

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Metode FGD (*Focus Group Discussion*)

1. Pengertian

FGD disebut sebagai metode dan teknik pengumpulan data kualitatif dengan cara melakukan wawancara kelompok. Guna memperoleh pengertian yang lebih saksama, kiranya FGD dapat didefinisikan sebagai suatu metode dan teknik dalam mengumpulkan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi tentang suatu fokus masalah atau topik tertentu dipandu oleh seseorang fasilitator atau moderator.

a. Karakteristik FGD

- 1) FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7-11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi. Dalam jumlah relatif terbatas ini diharapkan juga penggalan masalah melalui diskusi atau pembahasan kelompok dapat dilakukan secara relatif lebih memadai. Jumlah anggota kelompok lebih baik berbilang ganjil, agar manakala FGD harus mengambil keputusan yang akhirnya perlu voting sekalipun, maka dengan jumlah itu bisa lebih membantu kelompok untuk melakukannya. Namun, jumlah anggota FGD bukanlah pembatasan yang mengikat atau mutlak sifatnya.
- 2) Peserta FGD terdiri dari orang-orang dengan ciri-ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi atau proyek. Kesamaan ciri-ciri ini seperti : persamaan gender, tingkat pendidikan, pekerjaan atau persamaan status lainnya. Contohnya dalam melakukan monitoring dan evaluasi program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), maka FGD dapat dilakukan pada beberapa kelompok, antara lain:
 - a) kelompok petugas puskesmas
 - b) kelompok keluarga pemegang kartu sehat
 - c) kelompok keluarga miskin tidak memiliki kartu sehat. Akan lebih baik jika diantara peserta FGD itu berciri-ciri sama tetapi

sebelumnya tidak saling mengenal. Jika syarat peserta sebelumnya tidak saling mengenal ini sulit ditemukan, maka fasilitator perlu mengatasi kemungkinan diskusi dan penyampaian pendapat peserta dipengaruhi oleh pengalaman interaksi mereka sebelumnya.

- 3) FGD merupakan sebuah proses pengumpulan data dan karenanya mengutamakan proses. FGD tidak dilakukan untuk tujuan menghasilkan pemecahan masalah secara langsung ataupun untuk mencapai konsensus. FGD bertujuan untuk menggali dan memperoleh beragam informasi tentang masalah atau topik tertentu yang sangat mungkin dipandang secara berbeda-beda dengan penjelasan yang berbeda pula. Kecuali apabila masalah, maka FGD tentu berguna untuk mengidentifikasi berbagai strategi dan pilihan-pilihan pemecahan masalah.
- 4) FGD adalah metode dan teknik pengumpulan data kualitatif. Oleh sebab itu didalam metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka (*open ended*) yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan-penjelasan. Fasilitator berfungsi selaku moderator yang bertugas sebagai pemandu, pendengar, pengamat dan menganalisa data secara induktif.
- 5) FGD adalah diskusi terarah dengan adanya fokus masalah atau topik yang jelas untuk didiskusikan dan dibahas bersama. Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahkan diskusi dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.
- 6) Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan Diskusi Kelompok Terarah (FGD) ini berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit. Jika waktu terlalu pendek dikhawatirkan diskusi dan pembahasan masih terlalu dangkal sehingga data yang diperoleh sangat terbatas. Sedangkan jika waktu terlalu lama, dikhawatirkan peserta lelah, bosan atau sangat menyita waktu sehingga berpengaruh terhadap konsentrasi dan perhatian peserta.
- 7) Dalam suatu studi yang menggunakan FGD, lazimnya FGD dilakukan beberapa kali. Jumlahnya tergantung tujuan dan kebutuhan proyek

serta pertimbangan teknis seperti ketersediaan dana dan apakah masih ada informasi baru yang perlu dicari. Kegiatan FGD yang pertama kali dilakukan biasa memakan waktu lebih panjang dibandingkan FGD selanjutnya karena pada FGD selanjutnya karena pada FGD pertama sebagian besar informasinya baru.

- 8) FGD sebaiknya dilaksanakan disuatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

b. Kegunaan FGD

- a) Untuk merancang kuesioner survei.
- b) Untuk menggali informasi yang mendalam mengenai pengetahuan, sikap dan persepsi.
- c) Untuk mengembangkan hipotesa penelitian.
- d) Untuk mengumpulkan data kualitatif dalam studi proses-proses penajagan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pembangunan.

c. Persiapan FGD

1) Persiapan dalam tim

- a) Proyek atau tim fasilitator menyediakan panduan pertanyaan FGD sesuai dengan masalah atau topik yang akan didiskusikan. Panduan pertanyaan wajib disiapkan dengan baik, didukung pemahaman konsep dan teori yang melatarinya.
- b) Tim fasilitator FGD biasanya berjumlah 2-3 orang, terdiri dari pemandu diskusi (fasilitator-moderator), pencatat (notulen), dan pengamat (observer).
- c) Pemandu diskusi (fasilitator-moderator) perlu membekali dirinya untuk memahami dan mampu menjalankan peran, sebagai berikut:
 1. Menjelaskan topik diskusi
 2. Mengarahkan kelompok, bukan diarahkan oleh kelompok.
 3. Pemandu diskusi hendaknya mampu mengendalikan dirinya sendiri.
 4. Amati peserta dan tanggap terhadap reaksi mereka.
 5. Ciptakan suasana informal dan santai tetapi serius.

6. Fleksibel dan terbuka terhadap saran, perubahan-perubahan, dll.
7. Jika peserta meminta komentar pemandu diskusi, tidak perlu menghindar.
8. Memperisapkan peranan pencatat (Notulen). Jika didalam tim ia hanya berdua saja dengan pemandu diskusi, maka pencatat sekaligus berperan sebagai pengamat (observer).

2) Persiapan Kelompok : Mempersiapkan Undangan

- a) Siapkan undangan tertulis tetapi lakukan juga kunjungan tatap muka langsung untuk mengundang peserta.
- b) Jelaskan maksud dan tujuan kegiatan serta lembaga yang mengadakan kegiatan studi.
- c) Jelaskan rencana FGD dan mintalah peserta untuk berpartisipasi dalam FGD.
- d) Beritahukan tanggal, waktu, tempat dan lamanya pertemuan sesuai dengan yang tertara pada undangan tertulis.
- e) Apabila seseorang tidak bersedia memenuhi undangan, maka coba tekankan kembali arti pentingnya keikutsertaannya dalam FGD.
- f) Jika orang yang diundang menyatakan kesediannya berpartisipasi, maka ulanglah sekali lagi tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan FGD untuk mengingatkan kembali.

d. Pelaksanaan FGD

Persiapan sebelum kegiatan (Acara Pertemuan) FGD

- a) Tim fasilitator (pengundang) harus datang tepat waktu sebelum peserta (undangan) tiba.
- b) Tim fasilitator harus mempersiapkan ruangan sedemikian rupa dengan tujuan agar peserta dapat berpartisipasi secara optimal dalam FGD.

e. Pembukaan FGD (Pemanasan dan Penjelasan)

- 1) Pemandu diskusi hendaknya memulai dengan melakukan pemanasan dan penjelasan tentang beberapa hal seperti : sambutan, tujuan, pertemuan, dan perkenalan.

