**Kode/Rumpun Ilmu/Level:**

**351/Kesehatan Masyarakat/3**

**LAPORAN PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI (PTUPT)**

**PROMOSI KESEHATAN 1000 HPK TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP REMAJA USIA NIKAH (UNIK) UNTUK MENCEGAH STUNTING DI YAYASAN BINA INSANI MALANG**



**Ketua Peneliti :**

**Sugianto Hadi, SKM, MPH NIP. 196207141988031005**

**Endang Widajati, SST, M.Kes NIP. 196701201991032001**

**Jupriyono, S.Kp, M.Kes NIP. 196404071988031004**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

**PROGRAM STUDI D-IV PROMOSI KESEHATAN**

**JURUSAN KESEHATAN TERAPAN**

**TAHUN 2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul :

****

**PROMOSI KESEHATAN 1000 HPK TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP REMAJA USIA NIKAH (UNIK) UNTUK MENCEGAH STUNTING**

**DI YAYASAN BINA INSANI MALANG**

**ABSTRAK**

Sugianto Hadi¹

**Latar Belakang:** Menurut Hanindita 2018, secara global Indonesia menempati posisi 5 besar negara dengan kejadian stunting tinggi. Stunting kondisi gagal tumbuh pada anak disebabkan oleh malnutrisi kronis waktu lama. Satu dari 3 juta balita di Indonesia mengalami gangguan pertumbuhan karena kekurangan gizi kronis pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Pemantauan Status Gizi (PSG) 2017 oleh Kemenkes RI dinyatakan bahwa persentase anak balita sangat pendek di Indonesia 9,8% dan balita pendek 19,8%, (Riskesdas, 2018). Menteri Kesehatan menyampaikan angka stunting pada tahun 2019 turun menjadi 27,67% dari tahun 2018 yang angkanya mencapai 30,8% (Fitri H. H., 2019). Gubernur Jawa Timur mengungkapkan, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2018, prevalensi stunting balita umur 0 sampai 59 bulan di Jatim mencapai 32,81%, angka ini lebih tinggi dari prevalensi stunting nasional sebesar 30,8%. Data Dinkes Jatim berdasarkan Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM) per 20 Juli 2019 prevalensi stunting balita di Jatim sebesar 36,81%. Tiga daerah prevalensi tertinggi yakni di Kota Malang 51,7%, Kabupaten Probolinggo 50,2%, & Kabupaten Pasuruan 47,6%, (Republika.Co.Id, Surabaya, 21 Juli 2019).

**Tujuan:** Analisis perbedaan pengetahuan dan sikap remaja unik sebelum dan sesudah diberi Promosi kesehatan 1000 HPK di Yayasan Bina Insani Malang.

**Metode Penelitian:** Jenis penelitian *Pre-test and Post-test Group*. Sampel penelitian 40 remaja unik, diambil menggunakan *Accidental sampling*. Data diperoleh melalui observasi, pengisian kuesioner dan wawancara. Analisis data menggunakan bantuan program *SPSS* dengan *T-test independen* dan *T-test Dependen* (derajat kemaknaan 0,05).

**Hasil penelitian:** Setelah 5 minggu perlakuan dan dilakukan post tes didapatkan hasil: Ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan (*p*=0.000), dan sikap (*p*=0.000) remaja antara sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan.

**Rekomendasi:** Petugas Yayasan Bina Insani dan Kantor Urusan Agama (KUA) di Malang diharapkan bekerjasama dengan Promkes/Gizi dan kader kesehatan dalam memberikan pendidikan & pelatihan 1000 HPK untuk mencegah Stunting.

**Kata kunci:** Pengetahuan sikap, Remaja unik, Stunting.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kepada Alloh SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan hasil penelitian dengan judul “Promosi Kesehatan 1000 Hpk Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Usia Nikah (Unik) Untuk Mencegah Stunting Di Yayasan Bina Insani Malang”.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang (Polkesma).
2. Bapak Ketua Jurusan Keperawatan Polkesma.
3. Bapak Ketua Unit Penelitian Polkesma.
4. Bapak Ketua Program Studi D-IV Promosi Kesehatan Polkesma.
5. Pemerintah Daerah Kabupaten Malang beserta semua Jajarannya.
6. Ketua Yayasan Bina Insani Malang yang telah memfalitasi penelitian.
7. Ketua dan Pengurus Aula Roudltul Jannah Sukun Malang yang telah memberi ijin tempat untuk penelitian.
8. Semua pihak terkait yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan hingga laporan hasil penelitian ini selesai.

Semoga amal baik yang telah diberikan mendapatkan imbalan yang setimpal dari Alloh SWT. Aamiiin.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan hasil penelitian ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu kritik dan saran dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Malang, November 2020

Peneliti

|  |  |
| --- | --- |
| **DAFTAR ISI** |  |
| HALAMAN SAMPUL ……………………………………………….  HALAMAN PENGESAHAN ……………………………………......  ABSTRAK ……………………………………………………………  *ABSTRACT* ................................................................................  KATA PENGANTAR ...................................................................  DAFTAR ISI …………………………………………………………  DAFTAR TABEL …………………………………………………….  DAFTAR GAMBAR ………………………………………………....  DAFTAR LAMPIRAN .................................................................. | Halaman  i  ii  iii  iv  v  vi  ix  x  xi |
|  |  |
| BAB I. PENDAHULUAN ……………………………………………. | 1 |
| A. Latar Belakang Masalah ……………………………………  B. Perumusan Masalah……………………………………….. | 1  3 |
|  |  |
| BAB II. KAJIAN PUSTAKA…………………………………………. | 4 |
| A. Konsep Perilaku ........................................................………   1. Promosi kesehatan ............................…………………….... 2. Stunting & HPK .……………………………………........... 3. Kerangka Pikir ...............................................……………...   E. Hipothesis Penelitian.............................................…………. | 5  6  8  10  11 |
|  |  |
| BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN ....……………... | 12 |
| 1. Tujuan Penelitian………………………………………....... 2. Manfaat Penelitian ............................................................... |  |
|  |  |
| BAB IV. METODE PENELITIAN .…………………………………... | 12 |
| A. Jenis dan Desain Penelitian…………………………………   1. Lokasi dan Waktu Penelitian .……………………………... 2. Populasi dan Sampel ............................................................ 3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional ..................... 4. Instrumen / bahan dan cara kerja .......................................... 5. Tahap penelitian .................................................................... 6. Tehnik Pengumpulan dan Pengolahan Data ......................... 7. Analisis Data ......................................................................... 8. Hasil Yang diharapkan.......................................................... 9. Ethical Clearence .................................................................. | 12  12  13  13  13  14  14  15  16  16 |
|  |  |
| BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN ......................   1. Hasil Penelitian .................................................................... 2. Pembahasan ......................................................................... |  |

**BAB I**

* + 1. **A. Latar Belakang Masalah**

Menurut Hanindita 2018, Secara global Indonesia menempati posisi lima besar sebagai negara dengan kejadian *stunting* yang tinggi. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak yang disebabkan oleh malnutrisi kronis untuk yang lama. Satu dari 3 juta jumlah balita di Indonesia mengalami gangguan pertumbuhan karena kekurangan gizi kronis pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Pemantauan Status Gizi (PSG) 2017 yang diselenggarakan oleh Kemenkes RI menyatakan bahwa persentase anak balita sangat pendek di Indonesia 9,8% dan balita pendek 19,8%, (Riskesdas, 2018).

