anak (23,8%), dan seterusnya sampai 10 dan 11 anak (0,6 %).

Pada umumnya tempat responden melahirkan bayinya adalah di rumah sendiri (73,8%). kemudian rumah sakit/bersalin (18,1%), dan selebihnya di klinik (7,5%) serta rumah bidan (0,2%). Di daerah perkotaan, tempat yang dipilih responden untuk melahirkan bayinya adalah rumah sendiri (55,0%), kemudian rumah sakit/bersalin (30,0%), dan selebihnya di klinik ( 15,0 %), sedangkan di daerah pedesaan tempat yang dipilih ibu-ibu untuk melahirkan bayinya sebagian besar di rumah sendiri (92,5 %), di rumah sakit/bersalin (6,2%) dan selebihnya di rumah bidan (1,2 %). Ini berarti bahwa rumah sendiri sebagai tempat melahirkan dipilih ibu baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan dapat memberikan rasa nyaman, aman, dan selalu dapat ditemani oleh suami, mertua/orang tua atau anggota keluarga lainnya.

Baik di daerah perkotaan maupun pedesaan sejumlah 56,9% ibu-ibu melahirkan bayinya ditolong oleh dukun bayi, kemudian 39,4 persen

ditolong oleh bidan desa, 3,1% ditolong oleh dokter ahli kandungan, dan (0,6%) ditolong oleh dokter Puskesmas. Pola tersebut di atas masih berlaku di daerah pedesaan, yaitu persentase tertinggi (76,2%) persalinan ditolong oleh dukun bayi, (21,2%) ditolong oleh bidan, dan selebihnya (2,5%) ditolong oleh dokter ahli kandungan, sedangkan di daerah perkotaan polanya berubah menjadi persentase tertinggi (57,5%) persalinan ditolong oleh bidan desa, 37,5 % ditolong oleh dukun bayi, 3,8 % ditolong oleh dokter ahli kandungan, dan (1,2%) ditolong oleh dokter puskesmas. Ini berarti bahwa di daerah pedesaan dukun bayi masih sangat dipercaya responden untuk menolong persalinan mereka karena selain nyaman, aman, dan murah, juga pada saat melahirkan responden dapat ditemani suami, dan anggota keluarga lainnya. Berbeda dengan di daerah perkotaan, posisi dukun bayi telah 133 diambil alih oleh bidan desa karena mereka sudah mulai percaya bahwa persalinan ditolong bidan lebih aman dan terjamin dari segi kesehatan ibu. Terutama di daerah pedesaan, alasan ibu memilih tempat melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun bayi karena biayanya murah, tidak menyusahkan ibu, dalam keadaan melahirkan bisa sambil mengurus anak-anak lainnya, bayi yang baru dilahirkan dapat dirawat oleh dukun sampai usia 40 hari, dan sudah menjadi kebiasaan masyarakat. Selain itu, melahirkan di rumah pada umumnya bisa ditemani oleh suami, mertua/orang tua, atau saudara-saudara lainnya yang berfungsi untuk memberikan dorongan moral dan motivasi supaya perasaan ibu senantiasa berada dalam suasana yang lebih tenang, sehingga mereka lebih mudah melahirkan bayinya. Sebaliknya, di daerah perkotaan alasan ibu melahirkan di rumah dan ditolong oleh bidan terutama karena lebih yakin bahwa kemampuan bidan dapat membuat ibu dan anak cepat sehat sebab perawatannya disertai dengan pengobatan setelah melahirkan.

## **B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhi**

Untuk mengetahui keberhasilan proses difusi inovasi dilakukan pengukuran tingkat (kecepatan) adopsi inovasi sasaran. Model yang dikembangkan dalam penelitian ini adalah tingkat adopsi inovasi PMT bayi dipengaruhi oleh peubah-peubah, seperti: tipe pemukiman, saluran komunikasi, jenis informasi, teknik penyuluhan, keterdedahan media massa peran ibu dalam keputusan PMT bayi, pendidikan ibu, status

keluarga, status pekerjaan, tipe keputusan inovasi, pendapatan rumah tangga, pengetahuan gizi, keterampilan pangan, peralatan penyuluhan, tempat penyuluhan, inovasi (materi penyuluhan), sikap ibu terhadap pangan, kepercayaan ibu terhadap pangan, kepemimpinan masyarakat, keinovatifan masyarakat, dan norma masyarakat.

Dari hasil analisis regresi menunjukkan bahwa nilai R<sup>2</sup> (adj) untuk model tersebut adalah 96,18 persen. Hal ini berarti bahwa model yang digunakan dalam penelitian ini layak dipakai untuk menduga peubah respons dan untuk melihat hubungan pengaruh antar peubah seperti yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian ini. Hasil uji F analisis regresi menunjukkan bahwa model yang digunakan dalam penelitian ini memiliki pengaruh sangat nyata (taraf nyata 1%) terhadap peubah respons, akan tetapi tidak semua peubah-peubah bebas yang digunakan dalam model tersebut menunjukkan pengaruh nyata terhadap peubah responsnya.

Sejumlah 12 peubah bebas memberikan kontribusi berkisar 0,3-89,0 persen terhadap keragaman tingkat adopsi inovasi PMT bayi, sedangkan 31 peubah lainnya hanya memberikan kontribusi sebesar kurang dari 0,3 persen (Tabel 6). Peubah tipe pemukiman kota memberikan kontribusi terbesar sekitar 88,55 persen terhadap keragaman tingkat adopsi, sedangkan peubah-peubah lainnya hanya memberikan kontribusi yang cukup berarti mulai dari sekitar 0,30 sampai dengan kurang dari 1,24 persen. Peubah-peubah tersebut adalah saluran antarpribadi-4 (1,24 %); saluran media massa-1 (0,88 %); tipe keputusan (0,79 %); saluran media massa-4 (0,75 %); pengetahuan gizi (0,70 %); keputusan PMT bayi (0,66 %); saluran bidan desa-1 (0,38%); teknik penyuluhan-4 (0,37 %); pendidikan ibu (0,36 %); norma masyarakat (0,35 %); dan jenis informasi-5 (0,30 %).

**Tabel 6.** Daftar Jumlah Kuadrat Parsial dan Kontribusi Peubah Bebas terhadap Keragaman Tingkat Adopsi PMT Bayi

No	Nama Peubah	Jumlah Kuadrat Parsial	Kontribusi (%)
1	TIPE PEMUKIMAN KOTA	37,33579	88,55
2	SALURAN ANTARPRIBADI-1	0,52495	1,24
3	SALURAN MEDIA MASSA-1	0,37251	0,88
4	TIPE KEPUTUSAN OPSIONAL	0,33314	0,79
5	SALURAN MEDIA MASSA-4	0,31554	0,75
6	PENGETAHUAN GIZI	0,29611	0,70
7	KEPUTUSAN PMT BAYI	0,27721	0,66
8	SALURAN BIDAN DESA-1	0,16114	0,38
9	TEKNIK PENYULUHAN-4	0,15733	0,37
10	PENDIDIKAN IBU	0,15261	0,36
11	NORMA MASYARAKAT	0,14841	0,35
12	JENIS INFORMASI-5	0,12649	0,30
13	INOVASI-MATERI PENYULUHAN	0,09839	0,23
14	KEPEMIMPINAN MASYARAKAT	0,08468	0,20
15	JENIS INFORMASI-4	0,08074	0,19
16	SALURAN MEDIA MASSA-5	0,07207	0,17
17	TEKNIK PENYULUHAN-1	0,06465	0,15
18	SALURAN MEDIA MASSA-3	0,05751	0,14
19	SALURAN MEDIA MASSA-2	0,05158	0,12
20	SALURAN ANTARPRIBADI-3	0,03157	0,07
21	STATUS KELUARGA LUAS	0,03008	0,07
22	JENIS INFORMASI-1	0,02490	0,06
23	SALURAN BIDAN DESA-3	0,02479	0,05
24	KEPERCAYAAN THD PANGAN	0,02163	0,05
25	SALURAN ANTARPRIBADI-2	0,01956	0,04
26	SIKAP TERHADAP PANGAN	0,01754	0,04
27	JENIS INFORMASI-3	0,01585	0,04
28	TEMPAT PENYULUHAN	0,01407	0,03
29	SALURAN BIDAN DESA-5	0,01340	0,03
30	KEINOVATIFAN MASYARAKAT	0,01069	0,02
31	PENDAPATAN RUMAH TANGGA	0,00970	0,02
32	TEKNIK PENYULUHAN-5	0,00877	0,02
33	STATUS IBU BEKERJA	0,00673	0,01
34	SALURAN ANTARPRIBADI-1	0,00607	0,01
35	SALURAN BIDAN DESA-2	0,00404	0,00
36	SALURAN BIDAN DESA-4	0,00321	0,00
37	KETERAMPILAN PANGAN	0,00226	0,00
38	SALURAN ANTARPRIBADI-5	0,00207	0,00
39	TEKNIK PENYULUHAN-3	0,00171	0,00
40	KETERDEDAHAN MEDIA MASSA	0,00127	0,00
41	PERALATAN PENYULUHAN	0,00117	0,00
42	TEKNIK PENYULUHAN-2	0,00035	0,00
43	JENIS INFORMASI-2	0,00000	0,00
<b>J u m i a h</b>		<b>42,16063</b>	<b>100,00</b>

Pada tabel 7 terlihat 17 buah peubah bebas yang berpengaruh nyata (taraf nyata 0-30 %) terhadap peubah respons tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Peubah-peubah tersebut, 11 buah di antaranya saluran antarpribadi tahap melaksanakan; saluran media massa tahap berminat; saluran media massa tahap konfirmasi; jenis informasi tahap melaksanakan; pendidikan ibu; tipe keputusan inovasi; pengetahuan gizi; peralatan penyuluhan; inovasi (materi penyuluhan); kepemimpinan masyarakat; dan norma (masyarakat) memiliki hubungan positif dengan peubah responsnya, sedangkan enam buah peubah bebas lainnya (saluran antarpribadi tahap berminat; saluran bidan desa tahap melaksanakan; teknik penyuluhan tahap berminat; teknik penyuluhan tahap melaksanakan; pendapatan rumah tangga; dan keterampilan pangan) memiliki hubungan negatif dengan peubah responsnya.

Selain peubah-peubah yang mempunyai pengaruh nyata terhadap peubah responsnya, terdapat pula sejumlah 26 peubah yang memiliki pengaruh tidak nyata terhadap peubah responsnya. Dari ke-26 peubah tersebut, sejumlah 16 peubah yang berpengaruh positif (tipe pemukiman; saluran antarpribadi tahap mengetahui; saluran antarpribadi tahap memutuskan; saluran antarpribadi tahap konfirmasi; saluran bidan desa tahap berminat; saluran media massa tahap mengetahui; saluran media massa tahap memutuskan; saluran media massa tahap melaksanakan; jenis informasi tahap berminat; jenis informasi tahap memutuskan; jenis informasi tahap konfirmasi; teknik penyuluhan tahap memutuskan; keterdedahan media massa; keputusan PMT bayi; peralatan penyuluhan; dan sikap ibu terhadap pangan) dan 10 peubah lainnya (saluran bidan desa tahap mengetahui; saluran bidan desa tahap memutuskan; saluran bidan desa tahap konfirmasi; jenis informasi tahap mengetahui; teknik penyuluhan tahap mengetahui; teknik penyuluhan tahap konfirmasi; status keluarga; status pekerjaan; kepercayaan ibu terhadap pangan; dan keinovatifan masyarakat) mempunyai hubungan negatif dengan peubah responsnya.

**Tabel 7.** Daftar Koefisien Regresi Setiap Peubah Bebas yang Memengaruhi Tingkat Adopsi Inovasi PMT Bayi

No	Nama Peubah	Koefisien	Terhitung	Peluang
1	TIPE PEMUKIMAN KOTA	0.02572	0.69	0,491
2	SALURAN ANTARPRIBADI-1	0.00664	0,59	0,555
3	SALURAN ANTARPRIBADI-2	-0.01306	-1,04	0,298
4	SALURAN ANTARPRIBADI-3	0,0121	0,86	0.391
5	SALURAN ANTARPRIBADI-4	0.02638	1,81	0,073
6	SALURAN ANTARPRIBADI-5	0.00970	0,57	0,570
7	SALURAN BIDAN DESA-1	-0,01233	-0,52	0,606
8	SALURAN BIDAN DESA-2	0.00583	0,23	0,822
9	SALURAN BIDAN DESA-3	-0,00635	-0,23	0,817
10	SALURAN BIDAN DESA-4	-0,08553	-1,60	0,112
11	SALURAN BIDAN DESA-5	-0.00007	-0,00	0.998
12	SALURAN MEDIA MASSA-1	0,02450	0,79	0,431
13	SALURAN MEDIA MASSA-2	0,03082	1,19	0,237
14	SALURAN MEDIA MASSA-3	0.02590	0,96	0,339

No	Nama Peubah	Koefisien	Terhitung	Peluang
15	SALURAN MEDIA MASSA-4	0,00030	0.01	0,996
16	SALURAN MEDIA MASSA-5	0.10527	1,31	0.192
17	JENIS INFORMASI-1	-0,00613	-0,55	0,583
18	JENIS INFORMASI-2	0,00108	0,07	0,941
19	JENIS INFORMASI-3	0.00222	0.13	0.899
20	JENIS INFORMASI-4	0,05186	2,65	0,009
21	JENIS INFORMASI-5	0,02190	0,95	0,345
22	TEKNIK PENYULUHAN-1	-0,00810	-0,41	0,683
23	TEKNIK PENYULUHAN-2	-0.02673	-1,49	0,139
24	TEKNIK PENYULUHAN-3	0,01616	0,94	0,349
25	TEKNIK PENYULUHAN-4	-0,02952	-1,53	0,129
26	TEKNIK PENYULUHAN-5	-0,00611	-0,33	0,742
27	KETERDEDAHAN MEDIA MASSA	0,00190	0,17	0,868 .
28	KEPUTUSAN PMT BAYI	0,02792	0,73	0,469
29	PENDIDIKAN IBU	0,06565	1,39	0,167
30	STATUS KELUARGA LUAS	-0,00756	-0,39	0,697
31	STATUS IBU BEKERJA	-0,03089	-0,81	0,422
32	KEPUTUSAN OPSIONAL	0,04142	1,13	0,261
33	PENDAPATAN RUMAH TANGGA	-0,0000004 5	-2,19	0,031
34	PENGETAHUAN GIZI	0,01331	2,06	0,041
35	KETERAMPILAN PANGAN	-0,01318	-1,28	0,203
36	PERALATAN PENYULUHAN	0,00310	0,29	0,774
37	TEMPAT PENYULUHAN	0,01780	1,39	0,166
38	INOVASI-MATERI	0,07210	3,16	0,002
39	PENYULUHAN SIKAP TERHADAP PANGAN	0,01907	0,71	0,479
40	KEPERCAYAAN TERHADAP PAN-GAN	-0,02284	-0,31	0,754
41	KEPEMIMPINAN MASYARAKAT	0,14007	2,36	0,020
42	KEINOVATIFAN MASYARAKAT	-0,07011	-0,95	0,343
43	NORMA MASYARAKAT	0,33961	3,84	0,000

Dari sejumlah peubah-peubah bebas yang dikembangkan dalam model regresi tersebut, maka terdapat enam peubah yang memberikan kontribusi keragaman sekaligus berpengaruh nyata terhadap tinggi rendahnya tingkat adopsi inovasi PMT bayi (**Lampiran 5**). Peubah-peubah tersebut secara berurutan adalah saluran antarpribadi-4 (1,24%); tipe keputusan (0,79 %); pengetahuan gizi (0,70 %); teknik penyuluhan-4 (0,37 %); pendidikan ibu (0,36 %); dan norma masyarakat (0,35 %). Selain itu, terdapat enam peubah yang memberikan kontribusi terhadap keragaman tingkat adopsi inovasi PMT bayi, akan tetapi sama sekali tidak memberikan pengaruh nyata terhadap tinggi rendahnya tingkat adopsi. Peubah-peubah tersebut secara berurutan adalah tipe pemukiman kota (88,55 % ); saluran media massa-1 (0,88 %); saluran media massa-4 (0,75 %); keputusan PMT bayi (0,66 %); saluran bidang desa-1 (0,38 %); dan jenis informasi-5 (0,30 %). Sebaliknya, terdapat 11 peubah bebas yang berpengaruh nyata terhadap tingkat adopsi, akan tetapi sama sekali tidak memberikan kontribusi terhadap keragaman tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Peubah-peubah tersebut adalah saluran antarpribadi-2; saluran media massa-2; saluran media massa-5; saluran bidang desa-4; jenis informasi-4; teknik penyuluhan-2; pendapatan rumah tangga; keterampilan pangan; tempat penyuluhan; inovasi (materi penyuluhan); dan persepsi ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat.

Pada Tabel 7 hasil analisis peubah-peubah yang memiliki pengaruh nyata dan hubungan positif menunjukkan bahwa peubah saluran komunikasi antarpribadi yang digunakan responden khususnya pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, mempunyai pengaruh yang sangat nyata terhadap tingkat adopsinya. Hal ini menunjukkan bahwa semakin meningkat penggunaan saluran antarpribadi khususnya pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin menambah kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan saluran antarpribadi pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi cenderung menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi dari penggunaan saluran antarpribadi dapat berjalan dengan lancar, maka menurut Lionberger dan Gwin perlu memperhatikan dua hal yaitu: (1) bahasa yang digunakan dan ekspresi raut muka, pakaian yang dikenakan, tingkat kelantangan sewaktu yang tepat untuk

**Catatan untuk penulis:**  
Ini untuk keterangan yang mana ya?

berkomplikasi, tempat berkomunikasi dan sebagainya; dan (2) hambatan yang dihadapi meliputi: kesenjangan budaya, generalisasi yang salah, perilaku yang mencurigakan, kredibilitas sumber, makna kata yang digunakan, selingan yang membingungkan, serta gangguan-gangguan lain. Menurut Singh dan Pareek (Hepi Hapsari), jika para penyuluh telah dipercaya sebagai pembawa inovasi yang unggul oleh masyarakat, maka mereka akan tetap dipercaya sebagai sumber informasi terutama dengan jenis inovasi yang sama. Peran penyuluh sebagai agen pembaru digambarkan oleh Lionberger dan Gwin memiliki tugas ganda, yaitu: untuk menyampaikan informasi dan sekaligus berupaya mengubah perilaku sasarannya. Keberhasilan penyuluh melaksanakan tugas juga dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial budaya yang dimilikinya yang berarti sedikitnya memiliki latar belakang sosial budaya yang sama dengan sasarannya. Menurut Lippit (Mardikanto dan Berlo), agar dapat melakukan tugasnya dengan baik, maka seorang penyuluh harus mempunyai kualifikasi sebagai berikut: (1) kemampuan berkomunikasi; (2) kepribadian yang menarik; (3) kemampuan untuk melaksanakan tugas; (4) kesediaan untuk bekerja sama dengan masyarakat sasaran; dan (5) kemampuan pengetahuan dan sikap.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan saluran media massa pada tahap berminat dan konfirmasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin meningkat tingkat adopsi ibu-ibu responden. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah saluran komunikasi media massa, maka semakin meningkat kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden karena ketersediaan saluran media massa di masyarakat belum memadai untuk mendukung penyuluhan gizi. Menurut Hepi Hapsari (1994). penggunaan saluran media massa tidak selalu berarti masyarakat harus membeli atau mempunyai sendiri, akan tetapi ada juga berasal dari meminjam, membeli secara berkelompok, nonton TV atau dengan radio di rumah teman/tetangga.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah penggunaan jenis informasi inovasi pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin naik pula tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa dengan pertambahan jumlah jenis informasi tentang inovasi PMT bayi cenderung menambah kecepatan adopsi inovasi responden karena jenis informasi yang kemungkinan

dapat diperoleh pada tahap pelaksanaan keputusan adalah paling sedikit tiga jenis saja (penilaian sosial ekonomi inovasi PMT bayi, prosedur kerja inovasi PMT bayi, dan pengalaman sendiri atau orang lain tentang penerapan inovasi PMT bayi), sedangkan pemanfaatan jenis informasi pada tahap ini bisa saja lebih dari dua jenis. Menurut Soekartawi (1988), oleh karena dalam proses adopsi inovasi diperlukan jenis informasi dengan jumlah yang memadai, maka calon adopter biasanya mencari sumber informasi yang relevan. Ada tiga hal yang diperlukan bagi calon adopter, yaitu: (1) adanya pihak lain yang telah mengadopsi inovasi dan berhasil dengan baik; (2) adanya suatu proses adopsi inovasi yang berjalan secara sistematis sehingga dapat dengan mudah diikuti oleh calon adopter; dan (3) adanya hasil adopsi inovasi yang sukses dalam pengertian telah dapat memberikan keuntungan.

Ditemukan pula pengaruh nyata yakni semakin tinggi pendidikan ibu maka semakin meningkat kecepatan adopsi inovasi PMT bayi mereka. Dengan demikian, hipotesis 5a yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Ini berarti bahwa pendidikan formal responden telah memberikan kontribusi pada peningkatan keterampilan pangan ibu dan kemampuan mengakses informasi gizi melalui berbagai saluran baik media massa maupun saluran lainnya. Hasil penelitian dalam bidang pertanian sebelumnya telah menemukan bahwa petani yang memiliki pendidikan tinggi cenderung lebih cepat mengadopsi suatu inovasi dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah (Lionberger, 1960; Soekartawi, 1988; Yusnadi, 1992; dan Latit, 1995). Hal ini terjadi karena mereka yang berpendidikan tinggi mampu mencari informasi lebih baik daripada mereka yang berpendidikan rendah (Hepi Hapsari, 1994). Begitu pula Tichenor, Donohue, dan Olien (Hepi Hapsari, 1994) mengatakan bahwa kenaikan pendidikan formal dapat pula menyebabkan perluasan wawasan kehidupan, keterampilan, kesadaran ilmu pengetahuan, dan masalah-masalah lain yang lebih besar. Dengan demikian, menurut Jahi (1988), pendidikan tampaknya menjadi suatu faktor yang menentukan dalam mendapatkan pengetahuan.

Hasil analisis regresi menggambarkan bahwa pengambilan keputusan secara opsional mempunyai hubungan yang nyata terhadap tingkat adopsi ibu-ibu responden tentang inovasi PMT bayi. Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan pengambilan keputusan secara opsional ibu-ibu responden dengan cara pengambilan keputusan lainnya telah

menimbulkan perbedaan yang berarti dengan kecepatan adopsinya. Dengan kata lain, pengambilan keputusan secara opsional oleh ibu-ibu responden cenderung mampu menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Hasil penelitian ini, sejalan dengan hasil penelitian Kusai (1996) pada petani ikan karamba terapung. Selanjutnya, dikatakan bahwa tidak bermaknanya hubungan tersebut disebabkan sebanyak 87,5 persen petani mengambil keputusan secara opsional, sedangkan hanya 12,5 persen mengambil keputusan secara kelompok. Penelitian ini menemukan juga bahwa sejumlah 93,8 persen ibu-ibu mengambil keputusan secara opsional, sedangkan 6,2 persen mengambil keputusan dengan cara dibantu oleh pihak lain.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa pengetahuan gizi ibu-ibu responden mempunyai pengaruh yang sangat nyata terhadap tingkat adopsinya. Dengan demikian, hipotesis 6a yang diajukan dalam penelitian ini dapat diterima: Ini berarti bahwa semakin meningkat pengetahuan gizi ibu, maka semakin meningkat pula kecepatan adopsinya. Dengan demikian, bahwa pengetahuan gizi responden mutlak harus tinggi untuk mempraktikkan PMT pada bayinya, meskipun cukup mudah melakukannya. Sering kali untuk memperoleh pengetahuan gizi yang memadai tidak mudah mendapatkannya serta diperlukan inisiatif dan usaha-usaha tertentu, terutama dari ibu. Menurut Hepi Hapsari (1994), ibu-ibu cenderung lebih mengutamakan kepentingan keluarga daripada kepentingan pribadinya, sehingga materi informasi pangan dan gizi yang banyak dicari dan diminati umumnya yang berkaitan dengan kebutuhan bayi, balita, dan kepentingan seluruh keluarga dibandingkan informasi tentang kebugaran jasmani, umur panjang, dan ketahanan tubuh.