- 2) Dalam menyampaikan sambutan pembuka ucapkanlah terimakasih atas kehadiran informan (peserta).
- 3) Perkenalkan diri (nama-nama fasilitator) dan perannya masing-masing.
- 4) Jelaskan prosedur pertemuan, seperti menjelaskan penggunaan alat perekam, dll.
- 5) Jelaskan bahwa pertemuan tidak ditujukan untuk mendengarkan memberikan ceramah kepada peserta dan tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari peserta.
- 6) Mulailah pertemuan dengan mengajukan, pertanyaan bersifat umum yang tidak berkaitan dengan masalah atau topik diskusi.

f. Penutupan FGD

- 1) Untuk menutup pertemuan FGD, menjelang acara berakhir jelaskanlah kepada peserta bahwa acara diskusi kita tentang masalah dan atau topik tadi segera akan selesai.
- 2) Menjelang pertemuan benar-benar ditutup, sampaikanlah terimakasih kepada peserta atas partisipasi mereka dan nyatakan sekali lagi bahwa pendapat-pendapat mereka semua sangat berguna.

2. Kelebihan dan Kelemahan

a. Kelebihan

- 1) Sinergisme. Suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide, dan pandangan yang lebih luas.
- 2) Manfaat bola salju. Komentar yang didapat secara acak dari peserta dapat memacu reaksi berantai respon yang beragam dan sangat mungkin menghasilkan ide-ide baru.
- 3) Stimulan. Pengalaman diskusi kelompok sebagai sesuatu yang menyenangkan dan lebih mendorong orang berpartisipasi mengeluarkan pendapat.
- 4) Keamanan. Individu biasanya merasa lebih aman, bebas dan leluasa mengekspresikan perasaan dan pikirannya dibandingkan secara perseorangan yang mungkin akan berdampak pada rasa khawatir.
- 5) Spontan. Individu dalam kelompok lebih dapat diharapkan menyampaikan pendapat atau sikap secara spontan dalam merespons pertanyaan, hal yang belum tentu mudah terjadi dalam wawancara perseorangan.

b. Kelemahan

- 1) Karena dapat dilakukan secara cepat dan murah, FGD sering digunakan oleh pembuat keputusan atau pendukung dugaan atau pendapat pembuat keputusannya.
- 2) FGD terbatas untuk dapat memperoleh informasi yang lebih mendalam dari seorang individu yang mungkin dibutuhkan.
- 3) Teknik FGD mudah dilaksanakan, tetapi sulit melakukan interpretasi datanya.
- 4) FGD memerlukan fasilitator-moderator (pemandu diskusi) yang memiliki keterampilan tinggi.

3. Prinsip-prinsip FGD

Menurut Prastowo dalam Dwiyarthi (2014), prinsip yang harus dipegang teguh dalam Diskusi Kelompok Terarah adalah :

- a. FGD adalah kelompok diskusi, bukan wawancara atau obrolan. Ciri khas metode riset FGD yang tidak dimiliki oleh metode penelitian kualitatif lain (baik wawancara mendalam maupun observasi) adalah interaksi.
- b. FGD adalah grup, bukan individu. Sehingga agar menikmati dinamika kelompok berjalan lancar, setiap anggota kelompok terlibat secara aktif.
- c. FGD adalah diskusi terfokus, bukan diskusi bebas. Tidak hanya terfokus pada interaksi dan dinamika kelompok, namun juga terfokus pada tujuan diskusi

B. Metode PGD (*Peer Group Discussion*)

1. Pengertian

Tutor sebaya (*peer teaching*) adalah metode pembelajaran dengan pendekatan kooperatif dimana peserta didik ada yang berperan sebagai pengajar (biasanya siswa yang lebih pandai dari siswa yang lain) dan peserta didik yang lain berperan sebagai pembelajar, baik pada usia yang sama atau pengajar berusia lebih tua dari pembelajar, untuk membantu belajar dalam tingkat kelas yang sama, untuk mengembangkan kemampuan yang lebih baik untuk mendengarkan, berkonsentrasi, dan memahami apa yang dipelajari dengan cara yang bermakna, karena penjelasan yang diberikan menggunakan bahasa yang lebih akrab.

2. Tujuan Metode *Peer Tutoring* (Tutor Sebaya)

Apabila metode PGD dilaksanakan di sekolah, maka:

- a. Beberapa siswa yang pandai disuruh mempelajari suatu topik
- b. Guru memberi penjelasan umum tentang topik yang akan dibahasnya
- c. Kelas dibagi dalam kelompok dan siswa yang pandai disebar ke setiap kelompok untuk memberikan bantuannya.
- d. Guru membimbing siswa yang perlu mendapat bimbingan khusus
- e. Jika ada masalah yang tidak terpecahkan, siswa yang pandai meminta bantuan kepada guru
- f. Guru mengadakan evaluasi

Apabila metode FGD dilaksanakan di luar kelas, maka :

- a. Guru menunjukkan siswa yang pandai untuk memimpin kelompok belajar di luar kelas
- b. Tiap siswa disuruh bergabung dengan siswa yang pandai, sesuai dengan minat, jenis kelamin, jarak tempat tinggal, dan pemerataan jumlah anggota kelompok
- c. Guru memberi tugas yang harus dikerjakan para siswa di rumah

3. Manfaat metode PGD

- a. Memberikan pengaruh positif, baik dalam pendidikan dan sosial pada guru, dan tutor sebaya
- b. Merupakan cara praktis untuk membantu secara individu dalam membaca
- c. Pencapaian kemampuan membaca dengan tutor sebaya hasilnya bisa lebih baik
- d. Jumlah waktu yang dibutuhkan peserta didik untuk membaca akan meningkat

4. Kelebihan dan Kelemahan tutor teman sebaya

a. Kelebihan

- 1) Meningkatkan kemampuan membaca. Siswa yang membaca dan mendiskusikan sebagian ceritanya kepada teman sebayanya mendapatkan nilai yang lebih tinggi dalam penilaian. Sebuah studi percontohan di Ohio University menyatakan bahwa dari pasangan rata-rata empat siswa kelas 6, pasangan pertama berpartisipasi dalam *Peer reading* dua kali seminggu, sementara siswa pada pasangan kedua membaca bagian yang sama secara terpisah pada

frekuensi yang sama. Dan didapatkan hasil pasangan pertama mendapatkan nilai yang lebih tinggi pada setiap nilai baca.