Masalah kegagalan tumbuh kembang anak bukan disebabkan terutama oleh faktor genetik melainkan karena faktor lingkungan yang dapat diperbaiki dengan fokus pada masa 1000 HPK. Seribu hari pertama kehidupan (sejak masa konsepsi hingga seorang manusia berusia 2 tahun) merupakan momentum kritis yang akan menentukan kualitas generasi masa depan suatu bangsa. Seribu hari terdiri dari, 270 hari selama kehamilan dan 730 hari kehidupan pertama sejak bayi dilahirkan. Periode ini disebut periode emas (golden periode) atau disebut juga sebagai waktu yang kritis, yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan yang bersifat permanen (window of opportunity), (Bappenas, 2015). Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan PP No. 41 tahun 2013 untuk mendukung upaya peningkatan gizi, yaitu Gerakan Nasional Peningkatan Gizi dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan, (Hanindita, 2018). Menteri Kesehatan RI Nila Moeloek menyampaikan angka stunting pada tahun 2019 turun menjadi 27,67% dari tahun 2018 yang angkanya mencapai 30,8% (Fitri H. H., 2019). Gubernur Jawa Timur Khofifah Indar Parawansa mengungkapkan, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2018, prevalensi stunting balita umur 0 sampai 59 bulan di Jatim mencapai 32,81%, angka ini lebih tinggi dari prevalensi stunting nasional yakni sebesar 30,8%. Menurut data Dinas Kesehatan Jatim berdasarkan Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM), per 20 Juli 2019 prevalensi stunting balita di Jatim sebesar 36,81%. Adapun 3 daerah tertinggi prevalensinya yakni di Kota Malang sebesar 51,7%, Kabupaten Probolinggo 50,2%, dan Kabupaten Pasuruan 47,6%, (Republika.Co.Id, Surabaya, 21 Juli 2019).

Hasil penelitian Widya R. Dkk, (2016) menunjukkan bahwa prevalensi masalah gizi pada subjek ibu hamil, menyusui, bayi, dan baduta di Kota dan Kabupaten Malang masih tergolong tinggi dan sedang. Sebanyak 18,9% ibu hamil kurus dan 30,3% gemuk di awal kehamilan, serta penambahan BB/minggu kurang=49,3%. Status gizi kurang pada ibu menyusui= 8,4%. Kurus dan pendek termasuk kategori “masalah sedang” pada bayi dan baduta (kurus: 7,5% vs. 7,8%; pendek: 21,0% vs. 21,2%). Persentase pemberian ASI termasuk tinggi (94,4%), namun pemberian prelakteal dan MP ASI dini tinggi (52,8% dan 66,5%), dan ASI Eksklusif rendah (28,8%). Khofifah I.P. juga menuturkan maraknya pernikahan dini menyumbang tingginya angka *stunting* di Jawa Timur, usia ayah dan ibu yang masih sangat muda membuat risiko bayi *stunting* menjadi ikut tinggi, "Secara fisik, mental, dan ekonomi, mereka belum siap menjadi orang tua, pengetahuan mereka mengenai asupan gizi bayi juga belum luas sehingga risiko stunting jauh lebih besar," (News.detik.com. 17 September 2019). Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat (Kesmas) Dinkes Kota Malang Linda Desriwati menambahkan, upaya lain yang dilakukan yakni dengan mengarah ke sasaran kaum remaja putri. Menurut dia, masalah *stunting* akan lebih baik dilakukan pencegahan sejak masih remaja dengan memenuhi nutrisi gizi yang tepat."Permasalahan stunting ini terjadi sejak bayi ada dalam kandungan. Nah, untuk menjadikan nutrisi bayi dalam kandungan itu bagus, maka nutrisi ibunya bagus. Hal ini harus dimulai sejak dia remaja, bagaimana pemenuhan gizinya, makanannya sesuai dengan Isi Piringku dan yang lainnya," ungkap Linda. Dinkes Kota Malang juga bekerja sama dengan Kementerian Agama untuk memberikan sosialisasi khusus pengantin atau 'kursus catin', Hal ini sebagai salah satu upaya bagi ibu muda untuk mempersiapkan diri saat kehamilan tiba, (Malangtimes, 8 September 2019).

Masalah *stunting* di Kota dan Kabupaten Malang di atas merupakan tantangan untuk diatasi, remaja merupakan kelompok sasaran untuk meningkatkan kualitas kehidupan 1000 HPK. Menurut Undang-undang (UU) Perkawinan, DPR telah mengesahkan revisi UU Perkawinan dan mengubah batas minimal menikah yaitu baik laki-laki dan perempuan sama-sama harus sudah menginjak usia 19 tahun. Sebelumnya, minimal menikah bagi laki-laki adalah 19 tahun dan perempuan 16 tahun. "Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan," (News.detik.com, 18/9/2019). Hasil studi pendahuluan (Stupen) pada hari Minggu 24 November 2019 di Yayasan Bina Insani Malang menunjukkan 10 pasang (5 laki-laki dan 5 perempuan) dari 72 remaja usia nikah (Unik) yang difasilitasi dalam kontak jondoh (siap melamar dan siap dilamar untuk pernikahan) 4 orang mengatakan pernah mendengar istilah *stunting* dan 1000 HPK namun tidak tahu secara jelas apa arti stunting dan 1000 HPK, dan 6 lainnya mengatakan belum tahu persis tentang stunting dan 1000 HPK. Dari stupen di atas menurut peneliti kelompok remaja Unik Malang tersebut sangat tepat jika di berikan promosi kesehatan tentang 1000 HPK untuk mencegah *stunting.*

Dari latar belakang di atas peneliti terdorong untuk melakukan penelitian tentang “Promosi Kesehatan 1000 HPK Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Unik Untuk Mencegah *Stunting* di Yayasan Bina Insani Malang”.

**B. Perumusan Masalah**

Bagaimanakah Promosi Kesehatan 1000 HPK Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Unik Untuk Mencegah Stunting Di Yayasan Bina Insani Malang?

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **PROMOSI KESEHATAN**

Promosi kesehatan (promkes) menurut WHO, adalah “suatu proses memberdayaan individu dan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (*the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health*). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promkes, menyatakan bahwa promkes adalah “Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan”, (PPPKMI, 2011).

Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat merupakan salah satu tujuan promosi kesehatan (Agustini, 2014). Promosi kesehatan sangat erat kaitannya dengan media karena media dapat menyampaikan informasi lebih menarik dan mudah dipahami, hal ini membuat sasaran mengadopsi informasi yang diterima menjadi perilaku yang lebih baik. Jenis media promosi kesehatan meliputi media cetak (*leaflet , booklet, flip chart*, dll), media elektronik dan media luar ruangan (Susilowati, 2016). Wilbur dalam Susilowati (2016) menyebutkan bahwa menyampaikan informasi lewat media merupakan teknik yang tapat untuk menyampaikan informasi karena media dapat mendorong terjadinya proses belajar pada diri responden.

**A.1. PERILAKU**

Menurut Sarwono (2007), perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Berdasarkan *theory consistency cognitive,* perilaku manusia lebih cenderung bersikap konsisten terhadap pengetahuan, sikap dan perilakunya. Pemberian informasi dan pengalaman akan menghasilkan pengetahuan dan sikap yang konsisten dengan perilaku yang diinginkan (Simons-Morton *et al.*, 1995).