Selain itu, didapati pula bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan tempat penyuluhan, maka semakin tinggi tingkat adopsi responden terhadap inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan tempat penyuluhan, maka dapat semakin menambah kecepatan adopsi responden karena jumlah tempat penyuluhan dirasakan masih belum memadai untuk menunjang kegiatan penyuluhan gizi. Sebagai contoh tempat penyuluhan yang dimaksud adalah posyandu, rumah sendiri, balai desa, puskesmas, tempat pengajian, dan tempat-tempat lainnya.

Begitu pula semakin unggul inovasi PMT bayi yang disajikan dalam penyuluhan gizi saat ini, maka semakin meningkat kecepatan adopsi

inovasi responden. Hal ini menunjukkan bahwa inovasi PMT bayi sebagai materi penyuluhan sangat sesuai untuk disebarkan ke dalam masyarakat. Sejalan dengan Jahi yang mengatakan bahwa pengadopsi harus menganggap inovasi tersebut lebih baik dari apa yang telah ada dan harus sesuai dengan kepercayaan, tata nilai, dan norma-norma sosial yang ada dalam masyarakat. Begitu pula inovasi hendaknya juga tidak memiliki ciri yang kompleks yang menunjukkan tingkat kerumitan untuk dipahami dan sekaligus digunakan. Selain itu, suatu inovasi akan lebih mudah didifusikan bila dapat dicoba dalam skala terbatas sebelum sepenuhnya diadopsi dan jika hasil inovasi itu cepat terlihat maka calon-calon pengadopsi tidak perlu lagi menjalani tahap percobaan, melainkan dapat terus ke tahap adopsi.

Dalam hal peran masyarakat, ditemukan pula pengaruh yang sangat nyata bahwa semakin kuat peran pemimpin masyarakat, maka semakin meningkat kecepatan adopsi inovasi PMT bayi mereka. Dengan demikian, hipotesis 7a yang diajukan dalam penelitian ini dapat diterima. Ini berarti bahwa keterlibatan pemimpin formal dan informal masyarakat dari mulai merencanakan, penyediaan dana, tempat dan tenaga sampai pelaksanaan penyuluhan sangat berperan dalam meningkatkan kecepatan adopsi inovasi PMT bayi mereka. Menurut Lazarsfeld (Depari dan MacAndrews, 1985) wujud keterlibatan pemimpin masyarakat yang paling konkret adalah pemuka pendapat (*opinion leader*). Selanjutnya dikatakan bahwa umumnya pemuka pendapat mengambil prakarsa dalam menyebarkan pesan-pesannya kepada anggota masyarakat sedangkan sebaliknya masyarakat sering juga menemui pemuka pendapat untuk mencari informasi. Karena penyebaran pesan biasanya banyak tergantung pada peran pemuka pendapat, maka kualitasnya sangat menentukan efektivitas komunikasi. Oleh sebab itu, menurut Roger (1983), kualitas pemuka pendapat ditentukan oleh: (1) ciri komunikasi eksternal meliputi: lebih intensif berkontak dengan media massa, lebih kosmopolit, dan memiliki hubungan baik dengan penyuluh; (2) memiliki partisipasi sosial yang lebih tinggi dari para pengikutnya; (3) memiliki status sosial lebih tinggi daripada para pengikutnya; dan (4) lebih inovatif daripada pengikutnya. Bahkan menurut van den Ban dan Hawkins (1988), pemuka pendapat akan menjalankan fungsi-fungsi tertentu untuk memperoleh informasi (menjadi jembatan informasi dari luar); (1) menjadi penerjemah

informasi dari luar menurut wawasan pengalamannya; (2) memberikan contoh kepada pengikutnya; (3) melegitimasi atau menolak inovasi-inovasi yang mudah dan sulit dilakukannya; dan (4) memengaruhi perubahan norma dalam kelompoknya.

Dijumpai pula bahwa semakin kuat norma ibu-ibu responden yang berkaitan dengan perbaikan gizi dalam masyarakat maka semakin meningkat tingkat adopsi inovasi mereka. Ini berarti bahwa norma perbaikan gizi yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat sangat menunjang meningkatnya kecepatan adopsi responden terhadap inovasi PMT bayi.

Dengan demikian, Hipotesis 7b yang diajukan dalam penelitian ini dapat diterima. Menurut Jahi (1989), suatu gagasan yang tidak sesuai dengan tata nilai dan norma yang berlaku dalam masyarakat tidak akan diadopsi secepat inovasi lain yang sesuai dengan nilai-nilai dan norma-norma tersebut. Havelock mengatakan bahwa norma masyarakat cenderung berhubungan dengan tingkat adopsi karena kedekatan tempat tinggal atau hidup bertetangga. Menurut van den Ban dan Hawkins, norma masyarakat dapat saja berubah dengan kerja keras penyuluh yang menyatakan norma tersebut sudah tidak berlaku lagi dalam masyarakat tersebut. Namun demikian, jika anggota masyarakat tidak menghendakinya, maka norma tersebut tidak akan berubah. Oleh sebab itu, menurut Berlo, orang-orang dari kelompok yang sama lebih mudah melakukan komunikasi karena cenderung memiliki pandangan dan norma yang sama. Demikian pula, menurut Hepi Hapsari, masyarakat yang aktif di organisasi sosial kemasyarakatan yang sama cenderung mudah memperoleh informasi sesuai yang dibutuhkan daripada yang tidak.

Sebaliknya, pengaruh negatif hasil analisis regresi dijumpai pada peubah saluran antarpribadi yang menyatakan bahwa semakin meningkat penggunaan saluran antarpribadi pada tahap berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, semakin menurun tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa perbedaan jumlah penggunaan saluran antarpribadi pada tahap berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi tidak lagi mampu mengakibatkan bertambahnya kecepatan adopsi ibu-ibu responden. Kurang responsnya sasaran terhadap materi penyuluhan yang diberikan tidak selalu bersumber pada jumlah penggunaan saluran antarpribadi yang memadai, akan tetapi dapat juga disebabkan

kurang disiplinnya saluran komunikasi antarpribadi (penyuluh) dalam melakukan pekerjaannya. Menurut Lippit (Mardikanto, 1988; dan Berlo, 1960), agar dapat melakukan tugasnya dengan baik, maka seorang penyuluh harus mempunyai kualifikasi sebagai berikut: (1) kemampuan berkomunikasi; (2) kepribadian yang menarik; (3) kemampuan untuk melaksanakan tugas; (4) kesediaan untuk bekerja sama dengan masyarakat sasaran; dan (5) kemampuan pengetahuan dan sikap.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan saluran bidan desa pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin menurun tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah saluran bidan desa pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi, tidak lagi menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu karena ketersediaan saluran bidan desa sudah cukup memberikan dukungan sebagai sumber informasi. Menurut Singh dan Pareek (Hepi Hapsari), jika para penyuluh telah dipercaya sebagai pembawa inovasi yang baik oleh masyarakat, maka mereka akan tetap dipercaya sebagai sumber informasi terutama dengan jenis inovasi yang sama.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan teknik penyuluhan pada tahap berminat dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin menurun tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan teknik penyuluhan pada tahap berminat dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi cenderung tidak lagi meningkatkan kecepatan adopsi ibu-ibu responden tentang inovasi PMT bayi karena ketersediaan teknik penyuluhan sudah optimal memberikan dukungan untuk mendekatkan hubungan antara inovasi dengan sasaran.

Menurut Mardikanto, dalam kegiatan penyuluhan dapat digunakan teknik-teknik penyuluhan yang berhubungan langsung dan tidak langsung dengan sasaran, seperti: nasihat, ceramah, anjingsana, demonstrasi, diskusi, dan beberapa teknik lainnya. Penggunaan berbagai teknik penyuluhan dalam penyuluhan pertanian, pembangunan masyarakat dan program pendidikan orang dewasa, menurut van den Ban dan Hawkins dapat membantu mengenali diri pribadi sasaran dan menemukan solusi permasalahan yang mereka hadapi. Misalnya

dalam penggunaan teknik diskusi kelompok tentang beberapa hal, maka dapat melahirkan konsensus dan keputusan kelompok. Hasil analisis regresi menggambarkan bahwa semakin meningkat pendapatan rumah tangga, maka semakin menurun tingkat adopsi inovasi PMT responden. Jadi, Hipotesis Sb yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Ini berarti bahwa dengan meningkatnya pendapatan rumah tangga ibu-ibu responden, maka cenderung tidak lagi memengaruhi meningkatnya kecepatan adopsi mereka tentang inovasi PMT bayi karena mereka dapat dengan mudah memperoleh dan mempraktikkan PMT-PMT tersebut pada bayinya. Demikian pula mereka juga akan semakin mudah mengakses informasi PMT bayi baik melalui saluran media massa maupun saluran lainnya. Kedua jenis inovasi PMT bayi untuk menerapkannya dengan baik secara terus-menerus memerlukan dukungan dana yang cukup berarti. Dengan demikian, semakin besar pendapatan rumah tangga maka semakin besar pula kesempatan dan kemampuan untuk menerapkan PMT bayi tanpa melakukan tindakan pengurangan dosis seperti yang dilakukan sebagian masyarakat dalam pemberian susu buatan pada bayinya. Lionberger (1960) mengatakan bahwa dalam bidang pertanian pendapatan rumah tangga berhubungan secara positif dengan tingkat adopsi dan difusi inovasi pertanian. Uraian di atas didukung oleh hasil penelitian Hepi Hapsari (1994) yang menyatakan bahwa responden dari keluarga mampu mencari informasi penganekaragaman pangan sampai pada tingkat berinteraksi dan saling berdiskusi dengan lawan bicaranya, sedangkan keluarga tidak mampu mencari informasi baru pada taraf tertarik dan bertanya. Hal ini berarti bahwa golongan masyarakat berpendapatan tinggi menggunakan biaya lebih besar dalam mencari informasi daripada golongan masyarakat berpendapatan rendah karena mereka melakukan interaksi berkali-kali dengan sumber informasi. Namun demikian, menurut Jahi (1988), kelompok-kelompok dengan status sosial ekonomi rendah tidaklah sepenuhnya tidak memiliki informasi tetapi cenderung kurang tahu dibandingkan dengan kelompok-kelompok dengan status sosial ekonomi tinggi.

Begitu pula, semakin meningkat keterampilan pangan responden, maka semakin menurun tingkat adopsinya terhadap PMT bayi atau dengan kata lain, semakin meningkat keterampilan pangan responden cenderung tidak lagi menambah kecepatan adopsinya terhadap inovasi

PMT bayi. Jadi, Hipotesis 6b yang diajukan dalam penelitian ini dapat diterima. Ini berarti bahwa meskipun kecepatan adopsi inovasi PMT bayi tidak lagi meningkat disebabkan semakin meningkatnya keterampilan pangan ibu, akan tetapi PMT bayi tetap diberikan karena mudah menerapkannya (pemilihan, penyiapan, dan penyajian). Pembentukan keterampilan seseorang dapat diperoleh melalui proses pendidikan dan latihan. Menurut Mosher (1987), pendidikan merupakan salah satu syarat dalam menciptakan suatu pembangunan karena dapat memberikan keterampilan yang diperlukan untuk hidup bermasyarakat. Oleh sebab itu, hasil penelitian Kusai (1996) menunjukkan bahwa peningkatan frekuensi interaksi yang cukup intensif dengan lembaga terkait menyebabkan petani ikan memiliki kesadaran, pengetahuan, keterampilan, serta kemampuan memadukan beragam informasi yang diperolehnya dan menerapkan dalam usaha taninya.

Selain peubah-peubah yang mempunyai pengaruh nyata terhadap peubah responsnya, maka berikut ini diuraikan peubah-peubah yang memberikan pengaruh tidak nyata terhadap peubah responsnya. Hasil analisis peubah-peubah yang memiliki hubungan positif menunjukkan bahwa peubah tipe pemukiman responden mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden di daerah perkotaan cenderung sama dengan ibu-ibu di daerah pedesaan. Ini berarti bahwa perbedaan situasi dan kondisi kehidupan masyarakat antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan tidak jauh berbeda, termasuk kemampuan mengakses informasi. Tidak berbedanya kecepatan adopsi di daerah perkotaan dengan di daerah pedesaan menurut analisis regresi, didukung juga oleh hasil deskripsi data peubah tingkat adopsi inovasi PMT bayi responden menurut tipe pemukiman. Rentang nilai minimum (0,2713) dan maksimum (0,8093) tingkat adopsi inovasi PMT bayi lebih lebar di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan (nilai minimum adalah 0,2980 dan nilai maksimum adalah 0,7797). Selanjutnya, jika diamati lebih cermat nilai median (0,4613) daerah perkotaan, maka nilai tersebut berada di bawah nilai median (0,4987) daerah pedesaan (Tabel 5). Dengan kata lain, terdapat kecenderungan kecepatan adopsi inovasi ibu-ibu responden di daerah perkotaan dengan di daerah pedesaan adalah sama. Ini berarti bahwa akses masyarakat terhadap inovasi dan informasi baik melalui penyuluhan di posyandu,

di luar posyandu termasuk penggunaan berbagai saluran media massa dan alat-alat komunikasi lainnya cenderung sama antara di daerah perkotaan dengan di daerah pedesaan.

Hasil analisis regresi menyatakan bahwa jumlah penggunaan saluran antarpribadi pada tahap mengetahui, Memutuskan dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa perbedaan jumlah penggunaan saluran antarpribadi ibu-ibu pada tahap mengetahui, mengambil, dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi tidak lagi mengakibatkan perbedaan dalam kecepatan adopsinya pengaruh positif pada koefisien regresi berarti bahwa semakin banyak jumlah saluran antarpribadi pada tahap mengetahui, mengambil, dan konfirmasi keputusan yang digunakan ibu-ibu responden, maka semakin tinggi kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan saluran antarpribadi pada tahap mengetahui, mengambil, dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi masih mampu menaikkan kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Tidak responsnya sasaran terhadap materi penyuluhan dapat juga disebabkan saluran antarpribadi (penyuluh) masih kurang menyelami permasalahan sasaran. Menurut Mardikanto (1988), seorang penyuluh harus mampu membina hubungan dengan memahami keadaan sebenarnya (yang belum dirasakan oleh warga masyarakat) serta menunjukkan jalan yang harus ditempuh dengan meninggalkan cara-cara yang selama ini mereka lakukan untuk memecahkan masalah yang sedang mereka hadapi. Selanjutnya dikatakan bahwa penyuluh harus mempunyai sikap: (1) terhadap dirinya sendiri (percaya diri rendah diri); (2) terhadap pesan yang disampaikan; dan (3) terhadap sasarannya.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa peubah saluran bidan desa khususnya pada tahap berminat mempunyai pengaruh yang tidak dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Meskipun demikian, nilai koefisien regresi positif menunjukkan bahwa semakin meningkat penggunaan saluran bidan desa khususnya pada tahap berminat, maka semakin meningkat pula kecepatan adopsi responden terhadap inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa dengan penambahan saluran bidan desa pada tahap berminat dalam penyuluhan gizi di posyandu khususnya, maka cenderung masih dapat menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi responden. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Hepi Hapsari

(1994) yang menyatakan bahwa banyak di antara responden yang lebih senang bertanya kepada petugas (petugas kesehatan termasuk bidan, PPL, dan PLKB) dengan alasan jawaban yang diberikan lebih akurat. Begitu pula, hasil penelitian Kusai (1996) yang menyatakan bahwa interaksi dengan lembaga penyuluhan dapat menaikkan tingkat adopsi petani Karamba.

Terdapat pengaruh yang tidak nyata antara jumlah saluran media massa pada tahap mengetahui, memutuskan, dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi dengan tingkat adopsinya. Ini berarti bahwa perbedaan jumlah penggunaan saluran media massa pada tahap mengetahui, mengambil, dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi tidak lagi mengakibatkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden. Pengaruh positif pada koefisien regresi berarti semakin banyak jumlah saluran media massa yang digunakan ibu-ibu responden pada tahap mengetahui, mengambil, dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin tinggi kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan saluran media massa pada tahap-tahap proses adopsi tersebut cenderung masih mampu menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden. Menurut Jahi (1988) saluran media massa dapat menyediakan informasi pada sasaran dan memotivasi mereka agar mengadopsi inovasi-inovasi tertentu. Menurut Hepi Hapsari (1994), penggunaan saluran media massa tidak selalu berarti masyarakat harus membeli atau mempunyai sendiri, akan tetapi ada juga berasal dari meminjam, membeli secara berkelompok, nonton TV atau dengan radio di rumah teman/tetangga. Shoemaker (Depari dan Mac Andrews, 1985 dan Jahi, 1988) mengatakan bahwa terdapat tiga fungsi media massa dalam pembangunan, yaitu: (1) memberi tahu rakyat tentang pembangunan; (2) membantu rakyat berpartisipasi dalam pembangunan; dan (3) mendidik rakyat agar memiliki keterampilan. Menurut Katz dan Laz arfeld (Rogers, 1983), selama beberapa dasawarsa orang percaya bahwa media massa dapat menimbulkan efek langsung, segera, dan dahsyat memengaruhi perilaku sasaran. Dikatakan pula bahwa efek media massa tidaklah sedahsyat dan langsung seperti yang diperkirakan semula, melainkan perilaku sasaran lebih dipengaruhi oleh interaksi tatap muka sasaran dengan pemuka pendapat. Hal ini menunjukkan bahwa peran satu saluran

komunikasi tidaklah memberikan hasil yang optimal, melainkan harus dikombinasikan dengan saluran lainnya.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa peubah jenis informasi pada tahap berminat, memutuskan, dan konfirmasi keputusan mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Koefisien regresi positif menunjukkan semakin banyak jumlah penggunaan jenis informasi inovasi terutama pada tahap berminat, mengambil, dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin meningkat pula kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah jenis informasi tentang inovasi PMT bayi masih dapat memengaruhi meningkatnya kecepatan adopsi inovasi responden karena jenis informasi yang kemungkinan dapat diperoleh pada tahap berminat dan memutuskan adalah masing-masing empat jenis (manfaat dan ciri-ciri inovasi, keuntungan sosial ekonomi; prosedur kerja inovasi dan pengalaman sendiri atau orang lain tentang penerapan inovasi) serta pada tahap konfirmasi keputusan adalah dua jenis saja (prosedur kerja inovasi dan pengalaman sendiri atau orang lain tentang penerapan inovasi). Menurut Soekartawi (1988), oleh karena dalam proses adopsi inovasi diperlukan jenis informasi yang cukup, maka calon adopter biasanya mencari sumber informasi yang relevan. Ada tiga hal yang diperlukan calon adopter, yaitu: (1) adanya pihak lain yang telah mengadopsi inovasi dan berhasil dengan baik; (2) adanya suatu proses adopsi inovasi yang berjalan secara sistematis sehingga dapat dengan mudah diikuti oleh calon adopter, dan (3) adanya hasil adopsi inovasi yang sukses dalam pengertian telah dapat memberikan keuntungan.

Hasil analisis regresi terlihat bahwa peubah teknik penyuluhan khususnya tahap mengambil keputusan mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Meskipun demikian koefisien regresi positif menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah teknik penyuluhan yang digunakan responden pada tahap mengambil keputusan dalam proses adopsi, maka semakin meningkat kecepatan adopsi inovasi PMT bayi mereka. Ini berarti bahwa peranan teknik penyuluhan yang digunakan responden pada tahap mengambil keputusan merupakan kunci utama keberhasilan proses adopsi inovasi PMT bayi yang pada akhirnya menyebabkan bertambahnya kecepatan adopsi inovasi responden. Penggunaan teknik penyuluhan yang banyak

seperti: nasihat, diskusi, anjingsana, demonstrasi, dan beberapa teknik lainnya; memberikan implikasi bahwa terjadi kontak antara sasaran dengan banyak saluran antarpribadi. Menurut Hepi Hapsari (1994), dalam mencari informasi pangan dan gizi kepada narasumber, responden tidak membatasi diri hanya pada petugas tertentu (petugas kesehatan, PPL, dan PLKB) atau kader (posyandu dan PKK), akan tetapi juga kepada orang lain yang dianggap menguasai masalah pangan dan gizi. Jika dikaitkan dengan pendapatan keluarga, maka Hepi Hapsari selanjutnya mengatakan bahwa responden yang berasal dari keluarga mampu mencari informasi penganekaragaman pangan dengan cara berinteraksi dan berdiskusi dengan lawan bicaranya, sedangkan mereka yang berasal dari keluarga kurang mampu mencari informasi baru pada taraf tertarik dan bertanya pada satu orang tertentu.

Terdapat pengaruh yang tidak antara keterdedahan ibu-ibu responden terhadap media massa dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Ini menunjukkan perbedaan keterdedahan ibu-ibu responden terhadap media massa tidak menimbulkan perbedaan dalam kecepatan adopsinya. Namun demikian, nilai koefisien regresi positif berarti bahwa semakin tinggi keterdedahan ibu-ibu responden terhadap media massa maka semakin bertambah kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa peningkatan keterdedahan ibu-ibu responden melalui penambahan jumlah penggunaan media massa, cenderung mampu menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Hasil tersebut di atas, didukung oleh Hepi Hapsari yang mengatakan bahwa responden yang terdedah oleh media massa tidak selalu berasal dari membeli atau mempunyai sendiri, akan tetapi ada juga yang berasal dari meminjam, membeli secara kelompok, menonton televisi atau mendengarkan radio di rumah tetangga. Shore selanjutnya mengatakan bahwa media massa menyajikan berbagai informasi yang luas sehingga dapat memperkaya wawasan seseorang tentang berbagai masalah. Yang jelas, menurut Boserup, responden yang banyak terdedah oleh media massa cenderung lebih baik pengetahuan gizinya.

Terdapat pengaruh yang tidak nyata antara peran pengambilan keputusan PMT bayi yang dilakukan ibu-ibu responden dan unit keputusan lainnya terhadap tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Ini menunjukkan bahwa perbedaan peran dominan pengambilan keputusan PMT bayi antara ibu-ibu responden dengan pihak lainnya cenderung

tidak lagi mampu menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Meskipun demikian, nilai koefisien regresi positif menunjukkan bahwa semakin dominan peran ibu-ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi, maka semakin meningkat kecepatan adopsinya. Hal ini bisa dipahami karena peran dominan ibu-ibu tersebut menyebabkan mereka bertanggung jawab sepenuhnya terhadap keadaan kesehatan dan gizi bayinya. Oleh karena itu, upaya-upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan dan gizi bayi dilakukan ibu-ibu dengan sungguh-sungguh dan sepenuh hati.

Dalam melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti memelihara anak termasuk memberi makan bayi dan anak balita, banyak peran-peran dominan atau tidak yang terlibat di dalamnya, misalnya: istri, suami, kakek/nenek/mertua/orang tua, pembantu, dan peran lainnya. Distribusi responden menurut peran dominan pengambilan keputusan PMT bayi dapat dilihat pada Tabel 4. Pada tabel tersebut tampak bahwa distribusi responden menurut peran dominan istri sebagai pengambil keputusan PMT bayi masih sangat tinggi (88,8 dan 98,8 %) baik di daerah perkotaan lebih-lebih di daerah pedesaan, sedangkan peran dominan lainnya ditempati oleh mertua/orang tua, suami, dan pembantu rumah tangga. Dengan demikian, Hipotesis 8 yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Jika ditelusuri lebih jauh perbandingan daerah perkotaan dengan pedesaan, maka perbedaan peran dominan ibu responden sekitar 10,0 persen cenderung memberikan pengaruh yang tidak nyata terhadap penentuan PMT bayi. Ini berarti bahwa urusan pemberian makanan tambahan pada bayi cenderung masih merupakan tanggung jawab ibu sepenuhnya baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Bila dikaitkan dengan perbedaan sekitar 10,0 persen peran dominan ibu dalam pengambilan keputusan PMT bayi antara daerah perkotaan dan pedesaan, maka perbedaan tersebut ada kemungkinan disebabkan sekitar 30,0 persen responden berstatus keluarga luas atau sebaliknya sekitar 70,0 persen ibu-ibu di daerah pedesaan berstatus keluarga inti pada Tabel 4 yang mana pemberian PMT pada bayinya lebih banyak diputuskan sendiri tanpa bantuan dari keluarga dekat daripada dibantu oleh anggota keluarga lain.