- 2) Keterampilan berfikir kritis. Siswa yang bekerja secara berpasangan dan kelompok umumnya lebih baik dalam tes yang melibatkan penalaran dan pemikiran kritis. Hal tersebut mengharuskan siswa menjadi aktif, mendiskusikan dan merasionalkan konsep pelajaran dengan kata-kata mereka sendiri.
- 3) Meningkatkan kepercayaan dan keterampilan. Penelitian tentang *peer teaching* kepada siswa dapat membangun percaya diri dan komunikasi. Penelitian tahun 1988 tutor teman sebaya meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan interpersonal dengan memberikan umpan balik.
- 4) Meningkatkan kenyamanan dan keterbukaan. Studi pada tahun 1988 menunjukkan bahwa siswa umumnya lebih mudah mengidentifikasi diri dengan teman sebaya dari pada orang dengan tokoh otoritas dewasa. Hal tersebut dapat menciptakan lingkungan dimana siswa lebih nyaman untuk mengajukan pertanyaan dan bekerja melalui masalah yang menantang.
- 5) Multifungsi. Tutor teman sebaya dapat dijalankan pada berbagai latihan pengajaran berdasarkan subjek dan sasaran yang berbeda, contohnya melibatkan tutor teman sebaya antar kelas.

b. Kelemahan

- 1) Pengalaman siswa. Meskipun buku pedoman mengajar telah diberikan kepada tutor teman sebaya, akan selalu ada kesempatan tutor tidak dapat memberikan umpan balik yang tidak efektif, karena tutor bukanlah pendidik yang ahli.
- 2) Kurangnya dorongan dari orang tua. Orang tua cenderung memandang tutor teman sebaya negatif

5. Syarat-syarat menjadi tutor teman sebaya

- a. Dapat diterima (disetujui) oleh siswa, sehingga siswa tidak merasa takut atau enggan untuk bertanya
- b. Dapat menerangkan bahan atau materi yang diperlukan oleh siswa
- c. Tidak tinggi hati, kejam, atau keras hati terhadap sesama teman
- d. Mempunyai daya kreativitas yang cukup untuk memberikan bimbingan, yaitu dapat menerangkan kepada temanya

6. Tugas dan tanggung jawab sebagai tutor :
 - a. Memberikan tutorial kepada anggota terhadap materi yang dipelajari
 - b. Mengoordinasikan proses diskusi agar berlangsung kreatif dan dinamis
 - c. Menyampaikan permasalahan kepada guru pembimbing apabila ada materi ajar yang belum dikuasai

7. Pelaksanaan PGD

Langkah-langkah yang digunakan dalam menerapkan bimbingan belajar kelompok dengan tutor sebaya yaitu, sebagai berikut :

- a. Memilih tutor sebanyak 4-5 orang dengan syarat:
 - 1) Termasuk dalam peringkat 10 terbaik berdasarkan nilai rapor atau nilai rapor atau nilai evaluasi sebelumnya
 - 2) Dapat menguasai materi pelajaran
- b. Mengelompokkan siswa menjadi beberapa kelompok
- c. Pengelompokan dilakukan menurut tingkat kecerdasan siswa, yaitu setiap kelompok terdiri dari siswa pandai, sedang dan kurang.
- d. Membahas beberapa contoh soal yang berhubungan dengan materi yang diajarkan
- e. Memberikan bimbingan sesuai dengan kesulitan yang dihadapi siswa dengan bantuan tutor
- f. Mengisi lembar observasi, pengamatan, dan pengidentifikasian siswa selama kegiatan pembelajaran antara lain: absen dan keaktifan siswa dalam pembelajaran

C. Pengetahuan

1. Pengertian

Menurut Notoatmodjo 2007, Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan dilalui melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

2. Tingkatan pengetahuan :

a. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan, tingkatan ini adalah mengingat kembali (recall) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai mengingat suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (Aplication)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi

yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

Metode FGD merupakan diskusi kelompok terarah dimana tutor meminta setiap responden untuk menanggapi sebuah pertanyaan dan menjawab sesuai dengan sudut pandang masing-masing responden. Metode ini sangat berguna untuk mengeksplorasi pengetahuan dan pengalaman.

3. Teori perubahan pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) sebelum seseorang mengadopsi perilaku (perilaku baru), seseorang harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) apabila orang tersebut tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya-bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut. Indikator-indikator apa yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi :
 - 1) Penyebab penyakit
 - 2) Gejala atau tanda-tanda penyakit
 - 3) Bagaimana cara pengobatan, atau dimana mencari pengobatan
 - 4) Bagaimana cara penularannya
 - 5) Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya

- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat meliputi :
 - 1) Jenis-jenis makanan yang bergizi
 - 2) Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatan
 - 3) Pentingnya olahraga bagi kesehatan
 - 4) Penyakit-penyakit atau bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba, dan sebagainya
 - 5) Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi kesehatan
- c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
 - 1) Manfaat air bersih
 - 2) Cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
 - 3) Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
 - 4) Akibat polusi (polusi air, udara dan tanah) bagi kesehatan dan sebagainya

Menurut Arikunto, 2006 tingkat pengetahuan dikategorikan baik jika 76% - 100% dari seluruh pertanyaan benar, cukup jika 56% - 75% dari seluruh pertanyaan benar, kurang jika 40% - 55% dari seluruh pertanyaan benar.