Suatu tindakan belum merupakan wujud dari sikap. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Green e*t al.* (1980) menyebutkan, pengetahuan tentang kesehatan mungkin penting sebelum suatu tindakan kesehatan terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali individu mendapatkan isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya. Menurut Fishbein & Ajzen (1975), di dalam teori tindakan beralasan (*Theory of reasoned action*) mengisyaratkan bahwa, suatu tindakan dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap hasil dari tindakan yang telah lalu dan norma subjektif. Sejalan dengan teori tersebut, Strecher & Rosenstock (1997) berpendapat, subjektif dari individu merupakan kunci dari dilakukan atau dihindarinya suatu perilaku kesehatan. Individu berkemungkinan mengambil tindakan kesehatan atau pencegahan yang dianjurkan untuk menghindari suatu penyakit ketika dirinya merasakan adanya ancaman dan terjadinya penyakit tersebut akan langsung mempengaruhi dirinya.

**A.2. Bentuk Perilaku.**

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons seseorang terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut, respons berbentuk dua macam, yakni:

1. *Bentuk pasif* adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia & tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, seperti: Berpikir, tanggapan atas sikap batin dan pengetahuan/masih terselubung (covert behavior).
2. *Bentuk aktif,* yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung, perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, disebut overt behavior.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut covert behavior. Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus (practice) merupakan overt behavior (Notoatmodjo, 2007 : 135).

* 1. **A.3. Domain Perilaku Kesehatan**

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benjamin Bloom (1908)seorang psikolog pendidikan, membedakan adanya tiga bidang perilaku, yakni : kognitif, [afektif](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Afektif&action=edit&redlink=1), dan [psikomotor](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Psikomotor&action=edit&redlink=1). Kemudian dalam perkembangannya, domain perilaku yang diklasifikasikan oleh Bloom dibagi menjadi tiga tingkat (Bloom, dalam Notoatmodjo, 2007 : 143):

1. Pengetahuan *(knowledge)* adalah hasil penginderaan [manusia](http://id.wikipedia.org/wiki/Manusia), atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya.

2. [Sikap](http://id.wikipedia.org/wiki/Sikap) *(attitude)* merupakan respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor [pendapat](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Pendapat&action=edit&redlink=1) & [emosi](http://id.wikipedia.org/wiki/Emosi) bersangkutan

1. [Tindakan](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Tindakan&action=edit&redlink=1) atau praktek *(practice)* ini merujuk pada perilaku yang diekspresikan dalam bentuk tindakan, yang merupakan bentuk nyata dari [pengetahuan](http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan) dan [sikap](http://id.wikipedia.org/wiki/Sikap) yang telah dimiliki (Azwar, 2007 : 15)

Terbentuknya suatu perilaku baru terutama pada orang dewasa dimulai pasa domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek luarnya. Pengetahuan sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (overt behavior). Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan tentang proses terjadinya perilaku pada seseorang, yakni :

1. Awareness (Kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap objek.
2. Interest (Merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
3. Evaluation (Menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
4. Trial, di mana subjek mulai mencoba melakuakan sesuatu sesuai dengan yang dikehendaki stimuli.
5. Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Rogers dalam Notoatmodjo, 2007 : 144).
6. **STUNTING.**

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Asupan energi dan zat gizi yang tidak memadai, serta penyakit infeksi merupakan faktor yang sangat berperan terhadap masalah stunting. Pemerintah Indonesia meluncurkan “Gerakan 1.000 Hari Pertama Kehidupan” yang dikenal sebagai 1.000 HPK. (Hari Pertama Kehidupan). Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi, (Menteri Koord. Bidang Kesra RI, 2013). Tiga fase dalam tumbuh kembang, fase perlambatan tajam komponen bayi mempresentasikan pada pertumbuhan fetal, fase perlambatan perlahan komponen anak yang dimulai dari paruh kedua masa bayi dan berlanjut sampai maturitas, dan fase pubertas dimana pertumbuhan anak akan berlanjut. Pada tiap fase tersebut regulator hormon berbeda, sehingga intervensi gizi yang diberikantentunya harus speseifik. Dapat dikatakan perbaikan dalam tumbuh kembang anak setelah masa gagal tumbuh awal masih bisa diintervensi untuk mencegah gagal tumbuh, sehingga perlu penambahan program 1000 HPK plus untuk mencapai keberhasilan dari program yang telah dicanangkan, (Thontowi Djauhari, 2017).

Stunting terjadi karena kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh tidak tepat, yang mengakibatkan kegagalan pertumbuhan, kemampuan kognitif tidak berkembang maksimal, mudah sakit dan berdaya saing rendah, sehingga bisa terjebak dalam kemiskinan. Periode 1000 HPK yang dimulai sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 2 tahun adalah masa kritis yang menentukan masa depan seorang anak. Dampak buruk kekurangan gizi pada periode 1000 HPK akan sangat sulit diperbaiki, (Dirjen Kesmas, 2018). Dalam rangka menurunkan angka stunting di Indonesia, maka masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi dan kesehatan bagi ibu hamil dan anak balita untuk mencegah terjadinya stunting. Oleh karena itu saat ini pemerintah dan seluruh masyarakat diharapkan dapat bekerja bersama secara terintegrasi untuk mencegah stunting, dengan fokus pada 1000 HPK.

**B.1. HPK (HARI PERTAMA KEHIDUPAN)**

HPK maksudnya adalah Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. Didalam kandungan, janin akan tumbuh dan berkembang melalui pertambahan berat dan panjang badan, perkembangan otak serta organ-organ lainnya seperti jantung, hati, dan ginjal. Janin mempunyai plastisitas yang tinggi, artinya janin akan dengan mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungannya baik yang menguntungkan maupun yang merugikan pada saat itu. Sekali perubahan tersebut terjadi, maka tidak dapat kembali ke keadaan semula. Perubahan tersebut merupakan interaksi antara gen yang sudah dibawa sejak awal kehidupan, dengan lingkungan barunya. Pada saat dilahirkan, sebagian besar perubahan tersebut menetap atau selesai, kecuali beberapa fungsi, yaitu perkembangan otak dan imunitas, yang berlanjut sampai beberapa tahun pertama kehidupan bayi. Kekurangan gizi yang terjadi dalam kandungan dan awal kehidupan menyebabkan janin melakukan reaksi penyesuaian. Secara paralel penyesuaian tersebut meliputi perlambatan pertumbuhan dengan pengurangan jumlah dan pengembangan sel-sel tubuh termasuk sel otak dan organ tubuh lainnya. Hasil reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi di ekspresikan pada usia dewasa dalam bentuk tubuh yang pendek, rendahnya kemampuan kognitif atau kecerdasan sebagai akibat tidak optimalnya pertumbuhan dan perkembangan otak. Reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi juga meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes dengan berbagai risiko ikutannya pada usia dewasa, (Menteri Koord. Bidang Kesra RI, 2013).