Didapati pula pengaruh yang tidak nyata antara jumlah penggunaan peralatan penyuluhan dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah peralatan

penyuluhan tidak lagi dapat mengakibatkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Hubungan positif berarti bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan peralatan penyuluhan maka semakin meningkat kecepatan adopsi ibu-ibu responden terhadap inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa jika peralatan penyuluhan semakin bertambah maka cenderung dapat menambah kecepatan adopsi responden karena ketersediaan peralatan penyuluhan yang digunakan cukup menunjang kegiatan penyuluhan gizi. Peralatan-peralatan penyuluhan yang dimaksud adalah poster/ flipchart, barang asli, barang tiruan, foto-foto, dan peralatan lainnya. Menurut Ooy Sunarya (Mardikanto, 1993), alat peraga penyuluhan sebenarnya tidak sekadar berfungsi sebagai alat peraga atau penjelas, melainkan memiliki fungsi yang beragam, yaitu: (1) menarik atau memusatkan perhatian sasaran; (2) memperjelas pengertian tentang segala sesuatu yang diuraikan penyuluh; (3) membuat penyuluhan lebih efektif; (4) menghemat waktu penyuluh dalam menjelaskan materi; dan (5) memberikan kesan yang lebih mendalam sehingga tidak mudah melupakan materi penyuluhan.

Sikap ibu-ibu responden terhadap pangan mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Jadi, Hipotesis 6c yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Ini berarti bahwa perbedaan sikap ibu-ibu terhadap pangan tidak menimbulkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Nilai koefisien regresi positif berarti bahwa semakin baik sikap ibu-ibu responden terhadap pangan maka semakin tinggi kecepatan adopsinya. Seharusnya peningkatan sikap sasaran seharusnya seiring dengan peningkatan kecepatan adopsinya karena sikap merupakan motor penggerak dari perilaku, sedangkan pengetahuan dan keterampilan lebih berperan dalam menentukan kualitas perilaku. Tidak nyatanya pengaruh sikap terhadap tingkat adopsi kemungkinan karena tidak bervariasinya nilai-nilai dalam peubah sikap itu sendiri (misalnya, nilai minimum dan maksimum di daerah perkotaan adalah -1,0922 dan 0,9784, sedangkan nilai minimum dan maksimum daerah pedesaan adalah -1,2019 dan 1,1486) (pada Tabel 5). Ini berarti bahwa nilai-nilai sikap ibu-ibu tersebut cenderung sama atau kurang bervariasi antara daerah perkotaan dengan pedesaan. Demikian pula hasil analisis ragam peubah sikap menunjukkan bahwa meskipun nilai peluang sumber keragaman "modern" dan "desa" (masing-masing  $Pr = 0,0001$ ) sangat nyata (taraf nyata 1%), akan tetapi nilai peluang

sumber keragaman tipe pemukiman ( $Pr = 0,9662$ ) tidak berpengaruh nyata hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 8 berikut.

**Tabel 8.** Analisis Ragam Peubah Sikap Ibu terhadap Pangan Menurut Tipe Pemukiman Desa

Sumber	Db	Jumlah Kuadrat	Kuadrat Tengah	F hit	Pr>F
Model	3	3.18705768	1,06235256	7,90	0,0001
Pemukiman	1	0.00024179	0,00024179	0,00	0,9662
Desa	2	3.186811588	1,59340794	11,84	0,0001
Galat	156	20.98575751	0,13452409		
Total	159	24.1728158			

Pada tabel 8 ini berarti bahwa variasi nilai sikap antar tipe pemukiman tidak menunjukkan perbedaan yang nyata. Hal ini disebabkan penyusunan pertanyaan-pertanyaan peubah sikap yang kurang variatif ataukah karena jumlah sampel khususnya untuk kebutuhan pengukuran sikap yang tergolong masih sedikit. Oleh karena itu, perkembangan sikap positif terhadap pangan khususnya, bidang pembangunan lain pada umumnya merupakan modal dalam menunjang pembangunan.

Menurut Mardikanto, kemauan untuk membangun ditentukan oleh sikap mental yang mereka miliki, meliputi: (1) sikap untuk meninggalkan nilai-nilai yang menghambat pembangunan; (2) sikap terhadap penguasa atau pelaksana pembangunan; (3) sikap untuk selalu ingin memperbaiki mutu hidup dan tidak cepat puas diri; (4) sikap kebersamaan untuk dapat memecahkan masalah dalam rangka tercapainya tujuan pembangunan; dan (5) sikap kemandirian atau percaya diri atas kemampuan untuk memperbaiki kehidupannya.

Sebaliknya pengaruh negatif peubah-peubah bebas dapat dijumpai pada uraian berikut ini. Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa penggunaan saluran bidan desa pada tahap mengetahui, memutuskan, dan konfirmasi mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi mereka tentang inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah saluran bidan desa pada tahap mengetahui, mengambil, dan konfirmasi keputusan tidak lagi meningkatkan kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden karena

ketersediaan saluran bidan desa sudah cukup memberikan dukungan sebagai sumber informasi. Kurang meningkatnya kecepatan adopsi inovasi sasaran dalam penyuluhan gizi khususnya di posyandu, diduga bersumber pada kurang dipahaminya peran yang harus dimainkan oleh para penyuluh gizi. Peran penyuluh sebagai agen pembaru, digambarkan oleh Lionberger dan Gwin (Mardikanto, 1988) adalah memiliki tugas ganda, yaitu untuk menyampaikan informasi dan sekaligus berupaya mengubah perilaku sasarannya. Keberhasilan penyuluh melaksanakan tugas juga dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial budaya yang dimilikinya, yang berarti sedikitnya memiliki latar belakang sosial budaya yang sama dengan sasarannya.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang tidak nyata antara jumlah penggunaan jenis informasi pada tahap mengetahui dalam proses adopsi inovasi PMT bayi dengan tingkat adopsi ibu responden. Dengan kata lain, perbedaan jumlah penggunaan jenis informasi pada tahap mengetahui dalam proses adopsi inovasi PMT bayi tidak lagi mengakibatkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden. Hubungan negatif menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan jenis informasi khususnya pada tahap mengetahui dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin menurun pula kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan jenis informasi pada tahap mengetahui dalam proses adopsi inovasi cenderung tidak lagi menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden. Hal ini dapat saja terjadi jika pada setiap tahap proses adopsi, jumlah penggunaan jenis informasi hanya mengandalkan ketersediaan jenis informasi yang ada. Misalnya jenis informasi yang harus dimiliki pada tahap mengetahui adalah informasi “keterangan umum tentang inovasi yang diperkenalkan” dan tidak lagi ditambah dengan jenis informasi lainnya seperti: informasi tentang manfaat dan ciri-ciri inovasi, keuntungan sosial ekonomi inovasi, prosedur kerja inovasi, dan bukti-bukti keberhasilan penerapan inovasi yang telah dilakukan selama ini.

Jumlah penggunaan teknik penyuluhan pada tahap mengetahui dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi mempunyai pengaruh yang tidak nyata terhadap tingkat adopsinya. Nilai koefisien regresi negatif menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah penggunaan teknik penyuluhan khususnya pada tahap mengetahui

dan konfirmasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, maka semakin menurun kecepatan adopsinya. Ini berarti bahwa dengan penambahan jumlah penggunaan teknik penyuluhan pada tahap mengetahui dan konfirmasi dalam proses adopsi inovasi cenderung tidak lagi mampu menambah kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden karena ada kemungkinan teknik penyuluhan yang digunakan jarang mencapai sasaran perorangan, misalnya diskusi, nasihat, dan lain-lain.

Hasil analisis regresi menggambarkan bahwa status keluarga mempunyai pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Dengan demikian, Hipotesis 9 yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan status keluarga luas dengan keluarga inti ibu-ibu responden tidak menimbulkan perbedaan yang berarti dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa saudara/kakak/adik/kakek/nenek/paman/bibi atau anggota keluarga lainnya cenderung tidak memberikan andil yang berarti dalam meningkatkan kecepatan adopsi ibu-ibu responden tentang inovasi PMT bayi karena informasi gizi tidak hanya dapat diperoleh dari sanak keluarga akan tetapi dapat pula diperoleh dari sumber informasi lainnya, seperti saluran media massa.

Begitu pula, status pekerjaan ibu-ibu responden seperti digambarkan hasil analisis regresi memberikan pengaruh yang tidak nyata dengan tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Dengan demikian, Hipotesis 5c yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kecepatan adopsi inovasi PMT bayi antara status ibu-ibu yang bekerja dengan yang tidak bekerja. Ini berarti bahwa ibu-ibu yang bekerja cenderung tidak mampu menambah kecepatan adopsi mereka karena inovasi PMT bayi dapat pula diperoleh di lingkungan rumah atau tidak harus bekerja di luar rumah. Boserup (1984) menyatakan bahwa pada umumnya pekerjaan utama wanita di pedesaan adalah tinggal di rumah, memasak, mencuci, membersihkan rumah, membesarkan anak dan jika bekerja di luar rumah hal itu dimaksudkan hanyalah untuk menambah pendapatan keluarga.

Kepercayaan pangan ibu-ibu responden mempunyai pengaruh yang tidak nyata terhadap tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Ini menunjukkan bahwa perbedaan kepercayaan gizi ibu-ibu tidak menimbulkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Nilai koefisien regresi negatif berarti bahwa semakin baik kepercayaan pangan ibu-ibu responden

terhadap pangan maka semakin menurun kecepatan adopsinya tentang inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa kuatnya kepercayaan pangan ibu-ibu responden cenderung tidak menyebabkan meningkatnya kecepatan adopsi inovasi PMT bayi karena dalam menerapkan inovasi PMT bayi tidak harus dilandasi oleh kuatnya kepercayaan ibu-ibu responden terhadap pangan. Begitu pula, biasanya kepercayaan ibu terhadap pangan diperoleh secara turun-temurun sedangkan proses adopsi inovasi banyak ditentukan oleh saluran antarpribadi dan media massa.

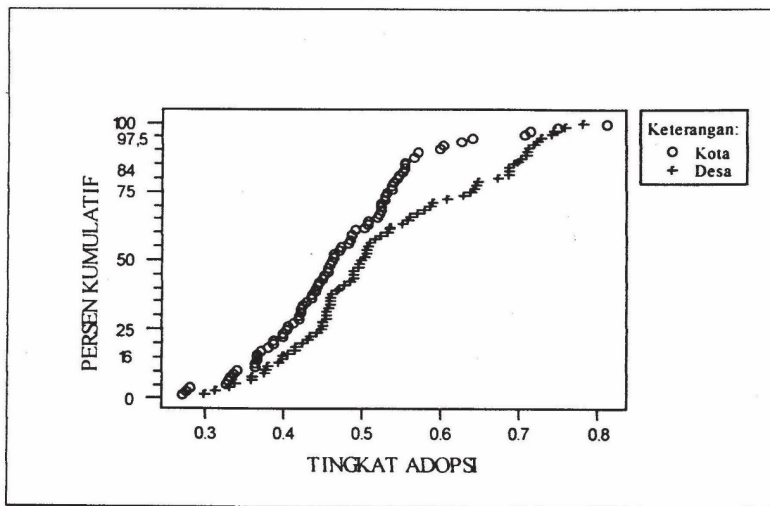
Hasil analisis regresi menggambarkan bahwa persepsi ibu-ibu responden tentang keinovatifan masyarakat mempunyai pengaruh yang tidak nyata terhadap tingkat adopsi inovasi PMT bayi. Dengan demikian, Hipotesis 7c yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Ini berarti bahwa perbedaan persepsi tentang keinovatifan masyarakat tidak lagi menimbulkan perbedaan dalam kecepatan adopsi inovasi PMT bayi. Hubungan negatif pada koefisien regresi menunjukkan bahwa semakin inovatif ibu-ibu responden maka semakin menurun kecepatan adopsinya. Hal ini berarti bahwa dengan meningkatkan keinovatifan masyarakat tidak menyebabkan bertambahnya kecepatan adopsi inovasi PMT bayi karena untuk mempraktikkan PMT bayi ibu-ibu responden tidak perlu harus terlebih dahulu menjadi inovatif. Menurut Rogers (1993), keinovatifan pemimpin masyarakat sebagian bergantung pada sistem norma dan kepercayaan di tempat mereka berada. Jika masyarakat menyukai keinovatifan, maka biasanya pemimpin-pemimpin mereka sedikit lebih inovatif daripada kebanyakan lainnya.

Seperti telah dijelaskan bahwa proses difusi inovasi dapat juga digambarkan dalam bentuk kurva tabel II atau kurva S 11 (Havelock, 1971; Rogers, 1983; van den Ban dan Hawkins, 1988; dan Lionberger dan Gwin, 1991). Sebagai implikasi kedua kurva tersebut, ahli-ahli difusi biasanya mengelompokkan penerima inovasi sebagai berikut: (1) perintis (*innovator*) yang menempati sekitar 2,5 persen dari populasi; (2) pelopor (*early adopter*) sekitar 13,5 persen; (3) penganut dini (*early majority*) sekitar 34 persen; (4) penganut lambat (*late majority*) sekitar 34 persen; dan (5) kaum kolot (*laggard*) sekitar 16 persen. Menurut Rogers (1983), kategori pengadopsi biasanya dianggap sebagai segmen-segmen frekuensi kurva difusi baik yang berbentuk tabel maupun menurut Havelock (1971) kurva yang berbentuk 11S. Adapun wujud proses difusi inovasi PMT bayi pada ibu-ibu responden di daerah penelitian, dapat

disajikan dalam bentuk kurva “S” yang menggambarkan hubungan antara tingkat adopsi PMT bayi sebagai sumbu horizontal dengan persentase kumulatif pada sumbu vertikalnya (Gambar 5).

Gambar 5, kurva S menunjukkan bahwa kenaikan persentase kumulatif ibu-ibu responden seiring dengan peningkatan kecepatan adopsi mereka terhadap inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun daerah pedesaan. Jika dicermati secara mendalam menurut tipe pemukiman, maka secara keseluruhan kecepatan adopsi inovasi PMT bayi lebih tinggi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan, meskipun selisihnya tidak berbeda nyata.

Menurut Jahi ( 1988), pada mulanya hanya sedikit orang yang mau mempelajari dan bersikap positif pada suatu inovasi, dan yang mau mencoba atau mengadopsi inovasi tersebut lebih sedikit lagi jumlahnya. Dengan berlalunya waktu, dan jika difusi inovasi itu berhasil, maka lebih banyak orang yang mengadopsi inovasi tersebut.



**Gambar 5.** Kurva “S” Tingkat Adopsi Inovasi PMT Bayi

Jika ditelusuri lebih jauh proses difusi inovasi PMT bayi pada ibu-ibu responden, maka gambaran tersebut dapat diungkapkan oleh data tentang keadaan ibu-ibu responden dalam menyebarkan inovasi PMT bayi yang sebelumnya mereka telah adopsi. Untuk lebih jelasnya keadaan ibu-ibu responden dalam menyebarkan inovasi PMT bayi kepada pihak lain dapat dilihat pada Tabel 4.

Pola distribusi ibu-ibu responden yang menerima dan menyebarkan kembali inovasi PMT bayi kepada anggota masyarakat lainnya cenderung berbeda yakni persentase responden yang menyebarkan inovasi PMT bayi lebih rendah (27,5 %) di daerah perkotaan daripada (57,5%) di daerah pedesaan. Sebaliknya, persentase responden yang tidak menyebarkan inovasi PMT bayi adalah lebih tinggi (62,5%) di daerah perkotaan daripada (42,5%) di daerah pedesaan. Ini berarti bahwa penyebaran inovasi PMT bayi kepada anggota masyarakat lainnya lebih luas di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Hal ini disebabkan aktivitas penyuluhan gizi lebih baik di daerah pedesaan daripada di perkotaan.

Jika disimak lebih jauh sasaran penyebaran inovasi PMT bayi, maka dari sejumlah 22 orang responden di daerah perkotaan dan 46 orang di pedesaan terdapat sejumlah 100 persen di daerah perkotaan dan 87,0 persen yang menyebarkannya kepada tetangganya. 95,4 persen di daerah perkotaan dan 87,0 persen responden yang menyebarkan kepada temannya. 18,2 dan 4,6 persen responden di daerah perkotaan dan tidak satupun responden di daerah pedesaan yang menyebarkan inovasi PMT bayi kepada peserta arisan dan pengurus PKK dan 9,0 persen di daerah perkotaan dan 17,4 persen di daerah pedesaan menyebarkan inovasi kepada pihak lainnya. Hal ini berarti bahwa sasaran utama penyebaran inovasi PMT bayi yang dilakukan ibu-ibu adalah tetangga dan teman mereka. Menyebarnya suatu inovasi dari sasaran satu kepada lainnya merupakan gambaran adanya proses difusi dalam suatu masyarakat. Rogers dan Kincaid (1981) menyatakan bahwa peran individu-individu dalam menghubungkan antara satu dengan lainnya dapat memperlancar proses difusi inovasi dalam suatu sistem sosial. Di desa-desa Korea Selatan, selanjutnya dikatakan bahwa ditemukan ibu-ibu yang terikat dalam suatu jaringan komunikasi, terutama karena keanggotaan mereka dalam kelompok ibu-ibu peserta KB. Begitu pula menurut Finlayson (Rogers dan Kincaid, 1981). Laki-laki penderita serangan jantung lebih cepat sembuh dan dapat kembali bekerja bilamana istri-istri mereka memperoleh banyak dukungan dalam jaringan sosial daripadanya mereka terlibat. Program kelompok “dasa wisma” yang dipimpin oleh seorang leader PKK merupakan pendekatan lain yang ditempuh pemerintah melalui program PKK yang dimaksudkan untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan

pembangunan khususnya dalam pembinaan kesejahteraan keluarga. Kelompok dasa wisma yang terdapat di Kecamatan Ciawi adalah berjumlah 570 kelompok sedangkan di Kecamatan Cijeruk berjumlah 1.158 kelompok. Kelompok “dasa wisma” tersebut merupakan media pembinaan sekaligus pemantauan pelaksanaan program PKK yang telah dijalankan selama ini. Seperti halnya di Cina menurut Rogers dan Kincaid, jaringan komunikasi sengaja digunakan untuk mengubah perilaku masyarakatnya. Setiap orang dewasa menjadi anggota suatu kelompok studi yang berasal dari rekan sekerja, tetangga, atau teman yang berjumlah sekitar 10-12 orang. Kelompok tersebut dipimpin oleh seorang kader yang berdedikasi dan terlatih. Ia membaca surat kabar yang disediakan pemerintah dan menjelaskan berita-berita yang tertera di dalam kepada anggota kelompoknya. Selanjutnya, anggota kelompok diminta mengkritik perilakunya sendiri dan perilaku orang lain untuk memotivasi ke arah perubahan. Uraian-uraian tersebut di atas menurut Jahi (1988) menunjukkan bahwa perilaku seseorang, untuk sebagian, dipengaruhi oleh hubungan orang tersebut dengan lain atau oleh jaringan komunikasi yang diikutinya.

Jika dibandingkan antara konsep-konsep teori difusi yang dikemukakan oleh para ahli dengan temuan di lapangan, maka hasil penelitian ini akan memberikan pengayaan pada konsep tersebut. Menurut Rogers (1983), dalam proses penyebaran suatu inovasi asumsi dasar yang digunakan adalah inovasi tersebut benar-benar baru bagi sasaran. Jadi, sasaran dianggap homogen dan bahkan menurut Roling (1988) bahwa Rogers menganggap antara “inovator” dan “sikolof” merupakan anggota sistem sosial yang sama. Padahal dalam kenyataannya masyarakat bersifat sangat heterogen. Dalam bukunya, Roling (1988) memberikan contoh proses difusi inovasi dengan mengutamakan strategi petani maju akan sulit menembus kelas-kelas sosial yang ada karena masyarakat cukup heterogen, sehingga perlu dilakukan homogenisasi populasi. Asumsinya adalah “keinovatifan” dalam suatu populasi merupakan sebaran normal yang menghasilkan kategori-kategori homogen dari populasi yang heterogen oleh sebagian ibu-ibu responden baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Data juga menunjukkan bahwa kondisi sosial ekonomi “difuser” berasal dari golongan sosial ekonomi menengah bila dilihat dari keseluruhan sampel penelitian (Tabel 9).

**Tabel 9.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Pendapatan Rumah Tangga, Tingkat Adopsi, Pengetahuan Gizi, Pendidikan Ibu, Status Gizi, dan Tipe Pemukiman.

No.	Peubah-peubah	Tipe Pemukiman		Jumlah dan Persentase
		Perkotaan	Pedesaan	
1.	Pendapatan (n)	22	46	68
	Rumah Tangga (%)	27,5	57,5	42,5
	Rataan	59.303	51.568	54.070
	Median	50.000	40.000	-
2.	Tingkat Adopsi (n)	22	46	68
	(%)	27,5	57,5	42,5
	Rataan	0,5362	0,4673	0,4896
	Median	0,5462	0,4879	-
3.	Pengetahuan Gizi (n)	22	46	68
	(%)	27,5	57,5	42,5
	Rataan	8,8636	7,5217	7,9559
	Median	9,0000	7,0000	-
4.	Pendidikan Ibu (n)	22	46	68
	(%)	27,5	57,5	42,5
	Rataan	0,6537	0,4350	0,5058
	Median	0,7558	0,3502	-
5.	Status Gizi (n)	22	46	68
	(%)	27,5	57,5	42,5
	Rataan	103,41	102,61	102,87
	Median	100,45	100,55	-

Tabel 9 menunjukkan bahwa rata-rata dan median pendapatan keluarga responden lebih tinggi di daerah perkotaan (Rp59.303 dan Rp50.000) daripada di daerah pedesaan (Rp51.568 dan Rp40.000). Jika dibandingkan dengan contoh penelitian secara keseluruhan (Tabel 5 dan Gambar 4), maka rata-rata dan median pendapatannya cenderung sama baik di daerah perkotaan (Rp58.092 dan Rp44.097) maupun di pedesaan (Rp52.564 dan Rp40.000). Begitu pula pada keadaan rata-rata dan median tingkat adopsi ibu-ibu responden, yaitu cenderung lebih tinggi di daerah perkotaan (0,5362 dan 0,5462) daripada di pedesaan

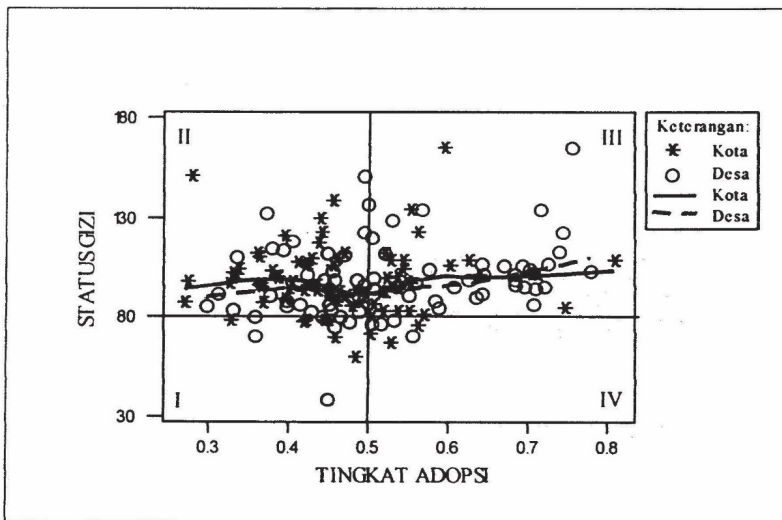
(0,4673 dan 0,4879). Jika dibandingkan dengan sampel penelitian secara keseluruhan, maka nilai rata-rata dan median tingkat adopsi cenderung sama baik di daerah perkotaan (0,4724 dan 0,4613) daripada di pedesaan (0,5276 dan 0,4987). Kecenderungan pola nilai rata-rata dan median yang sama terjadi juga pada peubah pengetahuan gizi, pendidikan, dan status gizi bayi ibu-ibu responden. Ini berarti bahwa para ibu-ibu responden. Sebagai “difuser” inovasi PMT bayi berasal dari golongan status sosial ekonomi “menengah.”