D. SIKAP

1. Pengertian sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

2. Tingkatan sikap

Menurut (Notoatmojo, 2007) sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain :

a. Menerima (*receiving*)

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

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

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

3. Faktor-faktor pembentukan sikap

Menurut Azwar S (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap yaitu:

a. Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan pesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Seseorang yang berada disekitar merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang diharapkan persetujuannya akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap terhadap sesuatu.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dilingkungan tempat tinggal mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap individu. Seorang ahli psikologi, Burrhus Frederic Skinner dalam Azwar 2012 menyatakan, lingkungan (termasuk kebudayaan berpengaruh dalam membentuk pribadi individu. Pola sikap dan perilaku tertentu individu terbentuk karena mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain.

d. Media massa

Sebagai sarana komunikasi media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembantukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi media massa membawa pesan-pesan yang dapat mengarahkan sikap seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru untuk terbentuknya sikap, apabila cukup kuat akan memberikan dasar afektif menilai suatu hal sehingga terbentuk sikap tertentu.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan yang berperan dalam menentukan sikap individu terhadap suatu hal.

f. Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Beberapa sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi sebagai semacam bentuk penyaluran frustrasi atau mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian adalah sikap yang sementara dan berlalu begitu frustrasi telah hilang, tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan tahan lama.

4. Teori perubahan sikap

Menurut Notoatmodjo (2012) telah diuraikan bahwa sikap adalah (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek stimulus tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas yakni :

a. Sikap terhadap sakit dan penyakit adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap :

- 1) Gejala atau tanda-tanda penyakit
- 2) Penyebab penyakit
- 3) Cara penularan penyakit
- 4) Cara pencegahan penyakit dan sebagainya

- b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi (istirahat) atau istirahat cukup, dan sebagainya bagi kesehatan.
- c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungannya dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi dan sebagainya.

E. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

1. Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2007), Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan :

- a. Menimbang berat badan secara teratur.

Hal ini perlu dilakukan karena perubahan berat badan menggambarkan perubahan konsumsi makanan atau gangguan kesehatan pada suatu keluarga.

- b. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).

ASI merupakan makanan bayi yang paling sempurna, bersih dan sehat. ASI dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal sampai berusia 6 bulan (ASI eksklusif). ASI sangat praktis karena dapat diberikan setiap saat. Selain itu, ASI dapat meningkatkan kekebalan tubuh bayi serta mempererat hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi (Depkes RI, 2004).

- c. Makan beraneka ragam.

Tubuh manusia memerlukan semua zat gizi (energi, lemak, protein, vitamin dan mineral) sesuai kebutuhan. Tidak ada satu jenis bahan makanan pun yang lengkap kandungan gizinya. Dengan

mengonsumsi makanan yang beraneka ragam akan menjamin pemenuhan kebutuhan gizi keluarga (Depkes RI, 2004)

d. Menggunakan garam beryodium

Zat yodium diperlukan tubuh setiap hari. Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) menimbulkan penurunan kecerdasan, gangguan pertumbuhan dan pembesaran kelenjar gondok (Depkes RI, 2004)

e. Minum suplemen gizi (TTD [Tablet Tambah Darah], kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

Kebutuhan zat gizi pada kelompok bayi, balita, ibu hamil dan menyusui meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari, terutama vitamin A untuk balita, zat besi untuk ibu dan yodium untuk penduduk di daerah endemis gondok. Suplementasi zat gizi (tablet, kapsul atau bentuk lain) diperlukan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi tersebut (Depkes RI, 2004).

Pada umumnya keluarga telah memiliki pengetahuan dasar mengenai gizi. Namun demikian, sikap dan keterampilan serta kemauan untuk bertindak memperbaiki gizi keluarga masih rendah. Sebagian keluarga menganggap asupan makanannya selama ini cukup memadai karena tidak ada dampak buruk yang mereka rasakan. Sebagian keluarga juga mengetahui bahwa ada jenis makanan yang lebih berkualitas, namun mereka tidak ada kemauan dan tidak mempunyai keterampilan untuk penyiapannya (Depkes RI, 2007).

2. Sasaran KADARZI

a) Seluruh pengambil keputusan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota memahami dan mengeluarkan kebijakan yang mendukung promosi KADARZI.

Para pengambil keputusan terdiri dari :

- 1) Pimpinan departemen terkait
- 2) Ketua DPR/DPRD
- 3) Gubernur dan Bupati/walikota
- 4) Kepala dinas sektor terkait

b) Seluruh mitra potensial yang terkait melakukan aksi nyata untuk menumbuhkembangkan perilaku KADARZI.

Para mitra potensial yaitu :

- 1) Sektor terkait
 - 2) Lembaga Swadaya Masyarakat
 - 3) Organisasi masyarakat
 - 4) Asosiasi profesi
 - 5) Tokoh masyarakat
 - 6) Media massa
 - 7) Dunia usaha/swasta
 - 8) Lembaga donor
- c) Terbentuknya Jejaring KADARZI di pusat, provinsi dan kabupaten/kota
- d) 80% keluarga menerapkan perilaku KADARZI

Menurut Depkes RI (2004), keluarga yang menjadi sasaran KADARZI disebabkan oleh :

- a) Pengambilan keputusan dalam bidang pangan, gizi dan kesehatan dilaksanakan terutama di tingkat keluarga.
- b) Sumber daya dimiliki dan dimanfaatkan di tingkat keluarga.
- c) Masalah gizi yang terjadi di tingkat keluarga, erat kaitannya dengan perilaku keluarga, tidak semata-mata disebabkan oleh kemiskinan dan ketidaktersediaan pangan.
- d) Kebersamaan antar keluarga dapat memobilisasi masyarakat untuk memperbaiki keadaan gizi dan kesehatan.

3. Sikap Perilaku KADARZI

Tingkat pencapaian indikator kadarzi adalah sebagai berikut (Menurut Kemenkes , RI 2010) :

- 1) 80% balita ditimbang setiap bulan
- 2) 75% bayi 0 – 6 bulan diberi ASI saja (ASI eksklusif)
- 3) 85% keluarga menggunakan garam beryodium
- 4) 80% keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan
- 5) 100% balita gizi buruk dirawat sesuai standar tata laksana gizi buruk
- 6) 83% balita (6 – 59 bulan) mendapat kapsul vitamin A
- 7) 81% ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilannya.

4. Penilaian KADARZI

Menurut Depkes RI (2007), Keluarga Sadar Gizi merupakan gambaran keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali dan memecahkan masalah gizi anggota keluarganya. Perilaku gizi seimbang adalah pengetahuan, sikap dan praktik keluarga meliputi konsumsi makanan seimbang dan berperilaku sehat. Makanan seimbang adalah pilihan makanan keluarga yang mengandung semua zat gizi yang diperlukan masing-masing anggota keluarga dan jumlah sesuai dengan kebutuhan serta bebas dari pencemaran. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi baik dengan ciri-ciri sebagai berikut :

1) Menimbang berat badan secara teratur

Status gizi balita erat hubungannya dengan pertumbuhan anak, oleh karena itu perlu suatu ukuran/ alat untuk mengetahui adanya kekurangan gizi dini, monitoring penyembuhan kurang gizi dan efektivitas suatu program pencegahan. Sejak tahun 1980-an pemantauan berat badan anak balita telah dilakukan di hampir semua desa di Indonesia melalui posyandu.