**B.2. PERLUNYA AKSELERASI PERBAIKAN GIZI PADA 1000 HPK**

Seperti diuraikan pada bab sebelumnya, periode 1000 HPK begitu penting sehingga ada yang menyebutnya sebagai periode emas, periode sensitif, dan Bank Dunia menyebutnya sebagai "Window of Opportunity". Maknanya, kesempatan ("opportunity") dan "sasaran" untuk meningkatkan mutu SDM generasi masa datang, ternyata serba sempit ("window") yaitu ibu prahamil (remaja perempuan) dan hamil sampai anak 0-2 tahun, serta waktunya pendek yaitu hanya 1000 hari sejak hari pertama kehamilan. Segala upaya perbaikan gizi diluar periode tersebut telah dibuktikan tidak dapat mengatasi masalah gizi masyarakat dengan tuntas (Bank Dunia, 2006, "Repositioning Nutrition as Center for Development"). Seperti disebut juga dimuka, dokumen SUN bahkan menyebutkan efektivitas program gizi yang berlaku sekarang dibanyak negara berkembang hanya 30 persen. Tidak tuntasnya masalah tersebut antara lain disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut. Pertama, kebijakan program gizi selama ini masih bersifat umun belum mengacu pada kelompok 1000 HPK sebagai sasaran utama. Khususnya untuk anak masih meliput semua anak dibawah 5 tahun (balita) tanpa ada kebijakan untuk memberi prioritas pada anak 0-2 tahun. Remaja perempuan pranikah belum disentuh program gizi. Kedua, kegiatan intervensi gizi masih sektoral, khususnya kesehatan. Belum terlihat upaya mengaitkan kegiatan program pembangunan seperti penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan, penyediaan air bersih dan sanitasi dengan tujuan perbaikan gizi masyarakat. Ketiga, cakupan pelayanan yang masih rendah untuk imunisasi lengkap, suplementasi tablet besi-folat, pada ibu hamil, pemanfaatan KMS dan SKDN, promosi inisiasi ASI eksklusif, cakupan garam beriodium dan sebagainya. Keempat, tindakan hukum terhadap pelanggar WHO Code tentang Breast Feeding belum dilaksanakan karena Peraturan Pemerintah tentang ASI baru diumumkan awal tahun 2012. Kelima, lemahnya penguasaan substansi masalah gizi pada para pejabat tertentu, petugas gizi dan kesehatan baik yang ditingkat pusat, provinsi, kabupaten dan lapangan khususnya tentang perkembangan terakhir dan prospeknya dimasa depan, masalah anak pendek, beban ganda, dan kaitan gizi dengan PTM, (Menteri Koord. Bidang Kesra RI, 2013).

1. **REMAJA**

Menurut Undang-undang (UU) Perkawinan, DPR telah mengesahkan revisi UU Perkawinan dan mengubah batas minimal menikah yaitu baik laki-laki dan perempuan sama-sama harus sudah menginjak usia 19 tahun. Sebelumnya, minimal menikah bagi laki-laki adalah 19 tahun dan perempuan 16 tahun. "Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan," (News.detik.com, 18/9/2019). Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1000 HPK, namun status gizi remaja putri atau pranikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu. Oleh karena itu masalah gizi remaja putri ini disinggung di beberapa bagian. Di dunia internasional masalah ini juga telah teridentifikasi, dan ada upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja program gizi. Sejak tahun 2010 upaya ini telah berkembang menjadi suatu gerakan gizi nasional dan internasional yang luas dan dikenal sebagai gerakan Scaling Up Nutrition (SUN). Gerakan ini di Indonesia disebut sebagai Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah keselamatan dan kesehatan janin, BBLR dan anak pendek terkait dengan kesehatan dan status gizi remaja perempuan yang akan menjadi ibu. Remaja perempuan yang menikah usia muda, anemi dan kurus, apabila hamil akan beresiko melahirkan BBLR dengan berbagai masalahnya. Dalam rangka menyelamatkan 1000 HPK, perlu ada kebijakan yang mencegah usia muda menikah, remaja perempuan calon penganten harus sehat dalam status gizi baik, tidak kurus dan tidak anemi atau kekurangan gizi lainnya. Perlu adanya kebijakan sinkronisasi antara Undang-undang No. 1 tahun 1974 dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, sehingga usia minimal menikah perempuan dapat ditingkatkan menjadi 18 tahun, (Menteri Koord. Bidang Kesra RI, 2013).

Berdasarkan C*ognitive consistency theory,* perilaku manusia lebih cenderung bersikap konsisten terhadap pengetahuan, sikap dan perilakunya. Pemberian informasi dan pengalaman akan menghasilkan pengetahuan dan sikap yang konsisten dengan perilaku yang diinginkan.

*Health education*

*Behavior*

*Attitude*

*Knowledge*

*Cognitive consistency theory* (Simons-Morton *et al*., 1995)

Gambar 1. Kerangka teoritis penelitian

**D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN**

Mengacu pada beberapa teori dan *Cognitive consistency theory* di atas, bahwa *Health Education* (Promosi kesehatan) lebih berpeluang mengubah perilaku, demikian juga pemberian informasi dan pengalaman, akan menghasilkan pengetahuan dan sikap yang konsisten dengan perilaku yang diinginkan, dengan demikian kerangka konsep penelitian dirumuskan sebagai berikut:

Tidak Terjadi Stunting

Perilaku Remaja Unik Thdp 1000 HPK

Perilaku Tukang cukur

* Promosi kesehatan (X1)
* Pengetahuan (X2)
* Sikap (X3)

Diteliti

Tidak diteliti

Gambar 2. Kerangka konsep penelitian

**E. HIPOTESIS PENELITIAN**

Ada perbedaan pengetahuan dan sikap remaja unik antara sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan tentang 1000 HPK**.**

**BAB III**

**TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

**1. Tujuan Umum**

Analisis perbedaan pengetahuan dan sikap remaja unik antara sebelum dan sesudah diberi Promosi kesehatan 1000 HPK di Yayasan Bina Insani Malang.

**2. Tujuan Khusus**

1. Identifikasi pengetahuan dan sikap remaja unik tentang *stuntin*g sebelum diberi Promosi kesehatan 1000 HPK di Yayasan Bina Insani Malang.
2. Analisis perbedaan pengetahuan *stunting* sebelum dan sesudah penyuluhan pada remaja unik tentang 1000 HPK di Yayasan Bina Insani Malang.
3. Analisis perbedaan sikap *stunting* sebelum dan sesudah penyuluhan pada remaja unik tentang 1000 HPK di Yayasan Bina Insani Malang.

**B. Manfaat Penelitian**

1. Mengkondisikan remaja unik untuk mencegah *stunting* pada calon anaknya.
2. Mencegah dan menanggulangi terjadinya *stunting* di Malang.
3. Sebagai masukan/bahan pertimbangan kebijakan bagi pengelola program pencegahan dan pemberantasan *stunting* di Malang.
4. Sebagai masukan/bahan pertimbangan kebijakan bagi Kemenag untuk pencegahan *stunting* di Malang.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

1. **Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimen dengan rancangan *Pre-test and Post-test Group design.* Pola 01 X 02. Di dalam desain ini observasi/kuesioner dilakukan sebanyak 2 kali yaitu sebelum eksperimen dan sesudah eksperimen. Observasi/ kuesioner yang dilakukan sebelum eksperimen (01) disebut *pre-test,* dan observasi/kuesioner sesudah eksperimen (02) disebut *post-test.* Perbedaan antara 01 dan 02 yakni 02-01 diasumsikan merupakan efek dari *treatment* atau eksperimen (Arikunto, 2006). Model rancangan sebagai berikut:

Kelompok eksperimen 01 X 02

Keterangan:

01 dan 02 *Pretest* dan *Posttest* untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, dan sikap antara sebelum dan satu bulan sesudah diberikan promosi kesehatan tentang Stunting dan 1000 HPK.

X Perlakuan dengan pemberian promosi kesehatan tentang Stunting dan 1000 HPK.

**B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di Yayasan Bina Insani (Kota dan Kabupaten Malang) mulai bulan September sampai Oktober dilanjutkan dengan penyusunan, diseminasi dan pengumpulan laporan hingga akhir November 2020.

**C. Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja Unik di bawah naungan Yayasan Bina Insani Malang. Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi remaja Unik Kabupaten Malang. Metode penentuan wilayah sampelnya menggunakan *Accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan waktu dan kondisi tertentu (Machfoedz, 2007). Pada pelaksanaannya pencarian sampel dilakukan secara acak saat ketemu remaja Unik di Yayasan Bina Insani diambil sebagai sampel sampai batas 40 orang yang telah ditentukan oleh peneliti sesuai dengan persyaratan inklusi, adapun syarat inklusi sampelnya adalah:

1. Remaja Unik di bawah naungan Yayasan Bina Insani Malang
2. Bisa membaca dan menulis
3. Bersedia menjadi responden/informan penelitian.