Menyimak uraian di atas, maka proses difusi inovasi PMT bayi di lokasi penelitian dalam kenyataannya mengalir dari samping melalui kategori-kategori homogen ibu-ibu dalam struktur sosial ekonomi masyarakatnya. Jika diperhatikan lebih saksama kelompok sasaran difusi inovasi PMT bayi, maka meskipun data yang akurat tidak tersedia dari hasil penelitian ini, akan tetapi data bahwa sasaran difusi adalah teman dan tetangga “difuser,” adalah cukup kuat sebagai alasan untuk menentukan bahwa sasaran difusi berasal dari golongan status sosial ekonomi yang sama. Ini berarti bahwa penyebaran inovasi PMT bayi bergerak dari sumber-sumber informasi yang berstatus sosial ekonomi sedang kepada sasaran-sasaran cenderung mempunyai kelas yang sama. Kemudian, pada sasaran-sasaran itulah nantinya diharapkan akan mengalirkan ke sasaran lainnya, baik kepada sasaran status sosial ekonomi lebih tinggi maupun ke yang lebih rendah. Hal ini disebabkan proses difusi tersebut, kejadiannya cenderung bersifat alami. Nilai-nilai kebersamaan merupakan landasan yang masih cukup kuat sebagai perekat di kalangan warga masyarakat baik di daerah perkotaan terlebih di daerah pedesaan. Selain itu, ketersediaan makanan tambahan bayi di masyarakat relatif cukup tinggi dan daya beli mereka cukup terjangkau karena harga bahan-bahan makanan tersebut relatif masih rendah. Begitu pula, inovasi PMT bayi tidak bernilai “ekonomi” tetapi lebih bernilai investasi sumber daya manusia sehingga sasaran cenderung lebih dominan menggunakan keputusan opsional yang bergantung pada kesediaan ibu-ibu responden untuk mengadopsinya, bukannya keputusan lain yang berasal dari intervensi pihak tertentu seperti pada beberapa jenis inovasi lainnya.

## 1. Hubungan Tingkat Adopsi dengan Status Gizi

Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa tingkat adopsi inovasi PMT bayi yang tinggi pada ibu-ibu responden diharapkan pula secara linier berpengaruh terhadap upaya peningkatan status gizi bayinya. Adapun hubungan tingkat adopsi inovasi PMT ibu-ibu responden dengan status gizi bayinya dapat dilihat pada Gambar 5.

Gambar 6 menunjukkan hubungan antara peubah tingkat adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden dengan status gizi bayinya. Peubah tingkat adopsi inovasi PMT bayi responden dibagi menjadi dua bagian, yaitu: (1) nilai lebih kecil atau sama dengan 0,5 (tingkat adopsi rendah) diberi kode --1 -- dan (2) lebih besar dari 0,5 (tingkat adopsi tinggi) diberi kode --2--.. Begitu pula peubah status gizi bayi dibagi menjadi dua, yaitu: (1) status gizi kurang sampai status gizi buruk - KEP (lebih kecil atau sama dengan 80 %) diberi kode '1'; dan (2) status gizi normal sampai gizi lebih (lebih besar dari 80 %) diberi kode '2'.



**Gambar 6.** Kurva Hubungan Tingkat Adopsi Inovasi PMT dengan Status Gizi Bayi

Berdasarkan batasan-batasan tersebut, maka dapat dihasilkan empat buah daerah yang selanjutnya disebut kuadran. Pada Kuadran I, sebanyak 14 (8,8%) responden mempunyai tingkat adopsi inovasi MPT bayi rendah dan mempunyai bayi menderita KEP. Pada Kuadran II,

sebanyak 75 (46,9 %) responden yang memiliki tingkat adopsi inovasi PMT bayi rendah, akan tetapi memiliki bayi dengan status gizi normal sampai gizi lebih. Pada Kuadran III, sebanyak 63 (39,4 %) responden memiliki tingkat adopsi inovasi PMT bayi tinggi dan memiliki bayi status gizi normal sampai gizi lebih. Pada Kuadran IV, sebanyak delapan (5.0 %) responden mempunyai tingkat adopsi inovasi PMT bayi tinggi, tetapi memiliki bayi menderita KEP.

Jika diamati menurut tipe pemukiman, maka ibu-ibu responden yang termasuk Kuadran I, sejumlah masing-masing tujuh (masing-masing 4,4%) responden berasal dari daerah perkotaan dan daerah pedesaan. Pada Kuadran II, sejumlah 42 (26,3 %) responden berasal dari daerah perkotaan dan 33 (20.6 %) orang dari daerah pedesaan. Pada Kuadran III, sejumlah 27 (6,9 %) responden berasal dari daerah perkotaan dan 36 (22,5 %) orang dari daerah pedesaan, sedangkan pada Kuadran IV, sejumlah masing-masing empat (masing-masing 2,5%) responden berasal dari daerah perkotaan dan daerah pedesaan.

Berdasarkan kecenderungan besarnya persentase responden pada masing-masing kuadran dan arah kurva “Lowess” seperti terlihat pada Gambar 6, dapat disimpulkan bahwa ada kecenderungan semakin meningkat kecepatan adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan, maka semakin meningkat pula status gizi bayinya. Hal ini berarti bahwa meskipun posyandu sebagai wadah kegiatan penyuluhan dan pelayanan gizi dan kesehatan masyarakat lebih aktif di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan, akan tetapi faktor daya beli dan ketersediaan pangan dalam masyarakat cukup besar perannya dalam rangka upaya peningkatan status gizi bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan.

### **C. Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Adopsi Inovasi Saluran Antarpribadi**

Proses adopsi inovasi PMT bayi didukung oleh dua macam saluran komunikasi, yaitu: saluran antarpribadi dan media massa. Saluran antarpribadi terdapat beberapa macam yaitu: mertua/orang tua, bidan, kader, dukun, teman/tetangga, dan sebagainya. Demikian pula saluran media massa terdapat beberapa macam, yaitu: media radio, cetak (koran majalah, dan lainnya), televisi, dan film. Dalam penggunaan berbagai saluran tersebut di atas perlu dipertimbangkan tahap-tahap proses

adopsi inovasi tersebut. Setiap tahap proses adopsi menggunakan saluran yang berbeda pula, misalnya pada tahap mengetahui ibu-ibu responden biasanya menggunakan saluran media massa tetapi pada tahap mengambil keputusan biasanya mereka menggunakan metode antarpribadi. Berkaitan dengan hal di atas, maka setiap tahapan dalam proses adopsi inovasi gizi dibutuhkan satu atau lebih saluran komunikasi antarpribadi agar inovasi gizi dapat diterima dengan baik oleh sasaran penyuluhan (Tabel 10).

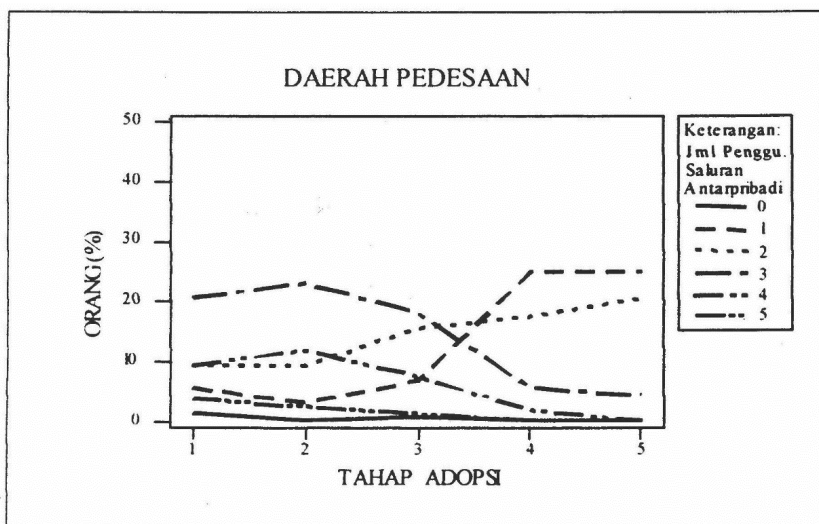
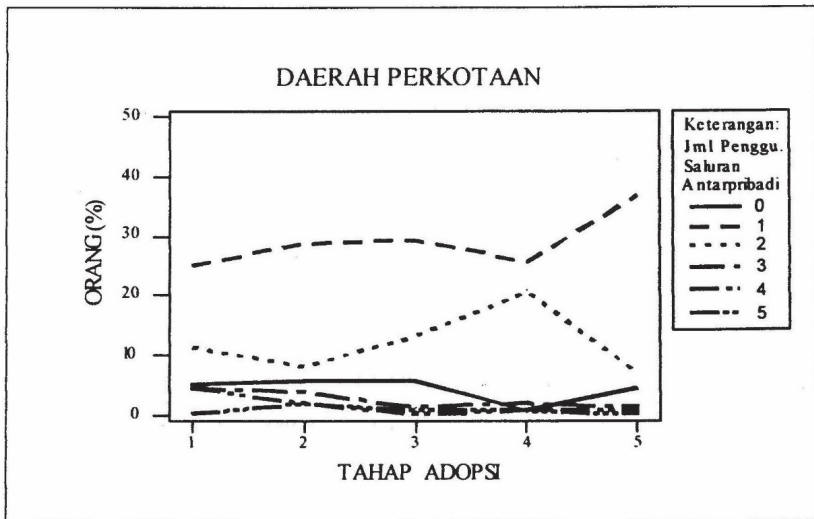
Pada Tabel 10 menunjukkan bahwa penggunaan satu jenis saluran antarpribadi pada semua tahap proses adopsi adalah kombinasi dari bidan desa dan saluran lainnya (dokter, kakak, suami dan penjual). Oleh sebab itu, pada tabel tersebut ditemukan beberapa responden yang sama sekali tidak menggunakan saluran antarpribadi pada semua tahap proses adopsi karena mereka menggunakan saluran bidan desa yang datanya berada pada Tabel 11. Begitu pula pada penggunaan dua, tiga, empat, dan lima jenis saluran antarpribadi (selain bidan desa) merupakan kombinasi dari mertua/orang tua, kader posyandu, dukun bayi, pengurus PKK, ketua RT, teman/tetangga, dan saluran lainnya.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi persentase responden yang tidak menggunakan saluran komunikasi antarpribadi di daerah perkotaan adalah sebesar 5,0 persen pada tahap mengetahui, berminat, dan memutuskan dan menurun hingga kurang dari 1,0 persen pada tahap melaksanakan, lalu kembali meningkat mendekati 5,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan. Sebaliknya di daerah pedesaan persentase responden yang tidak menggunakan saluran komunikasi antarpribadi dijumpai sekitar 1,2 persen pada tahap mengetahui, dan 0,6 persen pada tahap memutuskan, sedangkan pada tahap berminat, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan tidak satupun responden yang menggunakannya (dapat juga dilihat Gambar 7).

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, persentase responden yang menggunakan satu jenis saluran komunikasi antarpribadi di daerah perkotaan adalah dimulai sekitar 25,0%.

**Tabel 10.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jumlah Penggunaan

No	Tipe Pe- mukiman	Jumlah Penggunaan		Tahap Proses Adopsi					Jumlah P.tase
				1	2	3	4	5	
1	Perkotaan	0,	n (%)	8 (5,0)	9 (5,6)	9 (5,6)	1 (0,6)	7 (4,4)	34 (4,2)
		1,	n (%)	40 (25,0)	46 (28,8)	47 (29,4)	41 (25,6)	59 (36,4)	233 (29,1)
		2,	n (%)	18 (11,2)	13 (8,1)	21 (13,1)	33 (20,6)	11 (6,9)	96 (12,0)
		3,	n (%)	7 (4,9)	6 (3,8)	2 (1,2)	3 (1,9)	2 (1,2)	20 (2,5)
		4,	n (%)	7 (4,9)	3 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,6)	12 (1,5)
		5,	n (%)	0 (0,0)	3 (1,9)	1 (0,6)	1 (0,6)	0 (0,0)	5 (0,6)
2	Pedesaan	0,	n (%)	2 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,4)
		1,	n (%)	9 (5,6)	5 (3,1)	11 (6,9)	40 (25,0)	40 (25,0)	105 (13,1)
		2,	n (%)	15 (9,4)	15 (9,4)	25 (15,6)	28 (17,5)	33 (20,6)	116 (14,5)
		3,	n (%)	33 (20,1)	37 (23,1)	29 (18,1)	9 (5,6)	7 (4,4)	115 (14,4)
		4,	n (%)	15 (9,9)	19 (11,9)	12 (7,5)	3 (1,9)	0 (0,0)	49 (6,1)
		5,	n (%)	6 (3,8)	4 (2,5)	2 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (1,5)



**Gambar 7.** Kurva jumlah penggunaan saluran antarpribadi pada setiap tahap proses adopsi menurut tipe pemukiman persen pada tahap mengetahui dan meningkat menjadi sekitar 29,0 persen pada tahap berminat sampai tahap memutuskan, kemudian menurun mendekati 25,0 persen pada tahap melaksanakan dan kembali meningkat sampai lebih dari 36,0 persen pada tahap konfirmasi. Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, persentase responden yang menggunakan satu jenis saluran komunikasi antarpribadi adalah sekitar 5,0 persen pada tahap mengetahui dan menurun

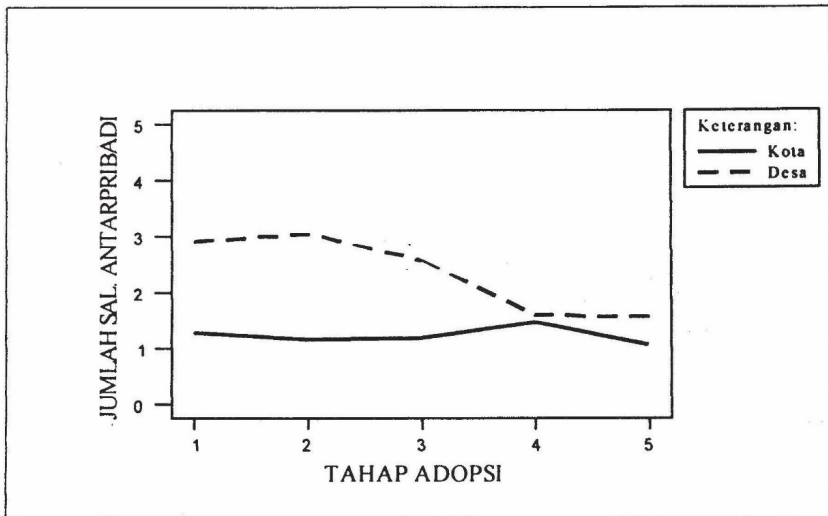
mendekati 3,0 persen pada tahap berminat lalu kembali meningkat mendekati 7,0 persen pada tahap memutuskan sampai menjadi 25,0 persen pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase penggunaan dua jenis saluran komunikasi antarpribadi adalah sekitar 11,0 persen pada tahap mengetahui dan menurun mendekati 8,0 persen pada tahap berminat lalu kembali meningkat lebih dari 13,0 persen pada tahap memutuskan dan terus meningkat melebihi 20,0 persen pada tahap melaksanakan keputusan dan kembali menurun menjadi sekitar 7,0 persen pada tahap konfirmasi. Di daerah pedesaan, persentase penggunaan dua jenis saluran komunikasi antarpribadi sekitar 10,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat. Kemudian meningkat menjadi lebih dari 15,0 persen pada tahap memutuskan dan terus meningkat melebihi 17,0 persen pada tahap melaksanakan dan melebihi 20,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, persentase penggunaan tiga jenis saluran komunikasi antarpribadi di daerah perkotaan adalah sekitar 4,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat, lalu menurun mendekati 1,0 persen mulai pada tahap memutuskan dan melaksanakan sampai pada tahap konfirmasi keputusan. Sebaliknya di daerah pedesaan, persentase penggunaan tiga jenis saluran komunikasi antarpribadi adalah lebih dari 20,0 persen pada tahap mengetahui sampai tahap berminat, kemudian menurun menjadi sekitar 18,0 persen pada tahap memutuskan dan terus menurun tajam sampai sekitar 5,0 persen pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan empat jenis saluran komunikasi antarpribadi adalah sekitar 4,0 persen pada tahap mengetahui, kemudian menurun menjadi 1,9 persen pada tahap berminat, dan terus menurun mendekati 0,5 persen sampai pada tahap konfirmasi keputusan. Sebaliknya di daerah pedesaan, persentase responden yang menggunakan empat jenis saluran antarpribadi adalah sekitar 10,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat, kemudian menurun menjadi sekitar 7,5 persen pada tahap memutuskan dan selanjutnya menurun terus sampai kurang dari 2,0 persen pada tahap melaksanakan, dan bahkan tidak satupun responden yang menggunakan pada tahap konfirmasi keputusan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan lima jenis saluran komunikasi antarpribadi adalah kurang dari 1,0 persen terutama pada tahap berminat, memutuskan, dan melaksanakan, sedangkan pada tahap mengetahui dan konfirmasi tidak satupun responden yang menggunakannya. Berbeda dengan di daerah pedesaan, persentase penggunaan lima jenis saluran antarpribadi adalah sekitar 2,0 persen pada tahap mengetahui, berminat, dan memutuskan, sedangkan pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan tidak satupun responden yang menggunakannya. Untuk melihat rata-rata penggunaan kelima jenis saluran komunikasi antarpribadi pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan, dapat digambarkan dengan kurva “Lowess” (*Locally Weighted Scatterplot Smoother*). Gambar 8 menunjukkan bahwa pada tahap mengetahui sampai tahap memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, pemanfaatan saluran antarpribadi adalah lebih dari satu jenis, kemudian meningkat menjadi sekitar 1,5 jenis pada tahap melaksanakan, dan menurun kembali sampai sekitar satu jenis pada tahap konfirmasi.



**Gambar 8.** Kurva Rata-rata Jumlah Penggunaan Saluran Antarpribadi pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

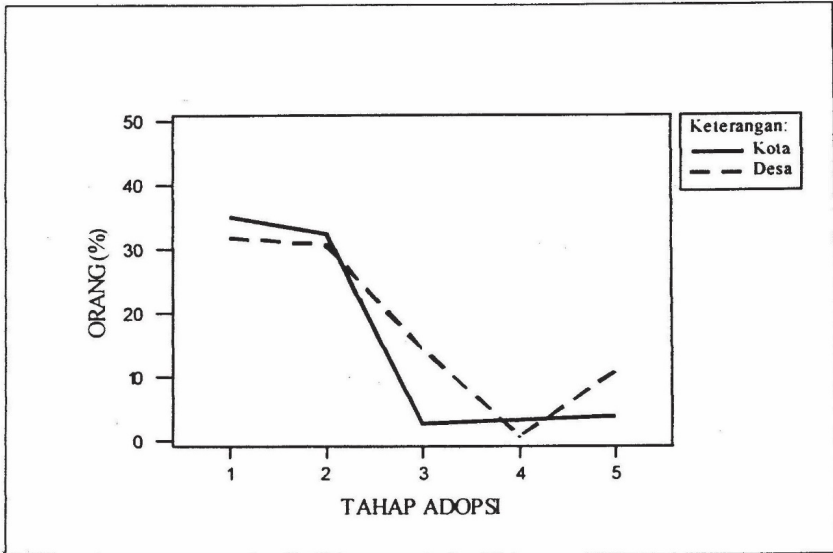
Berbeda dengan di daerah pedesaan, penggunaan saluran komunikasi antar pribadi pada tahap mengetahui berada kurang dari tiga jenis, kemudian meningkat menjadi sekitar tiga jenis pada tahap berminat, dan menurun kembali menjadi kurang dari tiga jenis pada tahap memutuskan, dan terus menurun sampai kurang dari dua jenis pada tahap melaksanakan dan konfirmasi. Ini berarti bahwa saluran komunikasi antarpribadi yang digunakan sasaran dalam penyuluhan gizi berperan pada tahap mengetahui, berminat, memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun pedesaan. Namun demikian, jika dicermati peran saluran komunikasi antarpribadi pada kedua tipe pemukiman tersebut, maka peran saluran antarpribadi pada semua tahap proses adopsi lebih bervariasi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Hal ini disebabkan aktivitas penyuluhan gizi di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan. Begitu pula kegiatan difusi inovasi PMT bayi secara nyata lebih tinggi di daerah pedesaan daripada di perkotaan (Tabel 4). Dengan demikian, meskipun persentase status keluarga luas secara tidak nyata lebih besar di daerah perkotaan (Tabel 4), akan tetapi anggota-anggota keluarga tersebut kemungkinan tidak berfungsi sebagai saluran komunikasi dalam memberikan informasi inovasi PMT bayi pada responden. Sebaliknya, meskipun persentase status keluarga luas lebih rendah di pedesaan, akan tetapi peran dukun bayi, kader posyandu, pengurus PKK, ketua-ketua RT, dan teman/tetangga cukup berarti dalam memberikan inovasi PMT bayi pada responden. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Hepi Hapsari (1994) yang menyatakan bahwa beberapa orang responden cenderung lebih suka bertanya kepada anggota keluarganya atau kepada petugas untuk mengetahui materi pangan dan gizi, misalnya menanyakan kepada orang tua/mertua tentang tata cara pemberian ASL. Pentingnya penggunaan saluran antarpribadi dapat ditunjukkan Lionberger dan Gwin (1991) bahwa sering kali seseorang dari kelompok sasaran yang berskala kecil (pertemuan, demonstrasi, atau kunjungan) akan menampilkan fungsi-fungsi komunikasi yang lebih baik karena memungkinkan terjadinya komunikasi antarpribadi di dalamnya daripada anggota kelompok sasaran yang berskala besar. Menurut Rogers, komunikasi antarpribadi umumnya lebih efektif dalam mengubah sikap.

## 1. Saluran Bidan Desa

Salah satu jenis saluran komunikasi antarpribadi yang cukup besar peranannya dalam mempercepat terjadinya proses adopsi inovasi pada setiap tahap dalam penyuluhan gizi di posyandu adalah bidan desa sebagai "penyuluh gizi" (Tabel 11). Tabel 11 menunjukkan bahwa dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan saluran bidan desa sebagai "penyuluh gizi" cukup tinggi pada tahap mengetahui adalah sekitar 35,0 persen, kemudian menurun menjadi sekitar 32,5 persen pada tahap berminat dan terus menurun dengan tajam sampai sekitar 3,0 persen pada tahap memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan. Pola yang cenderung sama terjadi juga di daerah pedesaan, yaitu persentase responden yang menggunakan saluran bidan desa masih cukup tinggi berada sekitar 31,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat, kemudian menurun secara pelan berada kurang dari 15,0 persen pada tahap memutuskan sampai mendekati sekitar 1,0 persen pada tahap melaksanakan keputusan, akan tetapi kembali meningkat menjadi lebih dari 10,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan (dapat juga dilihat Gambar 9).