Menurut Depkes RI (2002) berat badan balita perlu ditimbang setiap bulannya karena perubahan berat badan menggambarkan perubahan konsumsi makanan atau gangguan kesehatan. Cara memantau berat badan anak adalah dengan cara ditimbang di posyandu atau di tempat lain sekurang-kurangnya dua bulan sekali. Lalu berat badan anak dimasukkan dalam KMS. Bila KMS naik sesuai dengan garis pertumbuhan, berarti anak sehat, sedangkan bila grafiknya tidak naik berarti ada penurunan konsumsi makanan atau gangguan kesehatan dan perlu ditindaklanjuti oleh keluarga atau meminta bantuan petugas kesehatan.

Pelayanan posyandu yang berhubungan dengan pemantauan pertumbuhan balita meliputi penimbangan berat badan, penentuan status pertumbuhan, serta tindak lanjut hasil pemantauan pertumbuhan berupa konseling dan rujukan kasus.

Pemantauan pertumbuhan balita yang dilakukan dengan menimbang selain di posyandu bisa juga dilakukan di rumah atau tempat lain setiap bulan dengan menggunakan alat penimbang badan.

Dapat dipantau dengan melihat catatan penimbangan balita pada KMS selama 6 bulan terakhir yaitu bila bayi berusia > 6 bulan ditimbang 4 kali atau lebih berturut-turut dinilai baik dan jika kurang dari 4 kali dianggap belum baik. Bila bayi 4 - 5 bulan ditimbang 3 kali atau lebih dinilai baik dan jika kurang dari 3 kali dinilai belum baik. Bila bayi berusia 2 bulan ditimbang 2 kali atau lebih berturut-turut dinilai baik dan jika kurang dinilai belum baik, dan pada bayi yang masih berumur 0-1 bulan, baik jika pernah ditimbang dan belum baik jika tidak pernah ditimbang

Menimbang berat badan secara teratur merupakan salah satu cara yang efektif dilakukan dalam upaya memantau pertumbuhan balita, karena berat badan tidak naik satu kali sudah merupakan indikator penting yang tidak boleh diabaikan, karena semakin sering berat badan tidak naik maka risiko untuk mengalami gangguan pertumbuhan akan semakin lancar.

Kegunaan dari pemantauan ini adalah untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita, mencegah memburuknya keadaan gizi, mengetahui kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin, mencegah ibu melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan terjadinya pendarahan pada saat melahirkan, dan mengetahui kesehatan anggota keluarga dewasa dan usia lanjut (Dinkes DKI Jakarta, 2002).

2) Memberikan air susu ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI EKSKLUSIF)

ASI eksklusif merupakan ASI yang diberikan kepada bayi, sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan tanpa minuman dan makanan lain selain ASI. Pemberian ASI eksklusif sangat bermanfaat, karena ASI merupakan makanan yang paling sempurna untuk bayi, bahkan sangat mudah dan murah memberikannya kepada bayi. ASI juga dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (Dinkes DKI Jakarta 2002).

Kolostrum adalah ASI yang pertama kali keluar setelah kelahiran bayi, berwarna kekuning – kuning dan lebih kental. Kolostrum banyak mengandung protein, vitamin, mineral dan zat kekebalan tubuh yang penting untuk melindungi bayi dari penyakit dan infeksi. Jumlah kolostrum yang diproduksi, bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada

hari – hari pertama kelahiran, walaupun sedikit namun cukup untuk memenuhi kebutuhan zat bayi, oleh karena itu harus diberikan kepada bayi (Depkes RI,2008).

Menurut Soekirman, dkk. (2006), ASI memberikan gizi yang dibutuhkan bayi selama 6 bulan.Oleh karena itu, selama 6 bulan bayi cukup diberi ASI saja (ASI Eksklusif). Manfaat ASI bagi bayi adalah ASI memiliki kandungan zat gizi yang sangat lengkap untuk memenuhi pertumbuhan dan perkembangan (kecerdasan) bayi sampai usia 6 bulan, ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh, ASI mudah dicerna dan digunakan oleh tubuh bayi, melindungi bayi terhadap infeksi seperti diare, radang paru – paru, infeksi telinga, flu, radang otak dan infeksi saluran kencing, menurunkan risiko terhadap tekanan darah tinggi dan obesitas pada usia dewasa (Kemenkes, RI 2010). Selain itu dengan memberikan ASI kepada bayi dapat menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi.

Bagi ibu, ASI memberikan manfaat yang besar yaitu mengurangi perdarahan setelah melahirkan, mencegah / mengurangi terjadinya anemia, menunda kembalinya kesuburan ibu sesudah melahirkan sehingga dapat menjaga waktu hingga kehamilan berikutnya, membantu rahim kembali ke ukuran semula, mempercepat penurunan berat badan seperti sebelum hamil, mengurangi kemungkinan menderita kanker ovarium dan payudara, lebih ekonomis, serta tidak merepotkan. Memberikan ASI Eksklusif dijadikan sebagai salah satu indikator perilaku Kadarzi dengan harapan dapat meningkatkan status gizi balita yang berpengaruh pada kualitas hidupnya di masa mendatang.

3) Makan beraneka ragam makanan

Makan beraneka ragam adalah makan berbagai jenis bahan makanan terdiri dari makanan sumber zat tenaga (karbohidrat dan lemak), zat pembangun (protein) dan zat pengatur (vitamin dan mineral) yang memenuhi kecukupan gizi yang dianjurkan (Kemenkes RI, 2010).

Menurut Sunita Almatsier (2004), makan beraneka ragam jenis bahan makanan merupakan upaya untuk menganeekaragamkan pola konsumsi pangan masyarakat dalam rangka meningkatkan mutu gizi makanan yang dikonsumsi yang pada akhirnya akan meningkatkan status gizi masyarakat. Pada dasarnya penganeekaragaman konsumsi

pangan merupakan upaya perubahan perilaku manusia dalam memilih pangan untuk dikonsumsi. Selain dari faktor pengetahuan dan faktor ekonomi, hal ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan di pasar/tempat-tempat makan dalam bentuk yang mudah diolah, mempunyai daya simpan, bersih, aman, serta memenuhi cita rasa (inderawi). Hal ini juga perlu disesuaikan dengan kebiasaan makan serta perkembangan sistem budaya dan ekonomi masyarakat.