Syarat eksklusif: jika responden yang dijadikan sampel sakit/menolak.

**D. Variabel dan Definisi Operasional:**

1. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap remaja Unik sebelum diberikan promosi kesehatan Stunting dan 1000 HPK.
2. Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap remaja Unik sesudah diberikan promosi kesehatan Stunting dan 1000 HPK.
3. Definisi Operasional**:**
4. Pengetahuan adalah kemampuan remaja unik dalam menjawab pertanyaan secara benar tentang Stunting dan 1000 HPK dengan 3 alternatif jawaban A, B dan C.
5. Sikap adalah tanggapan remaja unik dalam menjawab pernyataan secara benar tentang Stunting dan 1000 HPK, yang diukur menggunakan kuesioner sikap dengan skala Likert. Kriteria penilaian berdasarkan nilai mean dari total skor; skor didapat dari alternatif jawaban perseorangan dengan nilai pernyataan (+): Setuju (S)=3, Ragu-ragu (RR)=2, Tidak Setuju (TS)=1 dan pernyataan (–): Tidak Setuju (SS)=3, Ragu-ragu (RR)=2, Setuju (TS)=1.
6. Pemahaman Promosi kesehatan adalah serangkaian penjelasan dan tindakan yang diberikan kepada remaja unik dalam menjawab pertanyaan secara benar tentang Stunting dan 1000 HPK agar terjadi perubahan perilaku pada aspek pengetahuan, sikap dan ketrampilan/praktek untuk mencegah stunting.

**E. Instrumen/bahan dan cara kerja**

Instrumen yang digunakan untuk mengukur pengetahuan dan sikap yakni kuesioner, yaitu untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan sikap serta hal-hal yang telah dilakukan oleh remaja Unik untuk mencegah terjadinya stunting.

**F. Tahap Penelitian**

**Tabel 1. Tahap Penelitian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **TAHAP** | **KEGIATAN** | **PESERTA** |
| 1. | Persiapan | **Pre Test** | 50 orang Unik |
| 2. | Pelaksanaan | **Membuat Panduan/Modul**   * Pendekatan ke Unik * Uji coba Modul/Booklet dan edit | Peneliti, tim, sebagian Unik dan pengurus Yayasan Bina Insani |
| 3. | Pelaksanaan | **Penyampaian materi Stunting**  **dan 1000 HPK**   * Meliputi pengertian, penyebab, faktor-faktor yang mempengaruhi cara pence-gahan/penanggulangan Stunting menggu-nakan menggunakan ppt dan Modul dengan metode Ceramah Tanya Jawab | * 50 orang kelompok perlakuan * Peneliti, enumerator dan pengurus Yayasan Bina Insani |
| 3. | Monotoring & Evaluasi | **Post Test** | * 50 orang kelompok perlakuan * Peneliti, enumerator dan pengurus Yayasan Bina Insani |

**G. Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data**

1. Data Umum

Data karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner, data diolah dan disajikan dalam bentuk gambar, diagram pie, tabel, tekstular dengan menggunakan persentase serta dianalisis secara deskriptif.

2. Data khusus

1. Pengetahuan

Pengetahuan diukur dengan kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertutup. Kriteria penilaian berdasarkan nilai mean dari total skor dan standart deviasinya sebagai tingkatan tinggi, sedang dan rendahnya jumlah pengetahuan stunting dan 1000 HPK, skor didapat dari jawaban perseorangan dengan nilai (benar=1, salah=0), skala data: ordinal. Pengetahuan dikatakan (a) baik: skore ≥ 1SD; (b) kurang baik: skore ≤ 1SD.

1. Sikap

Sikap diukur menggunakan kuesioner skala Likert. Kriteria penilaian berdasarkan nilai mean dari total skor; skor didapat dari alternatif jawaban perseorangan dengan nilai pernyataan (+): Setuju (S)=3, Ragu-ragu (RR)=2, Tidak Setuju (TS)=1 dan pernyataan (–): Tidak Setuju (SS)=3, Ragu-ragu (RR)=2, Setuju (TS)=1, skala data: ordinal. Sikap dikatakan (a) baik: skore ≥ +1SD; (b) kurang baik: skore ≤ – 1SD.

**H. Analisis Data**

Data diuji menggunakan statistik T-dependen/uji T Paired/Related atau pasangan, yaitu responden diukur dua kali (pre dan post tes). Uji statistik disini menggunakan derajat kemaknaan 0,05 atau \* Signifikan (p < 0,05) melalui bantuan program SPSS. H1 diterima berarti ada perbedaan pengetahuan dan sikap remaja Unik di Yayasan Bina Insani Malang antara sebelum dan sesudah diberikan pemahaman tentang Stunting dan 1000 HPK, selanjutnya diintepretasikan dan dibahas untuk menjawab tujuan penelitian.

1. **Hasil (keluaran)**

Hasil/keluaran dari penelitian ini adalah terwujudnya Modul/Booklet yang berisikan 1000 HPK untuk mencegah Stunting utamanya untuk remaja putri Unik dan Jurnal Internasional.

**J. Petimbangan Etik Penelitian**

Untuk mengantisipasi kemungkinan adanya masalah etik ketika peneliti melakukan observasi dan waktu responden mengisi kuesioner serta ketika mengikuti penyuluhan/pelatihan di sini responden perlu meluangkan waktu dan menemani peneliti kurang lebih selama 4 jam (saat pre-tes 1 jam, penyuluhan /pelatihan 2 jam dan saat post-tes 1 jam).

Karena responden meluangkan waktu kurang lebih 4 jam saat penelitian (pre-tes, penyuluhan dan post-tes) maka peneliti memberikan kompensasi berupa uang transport dan konsumsi di saat pengambilan data tersebut baik waktu observasi , mengisi kuesioner dan penyuluhan (pemberian promosi kesehatan).

Peneliti bertanggung jawab apabila ada sesuatu hal yang terjadi pada responden terkait dengan penelitian yang dilakukan.

**K. Penyajian Data Hasil Penelitian**

Hasil penelitian kuantitatif disajikan dalam bentuk gambar, diagram pie, tabel, tekstular, dan untuk intepretasi respoden dikategorikan berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Prosentase | Kategori |
| 1 | 0% | Tak satupun |
| 2 | 1- 25% | Sebagian kecil |
| 3 | 26 – 49% | Hampir setengahnya |
| 4 | 50% | Setengahnya |
| 5 | 51 – 75% | Sebagian besar |
| 6 | 76 -99% | Hampir seluruhnya |
| 7 | 100% | Seluruhnya |

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil penelitian**

**1. Data Umum dan karakterisitik remaja.**

Yayasan Bina Insani yang beralamatkan di Kelurahan Karangbesuki Kecamatan Sukun Malang selain bergerak di bidang pendidikan, pondok pesantren, tempat ibadah dan beberapa macam pelatihan juga memfasilitasi kelancaran remaja usia nikah (Unik) dalam melancarkan perjodohan/pernikahan dengan pendekatan syariat Islam (membantu melamarkan dan dilamarkan).

Berikut data umum dan karakteristik dari 40 remaja di di Yayasan Bina Insani Malang yang menjadi sampel penelitian.