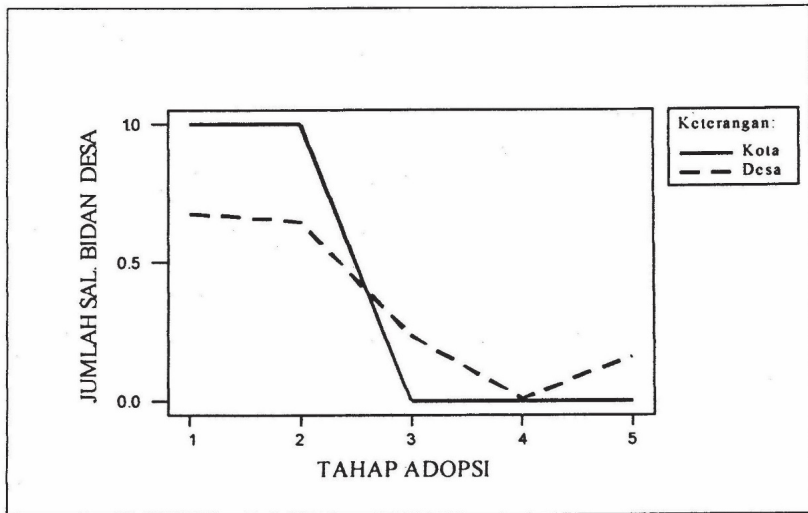
**Tabet 11.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jumlah Penggunaan Saluran Bidan Desa pada Setiap Tahap Proses Adopsi dan Tipe Pemukiman

No	Tipe Pe- mukiman	Jumlah Penggunaan	Tahap Proses Adopsi					Jumlah P.tase
			1	2	3	4	5	
1	Perkotaan	0, n (%)	24 (15,0)	28 (17,5)	76 (47,5)	75 (46,9)	74 (46,2)	277 (34,6)
		1, n (%)	56 (35,0)	52 (32,5)	4 (2,5)	5 (3,1)	6 (3,8)	123 (15,4)
2	Pedesaan	0, n (%)	29 (18,1)	31 (19,4)	57 (35,6)	79 (49,4)	63 (39,4)	259 (32,4)
		1, n (%)	51 (31,9)	49 (30,6)	23 (14,4)	1 (0,6)	17 (10,6)	141 (17,6)



**Gambar 9.** Kurva Jumlah Penggunaan Saluran Bidan Desa pada Setiap Tahap Proses Adopsi menurut Tipe Pemukiman

Gambar 10 menunjukkan bahwa dalam proses adopsi inovasi PMT bayi rata-rata jumlah penggunaan saluran komunikasi bidan desa sebagai "penyuluh gizi" di daerah perkotaan sangat efektif pada tahap mengetahui dan berminat, sedangkan pada tahap memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan sudah tidak efektif lagi. Berbeda dengan di daerah pedesaan penggunaan saluran bidan desa cukup efektif pada tahap mengetahui, berminat, memutuskan, dan konfirmasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, sedangkan pada tahap melaksanakan keputusan sudah tidak efektif lagi. Relatif tingginya penggunaan saluran bidan desa pada tahap mengetahui dan berminat di daerah perkotaan dibandingkan di pedesaan, kemungkinan disebabkan sebagian besar persalinan responden di daerah perkotaan ditolong oleh bidan desa dan sekitar 30,0 persen memilih melahirkan di rumah sakit atau rumah bersalin. Namun demikian, penggunaan saluran komunikasi bidan desa sebagai "penyuluh gizi" pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi lebih bervariasi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Ini berarti bahwa kegiatan penyuluhan gizi di posyandu pada daerah pedesaan lebih aktif dibandingkan di daerah perkotaan.



**Gambar 10.** Kurva Rata-rata Jumlah Penggunaan Saluran Bidan Desa pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan, secara keseluruhan peran saluran komunikasi bidan desa sebagai “penyuluh gizi” tergolong masih kurang terhadap semua proses adopsi inovasi PMT bayi terutama pada tahap melaksanakan keputusan dan konfirmasi. Ini berarti bahwa peran saluran komunikasi bidan desa yang digunakan responden dalam kegiatan penyuluhan PMT bayi secara keseluruhan kurang sesuai dengan kebutuhan tahap-tahap proses adopsi inovasi tersebut. Jika dibandingkan antara peran “penyuluh gizi” dengan peran saluran antarpribadi lainnya seperti telah diuraikan di atas, maka saluran antarpribadi lebih berperan pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi daripada penyuluh gizi. Dengan demikian, Hipotesis 2 yang diajukan dalam penelitian ini dapat diterima. Meskipun peran “penyuluh gizi” masih kurang dalam proses adopsi inovasi PMT bayi pada penelitian ini, akan tetapi hasil penelitian Hepi Hapsari (1994) menyatakan bahwa banyak di antara responden yang lebih suka bertanya kepada petugas (petugas kesehatan, PPL, dan PLKB) dengan alasan jawaban yang diberikan lebih akurat. Demikian pula, hasil penelitian Kusai (1996) menunjukkan bahwa interaksi dengan lembaga penyuluhan dapat meningkatkan tingkat adopsi petani karamba.

## 2. Saluran Media Massa

Selain didukung oleh dua macam saluran komunikasi antarpribadi yang telah disebutkan terdahulu, proses adopsi inovasi PMT bayi terutama jalur di luar posyandu juga didukung oleh saluran media massa. Jika ditelusuri lebih jauh penggunaan saluran media massa pada setiap tahapan proses adopsi inovasi PMT bayi, maka hal ini dapat dilihat pada Tabel 12.

Tabel 12 melukiskan bahwa dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan saluran media massa pada tahap mengetahui adalah sekitar 35,0 persen, kemudian menurun dengan tajam sampai kurang dari 20,0 persen pada tahap berminat, dan terus menurun hingga kurang dari 9,0 persen pada tahap memutuskan, sampai sekitar 4,0 persen pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan. Berbeda dengan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, yaitu persentase responden yang menggunakan saluran media massa pada tahap mengetahui berada di atas 46,0 persen dan menurun secara pelan sampai sekitar 42,5 persen pada tahap berminat.

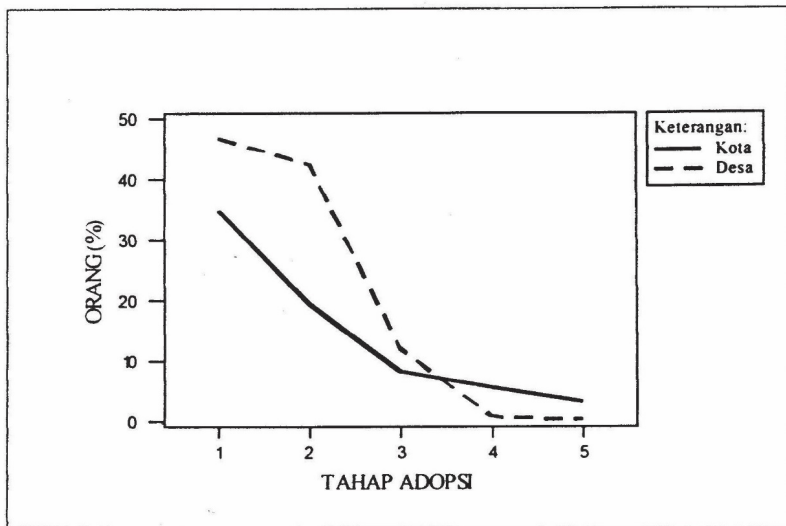
**Tabel 12.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jumlah Penggunaan Saluran Media Massa pada Setiap Tahap Proses Adopsi dan Tipe Pemukiman

No	Tipe Pe- mukiman	Jumlah Penggunaan	Tahap Proses Adopsi					Jumlah P.tase
			1	2	3	4	5	
1	Perkotaan	0, n (%)	24 (15,0)	49 (30,6)	67 (41,9)	71 (44,4)	75 (46,9)	286 (35,8)
		1, n (%)	56 (35,0)	31 (19,4)	13 (8,1)	9 (5,6)	5 (3,1)	114 (14,2)
2	Pedesaan	0, n (%)	5 (3,1)	12 (7,5)	61 (38,1)	79 (49,4)	80 (50,0)	237 (29,6)
		1, n (%)	75 (46,9)	68 (42,5)	19 (11,9)	1 (0,6)	0 (0,0)	163 (20,4)

Kemudian terus menurun secara drastis hingga berada di atas 11,0 persen pada tahap memutuskan, sampai berakhir sekitar 1,0 persen pada tahap melaksanakan keputusan, sedangkan pada tahap konfirmasi

keputusan tidak satupun responden yang menggunakan saluran media massa (dapat juga dilihat Gambar 11 ).

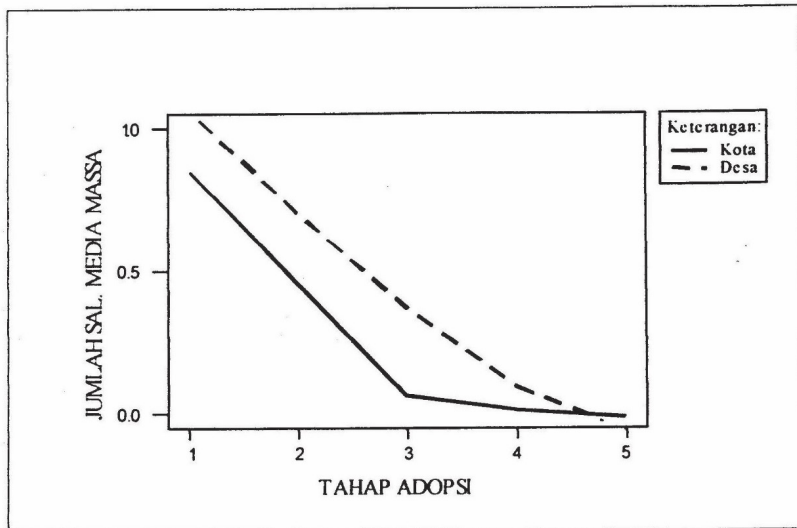
Gambar 12 menunjukkan bahwa dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, penggunaan saluran komunikasi media massa cukup efektif pada tahap mengetahui, berminat sampai pada tahap memutuskan, sedangkan pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan sudah tidak efektif lagi. Sama halnya dengan daerah pedesaan, penggunaan saluran komunikasi media massa masih cukup efektif sampai pada tahap memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, sedangkan pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan sudah tidak efektif lagi. Tingginya penggunaan saluran komunikasi media massa pada tahap mengetahui, berminat, dan memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di pedesaan kemungkinan disebabkan masyarakat di daerah ini yang sebagian besar bekerja sebagai petani masih memiliki kesempatan menikmati beberapa saluran media massa (misalnya: menonton televisi dan mendengarkan radio) setelah mereka pulang dari sawah/ladang.



**Gambar 11.** Kurva Jumlah Penggunaan Saluran Media Massa pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Berbeda pada masyarakat perkotaan yang sebagian besar bekerja di sektor industri termasuk buruh, kemungkinan mereka tidak sempat lagi menikmati saluran media massa karena terlalu letih bekerja seharian

bahkan lebih memilih untuk beristirahat atau tidur. Demikian pula untuk menikmati saluran media massa terutama di pedesaan, responden tidak perlu harus memiliki televisi, radio, atau berlangganan koran, melainkan dapat menikmati saluran komunikasi tersebut melalui teman, tetangga, atau pihak lainnya karena sebagian besar warga masyarakat telah memilikinya sampai ke pelosok desapun.



**Gambar 12.** Kurva Rata-rata Jumlah Penggunaan Saluran Media Massa pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan, secara keseluruhan peran saluran komunikasi media massa terhadap semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi tergolong masih kurang terutama pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan. Ini berarti bahwa saluran media massa yang digunakan responden dalam penyuluhan gizi hanya sesuai pada tahap mengetahui, berminat, dan memutuskan, sedangkan pada tahap lainnya masih kurang sesuai dengan kebutuhan proses adopsi inovasi. Berdasarkan peran saluran antarpribadi dan media massa seperti tersebut di atas, maka disimpulkan bahwa Hipotesis 3 yang diajukan dalam penelitian ini ditolak. Menurut Shore, saluran komunikasi media massa menyajikan berbagai informasi yang berdimensi luas sehingga dapat memperkaya wawasan seseorang dalam beberapa hal. Untuk memperoleh tambahan wawasan pengetahuan tersebut, maka menurut

Sajo pengetahuan gizi ibu-ibu dapat diperoleh dari berbagai saluran media massa dan penyuluhan.

Meskipun saluran media massa sangat efektif untuk menyalurkan khususnya jenis informasi bersifat umum (Lionberger dan Gwin, 1991) dan menurut Rogers (Depari dan Mac Andrews, 1985) dapat mengubah pendapat (menambah pengetahuan). Namun demikian, menurut Lionberger dan Gwin (1991), kebutuhan komunikasi di negara-negara berkembang tidak dapat mengandalkan saluran media massa sendiri, akan tetapi kebutuhan saluran media massa dimaksudkan untuk membantu saluran antarpribadi, bukan berarti menggantikannya. Menurut Shoemaker (Depari dan Mac Andrews, 1985; dan Jahi, 1988), terdapat beberapa tugas saluran media massa dalam rangka menyukseskan pembangunan nasional, yaitu: (1) sebagai pemberi informasi; (2) media massa mengantarkan informasi yang digunakan dalam pengambilan keputusan; dan (3) media massa dapat menjadi pendidik. Bahkan menurut Hilbrink (Depari dan Mac Andrews, 1985), radio misalnya, dapat menumbuhkan kesadaran pembangunan dan merangsang rasa keterlibatan masyarakat.

### **3. Teknik Penyuluhan**

Pemanfaatan berbagai sumber informasi dalam suatu kegiatan penyuluhan pada umumnya dan penyuluhan gizi pada khususnya akan memberikan implikasi terhadap penggunaan beberapa jenis teknik penyuluhan. Pemilihan teknik penyuluhan yang digunakan dalam kegiatan penyuluhan gizi sangat tergantung pada beberapa syarat, yaitu: sesuai dengan kondisi sasaran, sesuai jumlah dan mutunya, tepat waktu mengenai sasaran, pesan mudah dimengerti, dan murah biayanya. Terdapat beberapa macam teknik penyuluhan yang sering digunakan dalam penyuluhan, yaitu: (1) pendekatan perorangan (anjingsana, anjangkarya, nasihat, demonstrasi); (2) pendekatan kelompok (ceramah, diskusi, pameran, karyawisata, demonstrasi); dan (3) pendekatan massal (ceramah dan media massa). Dalam proses adopsi inovasi gizi terdapat beberapa tahapan proses sampai diadopsinya inovasi tersebut. Berkaitan dengan hal tersebut, maka setiap tahapan dalam proses adopsi inovasi gizi dibutuhkan satu atau lebih teknik penyuluhan agar inovasi gizi dapat diterima dengan baik oleh sasaran penyuluhan. Berikut ini akan disajikan jumlah penggunaan teknik penyuluhan pada setiap tahap proses adopsi inovasi PMT bayi seperti terlihat pada Tabel 13.

Tabel 13 menunjukkan bahwa penggunaan satu jenis teknik penyuluhan pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi adalah kombinasi dari teknik nasihat, diskusi dan teknik lainnya (demonstrasi, media cetak, dan televisi). Begitu pula pada penggunaan dua, tiga, dan empat jenis teknik penyuluhan merupakan kombinasi dari nasihat, diskusi, anjngsana, demonstrasi, dan saluran lainnya.

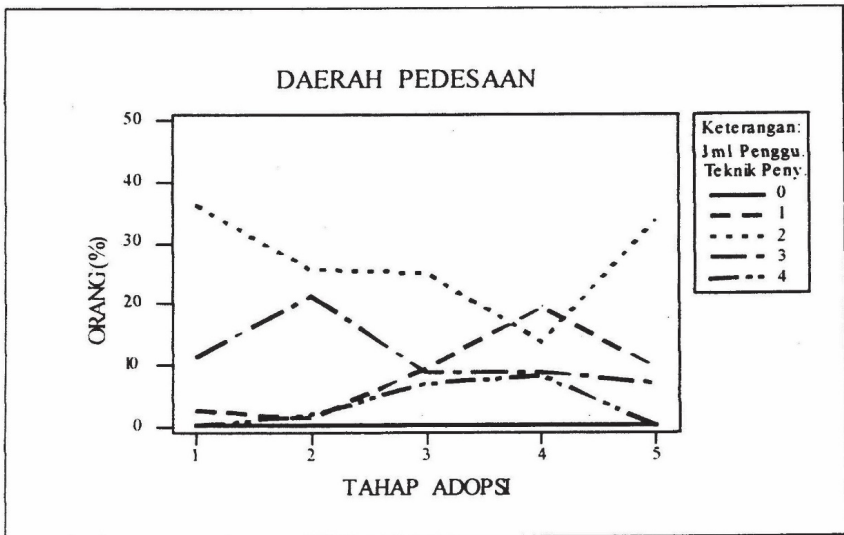
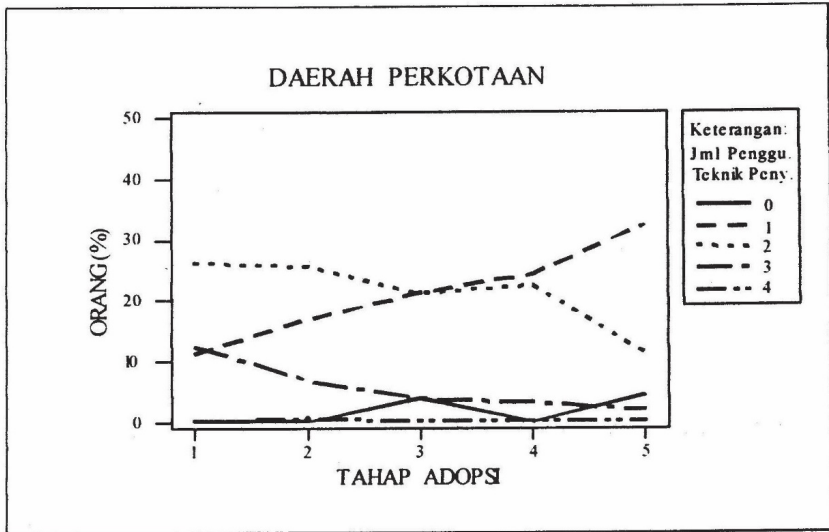
Jika ditelusuri pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, maka persentase responden yang menggunakan tidak satupun teknik penyuluhan dijumpai sekitar 4,0 persen pada tahap memutuskan dan konfirmasi keputusan, sedangkan pada tahap mengetahui, berminat, dan melaksanakan tidak ada satupun responden yang menggunakannya. Sebaliknya di daerah pedesaan, persentase responden yang tidak menggunakan tidak satupun jenis teknik penyuluhan dijumpai pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi (dapat juga dilihat Gambar 13).

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan satu jenis teknik penyuluhan dijumpai lebih dari 11,0 persen pada tahap mengetahui, dan meningkat menjadi lebih dari 16,0 persen pada tahap berminat, kemudian terus meningkat hingga mendekati 25,0 persen pada tahap melaksanakan, sampai mendekati 33,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan. Pola yang cenderung sama juga terjadi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, yakni persentase responden yang menggunakan satu jenis teknik penyuluhan dijumpai sekitar 2,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat, dan meningkat mendekati 10,0 persen pada tahap memutuskan, sampai mendekati 20,0 persen pada tahap melaksanakan, lalu kembali menurun menjadi kurang dari 10,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan.

**Tabel 13.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jumlah Penggunaan Teknik Penyuluhan pada Setiap Tahap Proses Adopsi dan Tipe Pemukiman

No	Tipe Pe- mukiman	Jumlah Penggunaan		Tahap Proses Adopsi					Jumlah P.tase
				1	2	3	4	5	
1	Perkotaan	0,	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,8)	0 (0,0)	7 (4,4)	14 (1,6)
		1,	n (%)	18 (11,2)	27 (16,9)	34 (21,2)	39 (24,4)	52 (32,5)	170 (21,2)
		2,	n (%)	42 (26,2)	41 (25,6)	34 (21,2)	36 (22,5)	18 (12,2)	171 (21,4)
		3,	n (%)	20 (12,5)	11 (6,9)	6 (3,8)	5 (3,1)	3 (1,9)	45 (5,6)
		4,	n (%)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)

2	Pedesaan	0,	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		1,	n (%)	4 (2,5)	2 (1,2)	15 (9,4)	31 (19,4)	15 (9,4)	67 (8,4)
		2,	n (%)	58 (36,2)	41 (25,6)	40 (25,0)	22 (13,8)	54 (33,8)	215 (26,9)
		3,	n (%)	18 (11,2)	34 (21,2)	14 (8,8)	14 (8,8)	11 (6,9)	91 (11,4)
		4,	n (%)	0 (0,0)	3 (1,9)	11 (6,9)	13 (8,1)	0 (0,0)	27 (3,4)



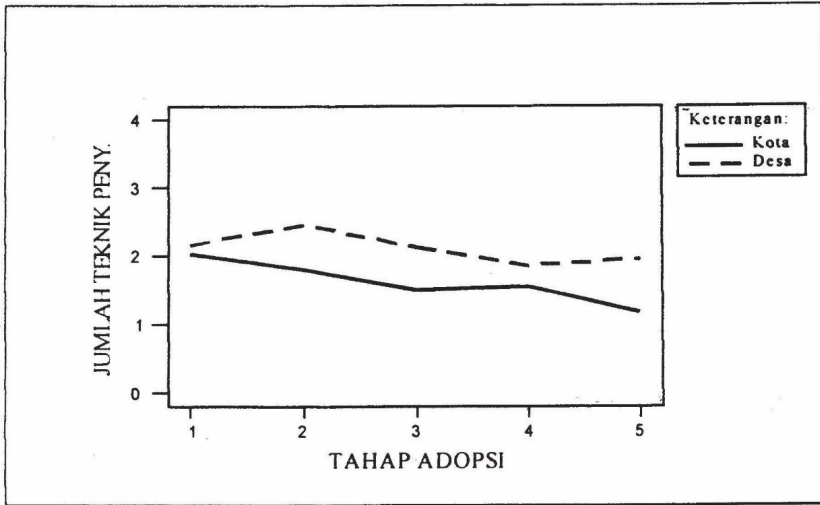
**Gambar 13.** Kurva Penggunaan Teknik Penyuluhan pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan dua jenis teknik penyuluhan dijumpai sekitar 26,0 persen pada tahap mengetahui dan berminat, kemudian menurun menjadi lebih dari 21,0 persen pada tahap

memutuskan dan melaksanakan, dan terus menurun sampai lebih dari 11,0 persen pada tahap konfirmasi. Pola yang cenderung sama terjadi juga di daerah pedesaan, yakni persentase responden yang menggunakan dua jenis teknik penyuluhan dijumpai lebih dari 36,0 persen pada tahap mengetahui, dan menurun menjadi lebih dari 25,0 persen pada tahap berminat dan memutuskan, dan terus menurun hingga kurang dari 14,0 persen pada tahap melaksanakan, kemudian kembali meningkat mendekati 34,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, penggunaan tiga jenis teknik penyuluhan dijumpai sekitar 12,5 persen pada tahap mengetahui, menurun menjadi lebih dari 6,0 persen pada tahap berminat, dan terus menurun hingga lebih dari 3,0 persen pada tahap memutuskan dan melaksanakan, sampai kurang dari 2,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan. Begitu pula dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, persentase penggunaan tiga jenis teknik penyuluhan dijumpai lebih dari 11,0 persen pada tahap mengetahui, dan meningkat menjadi lebih dari 21,0 persen pada tahap berminat, kemudian kembali menurun hingga kurang dari 9,0 persen pada tahap memutuskan dan melaksanakan, dan terus menurun sampai mendekati 6,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan.

Persentase responden yang menggunakan empat jenis teknik penyuluhan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, dijumpai sekitar 0,5 persen hanya pada tahap berminat, sedangkan pada tahap-tahap proses adopsi lainnya tidak ada satupun responden yang menggunakannya. Berbeda dengan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, persentase responden yang menggunakan empat jenis teknik penyuluhan dijumpai sekitar 2,0 persen pada tahap berminat, dan meningkat mendekati 7,0 persen pada tahap memutuskan, dan terus meningkat menjadi kurang dari 9,0 persen pada tahap melaksanakan, sedangkan pada tahap mengetahui dan konfirmasi keputusan, tidak satupun responden yang menggunakannya.