Pemenuhan gizi yang lengkap dan seimbang diperlukan makanan yang beraneka ragam. Mengonsumsi makanan hanya satu jenis makanan dalam jangka waktu relatif lama dapat mengakibatkan berbagai penyakit kekurangan gizi atau gangguan kesehatan. Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari-hari yang dikonsumsi, minimal harus berasal dari satu jenis makanan sumber zat pengatur, ini adalah penerapan prinsip penganekaragaman yang minimal.

Makanan sumber zat tenaga, adalah makanan yang mengandung tinggi karbohidrat dan lemak yang diperlukan tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Kemenkes RI, 2010). Makanan sumber zat tenaga antara lain beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti dan mi. Minyak dan santan yang mengandung lemak juga dapat menghasilkan tenaga. Makanan sumber zat pembangun, adalah makanan yang mengandung protein yang diperlukan tubuh untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel tubuh yang sudah rusak. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu serta hasil olahan seperti keju. Zat pembangun berperan penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang. Makanan sumber zat pengatur, adalah makanan yang mengandung vitamin dan mineral yang diperlukan tubuh untuk pemeliharaan badan dan membantu pencernaan (Kemenkes RI, 2010). Makanan sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan mineral yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ tubuh.

Menurut Kepmenkes RI No. 747/Menkes/SK/VI/2007 makan beranekaragam adalah keluarga mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari. Cara pengumpulan data dilakukan

dengan caramenanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani, sayur dan buah dalam menu makanan selama tiga hari terakhir.

Makan beranekaragam dikatakan baik bila sekurang-kurangnya dalam 1 hari keluarga makan lauk hewani dan buah, dan dikatakan belum baik bila tidak makan lauk hewani dan buah.

Makanan beraneka ragam sangat penting karena tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung zat gizi lengkap untuk mencukupi kebutuhan tubuh selain ASI. Semakin beragam makanan yang dikonsumsi, semakin lengkap dan tinggi kualitas zat gizi yang diperoleh. Kehidupan zat gizi tiap makanan berbeda dalam hal kualitas dan kuantitasnya. Makan beraneka ragam menjamin kita mendapatkan zat gizi yang kita perlukan. Apabila kita hanya makan jenis makanan tertentu, maka kita bisa berisiko mengalami defisiensi zat gizi yang tidak tersedia pada makanan yang biasa kita konsumsi. Kita tidak mungkin mendapatkan semua nutrisi yang kita butuhkan hanya dari satu jenis makanan.

4) Menggunakan garam beryodium

Garam beryodium, yaitu garam yang telah ditambah zat yodium yang diperlukan oleh tubuh. Mengonsumsi garam beryodium setiap hari sangat penting karena zat yodium diperlukan tubuh setiap hari. Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) akan menimbulkan penurunan kecerdasan, gangguan pertumbuhan dan pembesaran kelenjar gondok. Ironisnya kandungan yodium dalam air dan tanah di beberapa daerah belum mencakup kebutuhan (Depkes RI, 2007)

Fungsi Iodium dalam tubuh manusia yaitu untuk membentuk hormon tiroksin yang diperlukan oleh tubuh yang bermanfaat dalam mengatur pertumbuhan dan perkembangan mulai dari janin sampai dewasa. Kegunaan yodium bagi tubuh untuk produksi hormone tiroid, yaitu hormone yang dibutuhkan untuk pertumbuhan tulang dan perkembangan otak. Selain itu untuk pembentukan sel darah merah dan menjaga keseimbangan metabolisme tubuh.

Kekurangan yodium pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan pada janin yang menyebabkan kretinisme endemis (kemunduran mental, bisu, tuli). Defisiensi yodium pada bayi yang baru lahir dapat menyebabkan gangguan perkembangan otak. Kekurangan

yodium pada usia dini berdampak pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, menyebabkan tekanan darah rendah dan aktivitas menjadi lambat serta mengakibatkan gangguan kecerdasan (Kemenkes RI, 2010).

Untuk mengetahui garam yang digunakan oleh keluarga mengandung yodium atau tidak secara umum dapat dilakukan dengan dua cara yaitu melihat ada tidaknya label garam beryodium atau melakukan test yodina. Disebut baik jika berlabel dan bila ditest dengan yodina berwarna ungu, tidak baik jika tidak berlabel dan bila ditest dengan yodina warna tidak berubah (Depkes RI, 2007).

5) Mendapatkan dan memberikan suplemen gizi

Menurut Depkes RI (2007), suplementasi zat gizi (tablet, kapsul atau bentuk lain) diperlukan untuk memenuhi zat gizi bayi, balita, ibu hamil dan ibu menyusui karena kebutuhan zat gizi pada kelompok tersebut akan terus meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari terutama vitamin A, zat besi dan yodium. Zat besi dibutuhkan untuk sintesis protein yang membawa O₂ yaitu hemoglobin serta mioglobin dalam tubuh, dan untuk sintesis enzim yang mengandung zat besi, dan sebagai pelarut obat-obatan (Almatsier, 2002). Zat besi dibutuhkan untuk sintesis protein yang membawa O₂ yaitu hemoglobin serta mioglobin dalam tubuh, dan untuk sintesis enzim yang mengandung zat besi, dan sebagai pelarut obat-obatan (Almatsier, 2002).

Pemberian suplemen gizi berupa mendapatkan kapsul vitamin A biru pada bulan Februari atau Agustus Suplemen atau kapsul vitamin A dianjurkan untuk bayi berumur 6-11 bulan, anak berumur 1-5 tahun dan ibu nifas. Manfaat suplemen atau kapsul vitamin A untuk bayi atau anak yaitu untuk kekebalan dan jarang terkena penyakit. Jumlah kapsul vitamin A yang diberikan menurut kelompok umur (Kemenkes RI, 2010) :

- a) Bayi berusia 6-11 bulan satu kapsul vitamin A warna biru
- b) Balita 1-5 tahun dua kapsul vitamin A warna merah setiap tahun, masing-masing satu kapsul diberikan pada bulan Februari dan Agustus.