**Tabel 2. Karakteristik Umum/Dasar Subyek Penelitian**

**Tabel 2. Karakteristik Umum Subyek Penelitian**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **(n=40)** | |
| **Jumlah** | **%** |
| **Jenis Kelamin** |  |  |
| Laki-laki | 11 | 27,50 |
| Perempuan | 29 | 72,50 |
| **Golongan Umur (th)** |  |  |
| Remaja (19-24 th) | 37 | 92,50 |
| Remaja Akhir (25-28 th) | 3 | 7,50 |
| **Pendidikan** |  |  |
| SMK/SMU | 34 | 85,00 |
| S-1 | 5 | 12,50 |
| S-2 | 1 | 2,50 |
| **Pekerjaan** |  |  |
| Swasta | 8 | 20,00 |
| Mahasiswa | 13 | 32,50 |
| Belum Bekerja | 19 | 47,50 |
| **Informasi Stunting** |  |  |
| Media sosial | 11 | 27,50 |
| Lupa/gak pernah | 10 | 25,00 |
| Booklet/leaflet/poster | 8 | 20,00 |
| Dokter/perawat/bidan | 5 | 12,50 |
| Rumah sakit/Puskesmas | 6 | 15.00 |

Dari Tabel 2 diketahui Sebagian besar 72,50% berjenis kelamin perempuan. Umur remaja didapatkan hampir seluruhnya (92,50%) memiliki usia remaja (19-24 tahun) dan sebagian kecil (7,50%) kategori usia remaja akhir (25-30 tahun). Umur remaja termuda usia 19 tahun dan umur tertua 28 tahun. Untuk pendidikan hampir seluruhnya pendidikan remaja (85,00%) berpendidikan sekolah menengah umum (SMU), dan sebagian kecil remaja (2,50%) berpendidikan S-2.

Sedangkan pekerjaan hampir setengah remaja (47,50%) belum bekerja, (32,50%) status masih mahasiswa dan sebagian kecil (20%) bekerja di kategori swasta. Untuk sumber informasi stunting hampir setengah remaja (27,50%) mengatakan pernah mendapatkan informasi stunting media sosial, 15,00% dari Rumah sakit/Puskesmas, 12,50% dari dokter/perawat/bidan, 20,00% dari media cetak Booklet/leaflet/poster, 25% remaja mengatakan lupa/gak pernah mendapatkan informasi stunting dari manapun.

1. **Data khusus remaja.**

**Tabel 3. Pengetahuan, sikap remaja sebelum dan sesudah perlakuan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karakteristik Subyek** | **Skor Remaja**  **(Sebelum penyuluhan)** | | **Skor Remaja**  **(Sesudah penyuluhan)** | | ***p value*** |
| **(n=40)** | | **(n=40)** | |
| **f** | **%** | **f** | **%** |
| **Pengetahuan** |  |  |  |  | 0.000 |
| Kurang baik | 13 | 32,50 | 18 | 45,00 |  |
| Baik | 27 | 67.50 | 22 | 55,00 |  |
| Mean | 10.93 | | 18.43 | |  |
| SD | 1.403 | | 1.412 | |  |
| SE | 0.222 | | 0.223 | |  |
| **Sikap** |  |  |  |  | 0.000 |
| Kurang baik | 14 | 35,00 | 19 | 47,50 |  |
| Baik | 26 | 65,00 | 21 | 52,50 |  |
| Mean | 47.85 | | 55.95 | |  |
| SD | 1.477 | | 2.342 | |  |
| SE | 0.234 | | 0.370 | |  |

Tabel 3 menggambarkan bahwa sebagian besar remaja (67,50%) sebelum penyuluhan dan (55%) remaja sesudah penyuluhan memiliki nilai pengetahuan stunting baik, nilai pengetahuan stunting remaja tertinggi sebelum penyuluhan berjumlah 65 dan nilai terendah 40; sedangkan nilai pengetahuan sesudah penyuluhan tertinggi 100 dan nilai terendah 75; artinya rata-rata nilai Pengetahuan remaja tentang stunting lebih besar sesudah penyuluhan dibanding sebelum penyuluhan, hal ini juga dibuktikan dari skor Mean berikut.

Skor Mean pengetahuan remaja sebelum penyuluhan stunting 10.93; Standar deviasi 1.403. Skor Mean pengetahuan remaja sesudah penyuluhan stunting 18.43dengan Standar deviasi 1.412. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p*=0.000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan signifikan meningkat antara pengetahuan remaja sebelum dan sesudah penyuluhan stunting menggunakan media ppt dan Booklet.

Dari 40 remaja (Tabel 3) menunjukkan bahwa, sebagian besar (65%) sebelum penyuluhan dan (52,5%) sesudah penyuluhan memiliki nilai sikap kategori baik. Nilai sikap tertinggi sebelum penyuluhan 83,5 dan nilai sikap terendah 73,48, sedangkan nilai sikap tertinggi setelah penyuluhan diperoleh 100 dan nilai sikap terendah setelah penyuluhan adalah 88,5. Semuanya (100%) remaja setelah diberi penyuluhan menyatakan sanggup untuk melakukan pencegahan stunting terhadap anak turunnya kelak.

Skor Mean sikap remaja sebelum penyuluhan 47.85 dengan Standar deviasi 1.477; Sedangkan sesudah penyuluhan Skor Mean remaja 55.95 dengan Standar deviasi 2.342. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p*=0.000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan signifikan meningkat antara sikap remaja sebelum dan sesudah penyuluhan stunting menggunakan media ppt dan Booklet. Hampir seluruh remaja (90%) sebelum penyuluhan tidak memahami dan menyadari tentang pentingnya pencegahan stunting sejak usia remaja dan sesudah penyuluhan 100% remaja semua memahami dan menyadari tentang pentingnya pencegahan stunting sejak usia remaja.

**B. Pembahasan**

1. **Perbedaan pengetahuan antara remaja sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan Stunting di Yayasan Bina Insani Malang tahun 2020.**

Dari hasil uji statistik didapatkan, ada perbedaan signifikan meningkat antara pengetahuan remaja sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan Stunting. Green *et al.* (1980) menyatakan bahwa, proses yang menjembatani jurang antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan adalah melalui pendidikan kesehatan. Menurut Notoadmojo, S (2012) penyuluhan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan individu tentang peningkatan kesehatan baik untuk dirinya sendiri atau orang lain. Konsep inilah yang dipakai dasar untuk memberikan intervensi/penyuluhan kepada remaja tentang pentingnya pencegahan stunting pada remaja.

Hasil penelitian ini sesuai pendapat (Hamalik, 2005) bahwa akhir dari proses suatu penyuluhan akan terjadi perubahan perilaku pada aspek pengetahuan, sikap dan ketrampilan sehingga berdayaguna dan berhasil guna. Harapan yang sama diungkapkan Green dan Kreuter (2000), pengetahuan adalah suatu hasil dari tahu yang terjadi sesudah individu melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Faktor pengetahuan mempunyai pengaruh bagi seseorang dalam berperilaku, pengetahuan merupakan motivasi awal terbentuknya tindakan. Pengetahuan merupakan unsur predisposisi penting bagi sebuah perubahan perilaku. Keberhasilan dari penyuluhan banyak faktor yang mempengaruhi baik dari media, metode, saluran informasi, sarana prasarana maupun sumberdaya manusianya. Menurut (Piotrow *et al.*, 1997) penggunaan/pendekatan banyak saluran informasi dalam penyampaian pesan pada penyuluhan lebih berpeluang mengubah perilaku daripada pendekatan dengan saluran informasi tunggal.