**Gambar 14.** Kurva Rata-rata Jumlah Penggunaan Teknik Penyuluhan pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Rata-rata jumlah penggunaan keempat jenis teknik penyuluhan pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan dapat ditunjukkan oleh Gambar 14. Jika diteliti rata-rata jumlah penggunaan teknik penyuluhan tersebut, maka dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan dijumpai sekitar dua jenis pada tahap mengetahui, dan menurun secara pelan menjadi kurang dari dua jenis pada tahap berminat, dan terus menurun mendekati 1,5 jenis pada tahap memutuskan sampai tahap melaksanakan, dan kemudian terus menurun hingga mendekati satu jenis pada tahap konfirmasi. Berbeda dengan di daerah pedesaan, penggunaan teknik penyuluhan dijumpai sekitar dua jenis pada tahap mengetahui, dan meningkat menjadi sekitar 2,5 jenis pada tahap berminat, dan kembali menurun mendekati dua jenis pada tahap memutuskan hingga sekitar dua jenis pada tahap melaksanakan, lalu kembali meningkat lebih dari dua jenis pada tahap konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa semua jenis teknik penyuluhan yang digunakan “penyuluh” dalam kegiatan penyuluhan PMT bayi pada ibu-ibu responden sangat sesuai dengan kebutuhan setiap tahap proses adopsi inovasi tersebut baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Namun demikian jika diteliti lebih jauh lagi, maka teknik-

teknik penyuluhan yang digunakan responden pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi lebih bervariasi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Hal ini disebabkan kegiatan penyuluhan gizi lebih aktif di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan.

Menurut Mardikanto (1993), dalam kegiatan penyuluhan dapat digunakan teknik-teknik penyuluhan yang berhubungan langsung dan tidak langsung dengan sasaran, seperti: nasihat, ceramah, anjingsana, demonstrasi, diskusi, dan beberapa teknik lainnya. Lebih jauh van den Ban dan Hawkins (1988) menyatakan bahwa diskusi misalnya dapat digunakan pada berbagai tujuan dan kelompok yang berbeda. Rapat panitia dapat digunakan untuk menghasilkan kesepakatan atau keputusan tertentu. Demikian pula, diskusi kelompok yang digunakan dalam program pendidikan orang dewasa dapat menolong peserta didik untuk mengembangkan pandangan mereka tentang pembangunan masyarakat.

#### **4. Jenis Informasi**

Selayaknya suatu inovasi pada umumnya dan inovasi gizi pada khususnya, memiliki berbagai bentuk penguraian sesuai dengan kepentingan-kepentingan yang ingin dicapai oleh inovasi tersebut. Bentuk-bentuk uraian inovasi tersebut sering disebut jenis-jenis informasi. Dalam proses adopsi inovasi gizi khususnya terdapat beberapa tahapan proses sampai kepada diadopsinya inovasi tersebut. Setiap tahap proses adopsi akan menggunakan jenis informasi yang berbeda pula, misalnya pada tahap mengetahui biasanya akan mendapatkan jenis informasi tentang keberadaan inovasi, tetapi pada tahap mengambil keputusan biasanya responden mendapatkan jenis informasi tentang konsekuensi sosial ekonomi budaya inovasi. Berkaitan dengan hal di atas, maka setiap tahapan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi kemungkinan dibutuhkan satu atau lebih jenis informasi agar inovasi gizi dapat diterima dengan baik oleh sasaran penyuluhan (Tabel 14).

Tabel 14 menunjukkan bahwa penggunaan satu, dua, tiga, empat, dan lima jenis informasi pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi semuanya merupakan kombinasi dari jenis-jenis informasi seperti: keterangan umum inovasi PMT bayi (pemberitahuan), manfaat dan ciri-ciri inovasi PMT bayi (operasionalisasi), keuntungan sosial ekonomi inovasi PMT bayi (penilaian), cara membuat inovasi PMT bayi (aplikasi), dan keberhasilan penerapan inovasi PMT bayi (hasil-hasil).

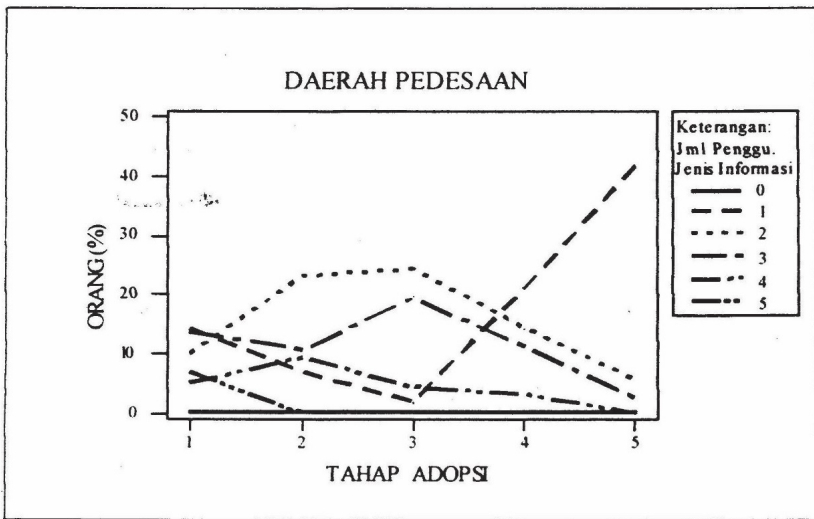
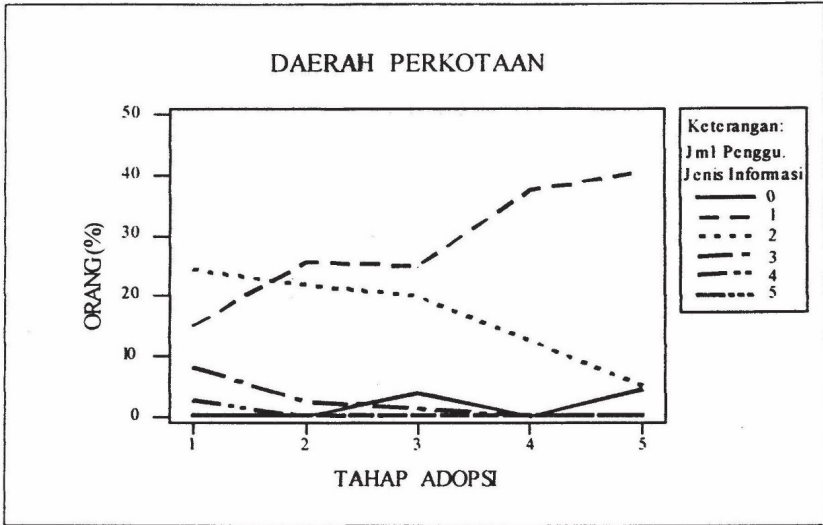
Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan persentase responden yang tidak menggunakan tidak satupun macam jenis informasi ditemui pada tahap memutuskan dan konfirmasi keputusan (masing-masing sekitar 4.0 %), sedangkan pada tahap mengetahui berminat dan melaksanakan tidak satupun responden yang menggunakannya. Sebaliknya persentase responden yang tidak menggunakan tidak satupun macam jenis informasi dijumpai pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan (dapat juga dilihat Gambar 15).

**Tabel 14.** Jumlah dan Persentase Responden Menurut Jumlah Penggunaan Jenis Informasi pada Setiap Tahap Proses Adopsi dan Tipe Pemukiman

No	Tipe Pe- mukiman	Jumlah Penggunaan	Tahap Proses Adopsi					Jumlah P.tase
			1	2	3	4	5	
1	Perkotaan	0, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,8)	0 (0,0)	7 (4,4)	13 (1,6)
		1, n (%)	24 (15,0)	41 (25,6)	40 (25,0)	60 (37,5)	65 (40,6)	230 (28,8)
		2, n (%)	39 (24,4)	35 (21,4)	32 (20,0)	20 (12,5)	8 (5,0)	134 (16,8)
		3, n (%)	13 (8,1)	4 (2,5)	2 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (2,4)
		4, n (%)	4 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,5)
		5, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2	Pedesaan	0, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		1, n (%)	23 (14,4)	11 (6,9)	3 (1,9)	34 (21,2)	67 (41,9)	138 (17,2)
		2, n (%)	16 (10,0)	37 (23,1)	39 (24,4)	23 (14,4)	9 (5,6)	124 (15,5)
		3, n (%)	22 (13,8)	17 (10,6)	31 (19,4)	18 (11,2)	4 (2,5)	92 (11,5)
		4, n (%)	8 (5,0)	15 (9,4)	7 (4,4)	5 (3,1)	0 (0,0)	35 (4,4)
		5, n (%)	11 (6,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (1,4)

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, persentase responden yang menggunakan satu macam jenis informasi adalah sekitar 15,0 persen pada tahap mengetahui, dan meningkat menjadi sekitar 25,0 persen pada tahap berminat sampai tahap memutuskan, kemudian terus meningkat dari 37,5 persen pada tahap melaksanakan sampai berada di atas 40,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan. Berbeda dengan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, persentase responden yang memanfaatkan satu macam jenis informasi adalah kurang dari 15,0 persen pada tahap mengetahui, dan menurun menjadi kurang dari 7,0 persen pada tahap berminat, kemudian terus menurun sampai kurang dari 2,0 persen pada tahap memutuskan, lalu meningkat menjadi lebih dari 21,0 persen pada tahap melaksanakan keputusan sampai lebih dari 41,0 persen pada tahap konfirmasi.

Persentase responden yang menggunakan dua macam jenis informasi di daerah perkotaan adalah kurang dari 25,0 pada tahap mengetahui, dan menurun dengan pelan mendekati 21,0 persen pada tahap berminat sampai 20,0 persen pada tahap memutuskan. Kemudian terus menurun hingga 12,5 persen pada tahap melaksanakan sampai 5,0 persen pada tahap konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi. Berbeda dengan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, persentase ibu-ibu responden yang memanfaatkan dua jenis informasi dijumpai 10,0 persen pada tahap mengetahui, dan meningkat menjadi lebih dari 23,0 persen pada tahap berminat sampai tahap memutuskan, kemudian kembali menurun menjadi kurang dari 15,0 persen pada tahap melaksanakan sampai lebih dari 5,0 persen pada tahap konfirmasi.



**Gambar 15.** Kurva Penggunaan Jenis Informasi pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

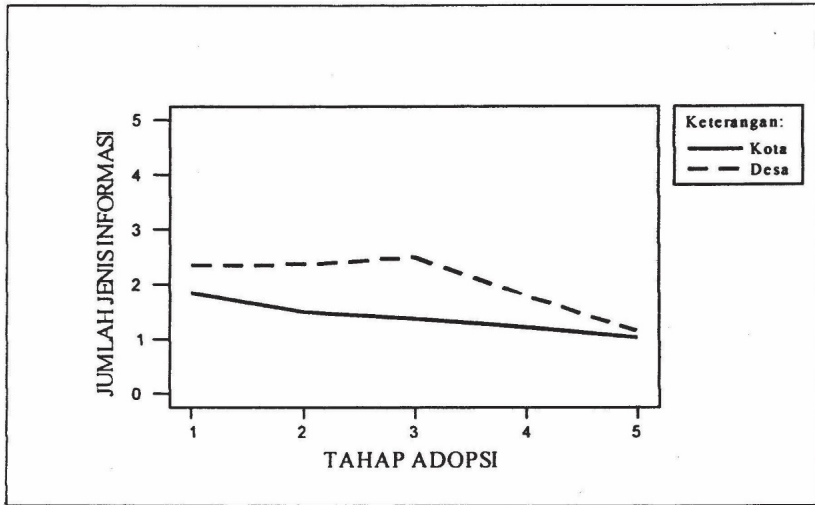
Pada penggunaan tiga macam jenis informasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, dijumpai sejumlah lebih dari 8,0 persen responden pada tahap mengetahui, dan menurun menjadi 2,5 persen pada tahap berminat sampai mendekati 1,0 persen pada tahap memutuskan, sedangkan pada tahap melaksanakan dan konfirmasi

keputusan, tidak ada satupun responden yang menggunakannya, berbeda dengan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan, penggunaan tiga macam jenis informasi dijumpai kurang dari 14,0 persen pada tahap mengetahui, dan menurun menjadi lebih dari 10,0 persen pada tahap berminat, kemudian kembali meningkat mendekati 20,0 persen pada tahap memutuskan dan kembali menurun hingga sekitar 11,0 persen pada tahap melaksanakan sampai sekitar 2,5 persen pada tahap konfirmasi keputusan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan, penggunaan empat macam jenis informasi dijumpai sekitar 2,5 persen ibu-ibu responden hanya pada tahap mengetahui saja, sedangkan pada tahap-tahap selanjutnya tidak ada satupun responden yang menggunakannya. Sebaliknya, penggunaan empat macam jenis informasi di daerah pedesaan masih dijumpai sekitar 5,0 persen pada tahap mengetahui, dan meningkat mendekati 10,0 persen pada tahap berminat, lalu kemudian kembali menurun menjadi kurang dari 5,0 persen pada tahap memutuskan sampai mendekati 3,0 persen pada tahap melaksanakan, sedangkan pada tahap konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi tidak ada satupun macam jenis informasi yang digunakan responden.

Pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan tidak dijumpai satupun responden yang menggunakan lima macam jenis informasi, sedangkan di daerah pedesaan masih dijumpai lebih dari 6,0 persen hanya pada tahap mengetahui saja, sedangkan pada tahap-tahap lainnya tidak satupun responden yang memanfaatkannya.

Untuk mengetahui rata-rata jumlah penggunaan kelima macam jenis informasi pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan, dapat dilihat pada kurva “Lowess” seperti Gambar 16 berikut ini.



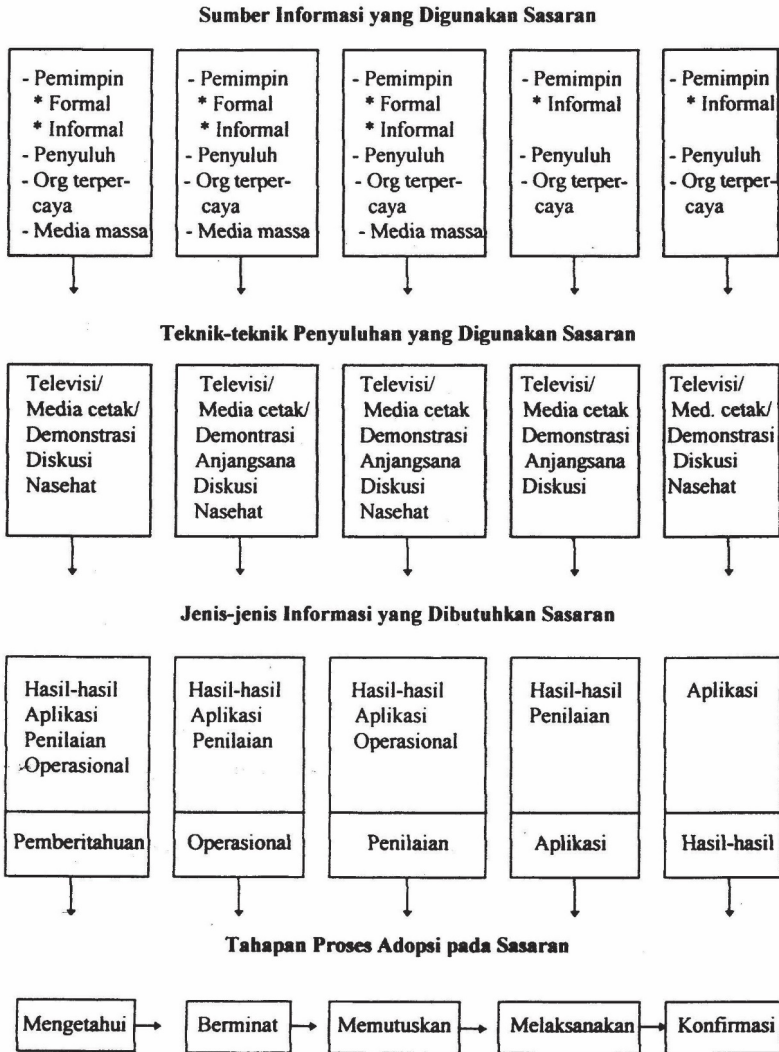
**Gambar 16.** Kurva Rata-rata Jumlah Penggunaan Jenis informasi pada Setiap Tahap Proses Adopsi Menurut Tipe Pemukiman

Gambar 16 menunjukkan bahwa dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, penggunaan jenis-jenis informasi di daerah perkotaan dijumpai kurang dari dua macam jenis informasi pada tahap mengetahui, dan menurun menjadi sekitar 1,5 macam jenis informasi pada tahap berminat, lalu kemudian terus menurun dengan pelan sampai menjadi lebih dari satu jenis pada tahap konfirmasi keputusan. Sebaliknya di daerah pedesaan, penggunaan lebih dari dua macam jenis informasi pada tahap mengetahui, dan meningkat secara pelan mendekati tiga macam sampai pada tahap memutuskan, lalu kemudian kembali menurun menjadi kurang dari dua macam pada tahap melaksanakan dan terus menurun sampai mendekati satu macam jenis informasi pada tahap konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi. Ini berarti bahwa jenis-jenis informasi yang digunakan ibu-ibu berperan pada semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan. Namun demikian, jika dicermati lebih jauh jenis-jenis informasi yang digunakan ibu-ibu responden cenderung lebih bervariasi dan sesuai dengan kebutuhan semua tahap proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Hal ini disebabkan aktivitas penyuluhan gizi dan proses difusi inovasi PMT bayi lebih tinggi di daerah pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan. Jadi, Hipotesis 4 yang diajukan dalam penelitian ini ditolak.

## 5. Rekapitulasi

Seperti telah dijelaskan pada Gambar 3 sebelumnya bahwa proses adopsi inovasi PMT bayi dipengaruhi oleh keberadaan sumber informasi dan jenis informasi. Di samping itu, dalam rancangan penelitian ini dikaji juga peubah teknik penyuluhan yang diduga berhubungan erat dengan setiap tahap fase adopsi inovasi PMT bayi (Gambar 17).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber informasi baik itu saluran komunikasi antarpribadi, saluran bidan desa maupun saluran media massa, masing-masing mempunyai peran penting dalam setiap tahap proses adopsi inovasi PMT bayi. Jika diamati penggunaan saluran antarpribadi pada setiap tahap proses adopsi, maka pada tahap mengetahui dan berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, ibu-ibu responden di daerah perkotaan menggunakan lima jenis saluran antarpribadi, yaitu: ketua-ketua RT, mertua/orang tua, kader posyandu, teman/tetangga, dan saluran lainnya (suami, kakak, dokter, dan penjual), sedangkan ibu-ibu responden di pedesaan selain menggunakan lima jenis saluran tersebut di atas, juga menggunakan pengurus-pengurus PKK.



**Gambar 17.** Tahap Fase Adopsi Inovasi PMT Bayi

Pada tahap memutuskan, saluran antarpribadi yang digunakan ibu-ibu responden baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan adalah masih berkisar pada lima jenis yaitu: pengurus PKK, mertua/orang tua, kader posyandu, teman/tetangga, dan saluran lainnya. Pada tahap melaksanakan ibu-ibu responden yang menggunakan saluran antarpribadi baik di perkotaan maupun di pedesaan masih berkisar lima

jenis saluran antarpribadi yaitu: mertua/orang tua, kader posyandu, teman/tetangga, dan saluran lainnya, sedangkan saluran pengurus PKK perannya sudah tergolong lemah baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan. Pada tahap konfirmasi keputusan ibu-ibu responden yang menggunakan saluran antarpribadi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan adalah berkisar empat jenis yaitu: kader posyandu teman/tetangga dan saluran lainnya, sedangkan saluran mertua/orang tua perannya sudah tergolong lemah khususnya di perkotaan, tetapi perannya masih cukup besar di pedesaan. Khususnya dukun bayi sebagai salah satu jenis saluran antarpribadi, selalu digunakan oleh ibu-ibu responden dalam setiap tahap proses adopsi inovasi PMT bayi tetapi perannya tergolong masih lemah baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan.

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, salah satu jenis saluran antarpribadi lainnya yang sering digunakan ibu-ibu responden baik di perkotaan maupun di pedesaan adalah bidan desa sebagai “penyuluh gizi.” Pada tahap mengetahui dan berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, ibu-ibu responden yang menggunakan saluran bidan desa relatif lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di pedesaan. Pada tahap memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan di daerah perkotaan, ibu-ibu responden yang menggunakan saluran bidan desa jumlahnya relatif kecil, sedangkan ibu-ibu responden yang menggunakan saluran bidan desa di daerah pedesaan jumlahnya relatif besar pada tahap memutuskan dan konfirmasi, tetapi sangat kecil pada tahap melaksanakan keputusan.

Saluran media massa cukup besar perannya dalam proses adopsi inovasi PMT bayi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan. Pada tahap mengetahui, berminat, dan memutuskan, ibu-ibu responden yang menggunakan saluran media massa relatif lebih tinggi di daerah pedesaan daripada di perkotaan. Pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan, ibu-ibu responden yang menggunakan saluran media massa jumlahnya relatif kecil di daerah perkotaan, apalagi di daerah pedesaan.

Peubah lain yang cukup besar perannya dalam memengaruhi keberhasilan proses adopsi inovasi PMT bayi adalah teknik penyuluhan. Jika dicermati penggunaan teknik penyuluhan pada setiap tahap proses adopsi inovasi PMT bayi, maka pada tahap mengetahui dan konfirmasi

ibu-ibu responden menggunakan tiga jenis teknik penyuluhan secara kombinasi (nasihat, diskusi, dan demonstrasi/media cetak/televiisi). Pada tahap berminat, ibu-ibu responden menggunakan empat jenis teknik penyuluhan seperti: nasihat, diskusi, anjingsana, dan demonstrasi/media cetak/televiisi. Begitu pula pada tahap melaksanakan keputusan, ibu-ibu responden menggunakan empat jenis teknik penyuluhan seperti: diskusi, anjingsana, demonstrasi, dan media cetak/televiisi. Pada tahap memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, ibu-ibu responden menggunakan lima jenis teknik penyuluhan secara kombinasi, misalnya: nasihat, diskusi, anjingsana, demonstrasi, dan media cetak/televiisi. Khusus pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan, penggunaan teknik penyuluhan televiisi dan media cetak masih tergolong relatif kecil. Ini berarti bahwa meskipun beberapa ibu responden tidak menggunakan satupun jenis teknik penyuluhan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi pada tahap memutuskan dan konfirmasi keputusan, akan tetapi jenis-jenis teknik penyuluhan yang digunakan ibu-ibu responden sesuai dengan setiap tahap proses adopsi, dan bahkan hampir semua tahapan proses adopsi menggunakan lebih dari satu jenis teknik penyuluhan baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan. Salah satu peubah yang cukup besar perannya dalam memengaruhi keberhasilan proses adopsi inovasi PMT bayi adalah jenis informasi. Jika ditelusuri penggunaan jenis-jenis informasi pada setiap tahap proses adopsi, maka pada tahap mengetahui dan berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi ibu-ibu responden di daerah perkotaan menggunakan empat jenis informasi, yaitu: pemberitahuan, operasionalisasi, penilaian, dan aplikasi; sedangkan ibu-ibu responden di daerah pedesaan selain menggunakan empat jenis informasi tersebut di atas, juga menggunakan jenis informasi kelima yakni hasil-hasil. Pada tahap mengambil keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, jenis informasi yang digunakan oleh ibu-ibu responden di daerah perkotaan masih berkisar pada jenis informasi seperti: pemberitahuan, operasionalisasi, penilaian, dan aplikasi; sedangkan ibu-ibu responden di daerah pedesaan telah terjadi perubahan yakni menggunakan jenis informasi seperti: operasionalisasi, penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil. Selanjutnya pada tahap melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, penggunaan jenis informasi oleh ibu-ibu responden di daerah perkotaan adalah penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil, sedangkan

ibu-ibu responden di daerah pedesaan telah terjadi perubahan yakni menggunakan jenis informasi operasionalisasi, penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil. Demikian pula pada tahap konfirmasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, ibu-ibu responden di daerah perkotaan menggunakan jenis informasi aplikasi dan hasil-hasil, sedangkan ibu-ibu responden di daerah pedesaan masih menggunakan jenis informasi seperti pada tahap mengambil dan melaksanakan keputusan, yaitu: menggunakan jenis informasi operasionalisasi, penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil. Hal ini berarti bahwa meskipun pada tahap mengambil dan konfirmasi keputusan beberapa ibu responden tidak menggunakan satupun jenis informasi dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, akan tetapi jenis-jenis informasi yang digunakan responden sesuai dengan setiap tahap proses adopsi, dan bahkan hampir semua tahapan proses adopsi menggunakan lebih dari satu jenis informasi baik di daerah perkotaan terlebih lagi di pedesaan.