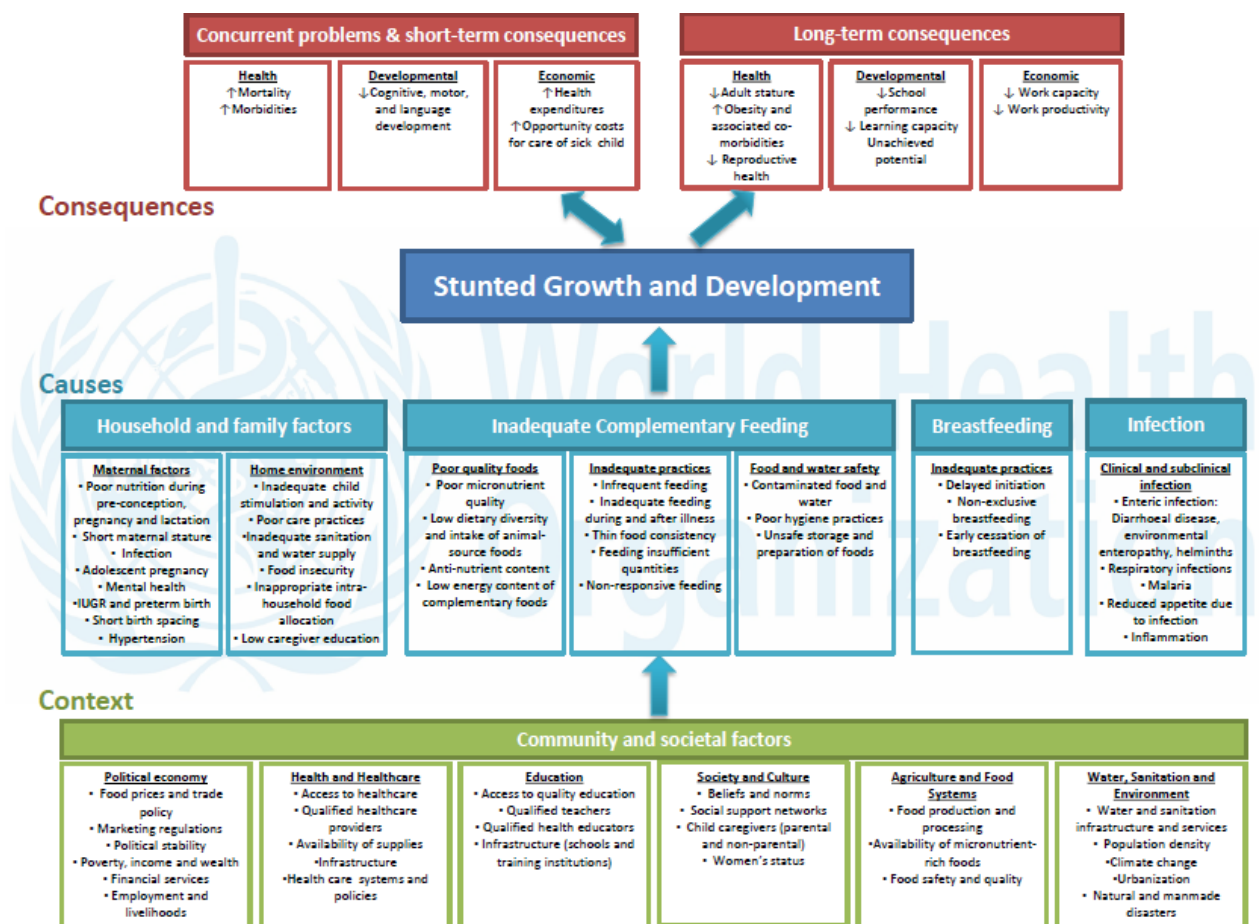
F. Stunting

1. Pengertian

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Menurut WHO (2013) Selain asupan, faktor rumah tangga dan keluarga (faktor ibu dan lingkungan rumah), makanan pendamping ASI yang tidak memadai, praktik menyusui, dan infeksi juga merupakan penyebab terjadinya *stunting*.

Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh yang tidak maksimal pada saat dewasa (*Millenium Challenge Account-Indonesia*)

Pada tahun 2013, WHO telah mengembangkan kerangka tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting* pada anak-anak. Kerangka tersebut meliputi penyebab dasar, penyebab langsung dan dampak yang ditimbulkan dari *stunting*.



Gambar 1. WHO conceptual framework on Childhood Stunting: Context, Causes, and Consequences with an emphasis on complementary feeding.

Sumber : WHO Conceptual Framework, 2013

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, nilai z-scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari -3SD.

Tabel 1. Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks TB/U

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Sangat Pendek	<-3 SD
Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
Tinggi	>2 SD

Sumber: Kepmenkes RI No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak

2. Stunting pada Balita

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu atau calon ibu, masa janin, dan masa bayi atau balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan. (Depkes RI, 2016)

3. Usia Balita

Masa balita merupakan masa paling rawan, karena pada masa ini balita sering terkena penyakit infeksi sehingga menjadikan anak memiliki risiko tinggi menjadi kurang gizi. Menurut penelitian Ramli, *et al* Prevalensi *stunting* tinggi pada anak yang berusia 24-59 bulan yaitu sebesar 50% dibandingkan pada

anak-anak yang berusia 0-23 bulan sebesar 24%. Penelitian ini serupa dengan hasil dari Bangladesh, India dan Pakistan dimana anak-anak yang berusia 24-59 bulan ditemukan memiliki risiko lebih besar mengalami *stunting*.

4. Faktor Penyebab Stunting

WHO (2013) menyebutkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *stunting*, diantaranya :

1) Faktor rumah tangga dan keluarga

a) Faktor Ibu

1. Gizi yang rendah selama pra-konsepsi, kehamilan dan menyusui
2. Riwayat ibu yang pendek
3. Infeksi
4. Kehamilan remaja
5. Kesehatan mental
6. Kelahiran prematur dan IUGR
7. Kelahiran jarak pendek
8. Hipertensi

b) Lingkungan rumah

1. Tidak mencukupinya stimulasi dan aktivitas pada anak
2. Kurangnya praktik perawatan
3. Tidak mencukupinya sanitasi dan ketersediaan air
4. Kerawanan pangan
5. Distribusi makanan dalam rumah tangga yang tidak tepat
6. Rendahnya pendidikan pengasuh

2) Makanan pendamping yang tidak memadai

a) Rendahnya kualitas makanan

1. Rendahnya kualitas mikronutrien
2. Rendahnya keragaman makanan dan asupan makanan sumber hewani
3. Kandungan anti nutrisi
4. Rendahnya energy dalam makanan pendamping

b) Praktik yang tidak memadai

1. Frekuensi makan yang tidak teratur
2. Tidak cukupnya asupan selama dan sesudah sakit
3. Makanan dengan konsistensi kecil
4. Makanan yang jumlahnya tidak mencukupi

5. Makanan yang tidak responsive
- c) Keamanan makanan dan air
 1. Kontaminasi pada makanan dan air
 2. Praktik hygiene yang rendah
 3. Penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.