Pada penelitian ini, intervensi berupa penyuluhan dengan menggunakan media booklet yang ditujukan kepada remaja di Yayasan Bina Insani Malang memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perubahan pengetahuan remaja tentang 1000 HPK untuk mencegah stunting, artinya bahwa intervensi berupa penyuluhan dengan media booklet yang dilakukan memberikan manfaat terhadap peningkatan pengetahuan tentang 1000 HPK sebagai bekal kehidupan berkeluarga mereka kelak dan sudah seharusnya memasukan ilmu tentang penyiapan berkeluarga di masa remaja, yang mana pada usia tersebut rasa ingin tahu mereka sangat besar. Jika remaja tidak mempunyai pengetahuan yang cukup, dipastikan mereka tidak akan siap untuk merawat anaknya nanti. Edukasi remaja merupakan sebuah terobosan karena peningkatkan pengetahuan gizi sebelum memulai keluarga akan berkontribusi pada kesadaran akan kesehatan ibu dan anak di masa penting dalam kehidupannya, termasuk memutus rantai persoalan stunting.

Hasil penelitian yang dilakukan sejalan dengan penelitian (Pratiwi 2017) bahwa terdapat peningkatan pengetahuan HIV dan AIDS pada kelompok eksperimen yaitu pretest sebanyak 16 responden (53,3%) dalam kategori tingkat pengetahuan cukup setelah diberikan intervensi booklet didapatkan sebanyak 11 responden (36,7%) dalam kategori tingkat pengetahuan cukup. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian (Artini 2014) yang berjudul perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan media leaflet dengan booklet terhadap tingkat pengetahuan masyarakat di desa Trangsan Gatak Sukoharjo, menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dengan media booklet lebih efektif meningkatkan pengetahuan kesehatan dibandingkan dengan menggunakan media leaflet.

Menurut Veronica J, 2009, dengan menggunakan media cetak remaja putri cenderung lebih mudah untuk memahami tentang muatan informasi karena informasi yang tercantum di dalam booklet ringan dan dapat dipelajari sendiri oleh remaja putri. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nur’aini tahun 2016 menunjukkan bahwa edukasi dengan menggunakan booklet mempengaruhi perbedaan skor nilai rata-rata pretest dan posttest pengetahuan menstrual hygiene siswi SDI Al-Falah I Jakarta (p=0,001). Penelitian Safitri pada tahun 2016 juga menyatakan bahwa edukasi melalui booklet meningkatan skor pengetahuan saat posttest. Terdapat perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan setelah edukasi dengan booklet sebesar 4,93 (p=0,022).

**2. Perbedaan sikap antara remaja sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan Stunting di Yayasan Bina Insani Malang tahun 2020.**

Pada hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan signifikan meningkat antara sikap remaja sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan Stunting. Adanya perbedaan sikap signifikan meningkat antara sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan stunting merupakan langkah positif yang sangat dimungkinkan karena media yang digunakan sesuai dengan yang dikehendaki oleh para remaja. Hal demikian dapat dimaknai bahwa penggunaan saluran informasi dalam penyampaian pesan/penyuluhan dengan pendekatan media sesuai dengan yang dikehendaki sasaran lebih berpeluang mengubah perilaku menjadi lebih baik daripada pendekatan dengan saluran informasi banyak namun medianya tidak sesuai/tidak disukai/tidak dikehendaki oleh sasaran.

Prediksi ini sejalan dengan pendapat Prabandari (2005) bahwa, pengetahuan dan sikap yang bagus tidak selamanya dapat terekspresikan dalam perilaku yang baik pula. Menurut Milton (1981) terkait dengan tindakan, peran yang cukup penting untuk seseorang berperilaku atau tidak berperilaku terhadap sesuatu masalah adalah sikap, sikap adalah keteraturan perasaan dan pikiran seseorang yang kecenderungan bertindak terhadap aspek lingkungannya. Meskipun menurut Sarwono (1997), sikap yang negatif pada kenyataanya tidak selalu berkorelasi dengan tingkah laku nyata. hal ini sesuai dengan pendapat Azwar (2007) bahwa, sikap merupakan determinan perilaku yang sangat penting. Sikap adalah perasaan memihak (*favourable*) ataupun perasaan tidak memihak (*unfavourable*) terhadap suatu objek psikologis. Pembentukan sikap dapat dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media masa, institusi atau lembaga tertentu serta faktor emosi dalam diri individu yang bersangkutan. Demikian juga menurut Maramis (2006), secara popular dianggap bahwa perilaku merupakan ekspresi dari sikap. Jika perlu dilakukan perubahan perilaku, maka yang terlebih dahulu harus diubah adalah sikap yang bersangkutan. Hasil penelitian ini sesuai dengan C*ognitive consistency theory* bahwa, pemberian informasi dan pengalaman akan menghasilkan pengetahuan dan sikap yang konsisten dengan perilaku yang diinginkan dan perilaku manusia lebih cenderung bersikap konsisten terhadap pengetahuan, sikap dan perilakunya. (Simons-Morton *et al*., 1995).

Hal ini sesuai dengan pendapat Fishbein & Ajzen (1975) bahwa, untuk mengubah perilaku X perlu ada niat (intensi) untuk mengubahnya. Niat tersebut dikuatkan oleh sikap positif terhadap perilaku X. Sikap X tersebut dikuatkan oleh kepercayaan dan penilaian yang positif tentang akibat perilaku X. Intensi tersebut juga dikuatkan oleh norma subjektif yang baik mengenai perilaku X. Norma subjektif ini dikuatkan oleh kepercayaan normatif dan motivasi untuk menuruti. Sikap ditentukan dari pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi. Hal tersebut menunjukkan adanya keterkaitan antara perubahan pengetahuan dan sikap. Semakin tinggi pengetahuan seseorang maka sikapnya pun menjadi lebih baik (Al Rahmat, dkk, 2017).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nur’aini tahun 2016 menunjukkan bahwa booklet mempengaruhi perbedaan skor nilai rata-rata pretest dan posttest sikap menstrual hygiene siswi SDI Al- Falah I Jakarta (p=0,039). Penelitian Dharmastuti tahun 2017 menyebutkan bahwa ada perbedaan sikap tentang bahaya merokok antara pretest dan posttest. Peningkatan nilai rata-rata sikap antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dengan media booklet yakni 40,43 menjadi 52,99. Terdapat peningkatan nilai rata-rata sikap antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dengan media booklet sebesar 12,57. Hasil uji statistikkelompok media booklet didapatkan nilai p=0,0001, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan sikap siswa tentang bahaya merokok antara sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan dengan media booklet.

Sikap menurut Marisa dipengaruhi oleh berbagai macam faktor salah satunya adalah pendidikan atau edukasi. Pendidikan merupakan salah satu alat untuk menghasilkan perubahan pada diri manusia, karena melalui pendidikan manusia akan dapat mengetahui segala sesuatu yang tidak atau belum diketahui sebelumnya. Pendidikan diartikan sebagai sebuah proses dengan metode-metode tertentu sehingga orang memperoleh pengetahuan, pemahaman dan cara bertingkah laku yang sesuai dengan kebutuhan.

Menurut Suraioka, 2012, Media juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sikap seseorang. Media bermanfaat menimbulkan minat sasaran, merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain, dan memudahkan penyampaian informasi. Media berfungsi untuk memudahkan seseorang dalam memahami informasi yang dianggap rumit (Ma’munah M, 2015). Selain itu, peningkatan sikap juga dikarenakan oleh peningkatan pengetahuan. Peningkatan pengetahuan dan sikap ini diperoleh dari proses belajar dengan memanfaatkan semua alat indera, dimana 13% dari pengetahuan diperoleh melalui indera dengar dan 35-55% melalui indera pendengaran dan penglihatan (Ma’munah M dan Bertalina, 2015) Hal ini sesuai dengan tujuan pemberian media booklet yaitu menghasilkan peningkatan pengetahuan yang akan mempengaruhi perubahan sikap dan perilaku.