Jika dibandingkan antar model acuan yang dikemukakan oleh Lionberger dan Gwin seperti terlihat pada Gambar 3 dengan hasil temuan di lapangan, maka terdapat beberapa hal yang perlu ditambahkan dalam model tersebut (Gambar 17) baik itu berupa peubah pengaruh (contoh: teknik penyuluhan) maupun komponen-komponen dalam peubah itu sendiri (contoh: saluran media massa sebagai salah satu sumber informasi pada tahap memutuskan).

Dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, penggunaan sumber informasi pada tahap mengetahui yakni saluran pemimpin informal dan “orang terpercaya” (mertua/orang tua dan teman/tetangga), sudah mulai tampak perannya sebagai bagian dari saluran komunikasi antarpribadi. Pada tahap berminat dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, saluran “orang terpercaya” juga sudah mulai terlihat perannya. Begitu pula pada tahap memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, peran saluran media massa sudah mulai tampak, sedangkan pada tahap melaksanakan dan konfirmasi keputusan peran saluran media massa belum terlihat dalam penelitian ini.

Dalam hal penggunaan teknik penyuluhan pada tahap mengetahui dan konfirmasi keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi dijumpai tiga jenis teknik penyuluhan. Pada tahap berminat dan melaksanakan keputusan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi, sasaran penyuluhan menggunakan empat jenis teknik penyuluhan secara kombinasi. Begitu

pula pada tahap memutuskan dalam proses adopsi inovasi PMT bayi digunakan lima jenis teknik penyuluhan secara kombinasi.

Demikian pula peubah jenis informasi yang juga merupakan temuan dalam penelitian ini yaitu pada tahap mengetahui, sedianya hanya digunakan satu macam jenis informasi (misalnya pemberitahuan), akan tetapi dalam temuan di lapangan dijumpai kombinasi penggunaan kelima macam jenis informasi (pemberitahuan, operasional, penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil). Pada tahap berminat, dijumpai kombinasi penggunaan empat macam jenis informasi seperti informasi operasional, penilaian, aplikasi, dan hasil-hasil. Begitu pula pada tahap memutuskan, melaksanakan, dan konfirmasi keputusan, masing-masing dijumpai kombinasi penggunaan empat macam jenis informasi (penilaian, operasional, aplikasi, dan hasil-hasil), tiga macam jenis informasi (aplikasi, penilaian, hasil-hasil), dan dua macam jenis informasi yaitu hasil-hasil dan aplikasi.

Dalam uraian penutup buku ini, dapat dirumuskan beberapa hal sebagai hasil Riset Program Penyuluhan Gizi Masyarakat khususnya Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Bayi yang secara berturut-turut dapat diuraikan berikut ini.

### **A. Inovasi Pemberian Makanan Tambahan Bayi**

Inovasi PMT Bayi dapat dibedakan menjadi; (1) Bubur/Nasi Tim, dan (2) Bubur Bayi Instan Buatan Pabrik. Kedua jenis Inovasi PMT Bayi tersebut sudah dikenal luas oleh masyarakat di daerah penelitian dan sudah menjadi bagian dari tata cara memberi makan pada bayinya. Meskipun kedua jenis Inovasi PMT Bayi ini cukup rumit dalam pembuatannya, tetapi menurut ibu-ibu responden dan para penyuluh gizi, penyesuaian inovasi tidak perlu dilakukan karena cukup mudah melakukannya.

Dalam penyebaran inovasi PMT bayi tersebut, keduanya lebih banyak dilakukan melalui kegiatan penyuluhan gizi di Posyandu. Inovasi Bubur/Nasi Tim Buatan Sendiri lebih banyak disuluhkan oleh Bidan Desa sebagai “Penyuluh Gizi.” Lain halnya dengan Bubur Bayi Instan Buatan Pabrik, inovasi tersebut disalurkan oleh produsen-produsennya langsung ke pasar-pasar. Selain itu, juga disalurkan ke Posyandu melalui Puskesmas oleh jasa Bidan Desa dan Kader Posyandu. Upaya-upaya lain yang dilakukan oleh produsen-produsen bubur bayi instan agar

produknya laku terjual di masyarakat adalah menjadi sponsor pada lomba-lomba kader teladan, bayi dan balita sehat, dan Posyandu teladan dengan memberikan hadiah dalam jumlah yang memadai.

Inovasi PMT bayi khususnya bubur bayi instan buatan pabrik cukup unik dibandingkan dengan inovasi pembangunan lainnya yang juga buatan pabrik, karena upaya penyebarannya sepenuhnya atas usaha dan inisiatif produsennya, atau tidak ada bantuan pemerintah melalui kebijakan-kebijakan tertentu seperti penyebaran inovasi pembangunan lainnya. Keunikan inovasi PMT bayi ini juga terletak pada proses pengambilan keputusan inovasi yang bersifat “opsional” atau secara pribadi. Pengambilan keputusan opsional seperti ini lebih menempatkan ibu-ibu pada posisi sebagai “pemilih” (tidak dipikirkan), sehingga keputusan-keputusan yang diambil bersifat tanpa tekanan dan langgeng.

## **B. Proses Difusi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya**

Proses difusi inovasi PMT bayi ibu-ibu kepada anggota masyarakat lainnya (teman dan tetangga) jauh lebih luas di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan karena kegiatan penyuluhan gizi lebih aktif di daerah pedesaan daripada perkotaan. Menurut hasil Analisis Regresi menunjukkan bahwa Tingkat Adopsi Inovasi ditentukan oleh semakin meningkatnya penggunaan saluran antarpribadi dan saluran media massa. Tingkat adopsi inovasi juga ditentukan oleh semakin meningkatnya pemanfaatan jumlah jenis informasi yang digunakan pada tahap proses pengambilan keputusan. Selanjutnya tingkat adopsi inovasi juga ditentukan oleh semakin meningkatnya pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, pengambilan keputusan inovasi opsional, keunggulan inovasi, persepsi ibu-ibu tentang keterlibatan pemimpin masyarakat dalam penyuluhan gizi, dan keterikatan dengan norma gizi masyarakat.

Proses difusi inovasi PMT bayi dapat pula digambarkan dengan kurva “S.” Kurva tersebut menunjukkan bahwa secara keseluruhan kecepatan adopsi inovasi lebih tinggi di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan, meskipun selisihnya tidak berbeda nyata. Kurva tersebut juga menunjukkan bahwa kecepatan adopsi ibu-ibu sebagai unit-unit pengambil keputusan inovasi PMT bayi adalah berbeda-beda

menurut tinggi rendahnya nilai tingkat adopsinya, sehingga diperoleh kelompok-kelompok penerima (*category adopter*) inovasi baik di daerah perkotaan maupun pedesaan, sebagai berikut: (1) Perintis (Inovator); (2) Pelopor (*Early Adopter*); (3) Penerap Dini (*Early Majority*); (4) Penerap Lambat (*Late Majority*); dan (5) Si Kolot (*Laggard*).

Menyimak kondisi sosial ekonomi difuser, maka proses difusi inovasi di daerah penelitian mengalir dari samping melalui kategori-kategori homogen ibu-ibu dalam struktur sosial ekonomi masyarakatnya. Meskipun data akurat tidak tersedia dari hasil penelitian ini, akan tetapi data bahwa sasaran difusi adalah teman dan tetangga “difuser” sudah cukup sebagai alasan untuk menentukan bahwa sasaran difusi inovasi berasal dari golongan status sosial ekonomi yang sama dengan kelompok “difusernya.” Ini berarti bahwa penyebaran inovasi mengalir dari ibu-ibu yang tergolong status ekonomi sedang kepada ibu-ibu lainnya yang tergolong dalam kelas yang sama. Hal ini sesuai dengan pendapat Roling bahwa difusi inovasi akan mudah terjadi pada kelompok-kelompok homogen daripada kelompok heterogen.

Terjadinya proses difusi yang mengalir dari samping adalah cenderung bersifat alami karena dilandasi oleh nilai-nilai kebersamaan yang masih cukup kuat sebagai perekat di kalangan anggota masyarakat. Selain itu, ketersediaan makanan tambahan di masyarakat relatif cukup tinggi dan daya beli ibu-ibu cukup terjangkau. Demikian pula inovasi PMT bayi tidak bernilai “ekonomi” seperti inovasi pembangunan lainnya akan tetapi lebih bernilai “investasi sumber daya manusia” sehingga sasaran lebih cenderung mengambil keputusan secara opsional yang sangat tergantung pada kesediaan ibu-ibu responden untuk mengadopsi inovasi tersebut. Bukannya pengambilan keputusan lainnya yang berasal dari intervensi pihak tertentu seperti pada beberapa jenis inovasi lainnya.

### **C. Proses Adopsi Inovasi dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya**

Kelangsungan proses adopsi inovasi PMT bayi di daerah perkotaan maupun di pedesaan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: keberadaan saluran komunikasi sebagai sumber informasi, pemanfaatan teknik-teknik penyuluhan, dan pemanfaatan jenis-jenis informasi inovasi. Dalam proses adopsi inovasi, dikaji peran tiga jenis saluran komunikasi

yang memengaruhi setiap tahap proses adopsi tersebut, yaitu: saluran komunikasi antarpribadi (mertua/orangtua, kader Posyandu, dukun bayi, pengurus PKK, ketua-ketua RT, teman/tetangga, kakak/suami/penjual), saluran bidan desa, dan saluran media massa.

Penggunaan Saluran Antarpribadi, Saluran Bidan Desa, dan Saluran Media Massa pada semua tahap proses adopsi inovasi lebih kuat di daerah pedesaan daripada di daerah perkotaan. Selanjutnya peran teknik penyuluhan, jenis informasi, sumber informasi (pemimpin formal dan orang-orang terpercaya), dan teknik penyuluhan dalam setiap tahap proses adopsi lebih kuat di daerah pedesaan daripada di perkotaan karena kegiatan penyuluhan gizi di daerah pedesaan lebih aktif dibandingkan di daerah perkotaan.

#### **D. Relevansi Hasil Riset dengan Program Perbaikan Gizi Saat Ini**

Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa sebagian besar isi buku ini adalah hasil studi yang tersajikan dalam disertasi penulis pada tahun 1998 yang lalu, yang mana hasil studi tersebut akan dihubungkan dengan Kebijakan Pemerintah dalam Program Perbaikan Gizi saat ini. Masalah gizi yang dihadapi masyarakat ketika studi ini dilakukan adalah lebih dikenal Empat Masalah Gizi Utama meliputi; Kurang Energi Protein, Kurang Vitamin A, Anemia Gizi Besi, dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium. Sedangkan masalah gizi yang dihadapi masyarakat saat ini adalah lebih populer dengan istilah “*Stunting*.”

Para ahli mendefinisikan “*Stunting*” sebagai suatu kondisi gagal tumbuh pada Anak Bawah Lima Tahun (Balita) sebagai akibat dari kekurangan asupan zat gizi dalam waktu yang lama atau kronis sehingga anak tumbuh terlalu pendek pada usianya. Penampilan *stunting* pada anak balita baru kelihatan setelah anak berusia dua tahun karena kekurangan gizi pada masa bayi telah terjadi sejak dalam kandungan dan masa pertumbuhan bayi setelah lahir. Kategori “*Stunting*” dapat dibedakan menjadi: pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) berdasarkan ukuran standar yang digunakan.

Sering kali banyak orang menggampangkan bahwa penyebab terjadinya masalah gizi termasuk *stunting* karena masalah ekonomi keluarga, seperti: pendapatan yang rendah, daya beli yang rendah,

kemiskinan, dan sebagainya. *Stunting* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yang mana faktor-faktor tersebut sering kali saling terkait satu sama lain. Berdasarkan penyebabnya, *stunting* dapat dibedakan menjadi: *Pertama*; penyebab secara langsung *stunting* adalah konsumsi atau asupan makanan bergizi dan penyakit infeksi. Konsumsi makanan bergizi yang tidak seimbang, baik dari segi jumlah, komposisi, ragam, dan jenis bahkan bersih dan aman. Apalagi jika dibarengi dengan terjadinya penyakit infeksi pada ibu hamil dan menyusui serta Anak Balita akan menjadi “penyebab utama *stunting*” pada mereka. Misalnya, bayi tidak mendapatkan ASI Eksklusif dalam 4-6 bulan pertama setelah lahir. Bahkan bayi tidak mendapatkan Makanan Pendamping ASI setelah bayi disapih atau usia mereka lebih usia 6 bulan. *Kedua*; Penyebab secara tidak langsung, dapat berupa ketersediaan pangan dalam rumah tangga, perilaku asuh ibu dan anak, dan pelayanan kesehatan dan kondisi lingkungan di sekitar tempat tinggal.

Program Perbaikan Gizi Masyarakat di negara ini secara intensif dimulai di awal tahun 70-an dengan slogannya yang sangat terkenal “Empat Sehat Lima Sempurna.” Dalam kaitan ini, berbagai Media Penyuluhan Gizi telah diproduksi oleh Kementerian Kesehatan RI, seperti: leaflet-leaflet, buku-buku, flipchart, dan media-media. Di antara media-media penyuluhan tersebut, hampir selalu ada di mana-mana adalah poster-poster “Empat Sehat Lima Sempurna.” Media poster ini selalu tampak di ruang-ruang rumah sakit, puskesmas, ruang praktik dokter, sekolah-sekolah, bahkan di apotek-apotek, dan di berbagai fasilitas umum lainnya.

Berbagai program lanjutan yang pengaruhnya baik langsung maupun tidak langsung terhadap Perbaikan Gizi Masyarakat pada saat itu telah dilaksanakan, seperti Program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga yang sangat terkenal dengan singkatan UPGK, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), termasuk Program Pemanfaatan Pekarangan Rumah melalui Program Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat dan Sejahtera (P2WKSS). Media-media penyuluhan diproduksi untuk memopulerkan program ini. Termasuk pengembangan media yang sangat massif pada saat itu melalui Papan Baliho. Seluruh muatan Program UPGK ini telah tertuang dalam 10 Program Peningkatan Kesejahteraan Keluarga atau 10 Program PKK dalam bentuk Baliho Semi

Permanen yang terpampang di setiap sudut jalan kota-kota kabupaten, kecamatan, bahkan desa-desa di seluruh negeri.

Di era tahun 1980-an, masalah gizi utama lebih terelaborasi menjadi Empat Masalah Gizi, yaitu: Kurang Energi Protein, Kurang Vitamin A, Anemia Gizi Besi, dan Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKI). Penanganan upaya perbaikan masalah gizi ini lebih banyak dilakukan melalui Program Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Program ini dilakukan dengan Sistem Lima Meja dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu dan Anak Bawah Lima Tahun (Balita).

Berdasarkan tahapan usaha perbaikan gizi ditinjau dari sisi penyuluhan, bahwa era “Slogan Empat Sehat Lima Sempurna” lebih dominan menggunakan pendekatan penyuluhan Komunikasi Media Massa khususnya Media Cetak. Sementara Era Penanganan UPGK melalui 10 program PKK telah menggunakan kombinasi pendekatan penyuluhan Komunikasi Media Massa khususnya Media Cetak dan pendekatan Penyuluhan Komunikasi Tatap Muka (*Inter Personal Communication*). Sedangkan Era Penanganan Empat Masalah Gizi Utama lebih dominan menggunakan Pendekatan Penyuluhan Komunikasi Tatap Muka melalui program Posyandu.

Jika dilihat dari sisi tinjauan perkembangan Teori Difusi dan Adopsi Inovasi oleh Everett M. Rogers tahun 1960-an sampai dengan tahun 1980-an pada ketiga era penanganan masalah gizi di Indonesia, bahwa di era Program Slogan Empat Sehat Lima Sempurna, sesuai Teori Rogers (1971) dalam bukunya *The Communication of Innovation*, maka Inovasi Empat Sehat Lima Sempurna diperkenalkan ke dalam masyarakat sebagai suatu sistem sosial masyarakat lebih dominan melalui Pendekatan Komunikasi Media Massa terutama Media Cetak. Demikian pula pada era penanganan UPGK, menggunakan kombinasi Pendekatan Komunikasi Media Cetak dan Tatap Muka. Sedangkan era penanganan perbaikan gizi masyarakat melalui Posyandu, dominan menggunakan pendekatan penyuluhan yang digunakan adalah Komunikasi Tatap Muka dengan sistem lima meja di Posyandu. Hal ini relevan dengan teori Rogers dalam bukunya *Diffusion of Innovation* (1983).

Penanganan masalah gizi “*Stunting*” yang dilakukan pemerintah saat ini masih melalui Program Penyuluhan di Posyandu dengan dominan menggunakan pendekatan komunikasi Tatap Muka. Tentu saja dengan tetap menggunakan teori difusi dan adopsi inovasi oleh Rogers (1983).

Sebagai upaya penyempurnaan pandangan ini, maka Roling dalam bukunya *Extention Science – Information System in Agricultural Development* (1988) berpendapat bahwa proses difusi dan adopsi inovasi akan berjalan cepat pada masyarakat yang heterogen jika terlebih dahulu dilakukan persamaan sifat-sifat sehingga akan tercipta kelompok-kelompok masyarakat yang homogen, seperti yang tergambar dalam kurva sebaran normal pada masing-masing kategori adopter. Sebagai temuan hasil penelitian penulis, yang akan menjadi langkah strategis dalam penanganan masalah “*Stunting*” melalui Program Penyuluhan di Posyandu, bahwa proses difusi dan adopsi inovasi “Penanganan Masalah *Stunting*” kepada sasaran “*Stunting*” dapat mengalir dari “samping” melalui kategori-kategori homogen sasaran “*Stunting*” dalam hal kesamaan kondisi sosial ekonominya. Hal ini dapat pula berarti bahwa proses difusi inovasi melalui kesamaan-kesamaan atas dasar pertemanan dan ketetanggaan.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## DAFTAR PUSTAKA

- Abunain, D. dan M. Enoch. 1978. Perbandingan Bola Kebiasaan Menyusut. Makanan Sapihan dan Status Gizi Bayi di Daerah Kota dan Pinggiran Jakarta Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Bogor.
- Akhsan. 1991. "Pemberian Air Susu Ibu Ditinjau dari Aspek Sosial Ekonomi di Daerah Perkotaan". Tesis Fakultas Pascasarjana Institut Pertanian Bogor.
- Akhsan. 1993. Pola Penyapihan dan Status Gizi Anak Bawah Umur Tiga Tahun dalam Hubungannya dengan Aspek Sosial Ekonomi Masyarakat Perkotaan Lembaga Penelitian Universitas Hasanuddin Ujung Pandang.
- Arboleda, CR. 1981. *Communication Research*. Published and Printed by the Communication and Foundation for Asia.
- Amelia dan Sri Muljati. 1991. Status Gizi Anak Balita Pengunjung Posyandu Kecamatan Ciomas dan Semplak. Kabupaten Bogor Dalam Penelitian Gizi dan Makan Jilid 14 Tahun 1991 Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Bogor.
- Asngari, PS., R. Pambudy, dan R.W.E., Lumintang. 1992. Pola Penyuluhan Peternakan Pembangunan Jangka Panjang II. Fakultas Peternakan Institut Pertanian Bogor Bekerja Sama dengan Direktorat Bina Penyuluhan Dirjen Peternakan Departemen Pertanian, Bogor.

- Berg, A. 1986. *Peranan Gizi dalam Pembangunan Nasional*. CV. Rajawali, Jakarta.
- Berlo, D.K. 1960. *The Process Of Communication An Introduction To Theory and Practice Holt*. Rinehart and Winsto, INC New York Chicago, Toronto, Sydney.
- Boserup, E. 1984. *Peranan Wanita dalam Pembangunan Ekonomi*. Penerbit Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Dahama, O.P., and Bhatnagar. 1980. *Education and Communication Development*. Oxford and IBH Publishing Co., New Delhi, Bombay, Calcutta.
- Depari, E., dan C. Mac Andrews. 1985. *Peranan Komunikasi Massa dalam Pembangunan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- De Vaus, D.A. 1991. *Surveys in Social Research*. UCI Press, London.
- Diah Krisnatuti. 1983. Partisipasi Pemimpin Wanita dalam Kegiatan Penyuluhan Keluarga Berencana/Gizi Terpadu. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber Daya-IPB.
- du Toit, S.H.C., A.G.W Steyn and R.H Stumpf. 1986. *Graphical Exploratory Data Analysis*. Springer-Verlag, New York INC.
- Eko Fendi Baskoro. 2020. Pentingnya Pengembangan Difusi Inovasi Pertanian Berdasarkan Keunggulan Kompetitif Daerah, Balai Besar Pelatihan Peternakan, Batu.
- Enoch, M. dan E. Saaraswati. 1990. "Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di Puskesmas Selabatu. Kotamadya Sukabumi". Dalam Simposium Pangan dan Gizi Serta Kongres IV Pergizi-Pangan Indonesia. Jakarta.
- Esman, M.J. and N.T. Upholf. 1984. *Local Organization: Intermediaries In Rural Development*. Cornell University Press, Ithaca and London.
- Feder, G. RE., Just and D. Ziberman. 1982. *Adoption of Agricutrural Innovation In Development Countries* The World Bank Washington D.C. USA.
- Gronlund, NE. 1971. *Stating Behavioral Objective For Classroom Instruction* The Macmillan Company Macmillan Limited, London.
- Hanafi, A. 1987. *Memasyarakatkan Ide-ide Baru*. Penerbit Usaha Nasional, Surabaya.
- Hardinsyah. 1987. Daftar Kandungan Gizi Bahan Makanan. Faktor Mentah Masak dan Kandungan Asam Amino Esensial. Jurusan

Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor.

- Harun, H.R. 1995. "Kondisi dan Upaya yang Diperlukan untuk Menciptakan Balai Penyuluhan Pertanian (BPP) Sebagai Pusat Kegiatan Penyuluhan. Informasi dan Teknologi Perekonomian di Pedesaan". Dalam Lokarya Dinamika dan Perspektif Penyuluhan Pertanian pada Pembangunan Jangka Panjang Tahap II Bogor 4-5 Juli 1995.
- Havelock, RG. 1971. Planning For Innovation. Through Dissemination and Utilization Of Knowledge. Center For Research on Utilization For Social Research The University Michigan, Ann Arbor Michigan.
- Hepi Apsari. 1994. "Perilaku Komunikasi Sadar Pangan dan Gizi" Pada Akseptor KB Mandiri dan Faktor-faktor yang Berhubungan. Tesis Program Pascasarjana Institut Pertanian Bogor.
- Hermina. 1992. "Keragaan Pengetahuan Gizi dan Pengetahuan Praktek Pemberian Makanan Bayi dan Anak dari Ibu dengan Balita Gizi Buruk di Daerah Bogor dan Sekitarnya." Dalam Penelitian Gizi dan Makanan Jilid 15 Tahun 1992. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Bogor.
- Hubeis, A.V.S. 1985. Women, Food, Health and Development A Case Study Of Cipari Village In West Java. Indonesia Bogor Agricutural University Graduate School Bogor, Indonesia.
- \_\_\_\_\_. 1991. Strategi Penyuluhan Gerakan Sadar Pangan dan Gizi Melalui Program Keluarga Berencana. Kerja Sama antara LPPM-IBP dengan BKKBN.
- Jackson, J.E. 1991. *A User's Guide to Principal Components*. John Wiley & Sons. Inc, New York, Chinester, Brisbane. Toronto Singapore.
- Jahari, A.B., D. Abunain, dan Ig Tarwotjo. 1988. "Masalah Kurang Kalori Protein". Dalam *Gizi Indonesia* Volume XIII No.1 Persagi.
- Jahi, A. (Ed). 1988. "Difusi dan Umpan Balik". Dalam *Komunikasi Massa dan Pembangunan Pedesaan di Negara-negara Dunia Ketiga. Suatu Pengantar*. Penerbit PT Gramedia, Jakarta.
- Jahi, A. 1989. Penyuluhan Pembangunan Peternakan. Jurusan Sosial Ekonomi Peternakan Fakultas Peternakan IPB. Bogor.