3) Menyusui

Praktik yang tidak memadai

1. Menunda IMD
2. ASI yang tidak eksklusif
3. Penghentian ASI yang terlalu awal

4) Infeksi

Infeksi klinik dan subklinik

1. Infeksi enterik: Diare, lingkungan enteropati, cacangan
2. Infeksi pernapasan
3. Malaria
4. nafsu makan yang berkurang karena infeksi
5. Peradangan

5. Dampak Stunting

Dampak *stunting* yaitu dampak jangka pendek dan dampak jangka panjang. Dampak jangka pendek anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara, serta gangguan perkembangan, sedangkan dampak jangka panjang penurunan skor IQ, penurunan perkembangan kognitif, gangguan pemusatan perhatian serta penurunan rasa percaya diri. Kondisi gizi kurang dapat menyebabkan gangguan pada proses pertumbuhan, gangguan terhadap perkembangan dan mengurangi kemampuan berfikir (Almatsier dalam Trisnawati, 2016). Kerusakan tubuh dan otak anak yang disebabkan oleh *stunting* tidak dapat diubah. Anak akan berisiko tinggi mengalami kematian akibat penyakit menular. (UNICEF, 2013)

Menurut UNICEF (2013) balita *stunting* berpeluang besar dalam meningkatnya risiko penyakit kronis terkait gizi, seperti diabetes, hipertensi, dan obesitas dimasa mendatang. Sedangkan menurut Depkes RI (2016) dampak *stunting* jangka panjang adalah risiko tinggi munculnya penyakit seperti kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke dan disabilitas pada usia tua serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang akan berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

6. Penanggulangan Stunting

Menurut Depkes RI (2016) upaya intervensi gizi untuk balita *stunting* yang telah dilakukan di Indonesia diantaranya:

- a. Pada ibu hamil
 - a) Memperbaiki gizi dan kesehatan ibu hamil. Ibu hamil perlu mendapatkan makanan yang baik, apabila ibu hamil mengalami KEK maka perlu diberi makanan tambahan.
 - b) Setiap ibu hamil perlu mendapatkan tablet tambah darah, minimal 90 hari selama kehamilan.
 - c) Kesehatan ibu harus terjaga selama masa kehamilan.
- b. Pada saat bayi lahir
 - a) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan begitu bayi lahir melakukan inisiasi menyusui dini (IMD).
 - b) Bayi diberikan ASI Eksklusif sampai dengan berusia 6 bulan.
- c. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun
 - a) Bayi diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada usia 6 bulan, Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berusia 2 tahun.
 - b) Bayi dan anak memperoleh kapsul Vitamin A dan imunisasi dasar lengkap.
- d. Memantau pertumbuhan balita di Posyandu untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan.
- e. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan di setiap rumah tangga termasuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan. PHBS menurunkan kejadian sakit terutama penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan pertumbuhan yang terhambat.

G. Pengaruh Metode FGD terhadap Pengetahuan dan Sikap

FGD merupakan salah satu cara dimana seseorang dapat mendapatkan informasi tentang pengetahuan baru. FGD merupakan bentuk diskusi yang memungkinkan seseorang menerima informasi dengan lebih mudah karena di dalam FGD seseorang akan dituntut aktif berdiskusi dan mengeluarkan pendapatnya. Masing-masing anggota kelompok dalam FGD akan saling

bertukar pengetahuan dan informasi mengenai topik yang sedang didiskusikan. Berdasarkan penelitian Indarwati, dkk (2013) diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum setelah menggunakan metode FGD dimana 42 orang (79,2%) termasuk kategori baik dan 11 orang (20,8%) termasuk kategori cukup.

Menurut Rizki, 2010 dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada siswa SMK kelas XI yang signifikan antara pretest dan posttest, artinya bahwa metode *Focus Group Discussion* berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan siswa kelas XI tentang KRR di SMK Hidayah Semarang Tahun 2009.

Berdasarkan penelitian Nurfaizal, 2016 diketahui bahwa rata-rata skor pemahaman siswa tentang bahaya seks bebas sebelum diberi perlakuan dengan teknik *Focus Group Discussion* (FGD) adalah 8.67, setelah diberi perlakuan nilai reratanya meningkat menjadi 21.53. Selisih rata-rata skor yaitu 12.86, hal ini dapat diartikan layanan bimbingan dengan teknik *Focus Group Discussion* memiliki pengaruh yang signifikan dan efektif dalam meningkatkan pemahaman siswa tentang bahaya seks bebas.

Handayani, dkk (2009) terdapat perbedaan yang signifikan metode diskusi kelompok dengan fasilitator terhadap sikap perilaku seks pranikah diperoleh nilai rerata sebelum diskusi senilai 75,19 dan rerata sesudah diskusi senilai 95,58. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan sikap responden setelah mendapatkan perlakuan diskusi dengan fasilitator.

H. Pengaruh Metode PGD terhadap Pengetahuan dan Sikap

Pendidikan sebaya sering digunakan untuk mengubah tingkat perilaku pada individu dengan cara memodifikasi pengetahuan, sikap, keyakinan, atau perilaku seseorang. Berdasarkan penelitian dari Handoko (2015) bahwa terdapat perbedaan rerata pengetahuan dalam menanggulangi HIV/AIDS pada mahasiswa Akademi Keperawatan 17 Karanganyar menggunakan metode *Peer Group* sebelum edukasi sejumlah 13,67 menjadi 19,00, hal ini berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pendidikan teman sebaya. Selain itu juga terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi berupa diskusi teman sebaya (PGD) terhadap sikap mahasiswa dalam menanggulangi HIV/AIDS yaitu rata-ratanya sebesar 66,40 dan 70,87.

Pada penelitian Desmarnita, 2014 diketahui bahwa nilai rerata skor tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan metode *peer group* yaitu 16.85 menjadi 18.46 dengan peningkatan rata-rata sebesar 1.61 dan standar deviasinya 2.04. maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan.

Menurut penelitian Permana, 2014 diketahui bahwa hasil *pretest* sikap tentang HIV/AIDS dengan metode *peer group* yang tergolong baik adalah 41.2% dan hasil *posttestnya* adalah 64.7%. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui *peer group* berpengaruh dalam meningkatkan sikap remaja tentang HIV/AIDS