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dapat disimpulkan:

1. Pengetahuan dan sikap remaja unik menjadi lebih baik antara sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan tentang stunting emakai media ppt dan Booklet.
2. Ada perbedaan signifikan meningkat antara pengetahuan remaja unik sebelum dan sesudah penyuluhan stunting menggunakan media ppt dan Booklet.
3. Ada perbedaan signifikan meningkat antara srkap remaja unik sebelum dan sesudah penyuluhan stunting menggunakan media ppt dan Booklet.
4. **Saran**

1. Petugas Promosi kesehatan, Gizi dan kader kesehatan seharusnya pro aktif terhadap kelompok remaja unik dalam memberikan pendidikan dan pelatihan 1000 HPK untuk mencegah Stunting.

2. Petugas Yayasan Bina Insani Malang diharapkan bekerjasama dengan Promosi kesehatan/Gizi dan kader kesehatan dalam memberikan pendidikan dan pelatihan 1000 HPK terhadap remaja unik untuk mencegah Stunting

3. Kantor Urusan Agama (KUA) diharapkan bekerjasama dengan petugas Promosi kesehatan/Gizi untuk memberikan pendidikan dan pelatihan 1000 HPK terhadap calon temanten untuk mencegah Stunting.

.

**Daftar Pustaka**

Agustini, A. (2014). *Promosi Kesehatan*. Deepublish.Yogyakarta

Al Rahmad AH, Almunadia A. Pemanfaatan Media Flipchart dalam meningkatkan Pengetahuan Ibu Tentang Konsumsi Sayur dan Buah. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 2017;17(3):140-146. doi:https://doi.org/10.24815/jks.v17i3. 906.

Artini, Rahmi Friza, (2014). *"Perbedaan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Media Leaflet dengan Booklet terhadap tingkat Pengetahuan Masyarakat di Desa Trangsan Gatak Sukoharjo*”

Azwar, S. (2007), *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya,* Edisi ke 2, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Bertalina. (2015). Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Gizi Seimbang Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan*. 2015; 6(1): 56-63

Dharmastuti SP. (2017). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Bahaya Merokok Melalui Media Booklet Dan Poster Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Siswa SMP N 2 Tasikmadu*.

Dirjen Kesmas Kemenkes RI,( 2018). *Panduan Kegiatan Peringatan Hari Gizi Nasional Ke - 58 Tahun 2018*. Kemenkes RI, Jakarta.

Fitri Haryanti H., (2019). *Liputan6, Menkes Nila: Stunting pada 2019 Turun Jadi 27,67 Persen*. <https://www.liputan6.com/health/read/4089259/menkes-nila-stunting-pada-2019-turun-jadi-2767-persen>: 1 Desember 2019

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975), *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Addison-Wesley Publishing Company, Inc. Philippines.

Green, L.W., Kreuter, W.M. (2000), *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach,* Mayfield Publishing Company. London.

Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds S.G. & Partridge K.B. (1980), *Health Education Planning A Diagnostic Approach.* The John Hopkins University: Mayfield Publishing Company. California.

Hanindita, M. 2018. *Tanya Jawab Tentang Nutrisi di 1000 Hari Pertama Kehidupan.* Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Malang times, 8 September 2019. *Gubernur Sebut Angka Stunting di Kota Malang Tinggi, Dinkes Upayakan Pencegahan Dimulai dari Remaja*. <https://www.malangtimes.com/baca/43722/20190908/112100/gubernur-sebut-angka-stunting-di-kota-malang-tinggi-dinkes-upayakan-pencegahan-dimulai-dari-remaja>: 3 Desember 2019.

Ma’munah M. (2015). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Booklet Terhadap Pengetahuan Nutrisi Ibu Laktasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ciputat Timur.*

Menteri Koord. Bidang Kesra RI, 2013. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan* (*Gerakan 1000 HPK*), Jakarta.

Menteri Koordinator bidang Kesker RI, 2013. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan(Gerakan 1000 HPK)*, Jakarta.

News.detik.com, 18 September 2019. *Aturan Batas Minimal Menikah Usia 19 Tahun Berlaku Efektif Sejak Diundangkan*. [https://news.detik.com/berita/ d-4710669/aturan-batas-minimal-menikah-usia-19-tahun-berlaku-efektif-sejak-diundangkan](https://news.detik.com/berita/%20d-4710669/aturan-batas-minimal-menikah-usia-19-tahun-berlaku-efektif-sejak-diundangkan): 1 Desember 2019.

News.detik.com, 17 September 2019. *Khofifah Sebut Pernikahan Dini Sebabkan Tingginya Stunting di Jatim*. <https://news.detik.com/berita-jawa-timur/d-4709297/khofifah-sebut-pernikahan-dini-sebabkan-tingginya-stunting-di-jatim>: 3 Desember 2019.

Notoadmojo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rhineka Cipta

Nur’aini, (2016). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Booklet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Menstrual Hygiene Pada Siswi di SDI Al-Falah I Jakarta.*

Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat, (2011). *Standar Profesi Promotor Dan Pendidik Kesehatan*. PPPKMI, Jakarta.

Rani Mutiara (2017). „*Pengaruh Pemberian Pengetahuan Tentang 1000 HPK Terhadap Berat Badan Lahir Anak’*. Universitas Pertanian Bogor

Riskesdas. 2018. *Hasil Utama Riskesdas* *2018.* Kemenkes RI. Jakarta.

Republika.Co.Id, Surabaya, 21 Juli 2019. *Duh, Angka Stunting di Jatim Lebih Tinggi dari Nasional*. <https://www.republika.co.id/berita/nasional/daerah/> 19/07/21/puz26s349-duh-angka-stunting-di-jatim-lebih-tinggi-dari-nasional: 3 Desember 2019.

Sarwono, S.W. (1997), Aspek Perilaku dalam Penularan AIDS In: Depkes RI, *AIDS Petunjuk untuk Petugas Kesehatan*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta, pp. 125-132.

Safitri NRD, (2016). *Pengaruh Edukasi Gizi Dengan Ceramah Dan Booklet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Gizi Remaja Overweight*.

Suiraoka IP, Supariasa IDN., (2012). *Media Pendidikan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Susilowati, D. 2016. *Promosi Kesehatan*. Pusdik SDM Kesehatan. Jakarta.

Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., & Gottlieb N.H. (1995), *Introduction to Health Education and Health Promotion,* Waveland Press, Inc, Prospect Heights. Illinois.

Strecher, V.J. and Rosenstock, I. M. (1997), The Health Belief Model. In: K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer. *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practic* (2 nd ed.), Joosey-Bass Publisshers, San Francisco, pp. 41-59.

Thontowi Djauhari, 2017. *Gizi Dan 1000 HPK*. [https://www.researchgate.net/ publication/326351043\_GIZI\_DAN\_1000\_HPK](https://www.researchgate.net/%20publication/326351043_GIZI_DAN_1000_HPK): 1 Desember 2019.

Veronica J., (2009). *Pengaruh Metode Simulasi Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Guru Tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Sekolah Menengah Umum Dan Sekolah Menengah Kejuruan Swasta Pencawan Medan*

Widya R. Dkk, (2016). *Gambaran Masalah Gizi pada 1000 HPK di Kota dan Kabupaten* *Malang, Indonesia*. Indonesian Journal of Human Nutrition P-ISSN 2442-6636, E-ISSN 2355-3987 [www.ijhn.ub.ac.id](http://www.ijhn.ub.ac.id)