- Jamil, A. I., Sudigbya, dan Ag Sumantri. 1977. Meneteki dan Makanan Padat untuk Bayi di Puskesmas Bangsri, Jepara. Kumpulan Naskah Simposium Peningkatan Pembangunan Air Susu Ibu Pada Perkembangan Bayi-Anak, Semarang.
- Jellife, DB. 1966. *The Assessment Of Nutritional Status Of The Community* World Health Organization. Geneva.
- Johnson, DP. 1988. *Teori Sosiologi Klasik dan Modern*, Buku 1. Penerbit PT Gramedia, Jakarta.
- Kartasapoetra, A.G. 1991. *Teknologi Penyuluhan Pertanian*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Kerlinger, F.N. 1995. *Asas-asas Penelitian Behavioral*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Khumaidi, M. 1989. Gizi Masyarakat Depdikbud-Dirjen Dikti PAU Pangan dan Gizi IPB, Bogor.
- King, J. and A. Ashworth. 1994. Patterns and Determinants Of Infant Feeding Practices Worlwide. Dalam *Infant Nutrition Chapman and Hall*. London, New York, Tokyo.
- Kodyat, B.A., T.S. Falah dan Atmarita. 1993. Pokok-pokok Kegiatan Program Perbaikan Gizi pada PJP II untuk Menanggulangi Masalah Gizi Salah. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi V Kerja Sama LIPI dengan Pergizi Pangan, Persagi dan Patpi, Jakarta.
- Kumar, K. (Ed). 1993. *Rapid Appraisal Methods*. World Bank – Regional and Sectoral Studies.
- Kusai. 1996. “Tingkat Adopsi Petani Ikan Terhadap Teknologi Budidaya Ikan dalam Keramba Terapung”. Tesis Program Pascasarjana Institut Pertanian Bogor.
- Latif, A. 1995. “Tingkat Adopsi Teknologi Usaha Tani Menengah pada Bekas Perladangan Berpindah”. Tesis Program Pascasarjana Institut Pertanian Bogor.
- Lilis Puspitasari dkk. 2014. LITERASI INFORMASI MEDIA: Studi Kasus Manfaat Media Massa Terhadap Difusi Inovasi Pertanian di Kecamatan Singaparna Kabupaten Tasikmalaya, *Jurnal EduLib*, Universitas Padjadjaran.
- Lionberger, H.F. and P.H. Gwin. 1991. *Technology Transfers*. Published By Universal Of Missouri University Extension.

- Lippit, R.J. Watson and B. Westley. 1958. *Planned Change*. Harcourt Brace & World. Inc., New York.
- Loomis, C.P. 1967. *Social System Essays On Their Persistence and Change D Van Nostrand*. Company Inc Princeton, New York.
- Mantra, I.B. 1993. Penyuluhan Gizi di Indonesia Sebuah Pengalaman Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi V Kerja Sama LIPI dengan Pergizi Pangan Persangi dan Papti. Jakarta.
- Matdikanto, T. 1993. *Penyuluhan Pembangunan Pertanian*. Sebelas Maret University Press, Surakarta.
- \_\_\_\_\_. 1999. *Penyuluhan Pembangunan Pertanian*. Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 1990. Peningkatan Mutu Pelayanan di Posyandu dalam Program UPGK selama REPELITA V Simposium Nasional Pangan dan Gizi dan Kongres Pergizi Pangan Indonesia, Padang.
- Mosher, A.T. 1978. *An Introduction to Agricultural Extension*. Agricultural Development Concil, New York.
- Muti Hardani dan Reni Zuraida. 2019. Penatalaksanaan Gizi Buruk dan Stunting pada Balita Usia 14 Bulan dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga, *Jurnal Medula*, Volume 9, No. 3.
- Oppenheim, A.N. 1992. *Questionnaire Design*. Interviewing and Attitude Measurement New Edition Pinter Publishers, London and New York.
- Otiz, R. and A. Meneses. 1991. "Increasing the Adoption Rates of New Technology With a New Technology-Transfer Model". Dalam *Journal For Farming Systems Research-Extension*. The Association For Farming System Research-Extension Volume 2 No.1.
- Pandoko, R.H. dan Soemartono. 1978. Pengetahuan Sikap dan Praktik Keluarga Berencana yang Berorientasi pada Masyarakat di Jawa Timur. Buku Ke-2 Analisis Deskriptif Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Surabaya Departemen Kesehatan RI dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.
- Pranadji, D.K. 1992. Penyuluhan Gizi Laboratorium Gizi PAU Pangan dan Gizi IPB Bogor.
- Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. 1993. Arah dan Kebijaksanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

- Rachmat, A. dan P. Matulesy. 1990. "Permasalahan di Balik Penanggulangan PEM". Dalam Simposium Pangan dan Gizi serta Kongres IV Pergizi-pangan Indonesia, Jakarta.
- Rochjati, P. Soedarto dan R.P. Prabowo. 1986. "Ciri-ciri Ibu Hamil dengan Risiko Kelahiran Berat Bayi Lahir Rendah di RSUD Dr. Soetomo Surabaya". Dalam Seminar Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil Kerja Sama Universitas Erlangga Surabaya. Puslitbang Gizi Bogor dan Royal Tropical Institute Amsterdam. Cipanas, Oktober 1986.
- Rogers, E.M. and F.F. Shoemaker. 1986. *Communication Technology. The New Media in Society*. The Free Press. A Division Of Machmillan Incc, New York.
- Roling, N. 1988. *Extension Science-Information System In Agricultural Development*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sajogyo. 1973. Usaha Perbaikan Gizi Keluarga. Lembaga Penelitian Sosiologi Pedesaan IPB, Bogor.
- \_\_\_\_\_. Goenardi, S. Roesli, S.S. Harjadi, dan M. Khumaidi. 1986. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan di Kota*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Sanders, I.T. 1958. *The Community An Introduction to A Social System*. The Ronald Press Company, New York.
- Satoto. 1990. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Disertasi Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Scrimshaw, N.S. and G.R. Gleason (Ed). 1992. Rapid Assessment Procedures. Qualitative Methodologies For Planning and Evaluation Of Health Related Programmes INFDC. Boston.
- Sihadi dan Sanjaya. 1991. "Status Gizi Anak Balita di Daerah Malaria". Dalam *Penelitian Gizi dan Makanan* Jilid 14 Tahun 1991. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Bogor.
- Sitohan, S. dan Rianto Adi. 1989. Pengelolaan dan Penggunaan Posyandu di DKI Jakarta Kelompok Studi Masalah Kesehatan Masyarakat Kota – Pusat Penelitian Atma Jaya. Jakarta.
- Slamet, M. 1995. "Pola, Strategi, dan Pendekatan Penyelenggaraan Penyuluhan Pertanian pada PJP II". Dalam *Lokarya Dinamika dan Perspektif Penyuluhan Pertanian Pada Pembangunan Jangka Panjang Tahap II*, Bogor 4-5 Juli 1995.

- Soekartawi. 1988. *Prinsip Dasar Komunikasi Pertanian*. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Soekirman. 1988. “Kebijakan Pangan dan Gizi dan Upaya Peningkatan Kualitas Hidup”. Dalam *Gizi Indonesia* Volume XIII No.1 Persagi.
- Sri Kardjati, J.A. Kusin, and C. de with. 1986. “Factors Influencing Birthweight”. Dalam Seminar Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil. Kerja Sama Universitas Erlangga Surabaya, Puslitbang Gizi Bogor, dan Royal Tropical Institute Amsterdam. Cipanas, Oktober 1986.
- Sri Muljati, Amelia, dan B. Budiman. 1992. “Analisis Resiko Terjadinya KKP pada Anak Balita karena Ibu Menderita Anemia”. Dalam *Penelitian Gizi dan Makanan* Jilid 15 Tahun 1992. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Bogor.
- Steel, R.G.D. dan J.H. Torrie. 1989. *Prinsip dan Prosedur Statistik – Suatu Pendekatan Biometrik*. Penerbit PT. Gramedia, Jakarta.
- Sudjasmin, Sri Mulyati, Sihadi, Suhartato D., dan M.A. Husaini. 1993. “Pola Menyusui dan Pemberian Makanan pada Anak Balita Penderita Gizi Buruk di Wilayah Bogor”. Dalam *Penelitian Gizi dan Makanan* Jilid 16 Tahun 1993. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Bogor.
- Suhardjo, Hardinsyah dan Hadi Riyadi. 1987. Survey Konsumsi Pangan. Pusat antar Universitas IPB Bekerja Sama dengan Lembaga Sumber Daya Informasi IPB, Bogor.
- Suhardjo dan Hadi Riyadi. 1990. Penilaian Keadaan Gizi Masyarakat Departemen Pendidikan dan Kebudayaan – Dirjen-dikti – Pusat antar Universitas Pangan dan Gizi – IPB, Bogor.
- Sulaiman, Z.D. Kartono, Sandjaya dan Y.K. Husaini. “Beberapa Faktor Risiko pada Wanita Hamil”. Dalam Seminar Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil. Kerja Sama Universitas Erlangga Surabaya, Puslitbang Gizi Bogor, dan Royal Tropical Institute Amsterdam. Cipanas, Oktober 1986.
- Susanto, D. 1993. Meningkatkan Strategi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam Pengentasan Masalah Gizi Kurang. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi V Kerja Sama LIPI dengan Pergizi pangan. Persagi dan Patpi. Jakarta.

- Suwandono, A. 1989. *Peran Serta Masyarakat dan Posyandu – Suatu Tinjauan Kepustakaan*. Puslitbang Pelayanan Kesehatan, Jakarta.
- Tim Institut Pertanian Bogor. 1980. Penelitian Penyuluhan Gizi Masyarakat di Pedesaan Jawa Barat. Laporan Akhir Proyek Studi Sektoral/Regional. Lembaga Penelitian Sosiologi Pedesaan IPB, Bogor.
- Van Den Ban A.W. and H.S. Hawkins. 1988. *Agricultural Extension*. Logman Scientific & Technical John Wiley and Sons Inc., New York.
- Warda Halil dan Armiami. Buletin nomor 6 tahun 2012. Kriteria Pemilihan Inovasi Pertanian Untuk Mempercepat Proses Adopsi dan Difusinya Kepada Pengguna. Balai Pengkajian Teknologi, Sulawesi Selatan.
- Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi II. 1978. *Masalah Gizi di Indonesia*. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI), Jakarta.
- Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi V. 1988. *Angka Kecukupan Gizi Rata-rata yang Dianjurkan*. Kerja Sama LIPI dengan Pergizi Pangan. Persagi dan Patpi, Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 1993. *Angka Kecukupan Gizi Rata-rata yang Dianjurkan Kerja Sama LIPI dengan Pergizi Pangan*. Persagi dan Patpi, Jakarta.
- Winkel, W.S. 1991. *Psikologi Pengajaran*. Penerbit PT Grasindo, Jakarta.
- World Health Organization. 1985. Energy and Protein Requirements. *Technical Report Series No.724*. Geneva.
- Yusnadi. 1992. “Adopsi Petani Kopi dalam Pengembangan Kopi Rakyat”. Tesis Program Pascasarjana Institut Pertanian Bogor.



# GLOSARIUM

- Adopsi** Adalah proses pengambilan keputusan inovasi melalui tahapan: Mengetahui, Berminat, Keputusan, Pelaksanaan, dan Konfirmasi.
- Compatibility** Adalah tingkat suatu inovasi dianggap konsisten dengan kebutuhan, pengalaman masa lalu, kepercayaan, sistem nilai dan norma penerima atau masyarakat.
- Complexity** Adalah tingkat suatu inovasi dianggap relatif sulit untuk dimengerti dan digunakan jika dibandingkan dengan inovasi sebelumnya.
- Critical Mass Nature** Adalah sifat kritis penerima atau masyarakat.
- Data Entry** Adalah pemasukan data ke komputer dengan menggunakan paket statistika.
- Difusi** Adalah proses di mana inovasi tersebar kepada anggota sistem sosial melalui saluran tertentu dalam jangka waktu tertentu.
- Efek Difusi** Adalah proses di mana seorang atau suatu kelompok akan mengadopsi suatu inovasi karena ia/mereka mendapat pengaruh dari sistem sosial yang telah mengadopsi inovasi tersebut lebih dahulu.

<b>Inovasi</b>	Adalah ide-ide baru, praktik baru atau objek baru yang dapat dirasakan sebagai sesuatu yang sebagian atau seluruhnya betul-betul baru oleh individu sasaran penyuluhan.
<b>Level Of Use</b>	Adalah tingkat penggunaan sesuatu.
<b>Kurva Difusi</b>	Adalah suatu kurva yang menggambarkan hubungan antara periode waktu pada sumbu horizontal dengan persentase kumulatif pada sumbu vertikal.
<b>Modifikasi</b>	Adalah proses penyesuaian sesuatu.
<b>Penyuluhan</b>	Adalah proses penyampaian inovasi kepada sasaran yang berujung kepada perubahan perilaku, baik berupa pengetahuan ( <i>cognitive</i> ), keterampilan ( <i>psychomotoric</i> ), dan sikap ( <i>affective</i> ).
<b>Penyesuaian Inovasi</b>	Adalah modifikasi atau perubahan suatu inovasi yang dilakukan oleh penyuluh dan sasaran sebelum inovasi tersebut sepenuhnya diadopsi.
<b>Pendidikan Non-formal</b>	Adalah sistem pendidikan luar sekolah.
<b>Proses Adopsi</b>	Adalah sama dengan proses keputusan inovasi.
<b>Proses Difusi Inovasi</b>	Keberhasilannya diketahui dengan cara mengukur tingkat adopsi sasaran terhadap inovasi tersebut.
<b>Re-Invention</b>	Adalah proses di mana suatu inovasi ditemukan.
<b>Relative Advantage</b>	Adalah merupakan tingkatan suatu ide baru dianggap lebih menguntungkan atau lebih baik daripada ide-ide yang ada sebelumnya.
<b>Stunting</b>	Adalah kondisi kurang gizi kronis yang ditandai dengan tubuh pendek pada balita (di bawah 5 tahun).

**Teknik Penyuluhan**

Adalah cara mempertemukan sasaran penyuluhan dengan materi penyuluhan.

***Triability***

Adalah tingkat suatu inovasi dapat diamati oleh sasaran penyuluhan.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# INDEKS

- adopsi inovasi, 1, 8, 9, 11, 18, 26, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 105, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 135, 136, 137, 142, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 161, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 182, 199
- affective*, vii
- ahli, 1, 6, 13, 63, 104, 130, 133, 199
- Akhsan, 184, 197
- Aksan Djalaluddin, ii
- Analisis, 43, 188, 190
- ANC, ix
- Angka, ix, 191
- antropometri, 41
- ASI, ix
- Balita, 184, 186, 188, 189, 190
- bayi, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 65, 66, 71, 75, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 102, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 153, 154, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 178, 182, 183
- Berlo, 184
- bidan, 33, 35, 38, 39, 40
- Bogor, 32, 33, 34, 35, 37, 41, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 197

- bubur, 75, 84, 85, 86, 87, 88, 94,  
95, 96, 97, 98, 99, 171, 178
- cognitive*, vii
- compatibility*, 13
- Compatibility*, vii
- complexity*, 13
- Complexity*, vii
- data, vii, 4, 37, 38, 39, 41, 43, 62,  
73, 119, 131, 134, 182
- Depari, 184
- Desa, x, 32, 35, 38
- difusi, 6, 7, 8, 9, 14, 17, 18, 23, 38,  
102, 105, 118, 130, 131, 132,  
133, 134, 144, 165, 174, 176,  
178, 182
- dinas kesehatan, 37
- ekonomi, 12, 18, 19, 20, 28, 39,  
41, 44, 45, 46, 49, 50, 53, 64,  
89, 111, 118, 122, 128, 133,  
134, 159, 176, 177, 178, 179,  
182, 183
- faktor, 9, 10, 11, 14, 19, 21, 27,  
38, 39, 44, 46, 47, 49, 64, 102,  
105, 112, 137, 172, 186
- formal, viii
- fungsional, 9, 22
- GERMAS, ix
- gizi, 13, 16, 30, 33, 34, 35, 37, 38,  
42, 46, 47, 49, 50, 54, 55, 56,  
59, 60, 62, 63, 65, 67, 68, 69,  
70, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 83,  
84, 85, 86, 87, 98, 100, 101,  
102, 105, 106, 109, 111, 112,  
113, 114, 115, 120, 123, 124,  
125, 127, 128, 129, 132, 134,  
135, 136, 137, 143, 144, 146,  
147, 151, 152, 158, 165, 167,  
171, 173, 174, 175, 176, 178,  
179, 182
- Goenardi, 189
- Gwin, 187
- Hanafi, 185
- hardware*, 2, 199
- Harjadi, 189
- Havelock, 186
- Hipotesis, 37, 38, 43
- Imunisasi, ix
- individu, vii, 2
- Indonesia, iii, ix, x, 184, 185, 186,  
188, 189, 190, 191, 198
- informal, 9, 15, 16, 17, 114, 170
- informasi, iv, 1, 8, 16, 18, 20, 21,  
22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30,  
35, 36, 38, 39, 42, 44, 45, 46,  
49, 50, 52, 53, 77, 105, 106,  
109, 110, 111, 112, 113, 114,  
116, 117, 119, 121, 122, 123,  
127, 128, 134, 144, 151, 152,  
158, 159, 160, 161, 162, 163,  
164, 165, 168, 169, 170, 172,  
175, 177, 178, 179, 181, 199
- inisiatif, 81, 88, 113, 171
- inovasi, iv, vii, viii, 1, 2, 6, 7, 8,  
9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,  
17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24,  
25, 26, 27, 28, 29, 30, 38, 39,  
40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47,  
49, 50, 51, 52, 53, 56, 62,  
84, 85, 86, 87, 88, 102, 103,

- 105, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 199
- integrasi, 4
- interpersonal, 7
- IPB, 185, 186, 187, 189, 190, 191
- Kabupaten, 32, 33, 34, 35, 37, 41, 184, 187
- kader, 33, 34, 35, 38
- Kecamatan, 32, 37, 41, 184, 187
- kelompok, vii, ix, 38
- keputusan, viii, 38, 40, 41, 43
- keragaan, 35, 38
- Kesehatan, ix, x, 32, 33, 34, 59, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 77, 84, 188, 189, 190, 191
- komunikasi, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 29, 30, 31, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 55, 105, 110, 111, 114, 115, 116, 119, 122, 132, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 165, 170, 172, 174, 177, 178, 179
- Kondisi, 185
- konfirmasi, 39, 40, 43
- korelasi, 43
- kritis sasaran, vii
- kurva difusi, 9, 130
- Lionberger, 187
- literasi, 20
- Mac Andrews, 184
- makanan, 33, 34, 35, 36, 38
- manusia, 3, 6, 17, 135, 183
- Massa, 42, 184, 186, 187
- masyarakat, vii, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 41, 42, 44, 46, 49, 50, 51, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 96, 98, 101, 105, 106, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 129, 131, 132, 133, 135, 137, 150, 152, 158, 171, 178, 179, 182, 183, 199
- Mosher, 188
- nasi, 84, 85, 86, 87, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 171, 178
- Nasional, ii, ix, x, 60, 69, 70, 185, 187, 188, 191
- Norma, 20, 42, 56
- Observability*, 13
- orangtua, 33, 34
- organisasi, 9, 14, 16, 17, 26, 81, 116
- pedesaan, 32, 39, 43

Pelatihan, 185  
 pembangunan, 3, 6, 8, 27, 59, 62, 67, 69, 73, 78, 81, 82, 88, 117, 118, 121, 126, 132, 152, 158, 171, 183  
 pendidikan, viii, 19, 20, 38, 39, 42, 46, 47, 100, 105, 106, 109, 112, 117, 118, 134, 158, 179  
 Peningkatan, ix, 186, 188, 190  
 penyesuaian, 38, 41  
 Penyuluh, 21  
 penyuluhan, vii, viii, 1, 2, 6, 13, 14, 15, 19, 22, 35, 36, 37, 38, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 54, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 81, 83, 84, 87, 98, 105, 106, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 122, 123, 125, 127, 128, 132, 137, 138, 143, 144, 147, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 165, 168, 169, 170, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 199  
 perilaku, vii  
 perkotaan, 32, 39, 43  
*physical*, 13  
 POKJA, ix  
 positif, 20, 106, 109, 110, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 131  
 Posyandu, 33, 34, 35, 36, 38, 184, 188, 189, 191  
 praktik, vii, 2  
 Pranadji, 188  
 prevalensi, 3, 4, 83  
 profesional, 21, 22, 76, 79  
*profitability*, 13  
 Provinsi, 58, 66, 67, 71  
 proses, vii, viii, 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 55, 66, 67, 102, 105, 110, 111, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 182, 199  
 proses adopsi, 38, 39, 40, 41, 43  
 proses difusi, 43  
 Puskesmas, 32, 33, 34, 37, 185, 186  
*re-invention*, 41  
 Rencana Strategis, x  
 responden, 34, 35, 39, 85, 86, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 156, 158, 159, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171,

172, 174, 175, 177, 179, 180,  
 183  
 Roesli, 189  
 Rogers, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,  
 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,  
 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,  
 30, 31, 121, 130, 132, 133,  
 144, 152, 189  
 Roling, 189  
 rumah, 38, 39, 40  
 Shoemaker, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 12,  
 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,  
 21, 23, 24, 29, 30, 31, 189  
 skala, 41, 43  
 Soemartono, 188  
*software*, 2, 199  
 statistika, vii, 39  
 status, 3, 4, 5, 16, 17, 18, 19, 20,  
 38, 39, 40, 41, 46, 47, 49, 62,  
 65, 75, 84, 89, 100, 105, 109,  
 115, 118, 128, 134, 135, 136,  
 137, 144, 181, 182  
*Stunting*, 188  
 Suhardjo, 190  
 Susanto, 15, 21, 191  
 teknologi, 2, 26, 199  
*Triability*, 12  
 universum, 33, 34, 35  
 WHO, x  
 Wilayah, ix, 32, 190

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## BIODATA PENULIS

**Dr. Akhsan Djalaluddin** dilahirkan di Majene pada 12 Desember 1961. Penulis berprofesi sebagai dosen di Jurusan Sosial Ekonomi Pertanian Universitas Hasanuddin. Penulis menyelesaikan Program Doktor pada tahun 1998 di Institut Pertanian Bogor pada bidang Ilmu Penyuluhan Pembangunan. Penulis pernah menjabat pada berbagai posisi strategis di Instansi Pemerintah Provinsi Sulawesi Barat di antaranya sebagai Kepala Dinas Pertanian; Kepala BAPPEDA; Asisten Bidang Pemerintahan; dan saat ini menjabat sebagai Rektor Universitas Sulawesi Barat untuk periode kedua. Penulis aktif dalam penulisan karya ilmiah dan konferensi nasional juga internasional. Penulis juga adalah salah satu Penasihat Perhimpunan Ahli Penyuluhan Pembangunan Indonesia.